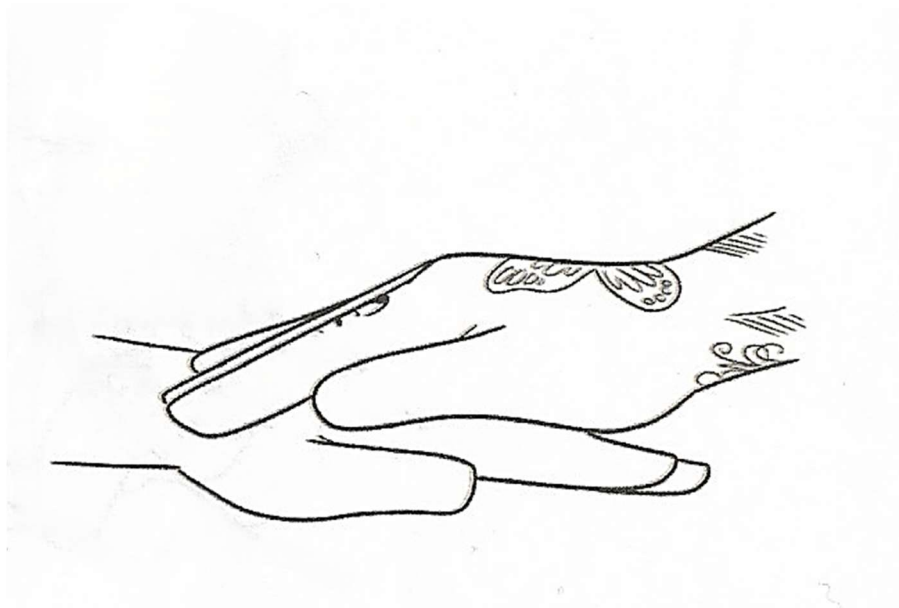


Considérer pour apaiser : La relation au service de la douleur



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 26/05/2026

Directeur de mémoire : Elodie THOMAS

Note aux lecteurs et aux lectrices

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Mme Thomas pour son accompagnement, ses conseils et ses encouragements tout au long de ce travail de fin d'étude.

Je remercie Mme Florindo, ma référente pédagogique, qui m'a vu grandir autant sur le plan personnel que professionnel et m'a guidé durant ces 3 années. Merci pour son énergie et son envie de transmettre qui a marqué ma formation.

Je remercie de tout mon cœur Calliope pour son soutien indéfectible, celle qui m'a accompagné dans les bons moments comme dans les mauvais, celle qui a écrit sur ces 4 post-it collés sous mon écran pour me donner du courage pendant les partiels et la rédaction de ce travail. Pour tout, merci.

Je remercie mon amie et acolyte Eva, je suis reconnaissant que notre amitié ait vu le jour malgré ton âge mental flagrant de 50 ans. Merci pour tes encouragements et ton aide durant ces trois années.

Merci à Elisa, mon amie de longue date, sans qui les cours magistraux auraient été beaucoup plus long. Je suis content que notre amitié ai repris son cours. Merci pour tes conseils et ton soutien.

Je remercie ma famille, qui m'a supporté et soutenue durant cette formation. Je remercie ma mère qui m'a relu et pour son aide dans ce mémoire notamment pour les nombreuses fautes d'orthographe.

Je remercie mes camarades pour leur soutien et pour les moments passés ensemble.

Je remercie le Co-jury qui prendra le temps de lire mon travail de fin d'étude.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Situations d'appel.....	2
2.1	Description de la première situation d'appel.....	2
2.2	Description de la deuxième situation d'appel	4
3	Question de départ.....	6
4	Cadre de référence.....	6
4.1	La considération	6
4.1.1	Définition.....	6
4.1.2	La communication	7
4.1.3	La dignité.....	9
4.1.4	La vulnérabilité.....	11
4.2	La douleur.....	12
4.2.1	Définition.....	12
4.2.2	Evaluation de la douleur	14
4.2.3	Mémoire de la douleur.....	15
4.2.4	Médecines alternatives et complémentaires	16
4.3	La confiance entre le patient et le soignant	19
4.3.1	Définition.....	19
4.3.2	La relation soignant-soigné	20
4.3.3	L'alliance thérapeutique	23
5	Enquête exploratrice.....	25
5.1	Méthode.....	25
5.2	Population choisie	25
5.3	Lieux d'investigation.....	25

5.4	Outils d'enquête.....	26
5.5	Analyse des données.....	26
5.5.1	Synthèse des entretiens	26
5.5.2	Analyse thématique des entretiens	30
5.6	Limite de l'enquête.....	43
6	Problématique.....	44
7	Question de recherche	46
8	Conclusion.....	47
9	Bibliographie.....	49
10	Annexes	54

1 Introduction

La douleur est une sensation universelle, elle peut être d'un côté l'objectif d'un soin mais également son résultat. Chaque soignant y est, dans la majorité, confronté tous les jours. Quelles soient aiguës ou chroniques, elles représentent un véritable enjeu de société. Selon la Fondation de Recherche sur la Douleur, « *42% des adultes, soit 23 millions de Français, sont touchés par la douleur chronique.* », elle ajoute que 42% des patients consultent un médecin généraliste pour un motif « douleur » dont 24% pour un motif « douleur chronique ».

Lors de mes stages effectués dans le cadre de ma formation, je me suis souvent interrogé sur la prise en charge de la douleur en lien avec la relation soignant-soigné. Ces notions de douleur et de relation sont au cœur du métier d'infirmier, dans chaque service et dans chaque soin. Mon regard de jeune étudiant m'a permis de prendre le temps d'entrevoir les liens qui les unissaient et leurs importances. Il m'a également permis de constater des dérives et l'absence dans certaines situations, de ces liens, impactant directement ou indirectement le patient.

Ce travail offre une perspective d'interrogation sur le rôle du soignant face à la douleur du patient. J'ai pu donc observer différentes prises en charges de la douleur, qui m'ont conduit à comprendre que cette prise en charge ne s'aborde pas seulement à travers les soins techniques.

Ces constats ont progressivement fait apparaître des questionnements autour de la place de la considération et la relation soignant-soigné dans la prise en charge de la douleur, et de son impact sur le vécu et la confiance du patient.

Afin d'effectuer ce travail de réflexion, je commencerai par la description de mes deux situations d'appels, accompagner des questionnements rencontrés, permettant d'aboutir à ma question de départ. Celle-ci sera le guide de ce travail.

Je présenterai ensuite mon cadre de référence, contenant plusieurs sources théoriques tirées de lectures divers et variées. J'exposerai mon enquête exploratoire, dans laquelle figurera les entretiens que j'ai réalisé auprès de plusieurs soignants venant de différents services, en lien avec le sujet de mon travail. Je continuerai par analyser les résultats et données que j'ai recueillies durant mes entretiens pour les confronter ensuite à mon cadre de référence.

Pour finir, j'énoncerai ma problématique suivie de ma question de recherche.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la première situation d'appel

Ma première situation se déroule lors de mon second stage du semestre 3, dans un service des urgences adultes.

Cette situation se déroule durant la deuxième semaine d'un stage de quatre semaines, lors de ma première nuit dans le service. Cette seule et unique nuit nous est programmée à la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) également appelée « Déchocage ». Il s'agit d'une salle dédiée au sein des urgences pour la prise en charge immédiate et spécialisée des détresses vitales définies comme une atteinte d'un ou plusieurs organes dont la défaillance compromet la survie à court terme. Dans le secteur, se trouve un médecin urgentiste, un infirmier, une aide-soignante et moi-même.

Dans la première partie de la nuit, après avoir pris des repères succincts, étant donné qu'il s'agit de ma première fois dans ce secteur, on nous informe de l'arrivée d'un patient amené par les pompiers à la suite d'un accident de la voie publique (AVP) à moto. A son arrivée, vers 23h, il est dirigé directement vers le déchocage sans passer par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). En effet, lors de son intervention, le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) a transmis les informations liées à l'état du patient au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), chargé de la coordination des secours médicaux, indiquant la nécessité d'une prise en charge au déchocage car le patient présente plusieurs traumatismes pouvant se compliquer si une intervention rapide n'est pas organisée.

Le patient est un homme de 25 ans, que nous nommerons Monsieur V. Celui-ci présente une luxation de l'épaule droite, une fracture du bassin et de multiples plaies aux membres inférieurs. Le patient est donc installé et toujours immobilisé par un matelas coquille permettant ainsi de maintenir le bassin en place pour éviter tout d'abord le risque majeur, l'hémorragie, le bassin étant une zone très vascularisée. Il permet également de limiter les douleurs lorsque le patient est déplacé. Il est cohérent et semble conscient de sa situation même s'il est un peu déconcerté. Après que l'infirmier lui ait posé une voie veineuse périphérique, le médecin décide de procéder à la réduction (remise en place du membre luxé, sortie de son axe) de l'épaule. C'est une manipulation très douloureuse provoquant une tension sur les muscles, les ligaments et les nerfs ainsi qu'une inflammation locale.

Tout le monde s'organise donc pour le soin. Suite à la prescription orale du médecin, l'infirmier prépare les anesthésiants, afin de diminuer la douleur et sédater le patient pour mieux tolérer la manipulation. Je vais chercher un drap permettant d'entourer le patient pour le maintenir et faire un contre poids. Le matériel est donc prêt, les traitements préparés et le patient scopé (monitorage permettant d'observer les paramètres vitaux du patient). En effet, les traitements anesthésiants entraînent des hypotensions et des détresses respiratoires, ce qui implique également une mise sous oxygène. On se dispose de part et d'autre du patient. L'infirmier et moi du côté opposé de l'épaule luxée pour maintenir le drap et administrer les anesthésiants via la voie veineuse périphérique posée en amont, et le médecin de l'autre côté, se préparant à manœuvrer le bras de Monsieur V. Nous pouvons nous demander pourquoi l'infirmier ne communique pas sur les soins qu'il va prodiguer ainsi que les traitements qu'il va administrer. En effet, l'incompréhension du patient peut majorer son anxiété, ce qui est délétère à la fois pour le patient et pour le soin. L'aide-soignante du secteur se place quant à elle au niveau de la tête du patient, se met à sa hauteur et lui prend la main tout en posant son autre main sur son front. Je me rends alors compte qu'au-delà du soin technique, une autre approche se met en place. Hormis l'aide-soignante, depuis l'arrivée du patient, tout le monde semble focalisé sur la réduction de l'épaule, tandis que le patient, lui, souffre et est anxieux de sa prise en charge. Pourquoi cette prise en charge est-elle, au premier abord, si centrée sur cette épaule et pas sur le patient dans sa globalité ? Les soins physiques priment-ils sur les soins psychologiques dans l'urgence ?

Le médecin donne le départ, les traitements sont ensuite administrés et la manœuvre commence. Le patient se détend sous l'effet des traitements et tout est en place. Je suis à ce moment-là, concentré dans ma tâche qui est de soutenir le drap pour faire contrepoids, permettant au médecin de tirer et de manipuler le bras de Monsieur V sans qu'il ne bouge. La réduction se prolonge et malgré les traitements donnés en début de manipulation le patient se plaint et semble douloureux. Il commence alors à se mouvoir petit à petit interférant dans le déroulement de la manipulation. Un visage crispé, une tension musculaire et des sons, témoignant de sa douleur et de son inconfort, apparaissent peu à peu.

C'est alors que je vois, l'aide-soignante, consciente de la nécessité de l'apaiser, d'une voie posée et réconfortante parler à Monsieur V tout en lui manifestant des gestes simples, apaisants et consolateurs. Son action est complètement détournée de la réduction et se focalise sur Monsieur V uniquement. Durant, tout le soin, l'aide-soignante ne s'est pas détournée de son

accompagnement. Je me pose alors la question de ce soin relationnel sur la douleur, de l'impact qu'a eu cette aide-soignante sur la prise en charge de la douleur. Je réalise que cette communication a eu un effet très positif sur le patient.

Progressivement, le patient montre un apaisement ou du moins une réassurance marquée. Une relation de confiance s'était instaurée entre elle et le patient. Je me demande donc si la prise en charge de la douleur, ici en situation critique, même de façon non médicamenteuse, a permis d'améliorer la relation de confiance plus que la réduction en elle-même. De plus, cette relation de confiance était même nécessaire pour effectuer le soin technique, ici la réduction. En effet, cette prise en charge de la douleur montre au patient que sa douleur est écoutée et reconnue, renforçant la confiance, l'adhésion aux soins de celui-ci et le sentiment de considération. Le patient se sentant apaisé et compris, dans un environnement souvent angoissant, permettant un apaisement psychologique, une atténuation de la douleur ressentie et surtout, un laissé faire.

Le médecin réussit finalement à remettre l'épaule en place et une attelle est mise pour maintenir celle-ci. A la fin de ce soin on peut donc se demander, si dès le départ l'équipe avait eu la même attention ou plus de considération pour la douleur du patient, est ce que le geste aurait été réalisé plus rapidement ? En effet, on a vu que lorsque le patient s'est mis à interférer dans le soin, l'intervention de l'aide-soignante a joué un rôle majeur dans la continuité de celui-ci.

2.2 Description de la deuxième situation d'appel

Ma deuxième situation se déroule dans le même service, durant la troisième semaine de ce stage de quatre semaines. Je suis alors dans le secteur deux pour la semaine. Il correspond à la filière allongée du service des urgences, c'est-à-dire qu'il est dédié à des patients nécessitant des examens plus approfondis ou encore dans l'attente d'une hospitalisation. Les patients sont donc orientés dans ce secteur après être passé par l'IOA, qui recueille les premières informations, suivi d'une prise de constantes et possiblement d'un premier traitement pour la douleur, permettant au patient d'être dirigé dans la bonne filière et d'être examiné par un médecin. Constitué d'une dizaine de box, j'ai alors la charge de deux d'entre eux. Je dois loguer c'est-à-dire renseigner sur le logiciel des urgences dans quelle chambre sont placés les patients arrivants, sur les places disponibles dans les box, pour ensuite leur indiquer les procédures à suivre, leur administrer les traitements et prélever les examens une fois que le médecin est passé les examiner. Toujours sous la supervision de l'IDE.

Vers 16 heures, un jeune homme est dirigé par l'IOA, sur un brancard, vers le secteur deux pour une suspicion de colique néphrétique. A cet instant, je n'ai pas connaissance d'un éventuel antalgique administré par l'IOA. Mais à en juger par l'état du patient je me pose la question de la prise en considération de cette douleur. Le patient est très douloureux et agité, en revanche aucun box n'est disponible à ce moment-là. Effectivement, vers 16 heures et jusqu'en début de soirée, j'ai pu remarquer que les urgences connaissent généralement un pic d'affluence. Il attend donc avec d'autres patients dans le couloir, sur son brancard, que des places se libèrent. Plus le temps passe, plus le patient s'agite et se plaint du temps d'attente, mais également de la douleur. Force est de constater qu'aucun soin ne lui a été promulgué. Cependant, des protocoles de prise en charge de la douleur sont en vigueur dans le service, l'IOA les a-t-elle appliqués ? En effet, des protocoles ont été justement fait pour évaluer et traiter en première intention les douleurs des patients passant par l'IOA. Les infirmières peuvent donc administrer, dans certaines conditions, des antalgiques sans prescription du médecin.

Quelque temps après, le patient descend de son brancard pour se mettre au sol, au milieu du passage, afin de trouver une position permettant d'atténuer la douleur. A ce moment, je suis avec l'infirmière pour effectuer un soin avec elle. Nous passons juste à côté de ce patient. Je suis alors surpris du faible intérêt qu'ont les soignants présents. De même pour l'infirmière que j'accompagne qui, passant à côté, esquisse un simple « Relevez-vous s'il vous plait monsieur ». Je suis alors interpellé par la situation, je ne sais pas comment réagir avec d'un côté l'infirmière continuant son chemin et de l'autre le patient douloureux non considéré. On peut questionner ici la place de la considération dans les soins ? Le comportement du patient montre une forme de désespoir quant à l'absence de réponse de la part des soignants. Or, la réaction de l'infirmière, laisse paraître le patient davantage comme une gêne que comme une situation préoccupante. Cette réponse, vient contre dire les valeurs enseignées à l'IFSI, notamment la bienveillance, le respect de la dignité et la prise en compte de la douleur ressentie par le patient. Cependant, cette non-considération se déroule si simplement et spontanément qu'elle en devient presque banale, comme une habitude qui m'a emporté un instant avant que je ne la questionne. Je me pose la question, par rapport à notre enseignement à l'IFSI, on nous enseigne que la douleur est une urgence, or je me demande pourquoi ne s'est-elle pas arrêtée. Est-ce parce que nous étions déjà occupés avec un autre patient, impliquant ainsi un risque d'arrêt de tâche ? Cependant l'urgence ne prévaut elle pas sur la tâche ? En effet, selon le Code de la Santé Publique « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». Cette

banalisation fait apparaître une faille relationnelle et somatique dans la prise en charge globale du patient. En effet, l'infirmière minimise ou normalise sa douleur, mais également la personne en elle-même. Cela peut nous amener à la notion de patient dit « objet », de part sa déshumanisation à travers l'ignorance de sa douleur. Par conséquent, cette situation a-t-elle influencé, par la suite, sa confiance aux soins et aux soignants ? A-t-elle majoré son mal être physique et mental ?

Une place finit par se libérer dans un box peu après, permettant le « début » de sa prise en charge. Ce n'est que lorsque le patient est installé dans le box qu'un médecin est venu l'examiner permettant la prescription des traitements nécessaires à sa pathologie. L'infirmière prends le relais et prend donc en charge le patient une fois ses autres soins terminés. Elle applique donc la prescription médicale, traitant ainsi la douleur actuelle du patient, sans prendre en compte celle ressentie durant son attente dans le couloir. La prise en charge s'est-elle limitée à l'aspect somatique ? Est-il priorisé de la même manière que pour une urgence vitale ? Le patient devient-il considéré, seulement lorsque les places disponibles le permettent ?

Cette deuxième situation m'a alors renvoyée à la situation précédente. En effet, je me suis alors questionné sur la différence de prise en charge de la douleur assez marquée entre ces deux situations se passant pourtant dans le même service. On constate d'un côté une prise en charge de la douleur médicamenteuse ou non, totalement personnalisé, impliquant une relation de confiance entre le soignant et le patient. De l'autre côté, une non-considération marquée prend le pas sur l'urgence qu'est la douleur, peut être banalisée dans un service où elle y est très présente.

3 Question de départ

Au regard de ces questionnements, je souhaite orienter mon travail sur :

« En quoi la considération du patient joue un rôle important dans la prise en charge de sa douleur, et favorise la confiance entre le patient et le soignant ? »

4 Cadre de référence

4.1 La considération

4.1.1 Définition

Selon la philosophe Corine Pelluchon, la considération se définit à travers ce qu'elle appelle la transcendance qui est « *un mouvement d'approfondissement de soi-même permettant au sujet*

d'éprouver le lien l'unissant aux autres vivants et de transformer la conscience de son appartenance au monde commun en savoir vécu et en engagement ». Elle suggère ici que la considération est une organisation intérieure, il s'agit d'une sensibilité morale et un engagement actif.

Elle rajoute que « *La considération est l'attitude globale sur laquelle les vertus se fondent au cours d'un processus d'individuation* ». Ainsi la considération permet de différencier une personne d'une autre à travers des vertus tel que l'empathie, la sensibilité et la compréhension.

La considération est une composante du juste soin d'après le cadre supérieur de santé Serge Philippon. Elle est la notion primordiale qui différencie « faire des soins » et « prendre soin ». Il explique à travers les dires de l'infirmier et docteur en santé publique Walter Hesbeen que « *Considérer l'humain, avoir de l'estime pour lui, prendre en compte, c'est vouloir explicitement et donc consciemment ne pas le négliger en le réduisant, par exemple, à son statut, à son âge, à sa pathologie, à un sentiment, que celui-ci soit agréable ou désagréable. Ne pas le négliger, également, en veillant à ne pas se tromper de cible : la finalité c'est l'humain à qui l'on donne des soins, ces derniers n'en étant que des moyens* ».

4.1.2 La communication

4.1.2.1 Définition

Le Robert définit la communication comme « *le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un, quelque chose. Être en communication avec un correspondant.* ». Le professeur de psychologie Didier Anzieu complète cette définition en expliquant que « *La communication est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue la mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs autres personnes (récepteur) en vue d'atteindre certains objectifs.* ».

La communication n'est pas une option mais une obligation dans le soin. En effet, selon l'infirmière, enseignante et chercheuse Virginia Henderson, communiquer fait partie des 14 besoins fondamentaux, c'est-à-dire que tout être humain a la nécessité d'échanger et de communiquer avec les autres et avec son environnement. Cette communication permet de partager ses sentiments, ses émotions, ses ressentis, ses expériences, ses idées et ses besoins.

Le psychologue Paul Watzlawick insiste en disant « *Vous ne pouvez pas ne pas communiquer* », et décrit la communication comme un rôle majeur et fondamental dans nos vies et dans la société. Il indique que si l'être humain a évolué autant jusqu'à maintenant, c'est grâce à la communication. Il théorise les 5 axiomes de la communication humaine :

1. **Impossibilité de ne pas communiquer** : Tout comportement est une forme de communication, volontaire et involontaire, de même que le silence. En effet, le silence peut également transmettre des informations et peut être interprété de différentes façons.
2. **Niveau de contenu et niveau de relation** : Cela met en évidence la signification du message mais aussi la manière dont la personne veut être comprise et comment il pense que les autres ont compris : « *Lorsque nous interagissons nous transmettons de l'information, mais la qualité de notre relation peut donner un sens différent à cette information.* ».
3. **Ponctuation de la séquence des faits** : Chaque personne organise la communication selon son propre point de vue. Chacun interprète l'échange et pense réagir à l'autre, tandis que la communication est un système circulaire.
4. **Mode digital et mode analogique** :
 - Mode digital correspond aux mots. C'est le verbal.
 - Mode analogique évoque le non-verbal : les gestes, la posture, les expressions du visage
5. **La communication symétrique et complémentaire** : L'échange symétrique se base sur des conditions d'égalité, où chacun a une importance semblable à l'autre dans l'échange, sans qu'ils ne se complètent. Cependant, l'échange complémentaire, quant à lui, se base sur la différence entre les interlocuteurs, permettant une recherche de complémentarité.

Ainsi, ces principes démontrent que la relation est au cœur de la communication, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'identifier le rôle individuel de chacun dans le dialogue, mais bien les interactions et réactions des personnes dans une relation de communication.

4.1.2.2 Les types de communications

La communication a divers moyens de s'exprimer. En effet, la communication ne se limite pas seulement à la parole mais est un processus complexe englobant la communication verbale, paraverbale et non verbale. Selon le psychologue Albert Mehrabian, la communication se

répartit de manière inégale dans ces différentes composantes. En effet, seulement 7 % de la communication est verbale, 38 % est vocale ou paraverbale et 55 % est non verbale.

La communication non-verbale est donc la composante la plus importante dans un échange. Elle correspond, selon Ray Birdwhistell, fondateur de l'étude des gestes et des mouvements du corps, à « *l'ensemble des comportements corporels (gestes, postures, expressions, regards) qui participent à la transmission du message dans une interaction.* ». Ainsi, elle passe par différents biais :

- Le regard
- Les gestes
- Les expressions faciales
- La posture
- L'apparence physique
- Les silences
- Le toucher
- La proxémie
- Les signes physiologiques
- L'orientation du corps

Autant de mécanisme qui traduisent et reflètent les pensées et les émotions des interlocuteurs.

La communication verbale, résulte de la langue, des choix des mots et de leurs sens. La structure des phrases et le vocabulaire y sont essentiels. Cette dimension, bien que minoritaire selon Mehrabian, reste importante dans transmission d'informations précises et permet la mise en place d'une relation personnelle ou professionnelle de qualité.

Enfin, la communication paraverbale vient compléter la verbale en précisant le langage verbal grâce à son rapport avec la voix et l'expression vocale. En effet, il est question du ton donné à la voix, sa tonalité, son rythme, les pauses ou encore la diction.

4.1.3 La dignité

4.1.3.1 Définition

La considération inclue une notion des plus importantes dans le soin, la dignité. Selon le site du Ministère de l'intérieur, « *La dignité humaine, c'est le fait que chaque personne a de la valeur*

et mérite le respect, simplement parce qu'elle est un être humain. Elle mérite un respect inconditionnel (sans conditions), peu importe son âge, son sexe, son état de santé physique ou mentale, sa condition sociale, sa religion ou son origine ethnique. ».

Le philosophe Emmanuel Kant met en avant la dignité ontologique, c'est-à-dire liée au simple fait d'être un être humain, et son universalité. Selon Kant « *ce qui fonde la dignité de chaque personne c'est la présence en chacun de la capacité d'obéir à la loi morale.* » (cité par Florence Gruat, 2012, p.157). Ainsi, « *c'est la dignité de l'humanité en chaque personne qu'il s'agit de respecter et non pas la dignité de chaque personne : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen ».* » (cité par Florence Gruat, 2012, p.157). Ainsi, la dignité est une valeur intrinsèque et inaliénable de par la condition d'être humain, imposant le respect du parcours de vie et de la situation sociale et économique.

4.1.3.2 Cadre législatif

La dignité est avant tout un droit, inscrit dans les grands textes de droit tel que le Code pénal français, le Code de l'action sociale et des familles, et bien entendu le Code de la Santé Publique et la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) de 1948. En effet, la Déclaration universelle des droits de l'homme entame son préambule par « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénable constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.* ». Son article 1 rajoute que « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ».

De plus, cette notion est également mentionnée dans le Code de la santé publique. La loi du 4 mars 2002, dites loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, exprime dans son Article L.1110-2 que « *La personne malade a droit au respect de sa dignité.* ».

Enfin, l'Article R4312-20, du Code de la santé publique, met en avant les responsabilités infirmiers vis-à-vis de cette dignité et dit que « *L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.* ».

4.1.4 La vulnérabilité

4.1.4.1 Définition

L'infirmière puéricultrice, cadre de santé formatrice et docteur en philosophie Marie Liendle décrit la vulnérabilité selon les différents domaines qui la traite tel que (Liendle, 2012) :

- Le domaine médical : *« la vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité. En 2007, le conseil national de l'ordre des médecins définit la vulnérabilité, comme pouvant toucher les patients issus de tout milieu et à tout âge, elle est une situation d'une « personne qui ressent ou est confrontée à un vécu d'exclusion » ».*
- Le domaine socio-économique : *« il identifie la précarisation du rapport à l'emploi et du rapport à la société pouvant éroder les supports utilisés et utiles pour trouver sa place dans la société et y agir ».*
- Le domaine humanitaire : *« relève le risque inhérent au traumatisme des catastrophes naturelles, des guerres ».*

Le pédiatre Pierre Bétrémieux écrit dans son chapitre *Les figures de la vulnérabilité* dans son ouvrage *Traité de bioéthique* la définition de la vulnérabilité comme *« une fragilité intrinsèque de ses facultés qui lui est propre et qui ne se dévoilera de façon provisoire ou permanente que lorsque l'une de ses facultés est diminuée ou gravement altérée. »* (Bétrémieux, 2010, p. 174).

4.1.4.2 La vulnérabilité dans le soin

La vulnérabilité est une composante centrale des métiers du soins quant à leur confrontation à la maladie, la douleur et à la mort. Corinne Pelluchon dans son article *La vulnérabilité en fin de vie* indique que la vulnérabilité impose *« la nécessité de prendre en compte à la fois le fait que la personne a besoin de l'autre, a besoin de soin et de structures médicales, et le fait qu'elle désire être considérée comme une personne à part entière, comme un être humain qui appartient encore au monde des hommes et dont la dignité est intacte, malgré l'ensemble des atteintes physiques ou cognitives. »* (Pelluchon C. , 2012, p. 28). Elle explique ici que le soignant ne doit pas résumer la vulnérabilité aux capacités du patient, mais doit l'interpréter comme une dimension universelle. En effet, elle dit *« Parler de la vulnérabilité de l'autre, c'est*

donc toujours parler de ma responsabilité et c'est toujours parler à ma vulnérabilité. » (Pelluchon C. , 2012, p. 33), confirmant l'aspect universel, dans la mesure où nous dépendons des autres d'une façon ou d'une autre, impliquant l'égalité qui doit régner entre patient et soignant.

Elle confirme la responsabilité du soignant en parlant d'un principe intimement lié à la vulnérabilité, l'autonomie. Elle précise que *« opposer la vulnérabilité comme fragilité à l'autonomie pensée comme indépendance, c'est reconnaître que la responsabilité, loin d'être une simple obligation professionnelle ou la résultante d'un contrat entre personnes symétriques, est au cœur de nos relations aux autres hommes et de nos affections. »* (Pelluchon C. , 2018, p. 30). Autrement dit, nous sommes responsables les uns des autres dans une vulnérabilité commune.

4.2 La douleur

La douleur est un des concepts principaux de ma question de départ. Afin de mieux comprendre comment la considération, abordé dans la partie précédente, impacte la douleur, il me semble important d'explorer plus particulièrement cette dernière.

4.2.1 Définition

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur décrit la douleur comme *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. (définition proposée en 1979 par Merskey) »* (Benhamou-Jantelet, 2012).

La douleur est un phénomène complexe alliant différentes origines et expressions. Elle ne se résulte pas seulement aux procédés anatomiques et physiologiques, elle implique également une dimension psychologique, sociale, individuelle et culturelle à ne pas négliger. En effet, selon le professeur David Le Breton *« La relation intime à la douleur dépend de la signification que celle-ci revêt au moment où elle touche l'individu. En ressentant ses affres, il n'est pas le réceptacle passif d'un organe spécialisé obéissant à des modulations impersonnelles de type physiologique. La manière dont l'homme s'approprie sa culture, les valeurs qui sont les siennes, le style de son rapport au monde, composent une trame décisive de son appréhension. »* (Le Breton, 2012).

4.2.1.1 Théorie du Gate Control

Les neuroscientifiques Ronald Melzack et Patrick Wall confirment cet aspect de la douleur grâce à leur théorie du Gate Control ou Portillon. Cette théorie explique que la moelle épinière joue un rôle de portillon régulant les signaux douloureux vers le cerveau. Elle explique également que les fibres nerveuses, responsables de la propagation des signaux douloureux, sont dites de petit diamètre. Tandis que les fibres de grand diamètre, ne propage pas les signaux douloureux mais les signaux tel que le toucher. Ces fibres de grand diamètre ont la capacité de fermer le « portillon » inhibant ainsi les signaux douloureux. Ainsi, ils affirment que les émotions et l'état psychologique peuvent influencer sur ce « portillon ». Les émotions négatives (stress, anxiété, dépression, peur) peuvent favoriser l'ouverture de ce « portillon » et donc augmenter la perception de la douleur, tandis que les émotions positives (confiance, distraction, relaxation) favorisent la fermeture et donc diminuent celle-ci. David Le Breton dit également *« L'expérience montre par exemple l'importance de l'entourage, même purement professionnel, dans le soulagement et l'apaisement du malade. Les soignants des services de soins palliatifs savent qu'une parole amicale ou une main sur un front, la présence au chevet de l'homme souffrant, sont les plus efficaces des antalgiques, même s'ils ne suffisent pas. »* (Le Breton, 2012).

4.2.1.2 Type de douleur

Différents types de douleur existe :

Une notion de temps :

- **Douleur aiguë :** il s'agit d'un symptôme, un signal d'alarme du corps face à un problème ou une blessure. La douleur est dite aiguë car son apparition est récente, de moins de trois mois.
- **Douleur chronique :** il s'agit d'une douleur maladie. La douleur est dite chronique car elle est persistante ou récurrente, en moyenne au-delà de trois mois.

Une notion de cause :

- **Douleur nociceptive** : causée par une inflammation ou des lésions des tissus, elle est déclenchée par des récepteurs aux extrémités des fibres nerveuses (coupure, brûlure, fracture...).
- **Douleur neuropathique** : causée par une lésion du système nerveux périphérique (amputation, neuropathie diabétique, hernie discale...), une lésion du système nerveux central (AVC...) ou une compression (tumeur).
- **Douleur nociplastique ou centralisée** : causée par une altération du traitement de la douleur par le système nerveux central sans aucune lésion particulière identifiée, causant une réponse exagérée aux stimuli douloureux.
- **Douleur psychogène** : causée par des facteurs psychologiques avec absence de cause organique et ne pouvant pas être confirmée par des examens cliniques et paracliniques.

4.2.2 Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est un acte fondamental du rôle propre infirmier mais n'en reste pas moins complexe. En effet, la subjectivité de la douleur la rend difficile à quantifier de manière précise, d'autant plus vis-à-vis des différents paramètres qui la composent. L'évaluation de la douleur va permettre de déterminer son intensité, d'adapter les traitements nécessaires et d'évaluer son évolution. Ainsi, diverses échelles ont été mises en place afin de répondre à ces objectifs.

Voici les plus utilisées en pratique lorsque la communication verbale est possible :

- **Echelle numérique (EN)** : Consiste à demander au patient de situer sa douleur sur une échelle de 0 à 10 sachant que 0 signifie l'absence de douleur et 10 signifie une douleur insupportable.
- **Echelle visuelle analogique (EVA)** : Consiste à utiliser une règle visuelle à deux faces, une face comportant des visages avec des expressions en fonction de la douleur allant de l'absence de douleur à une douleur insupportable. L'autre face comporte une échelle graduée de 0 à 10. Le patient positionne le curseur selon l'intensité de sa douleur et le soignant la convertit en chiffre.
- **Echelle verbale simple (EVS)** : Consiste à poser une simple question sur l'intensité de la douleur en utilisant les termes : pas de douleur, douleur faible, douleur modérée et douleur intense.

Voici les plus utilisées en pratique lorsque la communication verbale est impossible :

- **ALGOPLUS** : Utilisée chez la personne âgée ou chez l'enfant présentant des troubles de la communication verbale ou cognitifs. Elle consiste à observer le visage, le regard, les plaintes, le corps et le comportement afin d'attribuer un chiffre sur 5.
- **BPS (Behavioral Pain Scale)** : Utilisée dans les services de réanimation pour les patients sédatisés et ventilés. Elle consiste à observer l'expression du visage, le tonus musculaire des membres supérieurs et de l'adaptation au respirateur donnant un score entre 3 et 12.

4.2.3 Mémoire de la douleur

La professeure en pharmacologie Gisele Pickering et le neurologue Bernard Laurent expliquent que la douleur et la mémoire sont étroitement liées. La douleur peut laisser une empreinte dans le cerveau influençant la perception celle-ci. Ils disent que « *Lors du rappel d'une expérience douloureuse, sont mises en jeu la mémoire autobiographique qui sollicite la mémoire épisodique (qui concerne les moments particuliers de notre vie), la mémoire sémantique (qui livre les connaissances sur le sens des choses, la douleur, la médecine) et la mémoire émotionnelle (l'émotion associée à l'événement douloureux).* » (B.Laurent, 2013, p. 38)

4.2.3.1 Mémoire émotionnelle

Ils expliquent que la mémoire émotionnelle joue un rôle des plus importants dans ce mécanisme. En effet, les émotions tel que le stress ou l'anxiété peuvent impacter la mémoire de l'évènement douloureux le rendant plus ou moins fort, « *Il a été montré que l'exposition à un stress aigu peut conduire à un souvenir faussé de l'information d'origine* » et « *Considérant la malléabilité des processus de mémorisation, il est possible de se souvenir d'un événement douloureux de manière plus traumatique ou plus intense qu'il n'a véritablement été vécu.* » (B.Laurent, 2013, p. 41), et ainsi, influencer la perception des douleurs futures.

Ils rajoutent que « *La mémoire est une reconstruction dont l'émotion est le rhéostat : plusieurs travaux ont montré après des gestes douloureux aigus (extraction dentaire) que le souvenir de douleur était lié à l'émotion ressentie au cours du geste et à l'anticipation anxieuse de celui-ci plus qu'à l'évaluation de l'intensité notée juste après.* » (B.Laurent, 2013). L'environnement dans lequel se trouve émotionnellement le patient aura donc un impact sur son ressenti de la

douleur et sur l'appréhension des prochains évènements douloureux, plus l'émotion est forte, plus le souvenir de la douleur revient facilement.

4.2.3.2 La plasticité neuronale

Selon la neuroscientifique et biologiste Laura Baroncelli, « *Le terme de « plasticité » signifie que le système nerveux est capable de réorganiser ses connexions nerveuses sur un plan fonctionnel et structural en réponse aux expériences de vie, aux changements d'environnement (Baroncelli, 2011).* »

La mémoire de la douleur s'encre au sein même des neurones. Selon G. Pickering et B. Laurent, « *La mémoire neuronale de la douleur chronique suit pratiquement les mêmes étapes que la mémorisation d'un souvenir de vacances, avec encodage, consolidation et avec une stabilisation du « souvenir douleur » (B.Laurent, 2013, p. 42).* Les expériences douloureuses provoquent des modifications neurologiques et chimiques dans le cerveau, pouvant à terme être le siège de douleurs chroniques ou encore d'une hypersensibilité à la douleur.

Le cerveau peut ensuite enregistrer la douleur et la faire réapparaître, « *Quelquefois, le cerveau lui-même génère la douleur comme une réexpérience physique douloureuse, illustrée par l'algothallucinoïse des amputés, douleur fantôme, douleur mémoire. Dans l'algothallucinoïse, la douleur aiguë qui a juste précédé l'amputation peut rester présente comme si la dernière sensation perçue se perpétuait » (B.Laurent, 2013, p. 42).* La douleur dite « fantôme » prend donc son départ dans cette mémoire de la douleur pré-amputation qui se perpétue.

4.2.4 Médecines alternatives et complémentaires

4.2.4.1 Définition

De plus en plus, des médecines dites alternatives et complémentaires prennent leur place au sein des prises en charge, parfois en complémentarité voire en remplacement de la médecine conventionnelle. Selon le site du Ministère de la Santé, la médecine conventionnelle « *s'appuie sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort. Les essais cliniques sont soumis à des autorisations et à des contrôles rigoureux sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique. Les consensus professionnels, quant à eux, sont*

obtenus après plusieurs années de recul, avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. Les conditions d'utilisation des techniques y sont définies avec précision. En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine « conventionnelle » est prouvée. La médecine « conventionnelle » est enseignée à l'université » (Ministère de la santé, 2026)

D'après les chercheurs de l'Institut d'Histoire, d'Éthique et de Philosophie de la Médecine École de Médecine de Hanovre, les médecines alternatives *« sont des approches qui se substituent à la médecine conventionnelle ou établie, elles sont considérées comme incompatibles avec cette dernière et/ou ne sont pas (habituellement) remboursées par les systèmes de santé »*. Tandis que les médecines complémentaires *« sont des approches compatibles en pratique avec la médecine conventionnelle, soit parce qu'elles ont montré à minima qu'elles n'ont pas d'effets secondaires et qu'elles sont sûres, soit parce que même si elles ne sont pas encore considérées comme appartenant à la médecine conventionnelle (et sont donc des thérapies non conventionnelles), elles présentent des preuves de leur efficacité. »* (Inès Sophie Pietschmann, 2020).

4.2.4.2 Différentes pratiques, médecines alternatives et complémentaires

La sophrologie : (La chambre syndicale de la sophrologie, 2011)

Définition : *Méthode exclusivement verbale et non tactile, la sophrologie emploie un ensemble de techniques qui vont à la fois agir sur le corps et sur le mental. Elle combine des exercices qui travaillent à la fois sur la respiration, la décontraction musculaire et l'imagerie mentale (ou visualisation). Toutes ces techniques permettent de retrouver un état de bien-être et d'activer tout son potentiel. La sophrologie permet d'acquérir une meilleure connaissance de soi et d'affronter les défis du quotidien avec sérénité.*

Indications :

- *Gestion du stress et de l'anxiété*
- *Améliore la qualité du sommeil*
- *Favorise la récupération et lutte contre les troubles du sommeil*
- *Prévention des douleurs provoquées par les soins*
- *Traitement des douleurs chroniques*

L'hypnose : (Nathalie Fournival, 2021)

Définition : *Elle se définit comme un état de conscience modifiée. Cet état est naturel et c'est son utilisation dans une visée thérapeutique ou psychothérapeutique qui en fait une méthode de soin intéressante dans de nombreux contextes, en particulier pour les personnes douloureuses.*

Indications :

- Douleur aiguë, douleurs de soins, douleurs postopératoires
- Douleur chronique
- Gestion des troubles anxieux
- Gestion des troubles addictifs

La relaxation : (Nathalie Fournival, 2021)

Définition : *La relaxation recouvre un ensemble important de méthodes et de techniques dont le but principal est de parvenir au relâchement de tonus musculaire et à un apaisement du psychisme par la concentration sur les sensations corporelles (sensations de chaud, de froid, d'engourdissement, de légèreté, etc.) et par un travail respiratoire.*

Indications :

- Douleurs chroniques : migraine, lombalgies, fibromyalgie
- Douleurs aiguë, provoquées par les soins
- Anxiété, peur, phobie en lien avec des sensations ou situations douloureuses

L'acupuncture : (Inserm, 2014)

Définition : *L'acupuncture est une pratique issue de la tradition médicale chinoise. Elle consiste en la stimulation de « points d'acupuncture » sur divers endroits du corps à l'aide de techniques qui peuvent être physiques (implantation d'aiguilles, dispositifs d'acupression, application de ventouses, d'aimants, lasers...).*

Indications :

- Douleurs chroniques : lombalgie, arthrose, névralgie, fibromyalgie, mal de tête, etc.
- Anxiété, la dépression ou l'insomnie chronique
- Troubles liés à la grossesse : nausées, lombalgies et sciatique, éversion fœtale, etc.

- *Troubles addictifs*
- *Nausées et vomissements*

La RESC :

Définition : *La Résonance Sous Cutanée ou RESC est une écoute cutanée subtile, entre deux points mis en résonance, des messages de nature vibratoire et ondulatoire perçus dans l'espace liquidien et tissulaire du corps (parallèles théoriques avec les lois océanogéographiques) afin d'en évaluer la fluidité et de la rétablir si nécessaire. Elle emprunte pour cela la cartographie des trajets et des points décrits dans la médecine chinoise ainsi que certaines de ses observations physiologiques. Elle accompagne ainsi le patient vers un ressenti d'apaisement, quelle que soit la pathologie et sans se substituer au traitement médical. »*

Indications :

- *Douleurs aiguës : traumatiques, post-opératoires*
- *Douleurs chroniques : pathologies cancéreuses, rhumatismes, neurologiques, etc.*
- *Anxiété et dépression*

4.3 La confiance entre le patient et le soignant

4.3.1 Définition

D'après Le Robert, la confiance se définit comme une « *Espérance ferme, assurance d'une personne qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose.* ». La confiance est une composante majeure de la relation, décrite par l'économiste Kenneth Arrow comme « *un lubrifiant des relations sociales* ». Cette notion est d'autant plus importante dans le domaine du soin. En effet, selon la puéricultrice cadre santé Laurence Lagarde-Piron, « *il n'y a pas de soin possible sans confiance. La relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. La confiance est fondamentale dans l'interaction de soin.* » (Lagarde-Piron, 2016). De plus, d'un point de vue émotionnel, le journaliste Achille Weinberg dit que « *avoir confiance permet de « s'abandonner » à un tiers et de faire baisser son niveau d'inquiétude. Il faut être en confiance pour « confier » un bien précieux : son argent à la banque, son enfant à une nourrice, sa santé à un médecin, sa vie à une compagnie aérienne...* » (Weinberg, 2015, cité par Christine Paillard)

Cependant, ce concept apparaît souvent comme un terme à double tranchant. La confiance peut à la fois être un atout majeur dans une relation mais peut être également le siège d'une méfiance futur, « *Dans le cadre d'une prise en soins, cela induit savoir remettre sa vie entre les mains des soignants, prendre un risque lors d'un soin technique malgré la compétence avérée d'un professionnel de santé.* » (Paillard, 2024). La professeure de philosophie Michela Marzano ajoute que « *Certes, à chaque fois qu'elle a lieu, la trahison surprend et blesse, ne serait-ce que parce qu'elle surgit justement à l'intérieur d'un rapport de confiance. Et cela, indépendamment de la raison pour laquelle on fait confiance, ainsi que des qualités de celui en qui l'on a confiance. Mais confiance et trahison sont, chacune à sa façon, une manifestation d'humanité : l'être humain a besoin de confiance, mais il n'échappe jamais durablement à ses faiblesses.* » (Marzano, 2010).

4.3.2 La relation soignant-soigné

4.3.2.1 Définition

La relation soignant-soigné est une composante majeure de la prise en charge, elle articule les soins et fait évoluer le patient vers un objectif commun avec le soignant : son bien-être. Selon la théoricienne des soins infirmiers Hildegard Peplau « *La relation soignant-soigné est une interaction entre deux personnes en situation de soin, à chaque fois renouvelée lors de la prise en charge du patient* » (Dallaire, 2025). Le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers ajoute qu'elle est « *Le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.* » et que « *La relation soignant/soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie.* » Cette relation est caractérisée d'asymétrie de par la position du patient, qui est dans une sorte de dépendance vis-à-vis du soignant.

L'infirmière puéricultrice et directrice des soins Monique Formarier, dit qu'il existe de 7 types de relations : (Formarier, 2007)

1. **La relation de civilité :** Il s'agit d'« *un code culturel social ritualisé* », ainsi, « *Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires* ».

2. **La relation de soins :** Elle est un « *Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... Elle est essentiellement de type informatif. Au cours des échanges formels ou informels, elle peut être source d'informations importantes données par le patient...* ».
3. **La relation d'empathie :** Elle se caractérise par « *deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects.* » (Decety 2004). De plus, « *l'empathie, dans les relations professionnelles, sert à comprendre la situation d'autrui (partage affectif sans perdre de vue la mise à distance), et à y réagir de manière appropriée mais que cette relation nécessite une attention soutenue.* ».
4. **La relation d'aide psychologique :** « *La relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, aggravation de la maladie, fin de vie, perte, deuil, souffrance, maladie chronique, accident...* ». Le philosophe Karl Rogers rajoute que « *La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes* ».
5. **La relation thérapeutique :** « *Cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient. Elle est réalisée dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique, toujours sur prescription médicale.* ».
6. **La relation éducative :** Il s'agit d'une « *Relation très utilisée par les soignants, elle est mise en œuvre, lorsque que pour des raisons de santé, le patient doit changer d'habitudes de vie (régime alimentaire, rythme de vie...) subir un sevrage (alcool, drogues, tabac...) ou doit pratiquer des auto – soins (injection, sondage...). Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins),*

une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maîtrise des gestes techniques, habilité manuelle). ».

- 7. La relation de soutien social :** Il s'agit d'une relation mettant en avant la famille et l'entourage du patient, où le soignant se situe à l'interface de ceux-ci. *« En fonction du patient, de sa situation personnelle et de sa pathologie, les aidants naturels peuvent être sollicités pour une brève période, ou au contraire pour un temps très long. »*

4.3.2.2 Relation d'aide

Selon Carl R. Rogers la relation d'aide est une relation *« dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte ou de toute pression personnelle de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes. La relation est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de dépendance, d'action agressive qui s'appliquent particulièrement au client, et ses limites de responsabilité et d'affection que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans aucune autre relation. »* (Rogers, 2019) La relation d'aide est un des points centraux de la relation soignant-soigné. Rogers théorise celle-ci selon 7 concepts fondamentaux : (Rogers, 2019)

« Le premier concept est l'écoute active, qui va bien au-delà de la simple audition des mots. Elle implique une attention totale aux émotions et aux non-dits. Le second est l'empathie, cette capacité à comprendre le vécu de l'autre sans jugement. La congruence constitue le troisième pilier : l'authenticité du professionnel dans sa façon d'être et d'interagir.

Le quatrième concept met l'accent sur les ressources internes de la personne, reconnaissant sa capacité innée à trouver ses propres solutions. La considération positive inconditionnelle, cinquième élément, assure un accueil sans jugement de l'autre dans sa globalité. Le sixième concept est la création d'un cadre sécurisant, essentiel pour permettre une meilleure compréhension de soi.

Enfin, le septième concept souligne l'importance du non-directif : le professionnel accompagne sans imposer, permettant à la personne de tracer son propre chemin. Cette approche holistique de la relation d'aide, ancrée dans le respect et la confiance, permet un accompagnement profond et transformateur. »

Ainsi, la relation d'aide permet de « faciliter la compréhension de soi, le développement personnel et l'autonomie. Elle peut prendre diverses formes selon le contexte : accompagnement sur le plan émotionnel, social, éducatif ou professionnel. L'objectif reste toujours d'aider l'autre à mobiliser ses propres ressources pour faire face à ses défis. »

4.3.3 L'alliance thérapeutique

4.3.3.1 Définition

L'infirmière Marie-Claude Mateo détentrice d'un Diplôme Universitaire d'éducation pour la santé déclare que « *Selon Freud (1937), il s'agit d'un pacte avec l'ego du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute.* ». Elle rajoute que « *L'alliance thérapeutique est un concept clinique qui permet d'appréhender les aspects non spécifiques et les facteurs communs de la relation thérapeutique* ». En effet, le psychologue Joran Farnier confirme en disant que « *L'alliance thérapeutique désigne la relation de collaboration et de confiance entre un professionnel de l'accompagnement et son patient (ou client).* »

4.3.3.2 Les trois composantes de l'alliance

Le chercheur Edward Bordin théorise les trois composantes de l'alliance thérapeutique : le lien, les objectifs et les tâches. (Pierre Baillargeon, 2013)

- **Le lien :** « *se rapporte à la qualité affective de l'alliance et inclut des aspects de la relation système client-intervenant comme la confiance, la sollicitude et l'engagement. La dimension du lien couvre l'extension selon laquelle l'intervenant devient une personne significative et un objet chargé d'émotions pour le client, et le fait que le client sent que l'intervenant s'engage et se préoccupe de lui.* »
- **Les objectifs :** « *se réfère à l'extension selon laquelle le système client fait l'expérience d'un système intervenant qui travaille avec lui sur les problèmes pour lesquels il demande de l'aide ou pour lesquels le système intervenant est mandaté par un tiers pour intervenir.* ». En d'autres termes il s'agit de « *la finalité partagée de la thérapie entre le patient et le thérapeute* ». (Farnier, 2025)

- **Les tâches :** *« porte sur les activités dans lesquelles les systèmes de l'intervenant et du client s'engagent pendant l'intervention. De façon spécifique, elle se réfère à l'extension selon laquelle le système client considère que les tâches correspondent à ses attentes et les trouve confortables. C'est le degré de bien-être ou d'anxiété que le client expérimente par rapport aux tâches. ».* En d'autres termes il s'agit des *« méthodes et les tâches convenues pour atteindre les objectifs. ».* (Farnier, 2025)

Ainsi, Farnier explique qu'il s'agit d'une co-construction qui mène à *« une bonne entente relationnelle et à un contrat de collaboration clair sur ce qui est entrepris ensemble. ».*

5 Enquête exploratrice

5.1 Méthode

Afin de réaliser mon enquête exploratoire j'ai décidé de m'appuyer sur la méthode dite clinique. En effet, celle-ci est décrite, selon Chantal Eymard-Simonian, comme une démarche de recherche centrée sur l'écoute du sujet, sur la communication active entre chercheur et sujet, qui privilégie l'expression et l'interprétation. Cette méthode est pour moi celle qui correspond le mieux à mes recherches. Elle me permet d'aller à la rencontre des professionnels de santé et d'entreprendre un échange autour de mon sujet.

5.2 Population choisie

La population que j'ai choisie pour effectuer mes entretiens semi-directifs est constituée d'Infirmiers Diplômés d'Etat. J'ai mené 6 entretiens avec des infirmier(e)s ayant de l'expérience, permettant d'avoir plusieurs témoignages par personne et éventuellement visualiser une évolution. Je me suis orienté vers des services de soins où la notion de douleur est des plus centrale afin de faire résonance avec ma situation.

5.3 Lieux d'investigation

J'ai mené mes entretiens auprès de 6 professionnel(le)s :

- Deux infirmier(e)s exerçant dans un service d'urgences adultes : Le service d'urgence est d'abord le siège de mes deux situations de départ. Ensuite, cela me permet d'explorer comment une relation et une confiance se met en place dans un service où la douleur reste une des principales causes de venue et où l'afflux de patients laisse peu de place au relationnel.
- Deux infirmier(e)s exerçant dans un service de soins palliatif : Le service de soins palliatif est centré sur le bien être du patient, ce bien être est avant tout favorisé par la considération et l'accompagnement des soignants. Les patients de ce service sont, pour la majorité, en fin de vie et souvent enclin à une certaine douleur. L'objectif des entretiens dans ce services est de comprendre l'impact de cet accompagnement sur la relation de soin et le ressenti des patients.
- Deux infirmier(e)s exerçant dans une unité anti-douleur : L'unité anti-douleur est comme son nom l'indique un service spécialisé dans les douleurs. La douleur est une notion majeure de ma question de départ. Cela me permet d'interroger des soignants spécialisés et de constater leur positionnement vis-à-vis de celle-ci. Cela permet

également de questionner les différentes approches pour pallier à ces douleurs, qu'utilisent les soignants.

Ces services sont intimement liés et en confrontation constante avec la douleur. Cela m'a apporté une structure de recherche centré sur ma problématique.

5.4 Outils d'enquête

Pour mon enquête, j'ai choisi de mener des entretiens semi directifs. Un entretien semi-directif est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Lincoln, 1995)

Cette entretien est construit à partir d'un guide, permettant de donner un cadre général à celui-ci. Il est composé de questions ouvertes regroupant les différents axes de ma problématique.

5.5 Analyse des données

5.5.1 Synthèse des entretiens

❖ Entretien n°1 : Valerie, service urgences adultes

Mon premier entretien réalisé avec Valerie, 39 ans, infirmière aux urgences depuis 17 ans, souligne l'importance de l'écoute et de la communication dans la considération du patient. Pour elle, considérer un patient consiste à comprendre ses attentes, son motif de consultation et à adapter la prise en charge en fonction de ses besoins. Ainsi, cette considération peut passer par un soin technique, un soutien psychologique ou encore une prise en charge de la douleur. Valerie associe également cette notion au respect de la dignité, en rappelant que chaque patient doit être pris en charge dans le respect de ses valeurs, de sa vulnérabilité et de sa situation.

Concernant la douleur, elle explique que les patients attendent avant tout d'être soulagés de manière adaptée. Le fait de questionner régulièrement le patient sur sa douleur participe déjà à son sentiment d'être entendu et reconnu. En effet, cette attention portée à son ressenti permet de renforcer la relation de soin. Elle met également en avant plusieurs approches non médicamenteuses, comme l'immobilisation, les changements de position, l'utilisation de matelas adaptés ou encore les effleurages. Selon elle, une douleur correctement prise en charge permet d'apaiser le patient et de diminuer certaines tensions, voire certaines formes d'agressivité.

Enfin, Valerie insiste sur l'importance de la transparence dans la relation de confiance. Expliquer les délais, se présenter, informer le patient sur le déroulement des soins et maintenir une communication régulière sont autant d'éléments qui permettent de rassurer le patient et de favoriser une relation soignant-soigné plus apaisée.

❖ Entretien n°2 : Etienne, service urgences adultes

Mon deuxième entretien mené auprès de Etienne, infirmier exerçant aux urgences depuis une quinzaine d'années, met en évidence l'importance de la considération du patient dans la pratique soignante. Selon lui, considérer un patient, c'est avant tout être à l'écoute de ses besoins, qu'ils soient exprimés verbalement ou non, notamment lorsqu'il s'agit de la douleur.

Il ressort de cet échange que l'évaluation de la douleur peut parfois être influencée par certains biais ou représentations des soignants. En effet, Etienne évoque notamment les patients présentant des troubles cognitifs, psychiatriques, les personnes en situation de précarité, mais également les femmes, dont la douleur peut parfois être sous-estimée.

Il insiste également sur le lien entre la considération et la dignité. Respecter la dignité du patient ne se limite donc pas à réaliser correctement un soin technique, mais implique aussi de préserver son intimité, sa pudeur et de le considérer dans sa globalité. La douleur étant une expérience subjective, elle peut influencer la relation soignant-soigné, notamment lorsqu'elle est difficile à soulager et qu'elle entraîne de la frustration ou des tensions.

Enfin, Etienne met en avant l'importance de l'écoute, de la continuité des soins et des transmissions entre professionnels afin de favoriser une relation de confiance. Il évoque également des moyens non médicamenteux pouvant participer à la prise en charge de la douleur, tels que la distraction, le toucher, le repositionnement ou encore l'attention portée aux mots utilisés lors des soins.

❖ Entretien n°3 : Sam, unité de douleurs chroniques

Mon troisième entretien mené avec Sam, 56 ans, infirmière anesthésiste exerçant en structure douleur, met en avant l'importance d'une prise en charge globale du patient douloureux chronique. Selon elle, considérer un patient ne se limite pas à répondre à une plainte physique, mais consiste à prendre en compte l'ensemble de ses dimensions : physique, psychologique, sociale et émotionnelle.

Il ressort de cet échange que l'écoute, l'empathie et la reconnaissance de la douleur sont essentielles dans la construction d'une relation de confiance. En effet, la douleur chronique ne peut pas être réduite à un simple symptôme, puisqu'elle s'inscrit dans l'histoire du patient, dans son vécu et dans son quotidien. Cette prise en charge nécessite donc une alliance thérapeutique durable entre le patient et les soignants.

Sam souligne également l'importance des approches non médicamenteuses dans la prise en charge de la douleur chronique. Elle évoque notamment la relaxation, l'hypnose, le TENS, l'activité physique adaptée ou encore l'éducation thérapeutique. Ces outils permettent d'accompagner le patient au-delà du traitement médicamenteux. Ainsi, l'objectif n'est pas seulement de soulager la douleur, mais également d'aider le patient à mieux la comprendre, à adapter son quotidien et à redevenir acteur de sa prise en charge.

Considérer le patient douloureux chronique revient donc à reconnaître sa souffrance, à l'écouter et à l'accompagner dans un parcours de soin souvent long et complexe.

❖ Entretien n°4 : Clover, unité de douleur chroniques

L'entretien réalisé avec Clover, infirmière en service douleur chronique depuis huit ans, met en évidence que la prise en charge du patient douloureux repose avant tout sur l'écoute, la reconnaissance de sa douleur et la compréhension de sa demande. Selon elle, seul le patient peut réellement exprimer ce qu'il ressent, ce qui implique pour le soignant de ne pas parler à sa place. Elle insiste sur l'importance d'instaurer une relation de confiance, notamment avec des patients ayant souvent connu une longue errance médicale et un sentiment de ne pas avoir été entendus. En effet, dans le cadre de la douleur chronique, l'objectif n'est pas toujours de faire disparaître totalement la douleur, mais plutôt d'aider le patient à mieux la gérer et à reprendre une place active dans sa vie quotidienne.

Clover met également en avant la place des soins non médicamenteux dans cette prise en charge. Elle évoque notamment les soins psychocorporels, la luminothérapie, la magnétothérapie, la RESC, la sophrologie ou encore l'éducation thérapeutique. Ces approches apparaissent importantes lorsque les traitements médicamenteux sont insuffisants ou limités.

Enfin, elle souligne la nécessité de mieux former les soignants à l'évaluation de la douleur. Une simple note de 0 à 10 ne suffit pas toujours à comprendre ce que vit le patient. Il est donc

nécessaire d'identifier le type de douleur, son histoire, ses répercussions et son impact sur la vie quotidienne afin d'orienter la prise en charge de manière plus adaptée.

❖ Entretien n°5 : Guy, service de soins palliatifs

Mon cinquième entretien était avec Guy, âgé de 34 ans, qui travaille comme infirmier en service de soins palliatifs depuis l'obtention de son diplôme en juillet 2022. Il y a effectué son stage pré-professionnel avant d'y être embauché. Avant ça, il a également exercé trois ans en tant qu'aide-soignant dans un service de chirurgie orthopédique.

Pour Guy, la considération se traduit par une écoute, qu'il s'agisse de l'expression de ses douleurs ou de ses peines, afin de les évoquer lors des transmissions informatives et orales avec les médecins. Cette posture influence directement la prise en charge, un patient qui ne se sent pas écouté perd confiance et se résout peut-être à moins communiquer. L'implication de chaque soignant et certaines fois les affinités personnelles jouent ainsi un rôle clé dans ce que le patient accepte de confier. Dans sa pratique, Guy définit la douleur comme une expérience désagréable vécue par le patient. Elle peut être purement physique qu'elle soit localisée ou diffuse, mais aussi morale et psychique, englobant la souffrance émotionnelle liée au manque des proches ou aux regrets. Il insiste sur le fait que les douleurs physiques et psychiques peuvent s'exacerber mutuellement, et que chaque individu ressent la douleur de manière unique. Face à ces douleurs, l'équipe combine les traitements médicamenteux avec des approches non médicamenteuses. Il explique donc les différentes techniques qu'il utilise et celles auxquelles il a été formé. Enfin, Guy rappelle qu'une prise en charge rigoureuse de la douleur, permet d'instaurer une relation de confiance durable et de favoriser l'apaisement de celle-ci. À l'inverse, un manque d'écoute détruit ce lien. Il illustre l'importance de la posture soignante par une situation où le manque d'assurance d'un étudiant infirmier a généré une telle insécurité chez un patient que cela a fini par majorer son mal-être et bloquer le soin.

❖ Entretien n°6 : Alex, service de soins palliatifs

Mon dernier entretien était avec Alex, âgée de 32 ans et diplômée depuis 11 ans. Elle a rejoint l'unité de soins palliatifs il y a deux ans et demi à temps plein, avant de passer très à mi-temps, en décembre dernier.

Marion définit la considération envers un patient comme le respect de sa dignité, de ses volontés, de ses envies et de ses droits, ainsi que de soulager ses maux. Elle est convaincue que

l'attitude des soignants influe sur le comportement du malade. Si un professionnel est froid ou donne l'impression d'être dérangé, le patient va "se faire petit", quitte à souffrir en silence pour ne pas déranger l'équipe. Dans son service, Marion indique la grande diversité des types de douleurs, qu'elle pense liées, notamment en soins palliatifs, à l'angoisse et à la peur de la fin de vie. Elle met en avant un cercle vicieux où l'anxiété majeure la sensation douloureuse. L'évaluation est parfois délicate de par la confusion des patients. Elle prend l'exemple d'un malade qui affirme ne pas avoir mal, alors que ses expressions et son attitude suggèrent l'inverse. Pour pallier la douleur, elle décrit les différents soins de support non médicamenteux. Alex parle également de l'intervention de professionnels extérieurs comme une musicothérapeute, une bibliographe et une socio-esthéticienne qui apportent un bien-être non négligeable pour les patients. Alex précise néanmoins que ces approches sont rigoureusement adaptées au profil clinique, aux pathologies et à l'âge du patient et qu'elles ne sont pas proposées "à la carte".

Alex souligne que l'apaisement de la douleur est indispensable pour rendre le patient accessible aux soins et pour soulager l'angoisse des familles, qui ont besoin de voir leur proche apaisé. Elle explique que le service bénéficie de conditions de travail privilégiées ce qui permet de prendre le temps nécessaire et d'adapter le rythme des soins. Alex conclut l'entretien sur un sentiment de colère face aux soignants d'autres services hospitaliers quant aux traitements et à l'évaluation de la douleur des patients.

5.5.2 Analyse thématique des entretiens

5.5.2.1 La considération

❖ Représentation de la considération

Les IDE semblent se rejoindre sur la définition qu'ils donnent à la considération notamment par la notion d'écoute. Valerie aborde cette notion d'écoute dans un objectif d'information thérapeutique que ce soient des « *attentes aux urgences* », « *son motif de consultation* » et « *savoir bah en face en quoi on va pouvoir y répondre* » (Valerie, L.11-12). Elle poursuit en confirmant que la douleur est une composante importante dans la considération et que « *c'est une question tellement formelle qu'on demande tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, que à partir du moment où on pose la question, le patient se sent considéré à ce*

moment-là » (Valerie, L.42-45). Etienne rejoint la définition de Valerie en traduisant la considération par « être à l'écoute, déjà, en tout premier lieu. Être à l'écoute, alors ça va être le verbal comme le non-verbal, » (Etienne, L.14-15), mais également « Être attentif aux besoins. Donc aux besoins exprimés, et aussi non exprimés. Par exemple, typiquement, la douleur. » (Etienne, L.22-23). Il exprime que la considération a un impact sur toute la prise en charge des patients « Que ce soit pour la douleur, que ce soit pour les effets attendus ou les effets secondaires des traitements, que ce soit pour la surveillance de base, en fait. Tout va être influencé par tes préjugés, par ta considération, effectivement. » (Etienne, L.57-60). Clover, quant à elle, remet l'accent sur cette écoute en expliquant qu'« on prend notre patient dans sa globalité, dans notre discipline, on est obligé. Ce qui est important c'est de l'écouter. Il n'y a que lui qui sait. Nous on ne sait pas. Lui il sait donc on l'écoute et on essaye de comprendre sa demande. » (Clover, L. 17-19). Elle poursuit en témoignant le "non-écoute" que certains patients ont subi en expliquant que « Souvent quand ils arrivent ici, ils nous disent qu'on ne les a pas écoutés, qu'on ne les a pas entendus quand ils ont dit qu'ils avaient mal et que la personne qui était en face d'eux savait mieux qu'eux. Alors qu'en fait la douleur c'est le patient, on ne peut pas se mettre à la place de quelqu'un. » (Clover, L.23-26). Guy tourne cependant cette écoute dans un objectif de partage des informations entre l'équipe soignante, « Pour moi c'est être à son écoute, entendre voilà ce qu'il nous dit sur sa douleur, ses peines, et retransmettre ce qu'il nous a dit au travers des transmissions, que ce soit sur l'ordinateur, ou par rapport aux transmissions orales avec le médecin. » (Guy, L.12-15).

Sam et Alex ont donné une définition quelque peu différente des quatre autres. Sam apparente la considération à la définition même de soigner mais rejoint Clover dans cette notion de globalité : « Considérer un patient pour moi c'est soigner déjà pour commencer, euh avec la définition propre de soigner. [Euuh] Et après c'est le prendre en charge dans sa globalité, dans ses aptitudes, dans sa compréhension et dans ce qu'il... dans ses désirs aussi, et dans ses directives anticipées aussi. C'est-à-dire le prendre en fonction de son contexte bio, psycho, social et dans ce qu'il souhaite aussi, ce qu'il attend aussi des soins. » (Sam, L.29-34). Elle continue sur la compréhension de l'histoire de la maladie du patient et de son parcours de soin par le soignant, « on va toujours tenir compte, on va avoir de l'empathie en fait. On va donc toujours tenir compte de son contexte, de son histoire. L'histoire est très importante ici des patients. [...] et de la prise en charge médicale et paramédicale dans les hospitalisations antécédentes. Est-ce qu'on a pris en charge sa douleur ? Est-ce qu'on a pris en charge sa

douleur s'il a été opéré correctement ? » (Sam, L.38-44). Enfin, Alex donne une définition centrée sur les droits des patients, pour elle, la considération « C'est de respecter sa dignité, de respecter... ses volontés, ses envies, de respecter ses droits, voilà d'essayer de soulager au mieux ses maux. » (Alex, L11-12).

❖ La communication

Valerie voit la communication comme un des moyens de réponses aux besoins du patient indiquant que parfois *« juste de la communication et de la relation d'aide, soit avec un apport psychologique, »* (Valerie, L.12-13) pouvait l'aider. Sam met l'accent sur l'impact du discours soignant sur le ressenti du patient, *« très souvent, leur donner justement la suggestion déjà de s'occuper d'eux, de dire « j'arrive, je vais voir. », et pas de dire « là, je n'ai pas le temps. Parce que... ». Voilà, Parce que toute notre formulation, tout notre discours... [...] ...est hyper important dans ce qu'on dit. Donc parfois, je dis, d'avoir toujours cette parole positive aussi, « Rassurez-vous, je sais que vous avez mal. Je m'en occupe. ». »* (Sam, L.140-145).

Cependant, Etienne, Clover, Guy et Alex n'ont pas spécifiquement parlé de la communication en elle-même mais l'échange avec le patient occupe néanmoins une place importante dans leurs discours.

❖ La dignité

Pour Valerie, la dignité est primordiale dans la pratique soignante et constitue une approche fondamentale dans le soin, *« le respect de la dignité ça fait partie [bah] effectivement des valeurs humaines pour lesquelles bah on doit être animé encore plus en tant que soignant et pour lequel bah effectivement les valeurs propres du patient doivent se ressentir dans sa prise en charge. »* (Valerie, L.22-25). Etienne rejoint Valerie sur l'appartenance aux valeurs humaines universelles de la dignité, qu'ils considèrent comme encore plus étendue que le soin, *« La dignité, pour moi, ça va plus loin que juste ton rôle de soignant et ta prise en charge soignante. La dignité, c'est vraiment un tout. C'est-à-dire, tu peux faire ton boulot de soignant, enfin techniquement parlant, en termes de surveillance, un boulot parfait, mais tout en ne respectant pas la dignité d'un patient. [...] Ce n'est pas forcément non plus de la déconsidération. Mais le patient qui se retrouve à poil les fesses à l'air, avec tout le monde qui passe, ça peut être très très très dérangeant, il n'a pas forcément osé le dire. Ça, c'est de la dignité. »* (Etienne, L.67-76). Il continue en clarifiant ce qu'est pour lui cette notion, en expliquant que *« la dignité, c'est justement la représentation que tu vas avoir d'une personne.*

[...] Il y a tous les aspects culturels, sociaux, les patients SDF, les patients psy. Forcément, c'est pas forcément que tu vas leur enlever de la dignité, mais malgré tout, t'as toi aussi tes travers, t'as toi aussi tes considérations, justement, t'as toi aussi ton interprétation et tes préjugés, » (Etienne, L.41-45).

❖ La vulnérabilité

Valerie s'oppose à la condition universelle, d'un patient consultant aux urgences, comme une personne vulnérable. Elle affirme « *effectivement on peut considérer que tous les patients qui consultent sont dans un état de vulnérabilité pour certains, parce que ils sont dans cette position là, mais il y en a d'autres pour lesquels je ne mettrais pas qu'ils soient vulnérables dans cette position-là* » (Valerie, L.20-25).

Etienne partage que la vulnérabilité de certains patients sur certains plans, affect leur prise en charge et qu'il y a des travers du côté soignant par rapport cette condition vulnérable, « *Typiquement, encore une fois, les patients plutôt psy, plutôt SDF, plutôt des gens qui ont un trouble cognitive, des gens qu'on va considérer comme [euh] pas forcément inaptes, mais qu'ils ne peuvent pas exprimer réellement, enfin qu'ils ne peuvent pas exprimer une réalité qui serait la tienne enfaite, que tu pourrais partager avec eux, on va dire ça comme ça. On a tendance à sous-estimer leur inconfort* » (Etienne, L.197-201). Il rebondit ensuite en prenant exemple des femmes que l'on peut considérer comme une minorité, « *Ce n'est pas une vraie minorité, mais c'est une minorité, les femmes.* » (Etienne, L.203-204) et explique l'impact de leur condition de femme sur leur prise en charge.

5.5.2.2 La douleur

❖ Représentation de la douleur

Valerie et Etienne se rejoignent sur l'aspect physiologique de la douleur, « *la douleur c'est effectivement une sensation de mal, soit de mal-être psychologique ou de mal être physique liée plus ou moins effectivement à une pathologie sous-jacente, soit liée à un traumatisme pareil psychologique ou physique, ou des douleurs chroniques quoi.* » (Valerie, L. 47-49), « *C'est une sensation que ton corps t'envoie pour une situation, pour un inconfort et pour un danger. Après, c'est une sensation, donc c'est totalement subjectif,* » (Etienne, L.81-82).

Les deux infirmières de l'unité de douleur chronique Sam et Clover se complètent sur la notion de douleur. Sam explique que « *la douleur, c'est une émotion. Alors, c'est restrictif. Ce n'est*

pas qu'une émotion, bien évidemment. Et comme toute émotion, il y a quand même des choses physiologiques qui se passent dans notre corps dues à la douleur. » (Sam, L.88-90), et Clover que « La douleur c'est une émotion. On est tous différents face à nos émotions. Il y a des choses qui déclenchent des peurs chez des gens et pas chez d'autres. Ils ont des réactions différentes. Et bah le patient et sa douleur c'est pareil. Les gens qui ont mal, ils ont différentes réactions face à leur douleur et c'est propre à eux. » (Clover, L.26-29). Sam continue en décryptant le cheminement de la douleur et son histoire, « Globalement, il y a une multitude de douleurs psychologiques ou physiques et/ou physiques dans sa vie qui ont influencé le fait qu'il arrive en état de douleur chronique » (Sam, L.40-42). Elle insiste sur l'importance « d'avoir cette réflexion sur le fait que la douleur a un facteur émotionnel assez important. » (Sam, L.104-105).

Quant aux deux infirmiers de soins palliatifs, Guy et Alex, ils s'accordent à préciser que plusieurs types de douleur existent et qu'il faut les différencier, « c'est une expérience désagréable vécue par le patient. Ça peut être pour moi une douleur physique, « j'ai mal à tel endroit », très précis, comme ça peut être « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal », mais la personne n'est pas forcément capable de te dire où est-ce qu'elle a mal, c'est plutôt une douleur diffuse. » (Guy, L.26-30) ou encore « la douleur physique, on manipule un patient, on le tourne sur le côté, il a mal, donc on évalue. Et ça peut être aussi une douleur vraiment morale, donc là c'est vraiment... [...] ...la peine au fond du cœur, comme tu dis, psychique, ne pas avoir le moral, des envies de mourir, etc. Et ça fait partie aussi de la douleur que je dirais émotionnelle quoi, la douleur d'un manque, » (Guy, L.34-40) et selon Alex « déjà il y a plusieurs types de douleurs, est-ce qu'on parle de douleurs physiques, de douleurs psychologiques, de douleurs neuropathiques, enfin voilà, il y a déjà énormément de douleurs. Parfois, nous forcément c'est aussi mêlé avec la peur de la fin de vie, l'angoisse de la fin de vie, donc parfois c'est un cercle vicieux, on va avoir des patients qui vont être douloureux et du coup ils vont être angoissés, euh mais du coup l'angoisse va majorer les douleurs » (Alex, L.28-32). Guy confirme les dires d'Alex concernant la potentialisation d'une douleur par une émotion ou une autre douleur, « Et deux douleurs peuvent s'exacerber aussi, c'est-à-dire qu'une douleur physique a un impact sur le moral, donc ils ne vont pas se sentir bien, etc. et inversement aussi, si tu n'es pas bien moralement, tu es en souffrance, tes douleurs physiques vont être aussi exacerbées. Il n'y a pas de vérité générale, autant de patients qu'il existe, il existe différents types de douleurs et chacun ressent différemment » (Guy, L.46-50).

❖ Evaluation de la douleur

Etienne nous parle de l'évaluation de la douleur du côté de la perception du soignant, il dit que le patient « *lui, il l'exprimera en fonction de ses capacités. C'est toi qui va l'évaluer en fonction, justement, de tous tes biais que tu peux avoir.* » (Etienne, L.64-66). Il prend en exemple qu'« *Il y a plein d'études qui montrent que la prise en charge de la douleur, elle est plus efficace chez les hommes que chez les femmes. Les médecins ont tendance à sous-estimer la douleur chez les femmes parce qu'on a tendance à les considérer un peu plus [euh], j'ai pas envie de dire hystérique mais il y a souvent ce mot qui ressort aussi chez les femmes et on a tendance justement à sous-estimer la douleur, à moins bien la prendre en charge que chez les hommes.* » (Etienne, L.204-209) montrant ainsi l'impact des perceptions soignantes sur la prise en charge des patients.

Les discours de Sam, Clover et Alex se rejoignent sur la mauvaise évaluation de la douleur par les soignants et notamment la douleur neuropathique, Sam déplore « *il y a beaucoup de gens qui arrivent aussi en mésusage de médicaments. Soit c'est des médicaments qui ne sont pas adaptés au type de douleur qu'ils ont. Je pense à la douleur neuropathique où il y a des gens qui sont sous morphine. Alors souvent, la douleur est mixte hein.* » (Sam, L.71-74). Alex remet l'accent en expliquant que « *ça se démocratise un peu plus qu'on parle de douleurs neuropathiques. Mais en fait, je suis sûre que si on parle de douleurs neuropathiques à beaucoup de soignants, ils ne savent pas ce que c'est, finalement. Et en fait, ça, il y a certains traitements antalgiques qui n'agissent pas sur les douleurs neuropathiques. Donc, si nous soignants, on n'arrive pas à comprendre et à décrypter et à trouver, en fait, diagnostiquer que c'est une douleur neuropathique, on peut mettre tous les antalgiques qu'on veut. Ça marchera pas. Si les antalgiques n'ont pas d'effet sur cette douleur neuropathique, le patient il aura toujours mal. Voilà. Donc, c'est à nous aussi, on a aussi des outils, le DN4.* » (Alex, L.147-156). Clover, infirmière en unité de douleur chronique, affirme que « *notre combat à toutes nos collègues, c'est de bien évaluer la douleur quand on est dans les services de soins. Parce que ça va conditionner sa prise en charge au patient.* » (Clover, L.100-102) et explique que pour bien évaluer la douleur « *Il faut lui demander : « ok, elle est comment votre douleur ? ».* Dès que le patient va commencer à dire, « *ça me fait des brûlures, des décharges électriques, j'ai la jambe engourdie.* ». En fait, je ne vais pas être sur les bonnes molécules avec mon palier 1, 2, 3. Il va falloir que je mette en place d'autres molécules. Et si ça ne fonctionne pas, il faut que j'oriente mon patient sur une structure de prise en charge de douleurs chroniques. [...] Et de

reprendre toute l'histoire, en tout cas, d'essayer de balayer un max pour pouvoir orienter et prendre en charge le patient correctement » (Clover, L.112-120).

Guy décrit, suite à son explication des différents types de douleurs, dans notre échange comment il évalue visuellement la douleur *« Ça peut être aussi simplement par des mimiques au niveau du visage, donc on utilise l'Algoplus pour évaluer la douleur dans ce cas-là. »* (Guy, 30-31).

❖ La mémoire de la douleur

Seul Sam a abordé la mémorisation de la douleur expliquant que *« simplement, il faut apporter aussi un apaisement mental aux gens pour qu'ils puissent reconstruire, percevoir différemment, moins mémoriser. Il y a une mémorisation, quand même, de la douleur. Donc, tout endroit, c'est comme si le cerveau devenait un peu fainéant et n'analyse plus, ne discrimine plus ce qui est en train d'arriver. Il dit, là, c'est tout normal. Donc, je vais t'envoyer l'information inconsciente, évidemment, de la douleur. »* (Sam, L.91-95). Elle continue en témoignant de l'intérêt de ne pas laisser la douleur s'installer, *« Toute l'éducation est basée aussi sur ne pas aller au summum de la douleur quand ils peuvent. »* (Sam, L.98-99).

❖ Les médecines alternatives et complémentaires

Valerie parle principalement d'utilisation de matériel médical, *« les techniques d'immobilisation qu'on peut faire, c'est-à-dire remettre une attelle, donc ça c'est non médicamenteux. [Euh] Prise en charge de la douleur, ça sera notamment sur les patients qui, qui a visé de risque d'escarre, du fait de leur pathologie, de leur alitement, bah euh justement de commander des matelas anti-escarre, ça sera ça. Les changements de position, les effleurages, voilà. »* (Valerie, L.52-56). Etienne la rejoint dans cet aspect du traitement de la douleur *« tu as tout ce qui est des soins de confort qui vont entrer en ligne de compte aussi, suivant le type de douleur. [...] Donc là, il y a aussi tout le côté euh... alors, prévention au niveau cutané, mais aussi au niveau de la douleur, l'effet de ne pas être au fauteuil, la mobilisation, il y a toute cette prise en charge-là aussi qui va le toucher »* (Etienne, L.135-140). Il continue ensuite sur des techniques simples à adopter dans les discours des soignants, *« tout ce qui est PNL, Programmation Neuro-Diagnostique, où tu as des infirmières qui vont dire « Attention, je pique ! » Horrible, la personne va se stresser, « Ah, je pique ! Ah, on va l'agresser ! » Alors, tu ne dis pas ça, tu évites ce vocabulaire, là, tu pars sur quelque chose de plus doux, enfin, tu as des petites techniques comme ça, pour essayer de détourner l'attention, pour essayer*

de détendre aussi. » (Etienne, L.119-124), « sans vouloir partir dans l'hypnose non plus, tu peux, ne serait-ce que, faire du détournement d'attention. » (Etienne, L.117-118), ou encore « tu as tendance à toucher quelqu'un. [...] Quand quelqu'un est en détresse, quelqu'un est en douleur, tu as tendance aussi à aller au contact, à essayer d'être rassurant. Déjà, rien que ça, souvent, ça va faire baisser le seuil, quoi. » (Etienne, L.142-143). Il priorise le relationnel « Principalement de l'attentionnel. Si tu es un petit peu formé, tu peux faire un peu d'hypnose ou faire attention à ton vocabulaire. » (Etienne, L.132-133). Clover rejoint Etienne dans cet aspect relationnel du traitement de la douleur « Donc souvent quand ils viennent ici, quand ils ont fini une consulte avec nous, déjà le fait qu'on les ait écoutés, ils l'expriment, c'est thérapeutique pour eux, qu'on les ait écoutés. » (Etienne, L.30-32).

Sam, Clover, Guy et Alex ont argumenté un large panel de techniques non médicamenteuses pour pallier la douleur. Sam et Clover sont dans la même unité de douleurs chroniques, ils ont donc des techniques assez similaires qu'ils expliquent dans notre échange, « *On fait beaucoup ce que nous on appelle des soins psychocorporels. Notre structure est reconnue pour ça par les autres structures. Donc, nous on travaille beaucoup avec la luminothérapie, la magnétothérapie, l'électricité dans ses différentes formes. On a beaucoup d'appareils avec lesquels on peut traiter par l'électricité. On a des formations, on est toutes formées à la RESC ici. C'est de la résonance énergétique, c'est un petit peu comme de l'acupuncture. On met en relation des poings, sauf que nous, on ne pique pas. C'est au travail des doigts, au toucher. La sophrologie, on avait une infirmière qui a fait une école de sophrologie. Ça passe par l'éducation thérapeutique aussi. » (Clover, L.36-43). Sam confirme « On a tout ce qui est soins psychocorporels ici. Donc actuellement, il y a eu plein de choses développées. Actuellement, on fait du StimaWell, qui est en fait des ondes de dépolarisation profondes. Ça rejoint le TENS, mais c'est un matelas où ils sont mis dessus. Il y a le TENS, ça c'est sur prescription médicale. [Euh] On fait de la magnétothérapie, on fait de la luminothérapie, on fait du music care » (Sam, 56-60). Elle a aussi effectué plusieurs formations, « j'ai fait une formation en RESC qui est de la digitoponcture on va dire. [Euh] Pour prendre un raccourci, j'ai fait une petite formation en hypnose mais je faisais déjà de l'hypnorelaxation au bloc avant d'endormir les gens globalement et sur les interventions où on n'endort pas. Et j'ai... euh j'ai fait une formation en Shiatsu » (Sam, L.16-20) mais qu'« en ce moment, on ne fait pas de RESC, mais on en a fait. » (Sam, L.52-53). Elle continue en disant « il y a l'activité physique adaptée ici aussi. Avec « gymnastique » et balnéothérapie en même temps. [Euh] Qu'est-ce qu'on développe aussi ? Il y*

a la psychologue qui est là. Donc en fait, il y a beaucoup de choses de prise en charge non médicamenteuse. Et on a tendance même à supprimer beaucoup les médicaments quand on passe en douleur chronique. » (Sam, L.66-70), elle insiste sur la pratique d'une activité physique régulière, pas forcément intense « Mais qu'il suffit à faire diminuer certaines choses...et surtout l'apaisement mental, du coup la douleur va forcément se moduler. » (Sam, L.159-160), que les patients peuvent facilement faire en autonomie, « on leur parle beaucoup de respi-relax, de cohérence cardiaque, parce que ça, c'est des choses plutôt faciles à faire, à mettre en place à domicile. Et ça leur permet de moduler la douleur. » (Sam, L.96-98).

Il en va de même pour Guy et Alex, ils parlent tous deux des différentes formations qu'ils ont suivies et qui sont présentes dans l'équipe soignante, « à la fois de la sophrologie. J'ai certains collègues qui sont formés en sophrologie. Sur de la RESC aussi. On fait de la luminothérapie. » (Guy, L.64-65), « au sein même de l'équipe, on a par exemple, aujourd'hui, Marie, elle est sophrologue. Elle a le diplôme de sophrologie. [...] l'aide-soignante qui était là hier, elle a un diplôme de RESC. » (Alex, L.64-67). Guy a « été formé il y a deux ans de ça à Snoezelen, qui est une technique qui vient des Pays-Bas, qui a été inventée là-bas. C'est beaucoup utilisé dans les EHPAD. Voilà, c'est un jeu un peu à la fois de lumière, de colonne à bulle, de musique, on stimule différents sens. » (Guy, L.54-57) mais indique quand même que ces techniques ne font pas tout qu'« en général, on combine quand même les deux. On ne se dit pas, on laisse simplement la chance à la technique tout ça. On essaie quand même d'allier les deux, qui sont parfois très bien complémentaires. Après, c'est vrai que d'un côté, les médicaments peuvent avoir parfois leurs limites, tout comme ces techniques non médicamenteuses-là peuvent aussi avoir leurs limites. Mais en fait, on a l'impression que c'est surtout comment on vend la chose aux patients aussi, qui montrent l'impact que peut avoir une technique non médicamenteuse. Il y a aussi un peu d'hypnose, » (Guy, L.68-74). Alex parle également des différents acteurs de la prise en charge de la douleur, « Il y a aussi beaucoup d'intervenants. Le psychologue aussi a une part importante aussi ici. Le fait d'avoir la visite... enfin dans les douleurs, quand même, ça aide aussi d'avoir un soutien psychologique. » (Alex, L.121-123), « on parle beaucoup de soins de support. On va voir donc aujourd'hui, par exemple, il y a eu la musicothérapeute qui était là. On a une bibliographe, on a une socio esthéticienne. Alors en fait, elles ne vont pas à proprement parler, jouer sur la douleur dans le sens où elles ne vont pas apporter de thérapeutique, mais en fait, elles vont apporter un autre aspect du soin. » (Alex, L.57-61). Elle parle aussi de l'utilisation des nouvelles technologies « on va avoir des huiles essentielles pour

l'aromathérapie. On va avoir de la luminothérapie, un casque à réalité virtuelle. » (Alex, L.69-71) mais qu'« il faut aussi adapter les soins de support en fonction... du patient, de sa pathologie, de son âge, de tout quoi » (Alex, L.83-84).

5.5.2.3 La confiance entre le patient et le soignant

❖ La confiance

Valerie aborde la confiance par l'honnêteté de la suite de la prise en charge *« pour moi ça serait la transparence, en fait c'est-à-dire quand le patient vient aux urgences, en fait on lui dit tous comment ça va se passer, le délai d'attente, ce qu'il va avoir et tout ça, donc c'est vraiment une transparence totale sur bah le temps d'attente, comment ça va se passer, le déroulé de son hospitalisation »* (Valerie, L.62-65) et tout au long de la prise en charge *« ça va être aussi tout ce qui va être l'information du déroulé, de bah voilà on vous a fait ça, donc je reviendrai vers vous à ce moment-là, de se présenter aussi, parce qu'on est tous en tenue blanche et effectivement bah il ne sait pas trop à qui il s'adresse, donc vraiment avoir des prénoms ou des noms de médecins de référence à qui il peut s'adresser. »* (Valerie, L.67-70). Clover se rapproche de la vision de Valerie, en expliquant que c'« *est d'être honnête avec le patient, déjà. Ça, c'est quelque chose que... Bon, on était 3 infirmières à consulter, on dit la même chose. [Euh] Souvent ça peut arriver qu'on passe une grosse partie de notre consultation à expliquer au patient qu'on va pas répondre à sa demande. »* (Clover, L.75-77) dans le cadre des douleurs chroniques, *« Donc ça, c'est important, de pas mentir à notre patient. Donc quand déjà on est assez... Quand il est assez éclairé sur ça, voilà, et de toujours écouter notre patient. »* (Clover, L.83-85).

Clover continue sur la notion d'écoute en développant que *« Le douloureux chronique faut savoir que moi, quand il arrive dans mon bureau, il a eu un parcours médical énorme, une errance thérapeutique et médicale énorme, et que c'est ça qui a fait défaut, en fait. Dans toute cette prise en charge-là, on l'a pas écouté. Donc c'est ça, en fait, qui va me permettre de rentrer en relation de confiance avec mon patient, pour qu'après, lui, il me délivre des informations qui me sont essentielles à avoir dans la prise en charge. »* (Clover, L.87-92). Le discours d'Etienne s'accorde avec l'écoute dont parle Clover *« Bah l'écoute. Commencer vraiment à l'écouter. Moi, c'est quelque chose de très important parce que ça arrive très souvent que des professionnels... Ça nous arrive à tous de ne pas écouter. Et tu vois, des professionnels qui*

n'écoutent pas ou mal, et ça change tout, en fait, parce que les gens, quand ils ne se sentent pas écoutés, ils n'ont pas confiance, tout simplement. Donc, je trouve que la première, la pierre angulaire, vraiment, c'est l'écoute. » (Etienne, L.146-149) et que *« ça va être aussi le fait de réévaluer, de montrer que bah... Il y a une continuité, quoi »* (Etienne, L.156-157). Guy tient également à dire que *« Si on ne met pas trop d'attention auprès du patient dont on s'occupe, qu'on ne le considère pas, c'est-à-dire qu'on n'écoute pas ce qu'il nous dit, etc., je pense qu'il va avoir, il va moins se sentir en confiance et donc très certainement moins nous dire de choses. »* (Guy, L.18-21) et que si *« il y a une relation de confiance qui se met en place, parce que j'imagine que si tu n'écoutes pas ton patient et que il te dit qu'il a mal, tu ne lui donnes pas les antalgiques en conséquence, bah lui, il se rendra compte qu'on ne lui donne pas des médicaments et qu'il n'est jamais soulagé au niveau de la douleur, et du coup, bah effectivement, ça rompt une relation de confiance, ou auquel cas, ça la détruit. »* (Guy, L.93-97). Alex décrit que la “tranquillité” de son service de soin palliatif aide à instaurer cette écoute et cette confiance *« je pense que le fait qu'on ait du temps à leur accorder, le rythme aussi de nos soins. [...] on décale les soins et on s'adapte. Donc oui, ça, ils se sentent aussi écoutés »* (Alex, L.111-112).

Sam témoigne qu'une simple réponse humaine peut apaiser le patient et favoriser une relation de confiance : *« Et parfois, rien qu'une installation. Enfin, il y a plein de petites choses. Respirer avec le patient tout simplement pendant 2 minutes parfois peut suffire à déjà, pouvoir le faire patienter si on n'a pas la prescription, si le médecin n'est pas là tout de suite si voilà. Et donc, on peut tous instaurer une relation de confiance et thérapeutique en fait, une relation thérapeutique avec le patient à partir du moment où le patient se sent rassuré. Il ne faut pas oublier que la douleur crée une grande inquiétude chez les gens, globalement »* (Sam, L.145-151).

Enfin, Guy explique les bienfaits de cette confiance en décrivant que *« quand on avait des doses qui sont assez bonnes en morphinique, qu'on met du paracétamol ou pas, c'est comme si c'était un peu du pipi de chat, et qu'en fait, ça n'avait pas d'impact sur la douleur. Et pourtant, si toi en tant qu'infirmier, tu dis à ton patient que voilà, je vous rajoute un antalgique, ça potentialise l'effet de la morphine, vous allez voir, vous allez être soulagé, etc. [...] Par ton discours, il y a effectivement un effet placebo aussi, qui marche aussi via une certaine relation de confiance qui est créée, »* (Guy, L.120-124).

❖ La relation soignant-soigné

Les discours des soignants se rejoignent quant à l'impact de la gestion de la douleur sur la relation soignant-soigné. Valerie explique que quand la douleur est traitée « *Bah votre patient il est beaucoup plus détendu, donc on va voir qu'effectivement les patients, quand ils sont soulagés, bah ils sont moins à cran, voire pour certains moins agressifs quoi.* » (Valerie, L.58-59). Etienne confirme qu'« *elle est assez importante. Parce que, c'est comme tout, quand tout va bien, tout va bien et quand ça va pas, c'est à-dire quand tu as du mal à calmer une douleur, en fait, quand tu n'arrives pas à calmer une douleur, bah ça va induire plusieurs comportements chez le soignant. [...] donc on laisse le patient souffrir, on est dans l'inconfort nous aussi* » (Etienne, L.86.92) et que « *Ça va forcément induire de ouf le lien, dans le cadre où tu n'arrives pas à calmer la douleur, mais aussi dans le cadre de douleurs chroniques, parce qu'on a des patients aussi, sur les douleurs chroniques, ça a un impact psychologique qui est énorme, ça va aussi influencer côté patient, il peut y avoir plus de l'agressivité, la nervosité, de la tension, de l'incompréhension des soignants.* » (Etienne, L.94-98). Guy et Alex semblent également en accord avec Valerie et Etienne « *je dirais que si on prend bien en charge la douleur, qu'on considère le patient, qu'on met de l'attention quand lui il nous exprime sa douleur, [...] Si le patient, lui, il dit qu'il a une douleur à tant et qu'on met en action, voilà des actions spécifiques pour gérer cette douleur-là, de comment il nous la transmise, et bah on se rend compte que ça a un impact quand même bien sur la relation avec le patient, parce que lui se sent considéré, s'il est soulagé sur le plan de la douleur, on va dire, physique, ensuite il sera peut-être plus communicatif, voilà, il va se sentir considéré, il sait à peu près ce qui marche en médicament, donc on va pouvoir adapter son antalgie.* » (Guy, L.80-91), Alex parle également de l'attitude des soignants « *la considération que nous, soignants, nous avons envers le patient, oui, parce que je pense que par exemple si on envoie bouler le patient, si on est froide, si selon notre comportement, forcément il y a une incidence sur lui, ce qu'on lui renvoie, et du coup ce qu'il va nous dire ou pas nous dire,* » (Alex, L.15-18) et que « *si on sonne et qu'on voit que la personne arrive, que ça l'embête, ça se ressent, bon bah du coup on se fait petit, on appelle moins, quitte à avoir mal et attendre un peu avant d'être soulagé pour ne pas déranger, ouais, donc du coup je pense très fortement que notre comportement influence sur le comportement du patient.* » (Alex, L.21-25). Elle insiste encore sur le fait que « *c'est vrai que les patients qui sont douloureux, il faut en premier temps les soulager pour les rendre accessibles. Un patient qui a mal, il va crier, il ne va pas être ouvert au contact, il va être euh... il peut être brut dans*

ses propos bah parce que la douleur le fait parler » (Alex, L.87-90) et met en avant l'entourage du patient dans la prise en charge « rentrer en contact avec un patient qui est douloureux, et même c'est source d'angoisse pour la famille, la prise en charge se passe mal. C'est vrai que la gestion de la douleur, c'est quand même un élément clé dans la bonne prise en charge du patient. Et même, je dirais même, parce que nous ici, on s'occupe et du patient et de la famille. On s'occupe beaucoup de la famille aussi. Et du coup, c'est aussi une prise en charge clé dans la prise en charge de la famille. Forcément, s'ils voient leur proche apaisé, confortable, serein, ou qu'ils le voient inconfortable, agité et s'accrochant à des barrières dans le lit, forcément, la réaction de l'entourage elle est différente aussi. » (Alex, L.90-97).

Etienne revient sur la notion d'écoute qui favorise cette relation soignant-soigné : *« Mais déjà, l'écouter et dire oui, j'ai compris, en fait. Déjà, rien que ça, à partir du moment où tu l'écoutes et que tu lui fais comprendre que tu as bien compris ce qu'il voulait te transmettre, déjà, la relation, elle part vraiment sur une base saine. » (Etienne, L.153-155) et explique son importance en prenant exemple sur un patient chronique diabétique « Un diabétique, il y a tout ce qui est éducatif, il va y avoir un conseil diététique, les conseils sur l'insuline, il va y avoir tout le côté, ouais éducation enfin, éducatif avec le patient sur sa pathologie. Là, si tu as une mauvaise relation, tu peux être sûr que derrière, il va faire n'importe quoi. Donc là, par contre, la relation va avoir un impact énorme sur la prise en charge enfaite sur ton patient. » (Etienne, L.186-190). Valerie explique qu'une fois la relation de soin et la confiance établies « tout le monde est apaisé à ce moment-là. Voilà, tout le monde est plus détendu, je pense » (Valerie, L.72). Les dires de Sam font écho à ceux de Etienne concernant la chronicité chez les patients « on instaure une relation soignant-soigné. Pour le coup, une relation de confiance. Et une relation thérapeutique, » (Sam, L.117-118).*

❖ L'alliance thérapeutique

Seules les deux infirmières de l'unité douleur ont mentionné l'alliance thérapeutique notamment du fait de la chronicité de leurs patients *« Ce qu'on appelle vraiment l'alliance thérapeutique. Alors pour nous, c'est vrai qu'en plus, c'est des patients qu'on voit régulièrement, la plupart. [...] Il y a des patients, avec l'alliance thérapeutique, ça leur permet de continuer à travailler. Et d'avoir des soins. » (Sam, L.118-123). Sam exprime la difficulté parfois de maintenir cette alliance thérapeutique « parfois, on n'a pas le bénéfice du soin parce qu'ils ont une heure de route et que derrière, du coup, ce qui aurait pu calmer la douleur, remet la douleur. » (Sam, L.126-128). Clover exprime également la fragilité de cette alliance en*

expliquant que « *Lui il sait donc on l'écoute et on essaye de comprendre sa demande. Parce que si on répond à côté de sa demande, le lien thérapeutique ne va pas se créer en fait.* » (Clover, L.19-20).

5.6 Limite de l'enquête

Pour commencer, lors de mes deux premiers entretiens, j'ai annoncé en introduction ma question de recherche, ce qui a pu orienter leurs réponses durant nos échanges. De plus, la deuxième question de mon guide d'entretien « *A votre avis, en quoi le respect de la dignité d'une personne vulnérable favorise cette considération ?* » était peut-être trop ciblée et complexe.

Ensuite, un manque de données est apparent concernant certains sous-thèmes, ne pouvant pas être forcément confronté et n'apportant pas d'éléments clés. Il aurait éventuellement fallu ouvrir un peu plus les questions permettant de couvrir plus de sous-thèmes.

Lors de mes entretiens, quelques imprévus ont eu lieu. Pendant le deuxième entretien aux urgences adultes, l'infirmier a dû prendre un appel important rompant ainsi le fil de la discussion. Cependant, cela n'a pas impacté le cours de l'échange qui a repris par la suite.

6 Problématique

Cette analyse thématique des entretiens, effectués dans les services auprès des soignants, m'a permis de développer et d'apporter de nouvelles notions à ma réflexion, dont le point de départ était :

« En quoi la considération du patient joue un rôle important dans la prise en charge de sa douleur, et favorise la confiance entre le patient et le soignant ? »

Pour commencer, les données récoltées dans l'analyse thématique montrent que les soignants apparentent la considération à une prise en charge globale impliquant tous les aspects du patient, guidée par la notion d'écoute. Cette description des professionnels de santé, veut sensiblement dire la même chose que ce qu'en explique Walter Hesbeen, d'après Serge Philippon, expliquant qu'il s'agit de ne pas négliger et de ne pas réduire le patient à une condition quelconque. Cependant, une IDE apparente la considération directement avec la notion de soigner. Pour elle, la considération est le résultat du soin. Une autre IDE parle, quant à elle, de la prise en compte de toute l'histoire de la maladie et non simplement du patient tel quel l'accueil. La compréhension de son vécu aide, selon elle, à développer une relation de confiance.

Les infirmiers et infirmières rejoignent, dans les grands axes, la définition que donne l'AISP concernant la douleur comme *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. (définition proposée en 1979 par Merskey) »* (Benhamou-Jantelet, 2012). La plupart s'accordent sur l'aspect physiologique de cette douleur, de la sensation de mal qui sert à notre corps de système d'alerte. Cependant, certains insistent sur toute la composante émotionnelle de la douleur et de l'impact qu'elle a sur les patients. Quelles soit la nature de la douleur, le résultat de la douleur ou son potentialisateur, les émotions sont une notion importante qui ressort dans le discours des soignants et fait écho à la théorie du Gate Control expliquée par Ronald Melzack et Patrick Wall. Cela peut faire le lien avec les différents types de douleurs, vu dans le cadre théorique de ce travail. En effet, la plupart s'accordent sur la pluralité des types de douleurs et l'importance de les différencier lors de l'évaluation. Un des IDE parle de technique utilisée tel que l'« *ALGOPLUS* : » (Elmer, 2009) mais la majorité estime que la douleur est mal évaluée de manière générale, faisant défaut au patient.

Par ailleurs, les médecines complémentaires et alternatives, définies par l'Institut d'Histoire, d'Éthique et de Philosophie de la Médecine École de Médecine de Hanovre, trouvent une place

extrêmement importante dans la pratique des IDE interrogés. Les techniques non-médicamenteuses utilisées par les IDE, pour traiter la douleur, et qu'ils caractérisent « *soins de support* » (Alex, L.57) sont très diversifiées. Qu'ils s'agissent simplement de soin ne nécessitant pas de formation spécialisée, notamment « *tu as tout ce qui est des soins de confort* » (Etienne, L.135), d'intervenant spécifique comme « *la musicothérapeute qui était là. On a une bibliographe, on a une socio esthéticienne.* » (Alex, L.57-58), ou encore de technique nécessitant une formation « *j'ai fait une formation en RESC qui est de la digitoponcture* » (Sam, L.16).

Concernant la confiance dans la relation soignant-soigné, les données recueillies ne répondent pas à la définition comme décrite par Le Robert dans le cadre théorique, mais celles-ci indiquent par quel moyen s'installe la relation de confiance. Les IDE s'accordent à dire que la transparence, l'honnêteté et encore une fois l'écoute sont les principaux piliers d'une relation de confiance. Deux IDE ont affirmé que la confiance était essentielle dans la prise en charge, une disant que cela va « *me permettre de rentrer en relation de confiance avec mon patient, pour qu'après, lui, il me délivre des informations qui me sont essentielles à avoir dans la prise en charge.* » (Clover, L.91-92). Cela correspond à ce que déclarait Laurence Lagarde-Piron dans son ouvrage « *La confiance dans les soins infirmiers* », qu'« *il n'y a pas de soin possible sans confiance.* » (Lagarde-Piron, 2016).

Les entretiens ont également mis en avant des notions survolées ou absentes de mon cadre de référence, notamment l'importance de soulager la douleur dans la relation de soignant-soigné. Ils expliquent que le fait d'agir sur la douleur favorise grandement la confiance, la communication et l'adhésion du patient à sa prise en charge. Il en va également de l'attitude du soignant face à cette douleur, un comportement inadapté peut amener un patient à se refermer sur lui-même et ainsi subir sa douleur. De plus, les soignants abordent l'impact sur l'entourage du patient, dont l'angoisse varie selon l'état de confort de celui-ci. Enfin, les IDE soulignent que l'écoute, la confiance et le soulagement de la douleur permet de fonder une relation apaisante pour le patient, les proches et les soignants et maintenir une relation thérapeutique.

7 Question de recherche

A partir des éléments exposés dans la problématique, il semble que la considération, l'écoute et la confiance sont essentiels dans la prise en charge de la douleur. Ce cheminement fait ressortir la question de recherche suivante :

« En quoi la mise en place des techniques non médicamenteuses favorise l'écoute et la compréhension des émotions du patient, permettant ainsi une meilleure prise en charge de la douleur ? »

8 Conclusion

Cette conclusion conclue à la fois la fin d'un long travail, mais surtout la fin de ces trois années de formation. Les situations que j'ai vécues en stage ont tout de suite révélé cette envie d'approfondir le lien entre considération et douleur. Ces deux concepts sont pour moi des sujets majeurs et actuels dans notre pratique infirmière. La première situation d'appel m'a d'abord introduit à ces notions, la deuxième m'a permis de comparer et de comprendre l'enjeux de celles-ci.

Elles m'ont amené à établir une réflexion, impliquant l'apparition de nouveaux sujets et de nouvelles notions, desquels ont émergé un questionnement. Ce questionnement m'a orienté vers ce qui finalement deviendra ma question de départ, à savoir : « En quoi la considération du patient joue un rôle important dans la prise en charge de sa douleur, et favorise la confiance entre le patient et le soignant ? ».

J'ai par la suite élaboré un cadre de référence à partir des concepts que cette question impliquée. J'ai donc entrepris des recherches documentaires et me suis inspiré de différents ouvrages, livres et articles afin de construire mon cadre théorique. Ces apports m'ont permis de formuler les différentes questions de mon guide d'entretien.

Ce guide m'a aidé dans ma démarche d'échange avec les professionnels de santé. J'ai alors effectué six entretiens dans trois services différents et ainsi pu récolter de nombreuses données riches et variées.

Ces données, je les ai ensuite confrontées entre elles afin de mettre en évidence les différentes représentations, techniques, opinions et idées de chaque soignant. Enfin, ma problématique a vu le jour, lorsque que j'ai confronté ces données à mon cadre théorique.

Pour finir, ces analyses m'ont permis de déterminer une nouvelle approche, une nouvelle problématique : « En quoi la mise en place des techniques non médicamenteuses favorise l'écoute et la compréhension des émotions du patient, permettant ainsi une meilleure prise en charge de la douleur ? »

La prise en charge de la douleur reste une des missions les plus importantes dans notre métier, sa gestion ne revient pas au simple traitement d'un symptôme mais impacte l'ensemble de la

prise en charge et des relations qui en découlent. L'écoute du patient, de son entourage et surtout l'écoute de sa douleur et de son histoire sont les fondements d'une considération essentielle dans notre pratique. Les diverses techniques non-médicamenteuses favorisent cette écoute et deviennent des outils majeurs autant pour le soignant que pour le patient.

En tant que futur infirmier, ce travail m'a amené à comprendre l'enjeu des notions de douleur et de considération. Il est important pour moi de garder cette réflexion dans ma pratique prochaine. Il a également impacté ma vision des médecines alternatives et complémentaires dans leur importance et leur impact, ce qui éveille en moi une éventuelle perspective de formation afin d'enrichir ma prise en charge de la douleur.

9 Bibliographie

- B.Laurent, G. P. (2013). Mémoire de la douleur. *Douleur et analgésie*, pp. 38-44. Récupéré sur Cairn.info: <file:///C:/Users/Simon/Downloads/pickering-2013-memoire-de-la-douleur.pdf> Consulté en décembre 2025
- Benhamou-Jantelet, G. (2012). Douleur. *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 158-160.
- Bétrémieux, P. (2010). Les figures de la vulnérabilité. Dans P. Bétrémieux, *Traité de bioéthique* (pp. 174-188). érès.
- Clauw, D. J. (2016, Décembre 17). *Trois types de douleur chronique selon les mécanismes qui les causent*. Récupéré sur Psychomedia: <https://www.psychomedia.qc.ca/sante/2016-12-17/douleur-chronique-trois-types> Consulté en décembre 2025
- Corbinau, J.-P. (2019). *L'antalgie*. Récupéré sur formathon.fr: https://formathon.fr/Formathon/559/l-antalgie?utm_source=chatgpt.com Consulté en décembre 2025
- Dallaire, C. T. (2025). La théorie des relations interpersonnelles d'Hildegard Peplau. *Recherche en soins infirmiers*, 12-17.
- Elmer, V. (2009, Juillet 28). *L'évaluation de la douleur*. Récupéré sur infirmiers.com: <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/levaluation-de-la-douleur>, Consulté le 10 mars 2026
- étoilé, L. (2021). *Image page de garde : A la vie*. Paris: Calmann Levy.
- Farnier, J. (2025, Mai 8). *L'alliance thérapeutique*. Récupéré sur lapsychologiepositive.fr: <https://www.lapsychologiepositive.fr/alliance-therapeutique/>, Consulté le 12 avril 2026
- Forest, B. (2025, Octobre 01). Dignité, sentiment de dignité. *Revue de l'infirmière*, pp. 45-48.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 33-42.
- Fouchier, P. (2022). *Qu'est ce que la Resc ?* Récupéré sur resc.fr: <https://resc.fr/quest-ce-que-la-resc/definition/>, Consulté le 4 Avril 2026

- français, g. (2002, Mars 4). *Code de la santé publique : Article L.1110-2*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685743?isSuggest=true):
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685743?isSuggest=true, consulté le 19 février 2026
- français, g. (2016, Novembre 28). *Code de la santé publique : Article R4312-20*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496773?init=true&page=1&query=R4312-20+du+Code+de+la+sant%C3%A9+publique&searchField=ALL&tab_selection=all):
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496773?init=true&page=1&query=R4312-20+du+Code+de+la+sant%C3%A9+publique&searchField=ALL&tab_selection=all, consulté le 26 février 2026
- Gonzalez, S. D. (2017, Octobre 25). *Paul Watzlawick et la théorie de la communication humaine*. Récupéré sur [nospensees.fr](https://nospensees.fr/paul-watzlawick-theorie-de-communication-humaine/): <https://nospensees.fr/paul-watzlawick-theorie-de-communication-humaine/> Consulté en janvier 2026
- Gruat, F. (2012). Dignité. *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 156-158.
- Hauret-Clos, J. (2024, Mai 15). *Guide infirmier : les 14 besoins de Virginia Henderson*. Récupéré sur [réussistonifsi.fr](https://reussistonifsi.fr/guide-infirmier-14-besoins-virginia-henderson/): <https://reussistonifsi.fr/guide-infirmier-14-besoins-virginia-henderson/> Consulté en janvier 2026
- Hubert, J. (2025, Mars 25). *Soins infirmiers - Virginia Henderson et sa conception de la profession*. Récupéré sur [infirmiers.com](https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/soins-infirmiers-virginia-henderson-et-sa-conception-de-la-profession): <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/soins-infirmiers-virginia-henderson-et-sa-conception-de-la-profession>
- Inès Sophie Pietschmann, M. M. (2020). Humanisme médical et médecine complémentaire, alternative et intégrative. *Archives de philosophie*, pp. 83-102. Récupéré sur <https://shs.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2020-4-page-83?lang=fr&tab=texte-integral#s2n2>
- Inserm. (2014, Janvier). *L'acupuncture*. Consulté le Mars 22, 2026, sur sante.gouv.fr:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_acupuncture.pdf
- Joly, V. (2021, Mars 21). *L'alliance thérapeutique : Définition et explications*. Récupéré sur [psyaparis.fr](https://psyaparis.fr/alliance-therapeutique-definition/): <https://psyaparis.fr/alliance-therapeutique-definition/>

- Keates, P. (2023, Octobre 22). *Le modèle de communication de Mehrabian : Comprendre l'importance des éléments non verbaux*. Récupéré sur digi9.eu: <https://www.digi9.eu/blog/outils-methodes-2/le-modele-de-communication-de-mehrabian-comprendre-limportance-des-elements-non-verbaux-36> Consulté en janvier 2026
- La chambre syndicale de la sophrologie. (2011). *Qu'est ce que la sophrologie ?* Récupéré sur [chambre-syndicale-sophrologie.fr: https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/definition-sophrologie/](https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/definition-sophrologie/), Consulté le 12 mars 2026
- Lagarde-Piron, L. (2016). *La confiance dans les soins infirmiers*. Récupéré sur Cairn.info: <https://shs.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242?lang=fr>
- Landry, N. (1989). *Le toucher : Soin et moyen de communication dans la pratique I.D.E.* Récupéré sur Cairn.info: <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-1989-3-page-34?lang=fr> Consulté en janvier 2026
- Le Breton, D. (2012). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Editions Métailié. Récupéré sur Cairn.info: <https://shs.cairn.info/anthropologie-de-la-douleur--9782864241911?lang=fr> Consulté en décembre 2025
- Lelievre, N. (2009, Avril 09). *Le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur*. Récupéré sur Infirmier.com: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-role-de-linfirmier-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur>
- Levesque, A. (2018). *Physiopathologie pratique de la douleur, Classification des douleurs*. Récupéré sur [chu-nantes.fr: https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/physiologie-douleur-et-classification_1542818491721-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/physiologie-douleur-et-classification_1542818491721-pdf) Consulté en décembre 2025
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 304-306.
- Mangematin, V. (2012). Confiance. *Les concepts des sciences infirmières*, pp. 118-120.
- Marzano, M. (2010). *Qu'est ce que la confiance ?* Récupéré sur Cairn.info: <https://shs.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53?lang=fr>
- Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. *Les concepts en sciences infirmières*, pp. 64-66.

- Ministère de la santé. (2026). *Les pratiques non conventionnelles en santé*. Récupéré sur [sante.gouv.fr: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/article/les-pratiques-non-conventionnelles-en-sante](https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/article/les-pratiques-non-conventionnelles-en-sante), Consulté le 12 mars 2026
- Nathalie Fournival, P. W.-T. (2021). *Pratiques non pharmacologiques pour soulager la douleur*. Lamarre.
- Organisation des Nations Unies. (1948, Décembre 10). *La Déclaration universelle des droits de l'homme*. Récupéré sur Nations Unies: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>, Consulté le 19 février 2026
- Paillard, C. (2024, Janvier 02). *La relation soignant-soigné : la confiance*. Récupéré sur [infirmiers.com: https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-la-confiance](https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-la-confiance)
- Pelluchon, C. (2012). La vulnérabilité en fin de vie. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, pp. 27-46.
- Pelluchon, C. (2018). *Ethique de la considération*. Récupéré sur Cairn.info: <https://shs.cairn.info/ethique-de-la-consideration--9782021321593?lang=fr>
- Pierre Baillargeon, D. P. (2013, Juin). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi jeunesse*, pp. 4-9.
- Piquard, L. (2019, Octobre 31). *Comment les mots aident à soulager les maux*. Récupéré sur [actusoins.com: https://www.actusoins.com/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html](https://www.actusoins.com/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html)
- Rogers, C. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris: ESF.
- Wall, R. M. (1965, Novembre 19). Mécanismes de la douleur : une nouvelle théorie. *Science*, pp. 971-979.
- Wattel, J.-M. M. (2006, Décembre). *Importance de la communication dans la relation soignant-soigné*. Récupéré sur [sciencedirect.com: https://pdf.sciencedirectassets.com/321200/1-s2.0-S0001407906X89008/1-s2.0-S0001407919331425/main.pdf?X-Amz-Security-](https://pdf.sciencedirectassets.com/321200/1-s2.0-S0001407906X89008/1-s2.0-S0001407919331425/main.pdf?X-Amz-Security-)

Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEJ%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEa
CXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIBRrGwoqf9ZOzt9TNCS4Mi7G6ESS7976cWGONd
S3vVI8AiEA2Fc6i5n2or

10 Annexes

Annexe I : Guide d'entretien	I
Annexe II : Demande d'autorisation d'entretien	II
Annexe III : Autorisation de la direction de soins	III
Annexe IV : Retranscription littérale de l'entretien avec Valerie infirmière aux urgences le 03/04/2026	IV
Annexe V : Retranscription littérale de l'entretien avec Etienne infirmier aux urgences le 03/04/2026	VII
Annexes VI : Retranscription littérale de l'entretien avec Sam infirmière en unité de douleur chronique le 09/04/2026	XV
Annexes VII : Retranscription littérale de l'entretien avec Clover infirmière en unité de douleur chronique le 10/04/2026	XXI
Annexes VIII : Retranscription littérale de l'entretien avec Guy infirmier en soins palliatifs le 14/04/2026	XXVI
Annexes IX : Retranscription littérale de l'entretien avec Alex infirmière en soins palliatifs le 14/04/2026	XXXI
Annexe X : Analyse thématique	XXXVII
Annexe XI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	LXXIV

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Présentation personnelle :

Quels est votre Nom, Prénom et votre âge ?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

Quelle est votre ancienneté dans ce service ?

Quels sont les autres services dans lesquels vous avez travaillé, s'il y en a ?

Question inaugurale : Qu'est-ce que « considérer un patient » dans votre pratique quotidienne ?

La considération :

- Comment définiriez-vous la considération ?
- A votre avis, en quoi le respect de la dignité d'une personne vulnérable favorise cette considération ?
- La considération du patient influence-t-elle la manière dont il exprime sa douleur ?

La douleur :

- Comment définiriez-vous la douleur ?
- Dans votre pratique, que mettez-vous en place pour prendre en charge la douleur de façon non médicamenteuse ?
- Quel impact à la prise en charge de la douleur sur la relation de soin ?

La relation de confiance :

- Quels sont les éléments qui favorisent la relation de confiance ?
- Qu'apporte cette relation de confiance pour la relation soignant/soigné ?

Supplément :

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
-

Annexe II : Demande d'autorisation d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

A Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 17/03/2026

M. Simon Fouin

Étudiant en soins infirmiers

Adresse : 282 Rue Léo Lagrange 84310 Morières-Lès-Avignon

Téléphone : 07 83 29 45 96

Mail : fouinsimon@gmail.com

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services de soins palliatifs et d'urgence adulte ainsi qu'au sein de l'unité douleur, auprès de la population infirmière dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : la considération du patient et son impact sur sa douleur et sur la relation de soin.

Vous trouverez en copie ci-joint le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe III : Autorisation de la direction de soins



Direction des Soins

Affaire suivie par :

Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Monsieur Simon Fouin

fouinsimon@gmail.com

[REDACTED], le 20 mars 2026

OBJET : travail de fin d'études

N/Réf. : VB/NC/26

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- [REDACTED] Cadre de Santé du service des Urgences Adultes au [REDACTED]
- Madame [REDACTED] Cadre de Santé du service des Urgences Adultes au [REDACTED]
- Madame [REDACTED] Cadre de Santé du service de l'Unité des Soins Palliatifs au [REDACTED]

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée de
missions à la Direction des Soins



Annexe IV : Retranscription littérale de l'entretien avec Valerie infirmière aux urgences le 03/04/2026

1 **Simon : Donc déjà je peux vous laisser vous présenter, faire une petite présentation.**
2 **[euuh] Voilà quel est votre nom, prénom, votre âge, depuis combien de temps êtes-vous**
3 **diplômée, quelle est votre ancienneté dans ce service et quels sont les autres services dans**
4 **lesquels vous avez travaillé avant.**

5 Valerie : Alors du coup moi je m'appelle Valerie, j'ai 39 ans, je suis infirmière depuis, bah
6 diplômée depuis 2007, j'ai fait un an au pôle de remplacement à Bagnols-sur-Cèze et ça fait 17
7 ans que je suis aux urgences adultes à Avignon.

8 **Ok très bien. Donc ma question inaugurale c'est qu'est-ce que considérer un patient du**
9 **coup dans votre pratique quotidienne ? Donc comment définiriez-vous la considération ?**

10 Bah la considération d'un patient c'est déjà une bonne écoute, savoir quelles sont ses attentes
11 aux urgences, bah quel est son motif de consultation aux urgences et savoir bah en face en quoi
12 on va pouvoir y répondre effectivement, soit par [euuh] juste de la communication et de la
13 relation d'aide, soit avec un apport psychologique, soit [euuh][bah] face à des douleurs bah
14 proposées des antalgiques en face ou des soins en lien avec son motif de consultation, voie
15 veineuse, examen complémentaire à visé diagnostique quoi.

16 **Et euh, à votre avis en quoi le respect de la dignité d'une personne vulnérable favorise une**
17 **euh, cette considération ?**

18 Redis ta, ta question la.

19 **En quoi le respect de la dignité d'une personne vulnérable favorise cette considération ?**

20 Alors [euh] effectivement on peut considérer que tous les patients qui consultent sont dans un
21 état de vulnérabilité pour certains, parce que ils sont dans cette position là, mais il y en a d'autres
22 pour lesquels je ne mettrais pas qu'ils soient vulnérables dans cette position là, mais le respect
23 de la dignité ça fait partie [bah] effectivement des valeurs humaines pour lesquelles bah on doit
24 être animé encore plus en tant que soignant et pour lequel bah effectivement les valeurs propres
25 du patient doivent se ressentir dans sa prise en charge.

26 **Et la considération du patient influe-t-elle la manière dont il exprime sa douleur ?**

27 ...Quoi ?

28 **Est-ce que là ça, le fait de considérer le patient, est-ce que pour lui, enfin vous voyez que**
29 **ça impacte la façon dont il exprime [euuh] son, son mal-être, sa douleur euh... ?**

30 Bah de toute façon un patient qui dit qu'il a mal en face, beh forcément il a des attentes, donc
31 le soulagement de la douleur, donc effectivement il faut apporter une réponse adaptée en face.
32 Donc nous on a tout un protocole douleur qui nous permet, nous les infirmiers des urgences,
33 déjà d'anticiper et de soulager le patient, donc euh voilà.

34 **Vous ne voyez pas de [euh], comment dire, quand vous êtes vraiment en communication**
35 **avec le patient, il n'y a pas [euh], il n'exprime pas plus sa douleur que si par exemple il**
36 **était juste, que si vous venez de le rencontrer ? Je ne sais pas si c'est très clair.**

37 Quoi ?

38 **Dans le sens où, est-ce que [euh] à partir du moment où vous avez une relation avec le**
39 **patient, est-ce que du coup il est plus à l'aise de, de décrire sa douleur et d'être à l'appel**
40 **de vos soins quoi ?**

41 Alors pas tant, enfin, oui oui sur la douleur oui, pour oser nous déranger, parce qu'il y en a qui
42 sont dans cette position-là d'attente, mais [euh] après globalement aux urgences c'est une
43 question tellement formelle qu'on demande tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le
44 temps, que à partir du moment où on pose la question, le patient se sent considéré à ce moment-
45 là hein euh.

46 **Du coup je passe sur la partie sur la douleur, donc comment définiriez-vous la douleur ?**

47 [Bah] la douleur c'est effectivement une sensation de mal, soit de mal-être psychologique ou de
48 mal être physique liée plus ou moins effectivement à une pathologie sous-jacente, soit liée à un
49 traumatisme pareil psychologique ou physique, ou des douleurs chroniques quoi.

50 **[Euh] Dans votre pratique que mettez-vous en place pour prendre en charge la douleur**
51 **de façon non médicamenteuse ?**

52 Alors ça va être toutes les techniques d'immobilisation qu'on peut faire, c'est-à-dire remettre
53 une attelle, donc ça c'est non médicamenteux. [Euh] Prise en charge de la douleur, ça sera
54 notamment sur les patients qui, qui avisé de risque d'escarre, du fait de leur pathologie, de leur

55 alitement, bah euh justement de commander des matelas anti-escarre, ça sera ça. Les
56 changements de position, les effleurages, voilà.

57 **Et quel impact a cette prise en charge de la douleur sur la relation de soins ?**

58 Bah votre patient il est beaucoup plus détendu, donc on va voir qu'effectivement les patients,
59 quand ils sont soulagés, bah ils sont moins à cran, voire pour certains moins agressifs quoi.

60 **Et je passe sur la dernière partie du coup, la relation de confiance, quels sont les éléments**
61 **qui favorisent la relation de confiance ?**

62 ... Bah c'est, moi pour moi ça serait la transparence, en fait c'est-à-dire quand le patient vient
63 aux urgences, en fait on lui dit tous comment ça va se passer, le délai d'attente, ce qu'il va avoir
64 et tout ça, donc c'est vraiment une transparence totale sur bah le temps d'attente, comment ça
65 va se passer, le déroulé de son hospitalisation aux urgences. Donc ça déjà, ça permet d'établir
66 les choses telles qu'elles sont, il n'est pas surpris par rapport à tout ce qui va se passer. Voilà, et
67 [euuh] ça va être aussi tout ce qui va être l'information du déroulé, de bah voilà on vous a fait
68 ça, donc je reviendrai vers vous à ce moment-là, de se présenter aussi, parce qu'on est tous en
69 tenue blanche et effectivement bah il ne sait pas trop à qui il s'adresse, donc vraiment avoir des
70 prénoms ou des noms de médecins de référence à qui il peut s'adresser.

71 **Et enfin qu'apporte cette relation de confiance pour la relation soignant-soigné ?**

72 Bah tout le monde est apaisé à ce moment-là. Voilà, tout le monde est plus détendu, je pense.

73 **Très bien, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

74 Non, pas plus.

75 **Bon ok, bon bah très bien, bah merci beaucoup.**

76 De rien.

Annexe V : Retranscription littérale de l'entretien avec Etienne infirmier aux urgences le 03/04/2026

1 Simon : Alors, est-ce que déjà, tu peux me faire une petite présentation, ton nom, depuis
2 quand t'es diplômé, tout ça, depuis combien de temps t'es dans le service.

3 Etienne : Alors, je m'appelle Etienne, je suis infirmier depuis, oui, 15, 16 ans, 2010, voilà. [Euh]
4 J'ai fait principalement des urgences. J'ai commencé par les urgences, j'ai fait 4 ans, je suis parti
5 en voyage. Bon, j'ai fait un peu un an de psychiatrie, j'ai fait un an de bloc, j'ai fait un an sans
6 travailler, meilleure année [rire]. Et j'ai repris aux urgences, ensuite par la suite. Donc en gros,
7 12 ans aux urgences, quoi.

8 Ouais, c'est un peu, c'est là où vous êtes le mieux, quoi. Que t'es le mieux pardon

9 Oui, oui. C'est pas grave si ça te perturbe [rire]

10 Du coup, ma question inaugurale, c'est qu'est-ce que considérer un patient dans ta
11 pratique quotidienne ?

12 Attends, c'est quoi, excuse-moi ?

13 Qu'est-ce que considérer un patient dans ta pratique quotidienne ?

14 Qu'est-ce que considérer un patient ? Euuuh...Considérer... euuuh, être à l'écoute, déjà, en tout
15 premier lieu. Être à l'écoute, alors ça va être le verbal comme le non-verbal, hein. C'est-à-dire...
16 Alors tu vas parler de la douleur, faut plutôt que je m'axe sur la douleur, ou peu importe ?

17 Euh bah après moi j'ai...

18 Oui tu vas recentrer après ?

19 Oui oui

20 Donc c'est bon. C'est-à-dire euuuh...ouais apporter euh...

21 Comment définirais-tu la considération en gros ?

22 Ouais c'est...euuh... être à l'écoute, c'est-à-dire être... Être attentif aux besoins. Donc aux
23 besoins exprimés, et aussi non exprimés. Par exemple, typiquement, la douleur. Dans la
24 douleur, il y a des gens qui vont l'exprimer, et d'autres qui vont ou la sous-évaluer, ou des fois

25 être tout simplement en incapacité de l'exprimer. Donc être à l'écoute, être attentif à tout ça,
26 quoi. Et puis à leur choix aussi, bien évidemment, parce qu'il faut respecter aussi le choix du
27 patient, ce qui n'est pas toujours évident, et pas toujours bien réussi, surtout quand il y a des
28 personnes qui ont des troubles cognitifs, des personnes... Et justement, quand on a tendance à
29 pas forcément... C'est pas une question de considération, on en est plus sur des questions de...
30 De biais, de..., je perds mes mots, quand on a tendance, à pas bien écouter, à pas bien... Enfin,
31 à avoir des biais, en fait. C'est-à-dire, typiquement, une personne qui a des troubles cognitifs,
32 qui te dit que... [Euh] Je sais pas, qu'elle est inconfortable, qu'elle a du mal à respirer, par
33 exemple. On va se dire, « ah bon », tu vas prendre une saturation. « Non, mais elle sature bien,
34 elle a des troubles cognitifs, c'est bon, quoi ». Voilà. Alors qu'une personne, comme toi et moi,
35 si on dit qu'on est essoufflé, même avec une bonne saturation, on va dire, « ah, quand même...
36 On va voir avec le médecin », on va... On va mettre plus d'efforts et on va être plus à l'écoute,
37 justement, qu'une personne qu'on va juger ou inapte, ou en tout cas... Avec des difficultés, quoi.

38 **Donc, à ton avis, en quoi le respect de la dignité d'une personne favorise cette**
39 **considération ? Elle est un peu complexe celle-là.**

40 Non, en fait, c'est forcément... C'est totalement intriqué. Parce qu'à partir du moment où... Alors,
41 la dignité, c'est justement la représentation que tu vas avoir d'une personne. Typiquement, bon,
42 il y a les troubles cognitifs, parce qu'on est très confronté en tant que soignant, mais il y a plein
43 de choses. Il y a tous les aspects culturels, sociaux, les patients SDF, les patients psy. Forcément,
44 c'est pas forcément que tu vas leur enlever de la dignité, mais malgré tout, t'as toi aussi tes
45 travers, t'as toi aussi tes considérations, justement, t'as toi aussi ton interprétation et tes préjugés,
46 surtout, sur les gens. Et ça va forcément influencer dans ta pratique. Typiquement, les patients psy.
47 [Euh] Un patient psy qui... euh je sais pas, qui va... qui va pourrir sa pièce. Tu vas le laisser dans
48 une pièce, ça va vite être crade, tu vas trouver des papiers par terre, des emballages, tu vas
49 retrouver euh... il va foutre de tout partout. Rapidement, tu vas avoir des personnes qui vont se
50 dire « Ah, il a foutu le bordel, vas-y, laisse-le dans sa merde, tant pis. C'est bon, on est déjà
51 passé deux fois. » Alors que c'est aussi la maladie qui s'exprime. C'est-à-dire que, même si c'est
52 chiant, c'est quand même quelque chose qu'il faut prendre en compte pour justement ne pas
53 rentrer dans le jugement et rester soignant. C'est-à-dire, oui, c'est chiant. Oui, on va quand même
54 recadrer le patient parce que c'est pas... Toutes les cinq minutes, ramasser le bordel, c'est pas
55 possible, en fait. Mais tout en gardant en tête que c'est aussi la pathologie qui s'exprime et ne
56 pas rentrer dans le jugement pur et dur qui va faire justement prendre des travers au niveau de

57 ta prise en charge. Ça, tu vas le retrouver sur... Après, en fait, tout va découler de ça. Que ce
58 soit pour la douleur, que ce soit pour les effets attendus ou les effets secondaires des traitements,
59 que ce soit pour la surveillance de base, en fait. Tout va être influencé par tes préjugés, par ta
60 considération, effectivement.

61 **Oui, du coup, ça reprend un peu la considération. Est-ce que la considération du patient**
62 **influe-t-elle la manière dont il exprime sa douleur ? Tu as un peu répondu du coup.**

63 Oui oui bien sûr, enfin la manière dont toi, tu vas l'évaluer. Effectivement, enfin, c'est pas la
64 considération, c'est pas la manière dont lui, il l'exprime. Parce que lui, il l'exprimera en fonction
65 de ses capacités. C'est toi qui va l'évaluer en fonction, justement, de tous tes biais que tu peux
66 avoir. Et tu vois, la dignité... Excuse-moi, juste pour finir Tu avais parlé de la dignité juste
67 avant. La dignité, pour moi, ça va plus loin que juste ton rôle de soignant et ta prise en charge
68 soignante. La dignité, c'est vraiment un tout. C'est-à-dire, tu peux faire ton boulot de soignant,
69 enfin techniquement parlant, en termes de surveillance, un boulot parfait, mais tout en ne
70 respectant pas la dignité d'un patient. Truc très con, euh tu vas faire une toilette, tu la fais
71 parfaitement bien, sauf que tu laisses la porte grande ouverte avec des gens qui passent. Tu vois,
72 ça, euh bah en termes de dignité, c'est à chier quoi. Toi tu te rends peut-être pas... Tu ne le fais
73 pas exprès, ça arrive. Ça a dû m'arriver aussi. Des fois, tu ne fais juste pas exprès. Ce n'est pas
74 forcément non plus de la déconsidération. Mais le patient qui se retrouve à poil les fesses à l'air,
75 avec tout le monde qui passe, ça peut être très très très dérangeant, il n'a pas forcément osé le
76 dire. Ça, c'est de la dignité. Mais je mets ça, je sépare ça, par contre, de ta prise en charge. Enfin,
77 de ton rôle d'évaluation technique, de soignant pur et dur.

78 **Oui oui. [Euh] Comment définirais-tu la douleur ?**

79 Waouh, je ne m'y attendais pas [rire]. Définir la douleur, [euh] c'est une sensation, ressentie par
80 ton corps, enfin, c'est une sensation plutôt ressentie, forcément c'est ressenti vu que c'est une
81 sensation. C'est une sensation que ton corps t'envoie pour une situation, pour un inconfort et
82 pour un danger. Après, c'est une sensation, donc c'est totalement subjectif, si c'est là ou tu veux
83 en venir.

84 **Du coup est-ce que ça a un impact euh, quel impact a la prise en charge de la douleur**
85 **pardon sur la relation de soins ?**

86 [Ah euh] ouf elle est assez importante, elle est assez importante. Parce que, c'est comme tout,
87 quand tout va bien, tout va bien et quand ça va pas, c'est-à-dire quand tu as du mal à calmer une
88 douleur, en fait, quand tu n'arrives pas à calmer une douleur, bah ça va induire plusieurs
89 comportements chez le soignant. Ça va être, « ah bah on a fait tous les médicaments qu'on
90 pouvait, on ne sait plus quoi faire », ça mène à, « ah bah le patient exagère », ou ça va mené à,
91 « ah on a déjà tout fait, on est très embêté, il faut qu'on attende avant de faire », donc on laisse
92 le patient souffrir, on est dans l'inconfort nous aussi.

93 **Oui ça modifie le lien...**

94 Ça va forcément induire de ouf le lien, dans le cadre où tu n'arrives pas à calmer la douleur,
95 mais aussi dans le cadre de douleurs chroniques, parce qu'on a des patients aussi, sur les
96 douleurs chroniques, ça a un impact psychologique qui est énorme, ça va aussi influencer côté
97 patient, il peut y avoir plus de l'agressivité, la nervosité, de la tension, de l'incompréhension des
98 soignants. Parce qu'il y a des soignants, tout ce qui est chronique, par exemple, nous
99 typiquement aux urgences, on n'est pas forcément, euh, pas qu'on n'est pas sensible, mais on
100 n'est pas, tout ce qui est chronique, ce n'est pas notre spécialité, on est vraiment dans de la phase
101 aiguë. Tous les patients chroniques, on n'a pas les mêmes habitudes que dans les services,
102 certains services où ils sont habitués aux patients chroniques. Donc la douleur chronique, ça a
103 un impact énorme aussi, et à contrario, des gens des fois qui n'ont pas mal, qui devraient avoir
104 mal, ce n'est pas souvent, mais ça arrive, des gens qui vont sous-estimer leur douleur, ça peut
105 avoir un impact aussi. Alors, généralement, ça a plutôt un impact positif, on se dit, « putain, lui,
106 il ne se plaint pas et tout, quand même », mais là, tu peux avoir tendance, pour le coup, à
107 surpondérer les antalgiques, en te disant, « [euh] je pense qu'il dit qu'il n'a pas mal, mais qu'il a
108 mal », tu vois. Alors là, ce n'est pas vraiment dans la relation, c'est plus... ça joue aussi.

109 **[Euh] Est-ce que, ça c'est un peu, un petit, voilà, truc à part, est-ce que tu mets des trucs**
110 **en place, dans la prise en charge de la douleur, de façon non médicamenteuse ? Est-ce que**
111 **tu utilises des techniques, ou pas forcément, juste...**

112 Alors, ça dépend du type de douleur. Typiquement, celui qui arrive, parce qu'il a mal à la tête,
113 il a mal au ventre, tu peux faire ce que tu veux, sans médicament, la douleur ne partira pas. Par
114 contre, si c'est une douleur sur un geste induit, là, bien sûr, typiquement, quand tu fais une prise
115 de sang, tu poses un cathéter, [euh] là, c'est toi qui vas induire la douleur, ça va être une douleur
116 qui va être, en théorie, fugace, là, tu ne vas pas faire des antalgiques pour ça. Ce serait inefficace

117 au possible, enfin, il ne faut pas. Donc là, tu vas partir sur autre chose. Alors, sans vouloir partir
118 dans l'hypnose non plus, tu peux, ne serait-ce que, faire du détournement d'attention. Faire...
119 Pareil, alors, il y en a qui le font, sans savoir ce que c'est, mais tout ce qui est PNL,
120 Programmation Neuro-Diagnostique, où tu as des infirmières qui vont dire « Attention, je pique
121 ! » Horrible, la personne va se stresser, « Ah, je pique ! Ah, on va l'agresser ! » Alors, tu ne dis
122 pas ça, tu évites ce vocabulaire, là, tu pars sur quelque chose de plus doux, enfin, tu as des
123 petites techniques comme ça, pour essayer de détourner l'attention, pour essayer de détendre
124 aussi. Pareil, les gens qui sont ultra stressés, tu auras tendance à essayer de faire retomber ce
125 stress...

126 **Oui de dégrossir le truc...**

127 Cette angoisse, parce qu'on sait, pareil, que la douleur, encore une fois, comme c'est très
128 subjectif, tout l'environnement a un impact énorme aussi sur la douleur ressentie, quoi. Donc,
129 il y a toutes ces techniques-là que tu peux essayer de mettre en place aussi sur des gestes
130 douloureux. Toi, tu m'as demandé hors médicaments, c'est ça ? Hors thérapeutique ?

131 **Oui non médicamenteuse euh...**

132 Principalement de l'attentionnel. Si tu es un petit peu formé, tu peux faire un peu d'hypnose ou
133 faire attention à ton vocabulaire. Après, tu as...

134 **Juste le toucher ou...**

135 Oui, exactement, voilà, j'allais te dire, tu as tout ce qui est des soins de confort qui vont entrer
136 en ligne de compte aussi, suivant le type de douleur. Quand c'est douleur posturale, des gens
137 qui restent des jours hospitalisés dans un lit, pareil, là, tu as plein de... ils sont ankylosés, ils
138 sont tout raide, ils ont mal de partout. Donc là, il y a aussi tout le côté euh... alors, prévention
139 au niveau cutané, mais aussi au niveau de la douleur, l'effet de ne pas être au fauteuil, la
140 mobilisation, il y a toute cette prise en charge-là aussi qui va le toucher. Oui, ça, je n'y ai pas
141 pensé, mais tu as tendance à toucher quelqu'un. Quand quelqu'un est en détresse, quelqu'un est
142 en douleur, tu as tendance aussi à aller au contact, à essayer d'être rassurant. Déjà, rien que ça,
143 souvent, ça va faire baisser le seuil, quoi. Mais ça fait partie de l'environnement, ça.

144 **Oui voilà. [Euh] Quels sont les éléments pour toi qui favorisent une relation de confiance**
145 **avec le patient ?**

146 Bah l'écoute. Commencer vraiment à l'écouter. Moi, c'est quelque chose de très important parce
147 que ça arrive très souvent que des professionnels... Ça nous arrive à tous de ne pas écouter. Et
148 tu vois, des professionnels qui n'écoutent pas ou mal, et ça change tout, en fait, parce que les
149 gens, quand ils ne se sentent pas écoutés, ils n'ont pas confiance, tout simplement. Donc, je
150 trouve que la première, la pierre angulaire, vraiment, c'est l'écoute. Après, tu peux être...
151 Écouter, ça ne veut pas dire faire tout ce que dit le patient. Ou croire tout ce qu'il dit. Ça veut
152 juste dire l'écouter. Prendre en considération tout ce qu'il t'a dit. Et toi, derrière, faire ton travail
153 de soignant et travailler avec ça. Mais déjà, l'écouter et dire oui, j'ai compris, en fait. Déjà, rien
154 que ça, à partir du moment où tu l'écoutes et que tu lui fais comprendre que tu as bien compris
155 ce qu'il voulait te transmettre, déjà, la relation, elle part vraiment sur une base saine. Après,
156 derrière, ça va être aussi... Donc, tu as l'écoute au début, puis ensuite, ça va être aussi le fait de
157 réévaluer, de montrer que bah... Il y a une continuité, quoi. Ce n'est pas « OK, je t'ai écouté une
158 fois, c'est bien », après, derrière, je fais mon truc, quoi. C'est aussi prolonger ça dans la durée
159 et après c'est aussi inter équipe. C'est-à-dire que le patient, s'il doit rester hospitalisé ne serait-
160 ce que 24 heures, il va y avoir au moins deux équipes. C'est-à-dire qu'à la relève, [euh] il faut
161 que tu transmettes à tes collègues un peu les spécificités du patient, quoi. C'est-à-dire que des
162 patients qui sont un peu agités sur de la douleur, sur des patients qui sont angoissés parce qu'ils
163 vont se faire opérer le lendemain. Tout ça, c'est des choses que tu dois transmettre à l'équipe
164 parce que s'ils ne sont pas au courant qu'ils arrivent devant un patient qui est agité, inquiet, pour
165 x ou y raisons, il peut y avoir justement des biais, de l'agacement qui va rentrer en ligne de
166 compte et si tu lui expliques pourquoi, derrière, ça va désamorcer et...

167 **Il aura conscience directe du truc quoi.**

168 Oui, parce que les soignants, ils sont humains [hein]. Nous, on est humains, et on a les mêmes
169 biais, enfin... Un patient qui est agité, ça a tendance à agacer rapidement parce que c'est très
170 chronophage. Si tu as un motif, si tu sais pourquoi, directement, même chez le soignant, ça va
171 baisser énormément la tension quoi. [Appel téléphonique] Excuse moi...

172 **Oui vas y vas y.**

173 [...] Je sais plus où on en était...

174 **Euh bah en soit tu avais déjà bien, tu avais déjà fait le tour. Après j'avais, enfin t'as déjà**
175 **un peu répondu... C'est qu'apportes cette relation de confiance dans la relation soignant-**
176 **soigné, mais tu as déjà un peu tout...**

177 [Bah] Oui, ça a un impact assez important. C'est vrai qu'il y a tout le volet médical avec
178 traitement vraiment médical, c'est-à-dire thérapeutique, chirurgie, le côté vraiment allopathique,
179 vraiment...

180 **Technique.**

181 Voilà, on va dire un peu l'efficacité primaire du soin, mais il y a tout le reste aussi suivant les
182 patients. Tu viens pour une appendicite, on t'opère, on prend en charge ta douleur, tu rentres
183 chez toi, c'est fini. Là, il n'y a pas d'accroc. J'ai envie de te dire, limite, pour grossir les traits,
184 la relation soignant-soigné, là, quelque part, presque on s'en bat les couilles parce que c'est très
185 simple comme prise en charge. A contrario, tu vas prendre un patient chronique, un diabétique.

186 [Bah] Un diabétique, il y a tout ce qui est éducatif, il va y avoir un conseil diététiques, les
187 conseils sur l'insuline, il va y avoir tout le côté, ouais éducation enfin, éducatif avec le patient
188 sur sa pathologie. Là, si tu as une mauvaise relation, tu peux être sûr que derrière, il va faire
189 n'importe quoi. Donc là, par contre, la relation va avoir un impact énorme sur la prise en charge
190 enfaite sur ton patient. C'est pour ça, il y a ça aussi, c'est à mettre en perspective.

191 **Bon et bah, est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?**

192 Non. Après...

193 **C'est déjà très bien !**

194 Si c'est sur la douleur, peut-être qu'on a vraiment tendance, pour le coup... Enfin il y a dans la
195 considération du patient, dans enfaite, dans la relation, c'est vraiment dans la considération qu'il
196 y a du patient, il y a quand même des gros travers des fois chez les soignants. [Euh]
197 Typiquement, encore une fois, les patients plutôt psy, plutôt SDF, plutôt des gens qui ont un
198 trouble cognitif, des gens qu'on va considérer comme [euh] pas forcément inaptes, mais qu'ils
199 ne peuvent pas exprimer réellement, enfin qu'ils ne peuvent pas exprimer une réalité qui serait
200 la tienne enfaite, que tu pourrais partager avec eux, on va dire ça comme ça. On a tendance à
201 sous-estimer leur inconfort. Et c'est vrai dans la douleur, mais c'est vrai partout quoi. C'est vrai
202 que tu peux avoir des carences un peu là, de prise en charge. Après, tu peux même te dézoomer
203 un peu. On va prendre un exemple. Un exemple aussi sur les minorités. Ce n'est pas une vraie

204 minorité, mais c'est une minorité, les femmes. Il y a plein d'études qui montrent que la prise en
205 charge de la douleur, elle est plus efficace chez les hommes que chez les femmes. Les médecins
206 ont tendance à sous-estimer la douleur chez les femmes parce qu'on a tendance à les considérer
207 un peu plus [euh], j'ai pas envie de dire hystérique mais il y a souvent ce mot qui ressort aussi
208 chez les femmes et on a tendance justement à sous-estimer la douleur, à moins bien la prendre
209 en charge que chez les hommes. Si tu dézoomes un peu, il y a plein de catégories, il y a plein
210 de biais, enfaite, cognitifs, il y a plein de préjugés qui vont impacter justement sur ta prise en
211 charge et voilà qui vont impacter ta prise en charge tout simplement.

212 **Bon bah parfait, je te remercie !**

213 De rien.

Annexes VI : Retranscription littérale de l'entretien avec Sam infirmière en unité de douleur chronique le 09/04/2026

1 **Simon : Alors, est-ce que déjà tu peux te présenter un petit peu, ton nom... ?**

2 Sam : Oui, donc je suis Sam, j'ai 56 ans parce que je vois qu'il y a l'âge. [Euh] Alors, depuis
3 combien de temps je suis diplômée ? Je suis diplômée depuis 1993 en tant qu'infirmière et
4 ensuite j'ai passé le diplôme d'infirmière anesthésiste en... je suis sortie en 2002. Voilà, mon
5 cursus, j'ai travaillé en réanimation cardio pendant dix ans à peu près et ensuite j'ai travaillé au
6 bloc opératoire, tout ça à Lyon, au départ, et ensuite j'ai rejoint le bloc d'Avignon. J'ai
7 commencé à travailler en structure douleur chronique en 2004... parce que c'est un médecin
8 anesthésiste qui a repris la structure, [euh] suite à un médecin qui n'y était plus avant et on a
9 tourné à plusieurs infirmières anesthésistes pour pouvoir travailler aussi au bloc en même
10 temps. C'est-à-dire qu'on avait des jours à la douleur et des jours au bloc. Et ensuite ça s'est
11 formalisé de plus en plus parce que c'était un service douleur naissant, on va dire et après il y a
12 eu des temps pleins directement à la douleur donc toujours une infirmière anesthésiste et puis
13 après deux infirmières, trois en tout. Et l'infirmière anesthésiste est partie à la retraite et comme
14 j'avais les diplômes requis, on m'a demandé si je voulais revenir à la douleur donc 20 ans après,
15 10/15 ans après, on va dire. Voilà, [euh] j'ai le DU douleur aussi, passé en, je sais plus combien,
16 [rire] 2007 on va dire à peu près par là. Voilà, parallèlement j'ai fait une formation en RESC
17 qui est de la digitopuncture on va dire. [Euh] Pour prendre un raccourci, j'ai fait une petite
18 formation en hypnose mais je faisais déjà de l'hypnorelaxation au bloc avant d'endormir les
19 gens globalement et sur les interventions où on n'endort pas. Et j'ai... euh j'ai fait une formation
20 en Shiatsu par mes propres moyens, donc parallèle, pas du tout...

21 **Je connais pas du tout.**

22 Shiatsu c'est des pressions, mobilisation, euh c'est de la médecine enfin, au Japon c'est de la
23 médecine préventive on va dire. Ça rejoint un peu toutes les prises en charge holistiques
24 globales. Donc en France il y a des formations, donc c'est une formation de 4 ans les week-ends
25 euh voilà.

26 **Ok bah c'est...[rire]. Euh donc bah je vais poser du coup un peu ma question inaugurale,**
27 **c'est qu'est-ce que considérer un patient dans votre pratique quotidienne ? Donc vis-à-vis**
28 **aussi du coup de la douleur ici ?**

29 Alors nous déjà on accueille des patients qui sont en douleur chronique. Considérer un patient
30 pour moi c'est soigner déjà pour commencer, euh avec la définition propre de soigner. [Euuh]
31 Et après c'est le prendre en charge dans sa globalité, dans ses aptitudes, dans sa compréhension
32 et dans ce qu'il... dans ses désirs aussi, et dans ses directives anticipées aussi. C'est-à-dire le
33 prendre en fonction de son contexte bio, psycho, social et dans ce qu'il souhaite aussi, ce qu'il
34 attend aussi des soins.

35 **Ok. Est-ce que la considération influence la manière dont le patient exprime sa douleur ?**

36 Alors euuh peut-être [rire]... Oui parce que déjà on va apporter notre compétence par rapport à
37 cette prise en charge de la douleur, on va formuler des suggestions aussi. Donc la suggestion
38 peut influencer aussi le patient dans la prise en charge de sa douleur. [Euuuh] Et donc, et on va
39 toujours tenir compte, on va avoir de l'empathie en fait. On va donc toujours tenir compte de
40 son contexte, de son histoire. L'histoire est très importante ici des patients. Globalement, il y a
41 une multitude de douleurs psychologiques ou physiques et ou physiques dans sa vie qui ont
42 influencé le fait qu'il arrive en état de douleur chronique et de la prise en charge médicale et
43 paramédicale dans les hospitalisations antécédentes. Est-ce qu'on a pris en charge sa douleur ?
44 Est-ce qu'on a pris en charge sa douleur s'il a été opéré correctement ? Puisqu'il y a de fortes
45 chronicisations de douleurs suite à des chirurgies par exemple. Et que on sait que plus la douleur
46 est prise en charge tôt, moins il a mal tôt, moins il risque de développer quand même des
47 problèmes de douleurs chroniques, d'algodystrophie, etc.

48 **Bon du coup, bon j'avais mis comment définiriez-vous la douleur ? Mais bon tu as un peu**
49 **dit un peu. Et puis j'avais aussi demandé quel euuh... dans ta pratique, qu'est-ce que tu**
50 **mettais en place pour prendre en charge la douleur de façon non médicamenteuse ? Tu**
51 **m'as dit qu'il y avait la RESC...**

52 Alors ici, il y a beaucoup de choses. Alors, en ce moment, on ne fait pas de RESC, mais on en
53 a fait. Après, il y a eu beaucoup de choses que le COVID a perturbées, parce que on faisait
54 aussi... il y avait des ateliers de groupe sur la compréhension de la douleur, sur comment
55 l'appréhender, [euuuuh] comment modifier un petit peu la vie des gens par rapport à cette

56 douleur. [Euh] Et donc, la prise en charge non médicamenteuse. On a tout ce qui est soins
57 psychocorporels ici. Donc actuellement, il y a eu plein de choses développées. Actuellement,
58 on fait du StimaWell, qui est en fait des ondes de dépolarisation profondes. Ça rejoint le TENS,
59 mais c'est un matelas où ils sont mis dessus. Il y a le TENS, ça c'est sur prescription médicale.
60 [Euh] On fait de la magnétothérapie, on fait de la lumineothérapie, on fait du music care. Après,
61 nous, on a toujours une éducation à chaque fois qu'on voit le patient, que ce soit pour des
62 perfusions, etc. On est toujours en éducation thérapeutique avec les patients. Même si on n'a
63 pas la formule éducation thérapeutique telle qu'on l'entend. Elle a été faite aussi. Elle a été
64 arrêtée pendant le Covid. Et là, on a beaucoup de mal à la remettre en place parce qu'on a un
65 service en difficulté. On n'a pas eu de médecin pendant un an. Donc, on n'a pas eu de possibilité
66 de redévelopper des choses qui avaient été développées avant. Ensuite, il y a l'activité physique
67 adaptée ici aussi. Avec « gymnastique » et balnéothérapie en même temps. [Euh] Qu'est-ce
68 qu'on développe aussi ? Il y a la psychologue qui est là. Donc en fait, il y a beaucoup de choses
69 de prise en charge non médicamenteuse. Et on a tendance même à supprimer beaucoup les
70 médicaments quand on passe en douleur chronique. Parce que les gens ont généralement eu un
71 traitement médicamenteux de toutes sortes. Et ils arrivent, il y a beaucoup de gens qui arrivent
72 aussi en mésusage de médicaments. Soit c'est des médicaments qui ne sont pas adaptés au type
73 de douleur qu'ils ont. Je pense à la douleur neuropathique où il y a des gens qui sont sous
74 morphine. Alors souvent, la douleur est mixte hein. Tu n'as pas que le côté nociceptif ou
75 neuropathique ou psychogène. Mais les trois sont bien imbriqués. Et du coup, on a des gens qui
76 sont en mésusage de médicaments, qui prennent beaucoup trop de morphiniques et qui sont en
77 dépendance. Donc, on fait, alors nous, on ne fait pas le sevrage là. Pareil, ça a été fait il y avait
78 des médecins, selon le médecin, on hospitalisait les gens pour les sevrer des médicaments. Et
79 bien sûr, qu'enfaite on les sensibilise au fait que le meilleur des traitements dans la douleur
80 chronique, généralement, ça c'est des études qui le disent, et c'est dit à tous les salons de la
81 douleur, c'est l'activité physique adaptée enfaite. Ça, c'est le premier vrai traitement. Donc, de
82 toute façon, ils ont des prescriptions aussi de kinés très souvent et d'activités physiques
83 adaptées.

84 **Donc, petit à petit, toutes ces pratiques remplacent...**

85 Alors, pour nous, c'est déjà acté depuis très longtemps enfaite. La douleur chronique, pour eux,
86 il y a une espèce de reprogrammation. De dire, vous voyez vous avez tout fait, les examens qu'il
87 fallait, pris des médicaments, etc. Ça reste insuffisant. Et donc, il va falloir compléter. Moi,

88 souvent, les gens, je les sensibilise en leur disant, la douleur, c'est une émotion. Alors, c'est
89 restrictif. Ce n'est pas qu'une émotion, bien évidemment. Et comme toute émotion, il y a quand
90 même des choses physiologiques qui se passent dans notre corps dues à la douleur. Et
91 simplement, il faut apporter aussi un apaisement mental aux gens pour qu'ils puissent
92 reconstruire, percevoir différemment, moins mémoriser. Il y a une mémorisation, quand même,
93 de la douleur. Donc, tout endroit, c'est comme si le cerveau devenait un peu fainéant et n'analyse
94 plus, ne discrimine plus ce qui est en train d'arriver. Il dit, là, c'est tout normal. Donc, je vais
95 t'envoyer l'information inconsciente, évidemment, de la douleur. Et puis, toute cette reprise de
96 contrôle de la douleur qui se fait par l'apaisement mental et par des approches. Euh, on leur
97 parle beaucoup de respi-relax, de cohérence cardiaque, parce que ça, c'est des choses plutôt
98 faciles à faire, à mettre en place à domicile. Et ça leur permet de moduler la douleur. Toute
99 l'éducation est basée aussi sur ne pas aller au summum de la douleur quand ils peuvent. Voilà,
100 parce qu'on a souvent les réflexions, « Oui, mais quand je fais ça une heure, j'ai trop mal du
101 coup, je suis obligée de l'arrêter. ». Bah, ne faites plus une heure, fractionnez dans la journée.
102 Tout tout reprendre, tout un programme quotidien, entre guillemets, quotidien de voir, de
103 remodeler sa vie différemment. Mais d'inclure aussi, essentiellement, l'exercice physique. Pas
104 que marcher, c'est ce qu'ils me disent souvent. Pas que marcher. Et puis, d'avoir cette réflexion
105 sur le fait que la douleur a un facteur émotionnel assez important. Et que c'est un peu, ce que je
106 donne, je donne des cours à l'IFSI aussi, le cercle vicieux.

107 [...]

108 Et surtout, on sensibilise aussi le personnel soignant. Justement, par des formations, notamment
109 sur le DN4. La prise en charge de la douleur neuropathique, qui ne donne pas du tout le même
110 traitement que les douleurs nociceptives. Et qui a quand même une évaluation rapide. Donc, on
111 essaie de sensibiliser les services, les médecins, les infirmiers. Pour qu'il y ait aussi une prise
112 en charge adaptée aux patients.

113 **Ok, euuuh, bah quel... du coup vous avez un peu dit quel impact a la prise en charge de**
114 **la douleur sur la relation de soin, du coup de par toutes vos actions et tout. Après, vous**
115 **avez aussi des patients qui sont chroniques. Donc forcément, vous avez une relation de**
116 **soin avec eux.**

117 Oui donc déjà voilà, on instaure une relation soignant-soigné. Pour le coup, une relation de
118 confiance. Et une relation thérapeutique, en fait. C'est-à-dire une alliance thérapeutique. Ce

119 qu'on appelle vraiment l'alliance thérapeutique. Alors pour nous, c'est vrai qu'en plus, c'est des
120 patients qu'on voit régulièrement, la plupart. Ils ne viennent pas qu'une fois.

121 **Oui du coup oui.**

122 Voire des années. Il y a des patients, avec l'alliance thérapeutique, ça leur permet de continuer
123 à travailler. Et d'avoir des soins. Ce qui nous freine, c'est qu'il y a beaucoup de soins dans la
124 thérapie non médicamenteuse, où il n'y a pas de bon de transport ou autre chose comme ça. Il
125 y a des gens qui ont des difficultés à simplement se rendre à l'hôpital régulièrement. Parce que...
126 Bah voilà, ils doivent venir par leurs propres moyens. Parfois, ils habitent loin, parfois, on n'a
127 pas le bénéfice du soin parce qu'ils ont une heure de route et que derrière, du coup, ce qui aurait
128 pu calmer la douleur, remet la douleur. Parce qu'ils ont de la voiture ou des choses comme ça.
129 Donc, oui, il y a une grande notion d'alliance thérapeutique avec les patients ici.

130 **Et ici, du coup, il y a une confiance qui s'instaure entre vous quoi. Parce que du coup, il**
131 **n'y a que, tout le temps les mêmes soignants qui sont ici.**

132 C'est ça, c'est ça. Après, il y a 23 millions de douloureux chroniques en France. Donc, ça fait
133 un tiers de la population, en gros. Donc, c'est une affaire qui concerne... Nous, on est finalement
134 dans le service dédié à ça...

135 **Mais c'est plus général que ça, quoi.**

136 Exactement. C'est-à-dire qu'en fait, il faut s'imaginer que dans un service, quand on a 10 patients
137 à charge, il y en a 3 potentiellement qui sont douloureux chroniques. Et qui ne vont donc pas
138 du tout percevoir la douleur comme une douleur aiguë, nociceptive. Et que c'est parfois les
139 patients qui sonnent beaucoup, parce qu'ils n'ont pas de soulagement à leur douleur. Et puis,
140 dans les formations aussi aux soignants, très souvent, leur donner justement la suggestion déjà
141 de s'occuper d'eux, de dire « j'arrive, je vais voir. », et pas de dire « là, je n'ai pas le temps. Parce
142 que... ». Voilà, Parce que toute notre formulation, tout notre discours...

143 **Une réponse quand même à leur appel.**

144 ... est hyper important dans ce qu'on dit. Donc parfois, je dis, d'avoir toujours cette parole
145 positive aussi, « Rassurez-vous, je sais que vous avez mal. Je m'en occupe. ». Et parfois, rien
146 qu'une installation. Enfin, il y a plein de petites choses. Respirer avec le patient tout simplement
147 pendant 2 minutes parfois peut suffire à déjà, pouvoir le faire patienter si on n'a pas la

148 prescription, si le médecin n'est pas là tout de suite si voilà. Et donc, on peut tous instaurer une
149 relation de confiance et thérapeutique en fait, une relation thérapeutique avec le patient à partir
150 du moment où le patient se sent rassuré. Il ne faut pas oublier que la douleur crée une grande
151 inquiétude chez les gens, globalement.

152 **Donc rien que ça, ça apporte une réponse un peu à son appel...euh à son appel à l'aide un**
153 **peu, donc forcément...**

154 Mais il faut le rendre... Alors là, je rebondis sur l'appel à l'aide. Il faut vraiment le rendre acteur.
155 S'il comprend comment les mécanismes un peu de la douleur et les mécanismes émotionnels
156 de la douleur. Et puis, des solutions qui peuvent être apportées dans les thérapies non
157 médicamenteuses. Mais qu'on n'est pas obligé de faire nous, simplement leur donner l'idée aussi
158 de pouvoir mettre en place chez eux des choses... Même tout ce qui peut être un peu activité
159 physique sur quelques minutes par jour. Mais qui suffit à faire diminuer certaines choses...et
160 surtout l'apaisement mental, du coup la douleur va forcément se moduler.

161 **Bon bah très bien ! Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?**

162 Bah non, pas spécialement.

163 **Ok, bah parfait !**

164 De te souhaiter une bonne continuation.

165 **Bah merci beaucoup !**

166 Bienvenue dans le monde des infirmiers ! [rire]

Annexes VII : Retranscription littérale de l'entretien avec Clover infirmière en unité de douleur chronique le 10/04/2026

- 1 **Simon : Ok, alors est-ce que déjà vous pouvez me dire votre nom, prénom, vous présentez**
2 **un petit peu, votre parcours... ?**
- 3 Clover : Alors je m'appelle Clover, je suis infirmière depuis 14 ans maintenant et ça fait 8 ans
4 que je suis infirmière en service douleur. Donc j'ai passé un diplôme universitaire de plus, voilà.
5 Et donc maintenant je suis IRD depuis 8 ans dans la structure douleur chronique.
- 6 **Et avant vous étiez ?**
- 7 Avant, pendant de longues années, j'étais suppléante de nuit. Donc j'ai fait un peu tous les
8 services de l'hôpital, c'était mon job.
- 9 **Ok, dans le pool ?**
- 10 Dans le pool, oui.
- 11 **Ok, alors je vais vous poser la question inaugurale un peu de mon entretien. Qu'est-ce que**
12 **considérer un patient dans votre pratique quotidienne ?**
- 13 Considérer sa douleur ?
- 14 **Considérer en globalité, après je vais plus se concentrer sur la douleur, mais là c'est plus**
15 **considérer... Oui, oui, par rapport à la douleur si vous voulez.**
- 16 [Euuh] Qu'est-ce que je considère ? Alors déjà nous on fait des consultations infirmières. Donc
17 quand notre patient vient et qu'on le consulte, on prend notre patient dans sa globalité, dans
18 notre discipline, on est obligé. Ce qui est important c'est de l'écouter. Il n'y a que lui qui sait.
19 Nous on ne sait pas. Lui il sait donc on l'écoute et on essaye de comprendre sa demande. Parce
20 que si on répond à côté de sa demande, le lien thérapeutique ne va pas se créer en fait.
- 21 **Oui, oui, du coup est-ce que la considération du patient, enfin c'est un peu ce que vous**
22 **m'avez dit là, est-ce que ça influence la manière dont il exprime sa douleur ?**
- 23 Oui, complètement. Souvent quand ils arrivent ici, ils nous disent qu'on ne les a pas écoutés,
24 qu'on ne les a pas entendus quand ils ont dit qu'ils avaient mal et que la personne qui était en
25 face d'eux savait mieux qu'eux. Alors qu'en fait la douleur c'est le patient, on ne peut pas se

26 mettre à la place de quelqu'un. La douleur c'est une émotion. On est tous différents face à nos
27 émotions. Il y a des choses qui déclenchent des peurs chez des gens et pas chez d'autres. Ils ont
28 des réactions différentes. Et bah le patient et sa douleur c'est pareil. Les gens qui ont mal, ils
29 ont différentes réactions face à leur douleur et c'est propre à eux. Donc on ne peut pas parler à
30 leur place, voilà. Donc souvent quand ils viennent ici, quand ils ont fini une consulte avec nous,
31 déjà le fait qu'on les ait écoutés, ils l'expriment, c'est thérapeutique pour eux, qu'on les ait
32 écoutés.

33 **Ok. Du coup aussi, j'axe, là vous m'avez un peu dit ce que pour vous était la considération**
34 **dans la douleur et tout. Mais est-ce que dans votre pratique, est-ce que vous mettez en**
35 **place, des... pour prendre en charge la douleur, des choses non médicamenteuses ?**

36 Ah beaucoup ici, c'est notre rôle infirmier déjà. On fait beaucoup ce que nous on appelle des
37 soins psychocorporels. Notre structure est reconnue pour ça par les autres structures. Donc,
38 nous on travaille beaucoup avec la luminothérapie, la magnétothérapie, l'électricité dans ses
39 différentes formes. On a beaucoup d'appareils avec lesquels on peut traiter par l'électricité. On
40 a des formations, on est toutes formées à la RESC ici. C'est de la résonance énergétique, c'est
41 un petit peu comme de l'acupuncture. On met en relation des points, sauf que nous, on ne pique
42 pas. C'est au travail des doigts, au toucher. La sophrologie, on avait une infirmière qui a fait
43 une école de sophrologie. Ça passe par l'éducation thérapeutique aussi. Donc on a énormément
44 de moyens non médicamenteux. Surtout dans la douleur chronique, des molécules, on n'en a
45 pas beaucoup. Et on travaille beaucoup ce qu'on appelle or AMM. Ça veut dire que les
46 médicaments qu'on utilise, il n'y a pas d'autorisation de mise sur le marché pour les pathologies
47 qu'on veut traiter avec.

48 **D'accord.**

49 Notamment la douleur neuropathique, par exemple, nous, on traite ça avec des antiépileptiques.
50 Le médicament, par exemple, on utilise souvent la prégabaline et la gabapentine. C'est des
51 traitements qui ont été mis sur le marché pour traiter l'épilepsie.

52 **Oui, c'est pas une indication de base.**

53 Voilà. Mais on sait que dans la douleur chronique, ça peut fonctionner. Comme on travaille
54 avec certaines molécules antidépresseurs. Bon, ils agissent sur le moral. Ça, ça nous aide aussi
55 parce que nos patients ne sont pas bien sur ce plan-là. Mais on sait que certaines molécules ont

56 des répercussions sur les douleurs neuropathiques aussi. Donc, on n'a pas énormément de
57 molécules avec lesquelles travailler. Et on sait que la prise en charge du douloureux chronique,
58 elle est longue puisque ça fait longtemps qu'il a mal. J'ai pas de baguette magique dans mon
59 tiroir, sinon je m'en servirais. Donc, forcément, la prise en charge derrière, elle va être longue
60 aussi. Et donc, sur le long terme, il vaut mieux tabuler sur les soins non médicamenteux. Si on
61 peut donner des outils aux patients qui puissent, lui, mettre en place aussi dans son quotidien,
62 c'est d'autant plus efficace. Donc, on axe, on oriente nos présentations sur ça. Et on est connu
63 pour ça.

64 **Oui. Donc là, cet aspect-là non médicamenteux prend limite plus de place que...**

65 Eh bah il est tout aussi important. Voilà. Donc la molécule va pouvoir nous aider sur un temps
66 donné, sur certaines pathologies et pas sur toutes. Mais ce qui va être le plus efficace, c'est de
67 mettre en place des outils pour le patient que lui peut s'approprier parce que ça va être long.
68 Donc on le sait.

69 **Eh bien du coup, justement, vu que c'est des patients chroniques, vous disiez qu'ils se**
70 **sentaient plus écoutés ici et tout. Est-ce que du coup, il y a une relation de confiance qui**
71 **se crée dans votre service de par la régularité ?**

72 Ah bah oui oui, moi j'ai des patients, ça fait 8 ans que je les suis. Ça fait 8 ans que je les suis.
73 Donc oui, oui, oui, oui.

74 **Et quels sont, du coup, les éléments qui favorisent la relation de confiance entre...**

75 Alors c'est d'être honnête avec le patient, déjà. Ça, c'est quelque chose que... Bon, on était 3
76 infirmières à consulter, on dit la même chose. [Euh] Souvent ça peut arriver qu'on passe une
77 grosse partie de notre consultation à expliquer au patient qu'on va pas répondre à sa demande.
78 Quand sa demande, c'est « Je veux sortir de ce bureau et ne plus avoir mal », je vais pas lui
79 mentir et lui dire « OK ». Non. Il faut lui expliquer que la prise en charge, elle va être longue,
80 que le zéro douleur, on peut pas le promettre, mais que nous, notre but, c'est que leur douleur,
81 elle soit plus au premier plan de leur vie, qu'ils aient des outils pour mieux la gérer et qu'ils
82 arrivent à vivre avec, sans qu'elles prennent toute la place de leur vie et qu'elles empiètent sur
83 toutes les sphères de leur vie. Donc ça, c'est important, de pas mentir à notre patient. Donc
84 quand déjà on est assez... Quand il est assez éclairé sur ça, voilà, et de toujours écouter notre
85 patient.

86 **Oui, c'est l'écoute qui...**

87 C'est l'écoute qui va... Parce que c'est ce qui a fait défaut dans toute sa prise en charge. Le
88 douloureux chronique faut savoir que moi, quand il arrive dans mon bureau, il a eu un parcours
89 médical énorme, une errance thérapeutique et médicale énorme, et que c'est ça qui a fait défaut,
90 en fait. Dans toute cette prise en charge-là, on l'a pas écouté. Donc c'est ça, en fait, qui va me
91 permettre de rentrer en relation de confiance avec mon patient, pour qu'après, lui, il me délivre
92 des informations qui me sont essentielles à avoir dans la prise en charge.

93 **Oui, la relation de soin après apporte à chacun...**

94 Bah oui, oui, parce que pour moi, quand il y a des nouveaux événements dans sa vie, c'est
95 important que je le sache, parce que ma prise en charge, elle évolue.

96 **Elle va pas être pareil oui.**

97 Voilà. Quand il lui arrive quelque chose de très pénible, qui va affecter énormément son moral,
98 s'il m'en parle pas, je vais pas pouvoir l'orienter, par exemple, sur la psychologue.

99 **Ok. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Parce qu'on a un peu fait le tour.**

100 [Euh] J'aimerais rajouter, mais alors ça, c'est un peu notre combat à toutes nos collègues, c'est
101 de bien évaluer la douleur quand on est dans les services de soins. Parce que ça va conditionner
102 sa prise en charge au patient. Il faut quand même comprendre que sur les lignes, il y a quand
103 même 23 millions de douloureux chroniques en France. Donc ça veut dire que dans les services,
104 il y en a énormément. C'est presque autant présent que les pathologies des spécialités des
105 services. Donc euh, et on n'est pas assez formé. Parce que moi, j'ai quand même l'expérience
106 d'avoir travaillé avant dans tous les services. Et avant d'arriver à la douleur, je ne prenais pas en
107 charge la douleur et je ne l'évaluais pas correctement, ça c'est sûr.

108 **Oui, vous avez le avant-après.**

109 J'ai le avant-après. Donc avant d'arriver ici, je faisais comme tous mes collègues : « Vous avez
110 mal ? Ok, entre 0 et 10. » Et en fait, mon éval, elle s'arrêtait là. Et je me fiais à ce que le médecin
111 me prescrivait. Les antalgiques palier 1, palier 2, palier 3. Alors qu'en fait, ce n'est pas cette
112 question-là. Il faut lui demander : « ok, elle est comment votre douleur ? ». Dès que le patient
113 va commencer à dire, « ça me fait des brûlures, des décharges électriques, j'ai la jambe
114 engourdie. ». En fait, je ne vais pas être sur les bonnes molécules avec mon palier 1, 2, 3. Il va

115 falloir que je mette en place d'autres molécules. Et si ça ne fonctionne pas, il faut que j'oriente
116 mon patient sur une structure de prise en charge de douleurs chroniques. Et ça, c'est quelque
117 chose que je ne savais pas faire.

118 **Oui, c'est reprendre toute l'histoire de la douleur.**

119 Et de reprendre toute l'histoire, en tout cas, d'essayer de balayer un max pour pouvoir orienter
120 et prendre en charge le patient correctement, voilà.

121 **Ok, bah merci beaucoup.**

122 De rien.

Annexes VIII : Retranscription littérale de l'entretien avec Guy infirmier en soins palliatifs le 14/04/2026

**1 Simon : Alors déjà, est-ce que tu peux te présenter un petit peu, ton nom, depuis quand
2 t'es diplômé, tes services... ?**

3 Guy : Alors je m'appelle Guy, je suis infirmier à l'unité de soins palliatifs depuis juillet 2022,
4 date à laquelle j'ai été diplômé. En fait j'ai fait mon stage pré-professionnel ici et puis ensuite
5 j'ai été embauché après, c'est ça. C'était mon projet professionnel, j'aimais beaucoup les soins
6 palliatifs, ça m'intéressait beaucoup. J'ai fait mon stage pré-pro dans le milieu, ça m'a bien plu
7 et puis ça tombait bien, ils avaient de la place pour moi, donc j'ai pu être embauché derrière. Et
8 avant ça, j'étais aide-soignant aussi. Je travaillais trois ans en chirurgie orthopédique et, je ne
9 sais pas si ça a un impact ou pas, mais j'ai, je vais avoir 34 ans, voilà.

**10 D'accord, ok, très bien. Du coup, je vais commencer par ma question un peu inaugurale,
11 donc qu'est-ce que considérer un patient dans ta pratique quotidienne ?**

12 Qu'est-ce que considérer un patient ? [Euh] Pour moi c'est être à son écoute, entendre voilà ce
13 qu'il nous dit sur sa douleur, ses peines, et retransmettre ce qu'il nous a dit au travers des
14 transmissions, que ce soit sur l'ordinateur, ou par rapport aux transmissions orales avec le
15 médecin.

**16 Et du coup, est-ce que, pour toi, la considération du patient, est-ce que ça influence sa
17 manière d'exprimer sa douleur ?**

18 ...Je pense que oui, ça influe. Si on ne met pas trop d'attention auprès du patient dont on
19 s'occupe, qu'on ne le considère pas, c'est-à-dire qu'on n'écoute pas ce qu'il nous dit, etc., je pense
20 qu'il va avoir, il va moins se sentir en confiance et donc très certainement moins nous dire de
21 choses. On le remarque parfois, certains collègues ont plus d'affinité avec tel ou tel patient et
22 des choses qu'il va dire à l'un, il ne le dira pas forcément à l'autre, en fonction, je pense, de
23 l'implication à la fois de chacun et de comment l'histoire de l'un résonne dans l'histoire de l'autre
24 aussi quoi.

25 Ok, bon alors... comment tu pourrais définir la douleur, dans ta pratique quotidienne ?

26 Comment je peux définir la douleur ? Moi, je le dis un peu comme la définition classique, c'est
27 une expérience désagréable vécue par le patient. Ça peut être pour moi une douleur physique,
28 « j'ai mal à tel endroit », très précis, comme ça peut être « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal », mais la
29 personne n'est pas forcément capable de te dire où est-ce qu'elle a mal, c'est plutôt une douleur
30 diffuse. Ça peut être aussi simplement par des mimiques au niveau du visage, donc on utilise
31 l'Algoplus pour évaluer la douleur dans ce cas-là. [Euh] Ta question c'était sur comment je
32 définis la douleur, c'est ça ?

33 **Oui.**

34 Ok, et ça peut être aussi une douleur, là je parlais plutôt de la douleur physique, on manipule
35 un patient, on le tourne sur le côté, il a mal, donc on évalue. Et ça peut être aussi une douleur
36 vraiment morale, donc là c'est vraiment...

37 **Psychique.**

38 ...la peine au fond du cœur, comme tu dis, psychique, ne pas avoir le moral, des envies de
39 mourir, etc. Et ça fait partie aussi de la douleur que je dirais émotionnelle quoi, la douleur d'un
40 manque, par exemple qu'il n'y a pas les proches, ou « j'aurais aimé faire ci, j'aurais aimé faire
41 ça », on est confronté un peu à ce type de douleur-là aussi dans notre service. Après je pense
42 que dans tous les services de l'hôpital on y est confronté aussi quoi.

43 **Mais peut être plus euh... justement cette douleur physique euh pas physique mais**
44 **psychique est un peu plus présente dans un service de soins palliatifs où voilà il y a tout**
45 **cet aspect de fin de vie, même si ce n'est pas que la fin de vie.**

46 Exactement, tout à fait. Et deux douleurs peuvent s'exacerber aussi, c'est-à-dire qu'une douleur
47 physique a un impact sur le moral, donc ils ne vont pas se sentir bien, etc. et inversement aussi,
48 si tu n'es pas bien moralement, tu es en souffrance, tes douleurs physiques vont être aussi
49 exacerbées. Il n'y a pas de vérité générale, autant de patients qu'il existe, il existe différents
50 types de douleurs et chacun ressent différemment et voilà.

51 **Et du coup justement par rapport à ces douleurs, qu'est-ce que... est-ce que tu mets des**
52 **choses en place de manière non médicamenteuse ?**

53 Effectivement, ici on a la chance d'avoir autre chose que des médicaments en plus de ça, donc
54 on essaie d'allier les deux. On peut utiliser... moi par exemple, j'ai été formé il y a deux ans de

55 ça à Snoezelen, qui est une technique qui vient des Pays-Bas, qui a été inventée là-bas. C'est
56 beaucoup utilisé dans les EHPAD. Voilà, c'est un jeu un peu à la fois de lumière, de colonne à
57 bulle, de musique, on stimule différents sens. Et dans les EHPAD, il y a des salles complètes
58 sur ça. C'est aussi beaucoup utilisé sur les enfants qui ont des troubles du spectre autistique, par
59 exemple. Et ça a aussi des fois un certain impact sur la douleur. Alors, il faut quand même
60 évaluer un peu avant, parce que si une douleur est parfois trop installée, trop forte, tout ça, les
61 gens ne sont pas forcément réceptifs à ce type de machine-là, qui est une colonne qu'on déplace
62 là dans le service, c'est une unité un peu mobile, donc c'est assez imposant et ça peut parfois un
63 peu effrayer quoi. Et ça marche bien sur les gens qui ont des troubles cognitifs, mais aussi sur
64 des gens qui n'en ont pas aussi. Et il y a à la fois ça, à la fois de la sophrologie. J'ai certains
65 collègues qui sont formés en sophrologie. Sur de la RESC aussi. On fait de la luminothérapie.
66 Voilà, on a des petits trucs comme ça.

67 **Oui il y a quand même une bonne partie de...enfin oui vous êtes assez ouvert sur...**

68 Oui, en général, on combine quand même les deux. On ne se dit pas, on laisse simplement la
69 chance à la technique tout ça. On essaie quand même d'allier les deux, qui sont parfois très bien
70 complémentaires. Après, c'est vrai que d'un côté, les médicaments peuvent avoir parfois leurs
71 limites, tout comme ces techniques non médicamenteuses-là peuvent aussi avoir leurs limites.
72 Mais en fait, on a l'impression que c'est surtout comment on vend la chose aux patients aussi,
73 qui montrent l'impact que peut avoir une technique non médicamenteuse. Il y a aussi un peu
74 d'hypnose, mais bon on n'a malheureusement plus trop la chance d'être formé sur ce type de
75 choses-là, tout ça.

76 **Et euh...Quel impact a la prise en charge du coup de cette douleur sur la relation de soin**
77 **que vous avez avec le patient ?**

78 Est-ce que tu peux répéter ta question, s'il te plaît ?

79 **Quel impact a la prise en charge de la douleur sur la relation de soin en gros ?**

80 Bah euuh, je dirais que si on prend bien en charge la douleur, qu'on considère le patient, qu'on
81 met de l'attention quand lui il nous exprime sa douleur, il dit « je ne sais pas, j'ai une douleur à
82 7 sur 10 », et que bon, si le patient nous dit « j'ai 7 sur 10 », normalement, et c'est ce qu'on fait,
83 quand tu transmets sur l'ordinateur, tu écris « il a une douleur à 7 sur 10 », tu ne dis pas « oh
84 non, il n'a pas l'air d'avoir mal à 7, il a plutôt mal à 2 ». Donc là, l'évaluation n'est pas bonne et

85 tu ne peux pas donner forcément le bon antalgique tout ça. Si le patient, lui, il dit qu'il a une
86 douleur à tant et qu'on met en action, voilà des actions spécifiques pour gérer cette douleur-là,
87 de comment il nous la transmise, et bah on se rend compte que ça a un impact quand même
88 bien sur la relation avec le patient, parce que lui se sent considéré, s'il est soulagé sur le plan de
89 la douleur, on va dire, physique, ensuite il sera peut-être plus communicatif, voilà, il va se sentir
90 considéré, il sait à peu près ce qui marche en médicament, donc on va pouvoir adapter son
91 antalgie.

92 **Donc il y a une relation de confiance qui...**

93 C'est exactement ça, il y a une relation de confiance qui se met en place, parce que j'imagine
94 que si tu n'écoutes pas ton patient et que il te dit qu'il a mal, tu ne lui donnes pas les antalgiques
95 en conséquence, bah lui, il se rendra compte qu'on ne lui donne pas des médicaments et qu'il
96 n'est jamais soulagé au niveau de la douleur, et du coup, bah effectivement, ça rompt une
97 relation de confiance, ou auquel cas, ça la détruit.

98 **Et du coup, j'avais une question, c'était quels sont les éléments qui favorisent la relation**
99 **de soin ? Mais tu l'as un peu dit, avec voilà la prise en charge de la douleur, et qu'apporte**
100 **cette relation de confiance à la relation soignant-soigné ? Bon, t'as un petit peu dit déjà,**
101 **mais c'est que... il y a quand même surtout dans votre service, où c'est des patients un**
102 **peu chroniques...**

103 Oui, oui, tout à fait, c'est ça. Oui, qui ont des pathologies graves...

104 **C'est quand même important qu'il y ait cette relation de confiance qui s'instaure.**

105 Oui, tout à fait, sinon c'est plus compliqué quoi pour le patient de gérer. Là, par exemple, j'en
106 ai un petit exemple qui me vient en tête, qui m'est arrivé récemment, j'avais un étudiant avec
107 moi, un étudiant infirmier, et [euuh] voilà, j'ai essayé de le laisser un petit peu faire sur certains
108 soins, gérer l'antalgie des patients, etc. Et donc, il est allé auprès du patient, évaluer la douleur,
109 tout ça, puis lui poser l'antalgique et tout, mais le patient, lui, ne s'est pas senti en confiance, en
110 voyant l'étudiant, et c'est vrai que et bah de ce fait, quand l'étudiant était là, il avait toujours
111 mal, et il avait du mal aussi à gérer ses émotions à ce moment-là, jusqu'à ce qu'il dise, « bah
112 non, je ne veux plus que... je n'ai pas confiance en l'étudiant, j'ai l'impression qu'il me met en
113 danger, je le vois pas confiant dans ce qu'il fait, je ne veux plus qu'il s'occupe de moi, parce que
114 je me sens mal, et après, moi, ça me rend euh encore plus mal que ce que je suis. Donc oui,

115 pour montrer que quand même, ça a aussi une influence sur comment on se porte. Et chose aussi
116 intéressante, tu l'as peut-être déjà entendue, et c'est ce qu'on entend souvent quand on est en
117 stage, même en tant que professionnel, on dit souvent que quand on allie de la morphine à du
118 paracétamol, ça combine les effets et que ça potentialise l'effet de la morphine. Et en fait, j'ai
119 eu une conférence par un grand médecin en soins palliatifs il y a peu de temps de ça là, et qui
120 expliquait que le paracétamol, quand on avait des doses qui sont assez bonnes en morphinique,
121 qu'on met du paracétamol ou pas, c'est comme si c'était un peu du pipi de chat, et qu'en fait, ça
122 n'avait pas d'impact sur la douleur. Et pourtant, si toi en tant qu'infirmier, tu dis à ton patient
123 que voilà, je vous rajoute un antalgique, ça potentialise l'effet de la morphine, vous allez voir,
124 vous allez être soulagé, etc.

125 **Il y a un effet placebo...**

126 Par ton discours, il y a effectivement un effet placebo aussi, qui marche aussi via une certaine
127 relation de confiance qui est créée, comme si un patient te dit, j'ai eu le cas, quelqu'un qui est
128 très frileux des antalgiques, etc. T'auras beau lui proposer tout ce que tu veux en antalgique, il
129 te dira « non, ça ne va pas, je ne suis pas soulagé », ou « non, je n'en veux pas, je ne préfère
130 pas, je préfère avoir mal. ». Enfin, on se rend compte que ça a quand même un certain impact
131 tout ça.

132 **Oui ok, est-ce que tu as quelque chose à ajouter en particulier ?**

133 Non, je ne crois pas. Est-ce que toi, tu as envie que je développe un point que j'ai abordé, non
134 ?

135 **[Euh] Non, c'est déjà très bien. Enfin, pour moi, c'est parfait mais si t'as quelque chose à**
136 **ajouter ?**

137 Ok, super, non je n'ai pas plus à dire, je te remercie !

138 **Merci à toi !**

Annexes IX : Retranscription littérale de l'entretien avec Alex infirmière en soins palliatifs le 14/04/2026

1 **Simon : Est-ce que vous pouvez me donner nom, voilà, depuis quand vous êtes dans le**
2 **service, depuis quand vous êtes diplômée ?**

3 Alex : Oui, alors je m'appelle Alex, j'ai 32 ans bientôt. Je suis arrivée dans le service il y a deux
4 ans et demi à peu près, à 100%. Je suis passée à temps partiel du coup à mi-temps depuis le
5 mois de décembre, c'est très récent. Et ça fait, je suis diplômée depuis 2015, donc ça fait 11 ans.

6 **Ok, donc je vais faire la question inaugurale. Qu'est-ce que considérer un patient dans**
7 **votre pratique quotidienne ?**

8 La considération qu'on a dans... La définition pour moi de la considération ?

9 **Voilà exactement.**

10 C'est de respecter sa dignité, de respecter... ses volontés, ses envies, de respecter ses droits,
11 voilà d'essayer de soulager au mieux ses maux.

12 **Donc selon vous, la considération du patient peut influencer la manière dont il exprime sa**
13 **douleur ?**

14 [Euuh] Je sais pas si je pars sur le bon axe, mais oui, parce que la considération que nous,
15 soignants, nous avons envers le patient, oui, parce que je pense que par exemple si on envoie
16 bouler le patient, si on est froide, si selon notre comportement, forcément il y a une incidence
17 sur lui, ce qu'on lui renvoie, et du coup ce qu'il va nous dire ou pas nous dire, et voilà, de toute
18 façon il y a certains soignants avec qui le feeling ça passe mieux, avec certains patients, et
19 effectivement quand c'est comme ça la prise en charge, oui, je pense que ça influence, oui. Enfin
20 si, je dis une question bête, mais par exemple j'ai déjà été hospitalisée, si on sonne et qu'on voit
21 que la personne arrive, que ça l'embête, ça se ressent, bon bah du coup on se fait petit, on appelle
22 moins, quitte à avoir mal et attendre un peu avant d'être soulagé pour ne pas déranger, ouais,
23 donc du coup je pense très fortement que notre comportement influence sur le comportement
24 du patient. J'ai bien répondu ou j'ai pas bien répondu [rire] ?

25 **Oui, c'est très bien, c'est très bien ! Comment, c'est plus général, comment définirez-vous**
26 **la douleur dans votre service ici ? Voilà, quelle place elle a...**

27 Alors déjà il y a plusieurs types de douleurs, est-ce qu'on parle de douleurs physiques, de
28 douleurs psychologiques, de douleurs neuropathiques, enfin voilà, il y a déjà énormément de
29 douleurs. Parfois, nous forcément c'est aussi mêlé avec la peur de la fin de vie, l'angoisse de la
30 fin de vie, donc parfois c'est un cercle vicieux, on va avoir des patients qui vont être douloureux
31 et du coup ils vont être angoissés, euh mais du coup l'angoisse va majorer les douleurs, enfin
32 voilà, c'est un peu le cercle, et du coup c'était quoi la question ?

33 **La définition générale de la douleur dans votre pratique.**

34 Dans notre pratique, au soins palliatifs. Après, et bien je ne suis pas sûre que je réponde bien...

35 **Mais c'est pas grave.**

36 Parce que je réponds sur des outils, des patients qui sont non communicants, des échelles, des
37 moyens en fait, des outils qu'on a pour nous d'évaluer la douleur et de comment elle peut se
38 manifester, mais en fait je ne réponds pas vraiment à la définition quoi.

39 **Non mais c'est... avant ce que vous avez dit, c'était déjà bien dans la manière dont...enfin**
40 **voilà moi j'ai compris.**

41 Ok, et puis surtout aussi que la douleur peut aussi se manifester, typiquement là, ce pourquoi
42 d'ailleurs je dois partir à 14h, c'est qu'on doit avoir une réunion collégiale sur une mise en place
43 d'une sédation profonde et continue chez un patient qui a a priori des douleurs réfractaires, qui
44 sont aussi mélangés beaucoup à de l'angoisse. En fait, il est extrêmement inconfortable dans ses
45 phases d'éveil et du coup, en fait, le patient, il peut dire qu'il n'a pas mal, il le dit. En fait, il est
46 très confus et à des moments, il va nous dire j'ai pas mal. Il le dit verbalement, il le verbalise
47 qu'il n'a pas mal et à des moments, il dit qu'il a extrêmement mal, « mais vous voyez bien que
48 je souffre ». Sauf qu'en fait, quand il dit qu'il a pas mal, il geint, il gémit, il est encombré, les
49 constantes sont pas bonnes, il agrippe les barrières, il agrippe la potence, son visage, il est crispé,
50 il tire, il est en sueur, il se mobilise dans le lit, il veut changer de position, mais on lui dit vous
51 avez pas mal, il dit non. Bah non, le corps parle enfin... Alors là, on se dit il est plutôt confus.
52 Il est plutôt, enfin, tout ce que nous, on perçoit de lui et on évalue de lui, c'est complètement en
53 contradiction avec le seul, ses seul et unique dire. Donc, voilà.

54 **Est-ce que du coup, dans la prise en charge des douleurs en soins palliatifs, vous avez des**
55 **moyens non médicamenteux que vous mettez en place ?**

56 Oui, bah par exemple, aujourd'hui, alors on a, ici, on parle beaucoup de soins de support. On va
57 voir donc aujourd'hui, par exemple, il y a eu la musicothérapeute qui était là. On a une
58 bibliographe, on a une socio esthéticienne. Alors en fait, elles ne vont pas à proprement parler,
59 jouer sur la douleur dans le sens où elles ne vont pas apporter de thérapeutique, mais en fait,
60 elles vont apporter un autre aspect du soin.

61 **Un bien être...**

62 Voilà, un bien être qui va aider le patient à s'évader. Voilà, ça, c'est vraiment du personnel qui
63 intervient en plus. Après aussi, au sein même de l'équipe, on a par exemple, aujourd'hui, Cécile,
64 elle est sophrologue. Elle a le diplôme de sophrologie. L'aide-soignante... donc, il y a quand
65 même beaucoup de monde parce que l'aide-soignante qui était là hier, elle a un diplôme de
66 RESC. La résonance sous-cutanée, je ne sais pas si du coup tu connais.

67 **Si si oui, bah j'en parle justement.**

68 Voilà, Et après aussi, on a quand même pas mal de soins de support. Donc, on va avoir des
69 huiles essentielles pour l'aromathérapie. On va avoir de la luminothérapie, un casque à réalité
70 virtuelle. Enfin, voilà, on a quand même beaucoup de supports. Et après aussi, c'est important
71 de ne pas les multiplier auprès des patients. On essaye de, voilà, s'il y a un patient, on choisit le
72 masque à réalité virtuelle. On va pas, on n'est pas comment dire, on n'est pas un cabinet de
73 salon esthétique. Ils ne viennent pas en choisissant à la carte, « je veux tous les soins de
74 support ». Ce n'est pas comme ça que ça se passe, voilà. C'est...

75 **Oui, c'est un peu en fonction de leurs affinités.**

76 Et puis, c'est vraiment aussi adapté aux patients. Forcément, le masque, je prends celui-là parce
77 que c'est le plus simple, mais le masque à réalité virtuelle, on ne va pas le proposer à un patient
78 de 80 ans qui n'est pas à l'aise avec les nouvelles technologies. On ne va pas le proposer à un
79 patient, là du coup aussi, sans parler d'âge, un patient qui a une maladie neurologique.
80 Forcément, avec les images, on ne va pas le proposer à un patient qui a Alzheimer. Le fait de
81 mettre un casque, un masque sur les yeux, on ne va pas le proposer à des patients qui ont des
82 métastases cérébrales. Donc, il faut aussi adapter les soins de support en fonction... du patient,
83 de sa pathologie, de son âge, de tout quoi.

84 **Et quel impact a la prise en charge de la douleur sur la relation de soins, la relation**
85 **soignants-soignés ?**

86 Eh bien, là, encore une fois, typiquement euh, c'est vrai que les patients qui sont douloureux, il
87 faut en premier temps les soulager pour les rendre accessibles. Un patient qui a mal, il va crier,
88 il ne va pas être ouvert au contact, il va être euh... il peut être brut dans ses propos bah parce
89 que la douleur le fait parler enfin voilà. Et du coup, effectivement, rentrer en contact avec un
90 patient qui est douloureux, et même c'est source d'angoisse pour la famille, la prise en charge
91 se passe mal. C'est vrai que la gestion de la douleur, c'est quand même un élément clé dans la
92 bonne prise en charge du patient. Et même, je dirais même, parce que nous ici, on s'occupe et
93 du patient et de la famille. On s'occupe beaucoup de la famille aussi. Et du coup, c'est aussi une
94 prise en charge clé dans la prise en charge de la famille. Forcément, s'ils voient leur proche
95 apaisé, confortable, serein, ou qu'ils le voient inconfortable, agité et s'accrochant à des barrières
96 dans le lit, forcément, la réaction de l'entourage elle est différente aussi.

97 **C'est vrai, ça leur donne une image plus... [Euh] Et du coup, là, dans votre service, du**
98 **coup dû à cette gestion de la douleur, il y a comme une relation de confiance qui se met en**
99 **place entre vous...entre le patient et vous, et puis même avec la famille en soit du coup.**

100 Oui, alors après, on est quand même un service privilégié au sein de l'hôpital par rapport au
101 nombre de lits que nous avons. On est deux infirmières, deux aides-soignantes pour dix lits.
102 Donc en fait, on est un binôme pour cinq. Donc on a quand même du temps qui nous est
103 vraiment accordé et des moyens financiers. Quand on parlait tout à l'heure des soins de support,
104 c'est financé par certaines associations et tout. Nous sommes chanceux, nous, de travailler dans
105 cet environnement, mais les patients, malheureusement aussi, parce qu'être hospitalisé en soin
106 palliatif, je ne suis pas sûre qu'on puisse dire que c'est une chance. Mais voilà, ils ont quand
107 même accès à des soins qu'il n'y a pas ailleurs dans l'hôpital, et oui je pense que ça...c'était
108 quoi la question parce que je m'évade...

109 **La prise en charge de la douleur, ça a influencé la relation de confiance que voilà...**

110 Oui, et du coup, je pense que le fait qu'on ait du temps à leur accorder, le rythme aussi de nos
111 soins. Par exemple, un patient qui va nous dire « Je suis fatigué, hier j'ai eu une journée ultra
112 intense, je suis fatigué, j'ai eu mal toute la journée hier. Là, voilà seulement que je suis soulagé
113 parce qu'on a réadapté les doses et tout. Là, laissez-moi tranquille. La toilette, ça, ça sera après-
114 midi. ». On l'a fait l'après-midi, on décale les soins et on s'adapte. Donc oui, ça, ils se sentent
115 aussi écoutés. Ils se sentent aussi...alors attention, je ne dis pas que tout est beau, tout est rose,
116 que nous sommes des magiciens, il y a une baguette magique et que voilà.

117 **Oui oui.**

118 Parfois, on n'y arrive pas. Là, d'ailleurs, aujourd'hui, on doit se réunir au sujet d'un patient qui
119 est réfractaire. Enfin, le patient n'est pas réfractaire, mais ses douleurs psychologiques et
120 physiques le sont. Mais du coup, effectivement, ça aide dans la prise en charge oui. Il y a aussi
121 beaucoup d'intervenants. Le psychologue aussi a une part importante aussi ici. Le fait d'avoir la
122 visite... enfin dans les douleurs, quand même, ça aide aussi d'avoir un soutien psychologique.

123 **Du coup, vous avez un peu répondu à la dernière question. C'était, qu'apporte cette**
124 **relation de confiance pour la relation en soignant-soigné ? En soit, vous avez un peu fait**
125 **le tour. Donc, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?**

126 Non [rire], je crois pas.

127 **Ok, et bah merci beaucoup !**

128 Je pense que j'ai fait pas mal, je sais pas. C'est de façon générale ou c'est au soin palliatif, le
129 diplôme la ? Enfin...

130 **Ah le mémoire, de façon générale.**

131 Parce que du coup, par exemple, tu vois, bah d'ailleurs, ce fameux patient qui est arrivé il y a
132 deux jours, lors des transmissions de changement de service, donc nous, on a des pompes a
133 morphines, où en fait, soit on peut faire des bolus nous-mêmes, on peut actionner le bolus, ou
134 le patient peut...

135 **Des PCA.**

136 Voilà des PCA où le patient peut appuyer lui-même. Mais en fait, quand il n'est pas en capacité
137 de le faire, bah c'est nous qui le faisons. Et du coup, on nous l'a transmis, nous, on l'accueille
138 pour prise en charge de la douleur. Donc, c'est son motif d'hospitalisation. Et en fait, lors du
139 transfert, on nous dit, « bah il n'a pas eu beaucoup de bolus, parce qu'il n'est pas autonome pour
140 le faire, donc il ne les a pas eus ». Mais non en fait ! Moi, ça me rend folle, comment en 2026,
141 une infirmière ou une aide-soignante, ou peu importe, je ne sais pas, parce que je n'étais pas là,
142 lors du transfert, peut dire ça ! Mais putain, c'est notre rôle ! Il n'est pas autonome, donc c'est à
143 nous de le faire. Et en fait, ça, ça fait partie du diplôme infirmier. On ne peut pas entendre des
144 choses comme ça. Alors après, je pense qu'il y a aussi un manque de, je ne sais pas si c'est de
145 formation ou de connaissances dans certains domaines de voilà. Mais par exemple, là, du coup,

146 pour aller un peu plus loin dans la douleur, ça nous arrive très fréquent et ça se démocratise un
147 peu plus qu'on parle de douleurs neuropathiques. Mais en fait, je suis sûre que si on parle de
148 douleurs neuropathiques à beaucoup de soignants, ils ne savent pas ce que c'est, finalement. Et
149 en fait, ça, il y a certains traitements antalgiques qui n'agissent pas sur les douleurs
150 neuropathiques. Donc, si nous soignants, on n'arrive pas à comprendre et à décrypter et à
151 trouver, en fait, diagnostiquer que c'est une douleur neuropathique, on peut mettre tous les
152 antalgiques qu'on veut.

153 **Ça marchera pas.**

154 Si les antalgiques n'ont pas d'effet sur cette douleur neuropathique, le patient il aura toujours
155 mal. Voilà. Donc, c'est à nous aussi, on a aussi des outils, le DN4. Je ne sais pas si tu en as déjà
156 entendu parler...

157 **Oui oui.**

158 C'est à nous, ça fait partie aussi de notre rôle... d'utiliser ces outils. Le DN4 est positif. D'en
159 parler aux médecins, du coup...

160 **Se former de...**

161 Voilà. Qu'est-ce qu'il peut mettre comme traitement... voilà. Et ça, en fait, je pense qu'aussi il
162 y a une méconnaissance de certains soignants à ce sujet, voilà.

163 **Oui.**

Annexe X : Analyse thématique

THEME	SOUS THEME	VERBATIM
Considération	- Définition de la considération	<u>Valerie</u> L. 10-12 p. IV « <i>c'est déjà une bonne écoute, savoir quelles sont ses attentes aux urgences, bah quel est son motif de consultation aux urgences et savoir bah en face en quoi on va pouvoir y répondre effectivement, »</i> L. 42-45 p. V « <i>après globalement aux urgences c'est une question tellement formelle qu'on demande tout le temps, tout le temps, tout le temps, que à partir du moment où on pose la question, le patient se sent considéré à ce moment-là »</i> <u>Etienne</u> L. 14-15 p. VII « <i>être à l'écoute, déjà, en tout premier lieu. Être à l'écoute, alors ça va être le verbal comme le non-verbal, »</i>

		L. 22-23 p. VII « Être attentif aux besoins. Donc aux besoins exprimés, et aussi non exprimés. Par exemple, typiquement, la douleur. » L. 57-60 p. IX « Que ce soit pour la douleur, que ce soit pour les effets attendus ou les effets secondaires des traitements, que ce soit pour la surveillance de base, en fait. Tout va être influencé par tes préjugés, par ta considération, effectivement. »
		<u>Sam</u> L. 29-34 p. XVI « Considérer un patient pour moi c'est soigner déjà pour commencer, euh avec la définition propre de soigner. [Euuh] Et après c'est le prendre en charge dans sa globalité, dans ses aptitudes, dans sa compréhension et dans ce qu'il... dans ses désirs aussi, et dans ses directives anticipées aussi. C'est-à-dire le prendre en fonction de son contexte bio, psycho, social

		<i>et dans ce qu'il souhaite aussi, ce qu'il attend aussi des soins. »</i> L. 38-44 p. XVI <i>« on va toujours tenir compte, on va avoir de l'empathie en fait. On va donc toujours tenir compte de son contexte, de son histoire. L'histoire est très importante ici des patients. [...] et de la prise en charge médicale et paramédicale dans les hospitalisations antécédentes. Est-ce qu'on a pris en charge sa douleur ? Est-ce qu'on a pris en charge sa douleur s'il a été opéré correctement ? »</i>
		<u>Clover</u> L. 17-19 p. XXI <i>« on prend notre patient dans sa globalité, dans notre discipline, on est obligé. Ce qui est important c'est de l'écouter. Il n'y a que lui qui sait. Nous on ne sait pas. Lui il sait donc on l'écoute et on essaye de comprendre sa demande. »</i> L. 23-26 p. XXI-XXII <i>« Souvent quand ils arrivent ici, ils nous disent qu'on ne les a pas</i>

		<i>écoutés, qu'on ne les a pas entendus quand ils ont dit qu'ils avaient mal et que la personne qui était en face d'eux savait mieux qu'eux. Alors qu'en fait la douleur c'est le patient, on ne peut pas se mettre à la place de quelqu'un. »</i>
		<u>Guy</u> L. 12-15 p. XXVI « Pour moi c'est être à son écoute, entendre voilà ce qu'il nous dit sur sa douleur, ses peines, et retransmettre ce qu'il nous a dit au travers des transmissions, que ce soit sur l'ordinateur, ou par rapport aux transmissions orales avec le médecin. »
		<u>Alex</u> L. 11-12 p. XXXI « C'est de respecter sa dignité, de respecter... ses volontés, ses envies, de respecter ses droits, voilà d'essayer de soulager au mieux ses maux. »
	- La communication	<u>Valerie</u>

		L. 12-13 p. IV « <i>juste de la communication et de la relation d'aide, soit avec un apport psychologique, »</i>
		<u>Sam</u> L. 140-145 p. XIX « <i>très souvent, leur donner justement la suggestion déjà de s'occuper d'eux, de dire « j'arrive, je vais voir. », et pas de dire « là, je n'ai pas le temps. Parce que... ». Voilà, Parce que toute notre formulation, tout notre discours... [...] ...est hyper important dans ce qu'on dit. Donc parfois, je dis, d'avoir toujours cette parole positive aussi, « Rassurez-vous, je sais que vous avez mal. Je m'en occupe. ». »</i>
	- La dignité	<u>Valerie</u> L. 22-25 p. IV « <i>le respect de la dignité ça fait partie [bah] effectivement des valeurs</i>

		<i>humaines pour lesquelles bah on doit être animé encore plus en tant que soignant et pour lequel bah effectivement les valeurs propres du patient doivent se ressentir dans sa prise en charge. »</i>
		<u>Etienne</u> L. 41-45 p. VIII « la dignité, c'est justement la représentation que tu vas avoir d'une personne. [...] Il y a tous les aspects culturels, sociaux, les patients SDF, les patients psy. Forcément, c'est pas forcément que tu vas leur enlever de la dignité, mais malgré tout, t'as toi aussi tes travers, t'as toi aussi tes considérations, justement, t'as toi aussi ton interprétation et tes préjugés, » L. 67-76 p. IX « La dignité, pour moi, ça va plus loin que juste ton rôle de soignant et ta prise en charge soignante. La dignité, c'est vraiment un tout. C'est-à-dire, tu peux faire ton boulot de soignant, enfin techniquement parlant, en termes de surveillance, un boulot

		<i>parfait, mais tout en ne respectant pas la dignité d'un patient. [...] Ce n'est pas forcément non plus de la déconsidération. Mais le patient qui se retrouve à poil les fesses à l'air, avec tout le monde qui passe, ça peut être très très très dérangeant, il n'a pas forcément osé le dire. Ça, c'est de la dignité. »</i>
	- La vulnérabilité	<u>Valerie</u> L. 20-25 p. IV « <i>effectivement on peut considérer que tous les patients qui consultent sont dans un état de vulnérabilité pour certains, parce que ils sont dans cette position là, mais il y en a d'autres pour lesquels je ne mettrais pas qu'ils soient vulnérables dans cette position-là</i> » <u>Etienne</u> L. 197-201 p. XIII « <i>Typiquement, encore une fois, les patients plutôt psy, plutôt SDF, plutôt des gens qui ont une troupe cognitive, des gens qu'on va considérer comme [euh]</i>

		<i>pas forcément inaptes, mais qu'ils ne peuvent pas exprimer réellement, enfin qu'ils ne peuvent pas exprimer une réalité qui serait la tienne enfaite, que tu pourrais partager avec eux, on va dire ça comme ça. On a tendance à sous-estimer leur inconfort »</i>
Douleur	- Représentation de la douleur	<u>Valerie</u> L. 47-49 p. V « la douleur c'est effectivement une sensation de mal, soit de mal-être psychologique ou de mal être physique liée plus ou moins effectivement à une pathologie sous-jacente, soit liée à un traumatisme pareil psychologique ou physique, ou des douleurs chroniques quoi. »
		<u>Etienne</u> L. 81-82 p. IX « C'est une sensation que ton corps t'envoie pour une situation, pour un inconfort et pour un danger. Après, c'est une sensation, donc c'est totalement subjectif, »

		<u>Sam</u> L. 40-42 p. XVI « Globalement, il y a une multitude de douleurs psychologiques ou physiques et/ou physiques dans sa vie qui ont influencé le fait qu'il arrive en état de douleur chronique » L. 88-90 p. XVIII « la douleur, c'est une émotion. Alors, c'est restrictif. Ce n'est pas qu'une émotion, bien évidemment. Et comme toute émotion, il y a quand même des choses physiologiques qui se passent dans notre corps dues à la douleur. » L. 104-105 p. XVIII « d'avoir cette réflexion sur le fait que la douleur a un facteur émotionnel assez important. »
		<u>Clover</u> L. 26-29 p. XXII « La douleur c'est une émotion. On est tous différents face à nos émotions. Il y a des choses qui déclenchent des peurs chez des gens et pas chez d'autres. Ils ont des réactions différentes. Et bah le

		<i>patient et sa douleur c'est pareil. Les gens qui ont mal, ils ont différentes réactions face à leur douleur et c'est propre à eux. »</i>
		<u>Guy</u> L. 26-30 p. XXVII <i>« c'est une expérience désagréable vécue par le patient. Ça peut être pour moi une douleur physique, « j'ai mal à tel endroit », très précis, comme ça peut être « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal », mais la personne n'est pas forcément capable de te dire où est-ce qu'elle a mal, c'est plutôt une douleur diffuse. »</i> L. 34-40 p. XXVII <i>« la douleur physique, on manipule un patient, on le tourne sur le côté, il a mal, donc on évalue. Et ça peut être aussi une douleur vraiment morale, donc là c'est vraiment... [...] ...la peine au fond du cœur, comme tu dis, psychique, ne pas avoir le moral, des envies de mourir, etc. Et ça fait partie aussi de la douleur que je dirais</i>

		<i>émotionnelle quoi, la douleur d'un manque, »</i> L. 46-50 p. XXVII <i>« Et deux douleurs peuvent s'exacerber aussi, c'est-à-dire qu'une douleur physique a un impact sur le moral, donc ils ne vont pas se sentir bien, etc. et inversement aussi, si tu n'es pas bien moralement, tu es en souffrance, tes douleurs physiques vont être aussi exacerbées. Il n'y a pas de vérité générale, autant de patients qu'il existe, il existe différents types de douleurs et chacun ressent différemment »</i>
		<u>Alex</u> L. 28-32 p XXXII <i>« déjà il y a plusieurs types de douleurs, est-ce qu'on parle de douleurs physiques, de douleurs psychologiques, de douleurs neuropathiques, enfin voilà, il y a déjà énormément de douleurs. Parfois, nous forcément c'est aussi mêlé avec la peur de la</i>

		<i>fin de vie, l'angoisse de la fin de vie, donc parfois c'est un cercle vicieux, on va avoir des patients qui vont être douloureux et du coup ils vont être angoissés, euh mais du coup l'angoisse va majorer les douleurs »</i>
--	--	---

	- Evaluation de la douleur	<u>Etienne</u> L. 64-66 p. IX « <i>lui, il l'exprimera en fonction de ses capacités. C'est toi qui vas l'évaluer en fonction, justement, de tous tes biais que tu peux avoir. »</i> L. 204-209 p. XIV « <i>Il y a plein d'études qui montrent que la prise en charge de la douleur, elle est plus efficace chez les hommes que chez les femmes. Les médecins ont tendance à sous-estimer la douleur chez les femmes parce qu'on a tendance à les considérer un peu plus [euh], j'ai pas envie de dire hystérique mais il y a souvent ce mot qui ressort aussi chez les femmes et on a tendance justement à sous-estimer la douleur, à moins bien la prendre en charge que chez les hommes. »</i> <u>Sam</u> L. 71-74 p. XVII « <i>il y a beaucoup de gens qui arrivent aussi en mésusage de</i>
--	-----------------------------------	---

		<i>médicaments. Soit c'est des médicaments qui ne sont pas adaptés au type de douleur qu'ils ont. Je pense à la douleur neuropathique où il y a des gens qui sont sous morphine. Alors souvent, la douleur est mixte hein. »</i>
		<u>Clover</u> L. 100-102 p. XXIV <i>« notre combat à toutes nos collègues, c'est de bien évaluer la douleur quand on est dans les services de soins. Parce que ça va conditionner sa prise en charge au patient. »</i> L. 112-120 p. XXIV-XXV <i>« Il faut lui demander : « ok, elle est comment votre douleur ? ». Dès que le patient va commencer à dire, « ça me fait des brûlures, des décharges électriques, j'ai la jambe engourdie. ». En fait, je ne vais pas être sur les bonnes molécules avec mon palier 1, 2, 3. Il va falloir que je mette en place d'autres molécules. Et si ça ne fonctionne pas, il faut que j'oriente mon patient sur une structure</i>

		<i>de prise en charge de douleurs chroniques.</i> <i>[...] Et de reprendre toute l'histoire, en tout cas, d'essayer de balayer un max pour pouvoir orienter et prendre en charge le patient correctement »</i>
		<u>Guy</u> L. 30-31 p. XXVII « <i>Ça peut être aussi simplement par des mimiques au niveau du visage, donc on utilise l'Algoplus pour évaluer la douleur dans ce cas-là. »</i>
		<u>Alex</u> L. 147-156 p. XXXVI « <i>ça se démocratise un peu plus qu'on parle de douleurs neuropathiques. Mais en fait, je suis sûre que si on parle de douleurs neuropathiques à beaucoup de soignants, ils ne savent pas ce que c'est, finalement. Et en fait, ça, il y a certains traitements antalgiques qui n'agissent pas sur les douleurs neuropathiques. Donc, si nous soignants, on n'arrive pas à comprendre et à décrypter et</i>

		<i>à trouver, en fait, diagnostiquer que c'est une douleur neuropathique, on peut mettre tous les antalgiques qu'on veut. Ça marchera pas. Si les antalgiques n'ont pas d'effet sur cette douleur neuropathique, le patient il aura toujours mal. Voilà. Donc, c'est à nous aussi, on a aussi des outils, le DN4. »</i>
	- Mémoire de la douleur	<u>Sabrina</u>
		<u>Raphaël</u>

		<u>Sam</u> L. 91-95 p. XVIII « <i>simplement, il faut apporter aussi un apaisement mental aux gens pour qu'ils puissent reconstruire, percevoir différemment, moins mémoriser. Il y a une mémorisation, quand même, de la douleur. Donc, tout endroit, c'est comme si le cerveau devenait un peu fainéant et n'analyse plus, ne discrimine plus ce qui est en train d'arriver. Il dit, là, c'est tout normal. Donc, je vais t'envoyer l'information inconsciente, évidemment, de la douleur. »</i> L. 98-99 p. XVIII « <i>Toute l'éducation est basée aussi sur ne pas aller au summum de la douleur quand ils peuvent. »</i>
	- Médecines alternatives et complémentaires	<u>Valerie</u> L. 52-56 p. V-VI « <i>les techniques d'immobilisation qu'on peut faire, c'est-à-</i>

		<i>dire remettre une attelle, donc ça c'est non médicamenteux. [Euh] Prise en charge de la douleur, ça sera notamment sur les patients qui, qui avisé de risque d'escarre, du fait de leur pathologie, de leur alitement, bah euh justement de commander des matelas anti-escarre, ça sera ça. Les changements de position, les effleurages, voilà. »</i>
		<u>Etienne</u> L. 117-118 p. XI « <i>Alors, sans vouloir partir dans l'hypnose non plus, tu peux, ne serait-ce que, faire du détournement d'attention. »</i> L. 119-124 p. XI « <i>tout ce qui est PNL, Programmation Neuro-Diagnostique, où tu as des infirmières qui vont dire « Attention, je pique ! » Horrible, la personne va se stresser, « Ah, je pique ! Ah, on va l'agresser ! » Alors, tu ne dis pas ça, tu évites ce vocabulaire, là, tu pars sur quelque chose de plus doux, enfin, tu as des petites techniques</i>

		<i>comme ça, pour essayer de détourner l'attention, pour essayer de détendre aussi. »</i> L. 132-133 p. XI <i>« Principalement de l'attentionnel. Si tu es un petit peu formé, tu peux faire un peu d'hypnose ou faire attention à ton vocabulaire. »</i> L. 135-140 p. XI <i>« tu as tout ce qui est des soins de confort qui vont entrer en ligne de compte aussi, suivant le type de douleur. [...] Donc là, il y a aussi tout le côté euh... alors, prévention au niveau cutané, mais aussi au niveau de la douleur, l'effet de ne pas être au fauteuil, la mobilisation, il y a toute cette prise en charge-là aussi qui va le toucher. »</i> L. 142-143 p. XI <i>« mais tu as tendance à toucher quelqu'un. Quand quelqu'un est en détresse, quelqu'un est en douleur, tu as tendance aussi à aller au contact, à essayer d'être rassurant. Déjà, rien que ça, souvent, ça va faire baisser le seuil, quoi. »</i>
--	--	--

		<u>Sam</u> L. 16-20 p. XV « j'ai fait une formation en RESC qui est de la digitoponcture on va dire. [Euh] Pour prendre un raccourci, j'ai fait une petite formation en hypnose mais je faisais déjà de l'hypnorelaxation au bloc avant d'endormir les gens globalement et sur les interventions où on n'endort pas. Et j'ai... euh j'ai fait une formation en Shiatsu » L. 56-60 p. XVII « On a tout ce qui est soins psychocorporels ici. Donc actuellement, il y a eu plein de choses développées. Actuellement, on fait du StimaWell, qui est en fait des ondes de dépolarisation profondes. Ça rejoint le TENS, mais c'est un matelas où ils sont mis dessus. Il y a le TENS, ça c'est sur prescription médicale. [Euh] On fait de la magnétothérapie, on fait de la luminothérapie, on fait du music care. » L. 66-70 p. XVII « il y a l'activité physique adaptée ici aussi. Avec « gymnastique » et
--	--	---

		<i>balnéothérapie en même temps. [Euh] Qu'est-ce qu'on développe aussi ? Il y a la psychologue qui est là. Donc en fait, il y a beaucoup de choses de prise en charge non médicamenteuse. Et on a tendance même à supprimer beaucoup les médicaments quand on passe en douleur chronique. »</i> L. 52-53 p. XVI « <i>en ce moment, on ne fait pas de RESC, mais on en a fait. »</i> L. 96-98 p. XVIII « <i>on leur parle beaucoup de respi-relax, de cohérence cardiaque, parce que ça, c'est des choses plutôt faciles à faire, à mettre en place à domicile. Et ça leur permet de moduler la douleur. »</i> L. 159-160 p. XX « <i>Mais qu'il suffît à faire diminuer certaines choses...et surtout l'apaisement mental, du coup la douleur va forcément se moduler. »</i> <u>Clover</u> L. 30-32 p. XXII « <i>Donc souvent quand ils viennent ici, quand ils ont fini une consulte</i>
--	--	---

		<i>avec nous, déjà le fait qu'on les ait écoutés, ils l'expriment, c'est thérapeutique pour eux, qu'on les ait écoutés. »</i> L. 36-43 p. XXII <i>« On fait beaucoup ce que nous on appelle des soins psychocorporels. Notre structure est reconnue pour ça par les autres structures. Donc, nous on travaille beaucoup avec la luminothérapie, la magnétothérapie, l'électricité dans ses différentes formes. On a beaucoup d'appareils avec lesquels on peut traiter par l'électricité. On a des formations, on est toutes formées à la RESC ici. C'est de la résonance énergétique, c'est un petit peu comme de l'acupuncture. On met en relation des poings, sauf que nous, on ne pique pas. C'est au travail des doigts, au toucher. La sophrologie, on avait une infirmière qui a fait une école de sophrologie. Ça passe par l'éducation thérapeutique aussi. »</i> <u>Guy</u>
--	--	--

		L. 54-57 p. XXVII-XXVIII « j'ai été formé il y a deux ans de ça à Snoezelen, qui est une technique qui vient des Pays-Bas, qui a été inventée là-bas. C'est beaucoup utilisé dans les EHPAD. Voilà, c'est un jeu un peu à la fois de lumière, de colonne à bulle, de musique, on stimule différents sens. » L. 64-65 p. XXVIII « à la fois de la sophrologie. J'ai certains collègues qui sont formés en sophrologie. Sur de la RESC aussi. On fait de la luminothérapie. » L. 68-74 p. XXVIII « en général, on combine quand même les deux. On ne se dit pas, on laisse simplement la chance à la technique tout ça. On essaie quand même d'allier les deux, qui sont parfois très bien complémentaires. Après, c'est vrai que d'un côté, les médicaments peuvent avoir parfois leurs limites, tout comme ces techniques non médicamenteuses-là peuvent aussi avoir leurs limites. Mais en fait, on a l'impression
--	--	---

		<i>que c'est surtout comment on vend la chose aux patients aussi, qui montrent l'impact que peut avoir une technique non médicamenteuse. Il y a aussi un peu d'hypnose, »</i>
		<u>Alex</u> L. 57-61 XXXIII <i>« On va voir donc aujourd'hui, par exemple, il y a eu la musicothérapeute qui était là. On a une bibliographe, on a une socio esthéticienne. Alors en fait, elles ne vont pas à proprement parler, jouer sur la douleur dans le sens où elles ne vont pas apporter de thérapeutique, mais en fait, elles vont apporter un autre aspect du soin. »</i> L. 64-67 p. XXXIII <i>« au sein même de l'équipe, on a par exemple, aujourd'hui, Marie, elle est sophrologue. Elle a le diplôme de sophrologie. [...] l'aide-soignante qui était là hier, elle a un diplôme de RESC. »</i>

		L. 69-71 p. XXXIII « on va avoir des huiles essentielles pour l'aromathérapie. On va avoir de la luminothérapie, un casque à réalité virtuelle. » L. 83-84 p. XXXIII « il faut aussi adapter les soins de support en fonction... du patient, de sa pathologie, de son âge, de tout quoi » L. 121-123 p. XXXV « Il y a aussi beaucoup d'intervenants. Le psychologue aussi a une part importante aussi ici. Le fait d'avoir la visite... enfin dans les douleurs, quand même, ça aide aussi d'avoir un soutien psychologique. »
La confiance entre le patient et le soignant	- La confiance	<u>Valerie</u> L. 62-65 p. VI « pour moi ça serait la transparence, en fait c'est-à-dire quand le patient vient aux urgences, en fait on lui dit tous comment ça va se passer, le délai d'attente, ce qu'il va avoir et tout ça, donc c'est vraiment une transparence totale sur

		<i>bah le temps d'attente, comment ça va se passer, le déroulé de son hospitalisation »</i> L. 67-70 p. VI « <i>ça va être aussi tout ce qui va être l'information du déroulé, de bah voilà on vous a fait ça, donc je reviendrai vers vous à ce moment-là, de se présenter aussi, parce qu'on est tous en tenue blanche et effectivement bah il ne sait pas trop à qui il s'adresse, donc vraiment avoir des prénoms ou des noms de médecins de référence à qui il peut s'adresser. »</i>
		<u>Etienne</u> L. 146-149 p. XII « <i>Bah l'écoute. Commencer vraiment à l'écouter. Moi, c'est quelque chose de très important parce que ça arrive très souvent que des professionnels... Ça nous arrive à tous de ne pas écouter. Et tu vois, des professionnels qui n'écoutent pas ou mal, et ça change tout, en fait, parce que les gens, quand ils ne se sentent pas écoutés, ils n'ont pas confiance,</i>

		<i>tout simplement. Donc, je trouve que la première, la pierre angulaire, vraiment, c'est l'écoute. »</i> L. 156-157 p. XII « <i>ça va être aussi le fait de réévaluer, de montrer que bah... Il y a une continuité, quoi</i> »
		<u>Sam</u> L. 145-151 p. XIX-XX « <i>Et parfois, rien qu'une installation. Enfin, il y a plein de petites choses. Respirer avec le patient tout simplement pendant 2 minutes parfois peut suffire à déjà, pouvoir le faire patienter si on n'a pas la prescription, si le médecin n'est pas là tout de suite si voilà. Et donc, on peut tous instaurer une relation de confiance et thérapeutique en fait, une relation thérapeutique avec le patient à partir du moment où le patient se sent rassuré. Il ne faut pas oublier que la douleur crée une grande inquiétude chez les gens, globalement. »</i>

		<u>Clover</u> L. 75-77 p. XXIII « <i>est d'être honnête avec le patient, déjà. Ça, c'est quelque chose que... Bon, on était 3 infirmières à consulter, on dit la même chose. [Euh] Souvent ça peut arriver qu'on passe une grosse partie de notre consultation à expliquer au patient qu'on va pas répondre à sa demande. »</i> L. 83-85 p. XXIII « <i>Donc ça, c'est important, de pas mentir à notre patient. Donc quand déjà on est assez... Quand il est assez éclairé sur ça, voilà, et de toujours écouter notre patient. »</i> L. 87-92 p. XXIV « <i>Le douloureux chronique faut savoir que moi, quand il arrive dans mon bureau, il a eu un parcours médical énorme, une errance thérapeutique et médicale énorme, et que c'est ça qui a fait défaut, en fait. Dans toute cette prise en charge-là, on l'a pas écouté. Donc c'est ça, en fait, qui va me permettre de rentrer en</i>
--	--	---

		<i>relation de confiance avec mon patient, pour qu'après, lui, il me délivre des informations qui me sont essentielles à avoir dans la prise en charge. »</i>
		<u>Guy</u> L. 18-21 p. XXVI « <i>Si on ne met pas trop d'attention auprès du patient dont on s'occupe, qu'on ne le considère pas, c'est-à-dire qu'on n'écoute pas ce qu'il nous dit, etc., je pense qu'il va avoir, il va moins se sentir en confiance et donc très certainement moins nous dire de choses. »</i> L. 93-97 p. XXIX « <i>il y a une relation de confiance qui se met en place, parce que j'imagine que si tu n'écoutes pas ton patient et que il te dit qu'il a mal, tu ne lui donnes pas les antalgiques en conséquence, bah lui, il se rendra compte qu'on ne lui donne pas des médicaments et qu'il n'est jamais soulagé au niveau de la douleur, et du coup,</i>

		<i>bah effectivement, ça rompt une relation de confiance, ou auquel cas, ça la détruit. »</i> L. 120-124 p. XXX <i>« quand on avait des doses qui sont assez bonnes en morphinique, qu'on met du paracétamol ou pas, c'est comme si c'était un peu du pipi de chat, et qu'en fait, ça n'avait pas d'impact sur la douleur. Et pourtant, si toi en tant qu'infirmier, tu dis à ton patient que voilà, je vous rajoute un antalgique, ça potentialise l'effet de la morphine, vous allez voir, vous allez être soulagé, etc. [...] Par ton discours, il y a effectivement un effet placebo aussi, qui marche aussi via une certaine relation de confiance qui est créée, »</i>
		<u>Alex</u> L. 111-112 p. XXXIV <i>« je pense que le fait qu'on ait du temps à leur accorder, le rythme aussi de nos soins. [...] on décale les soins et on s'adapte. Donc oui, ça, ils se sentent aussi écoutés »</i>

	- La relation soignant-soigné	<u>Valerie</u> L. 58-59 p. VI « Bah votre patient il est beaucoup plus détendu, donc on va voir qu'effectivement les patients, quand ils sont soulagés, bah ils sont moins à cran, voire pour certains moins agressifs quoi. » L. 72 p. VI « tout le monde est apaisé à ce moment-là. Voilà, tout le monde est plus détendu, je pense » <u>Etienne</u> L. 86-92 p. X « elle est assez importante. Parce que, c'est comme tout, quand tout va bien, tout va bien et quand ça va pas, c'est-à-dire quand tu as du mal à calmer une douleur, en fait, quand tu n'arrives pas à calmer une douleur, bah ça va induire plusieurs comportements chez le soignant. [...] donc on laisse le patient souffrir, on est dans l'inconfort nous aussi. » L. 94-98 p. X « Ça va forcément induire de ouf le lien, dans le cadre où tu n'arrives pas
--	--------------------------------------	---

		<i>à calmer la douleur, mais aussi dans le cadre de douleurs chroniques, parce qu'on a des patients aussi, sur les douleurs chroniques, ça a un impact psychologique qui est énorme, ça va aussi influencer côté patient, il peut y avoir plus de l'agressivité, la nervosité, de la tension, de l'incompréhension des soignants. »</i> L. 153-155 p. XII <i>« Mais déjà, l'écouter et dire oui, j'ai compris, en fait. Déjà, rien que ça, à partir du moment où tu l'écoutes et que tu lui fais comprendre que tu as bien compris ce qu'il voulait te transmettre, déjà, la relation, elle part vraiment sur une base saine. »</i> L. 186-190 p. XIII <i>« Un diabétique, il y a tout ce qui est éducatif, il va y avoir un conseil diététique, les conseils sur l'insuline, il va y avoir tout le côté, ouais éducation enfin, éducatif avec le patient sur sa pathologie. Là, si tu as une mauvaise</i>
--	--	---

		<i>relation, tu peux être sûr que derrière, il va faire n'importe quoi. Donc là, par contre, la relation va avoir un impact énorme sur la prise en charge enfaite sur ton patient. »</i>
		<u>Sam</u> L. 117-118 p. XVIII <i>« on instaure une relation soignant-soigné. Pour le coup, une relation de confiance. Et une relation thérapeutique, »</i>
		<u>Guy</u> L. 80-91 p. XXVIII-XXIX <i>« je dirais que si on prend bien en charge la douleur, qu'on considère le patient, qu'on met de l'attention quand lui il nous exprime sa douleur, [...] Si le patient, lui, il dit qu'il a une douleur à tant et qu'on met en action, voilà des actions spécifiques pour gérer cette douleur-là, de comment il nous la transmise, et bah on se rend compte que ça a un impact quand même bien sur la relation avec le patient, parce que</i>

|

		<i>lui se sent considéré, s'il est soulagé sur le plan de la douleur, on va dire, physique, ensuite il sera peut-être plus communicatif, voilà, il va se sentir considéré, il sait à peu près ce qui marche en médicament, donc on va pouvoir adapter son antalgie. »</i>
		<u>Alex</u> L. 15-18 p. XXXI « la considération que nous, soignants, nous avons envers le patient, oui, parce que je pense que par exemple si on envoie bouler le patient, si on est froide, si selon notre comportement, forcément il y a une incidence sur lui, ce qu'on lui renvoie, et du coup ce qu'il va nous dire ou pas nous dire, » L. 21-25 p. XXXI « si on sonne et qu'on voit que la personne arrive, que ça l'embête, ça se ressent, bon bah du coup on se fait petit, on appelle moins, quitte à avoir mal et attendre un peu avant d'être soulagé pour ne pas déranger, ouais, donc du coup je pense

		<i>très fortement que notre comportement influence sur le comportement du patient. »</i> L. 87-90 p. XXXIV <i>« c'est vrai que les patients qui sont douloureux, il faut en premier temps les soulager pour les rendre accessibles. Un patient qui a mal, il va crier, il ne va pas être ouvert au contact, il va être euh... il peut être brut dans ses propos bah parce que la douleur le fait parler »</i> L. 90-97 p. XXXIV <i>« rentrer en contact avec un patient qui est douloureux, et même c'est source d'angoisse pour la famille, la prise en charge se passe mal. C'est vrai que la gestion de la douleur, c'est quand même un élément clé dans la bonne prise en charge du patient. Et même, je dirais même, parce que nous ici, on s'occupe et du patient et de la famille. On s'occupe beaucoup de la famille aussi. Et du coup, c'est aussi une prise en charge clé dans la prise en charge de la famille. Forcément, s'ils voient leur</i>
--	--	--

		<i>proche apaisé, confortable, serein, ou qu'ils le voient inconfortable, agité et s'accrochant à des barrières dans le lit, forcément, la réaction de l'entourage elle est différente aussi. »</i>
	- L'alliance thérapeutique	<u>Sam</u> L. 118-123 p. XVIII-XIX « <i>Ce qu'on appelle vraiment l'alliance thérapeutique. Alors pour nous, c'est vrai qu'en plus, c'est des patients qu'on voit régulièrement, la plupart. [...] Il y a des patients, avec l'alliance thérapeutique, ça leur permet de continuer à travailler. Et d'avoir des soins. »</i> L. 126-128 p. XIX « <i>parfois, on n'a pas le bénéfice du soin parce qu'ils ont une heure de route et que derrière, du coup, ce qui aurait pu calmer la douleur, remet la douleur. »</i>

		<u>Clover</u> L. 19-20 p. XXI « <i>Lui il sait donc on l'écoute et on essaye de comprendre sa demande. Parce que si on répond à côté de sa demande, le lien thérapeutique ne va pas se créer en fait. »</i>
--	--	---

Annexe XI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : Simon Fouin

Promotion : 2023-2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

Considérer pour apaiser

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 22 mai 2026 Signature :

Considérer pour apaiser : La relation au service de la douleur

La douleur a toujours été un sujet qui m’a particulièrement intéressé, tant elle est omniprésente. Il me semblait important, pour ma pratique future, d’explorer plus profondément cette notion.

Ce travail de fin d’étude aborde donc l’impact de la considération sur la douleur du patient et sur la confiance dans la relation soignant-soigné. Durant mes stages, deux situations ont suscité mon attention et ont été le point de départ de questionnements sur ces notions. Ces questionnements m’ont mené à la question de départ de ce travail qui est : « En quoi la considération du patient joue un rôle important dans la prise en charge de sa douleur, et favorise la confiance entre le patient et le soignant ? ». Mes recherches documentaires, m’ont permis de mettre en évidence les différents concepts et visions autour de la considération, de la douleur et de la confiance.

Pour ce travail, la méthode a été clinique, basée sur des entretiens semi directifs auprès de six professionnels de santé exerçant dans les services d’urgences adultes, de soins palliatifs et d’unité de douleur chronique. Ces entretiens m’ont permis de comprendre l’importance de l’écoute du patient et de son histoire sur la gestion de sa douleur et sur la relation de soin. De plus, ils m’ont permis de développer ma réflexion sur la place des médecines alternatives et complémentaires.

222 mots

Mots-clés : Douleur - Considération - Confiance - Relation soignant-soigné - Techniques non-médicamenteuses

Consider to appease: The relationship at the service of pain

The pain has always been a subject that has particularly interested me, given how pervasive it is. I felt it was important, for my future practice, to explore this concept in greater depth.

This end of course assignment addresses the issue of the impact of consideration on pain of patient and on trust in relationship between the carer and the patient. Within the framework of my work placement, two situations caught my attention and raised questions about those concepts. These considerations led me to the central question of this study, which is: “To what extent ways does consideration for the patient play an important role in the management of their pain, and foster trust between the patient and the carer ?”

At the end of my research, I was able to highlight the various concepts and visions around consideration, pain and trust.

For this work, the method was clinical, based on semi-structured interviews with six healthcare professionals working in adult A&E departments, palliative care and chronic pain units. These interviews helped me understand how significant it is to listen to the patient and their story when it comes to managing their pain and the caregiving relationship. Moreover, they enabled me to deepen my reflection on the role of alternative and complementary medicine.

212 words

Key words : Pain - Consideration - Trust – Relationship between the carer and the patient – non-pharmacological techniques