



DUBOIS Emilie
Promotion 2023/2026

***La douleur psychologique dans les soins infirmiers :
entre technicité et humanité***



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 : STEINACKRE Florian

Note aux lecteurs :

« 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:

Arriver au terme de ce mémoire représente bien plus qu'une étape universitaire. C'est l'aboutissement de longs mois de travail, de doutes, de fatigue parfois, mais aussi d'espoir, de rencontres et d'un profond cheminement personnel. Rien de tout cela n'aurait été possible sans les personnes qui m'ont portée, soutenue et encouragée tout au long de cette aventure.

Je souhaite tout d'abord adresser ma plus sincère gratitude à Florian Steinackre, mon directeur de mémoire. Merci pour votre accompagnement si précieux, votre immense bienveillance et votre regard toujours juste. Vous avez su me guider sans jamais m'imposer, me faire réfléchir, avancer et prendre confiance en moi lorsque je doutais. Votre écoute, votre patience et votre disponibilité m'ont permis de cheminer autant humainement que professionnellement. Je garderai profondément en mémoire cette manière que vous avez eue de croire en mon travail, parfois même avant que je n'y croie moi-même.

Je souhaite également remercier chaleureusement ma référente pédagogique, Caroline Florindo, pour son soutien, sa disponibilité et la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de cette formation. Dans les moments de doute comme dans ceux de satisfaction, son accompagnement et son regard bienveillant m'ont permis d'avancer avec davantage de sérénité et de confiance en mes capacités.

Je tiens aussi à adresser une pensée toute particulière à mon amie, Tressia, qui a traversé cette formation à mes côtés. Ta présence a eu une importance immense durant ces années. Partager ce parcours avec toi a rendu les difficultés plus légères et les réussites encore plus belles. Merci pour ton écoute, ton soutien, nos échanges, nos rires, nos encouragements mutuels et tous ces moments où, sans même avoir besoin de mots, nous nous comprenions. Certaines rencontres marquent profondément une vie, et la nôtre en fait partie.

Je remercie également mes enfants, mes plus grandes forces, mes raisons d'avancer chaque jour : Élise, Julia, Maxime, Gabriel et Léonie. Vous avez été mon moteur dans les moments

les plus difficiles. Chaque heure passée à travailler, chaque nuit écourtée, chaque moment de fatigue prenait un sens en pensant à vous. Vous êtes la plus belle motivation que la vie pouvait m'offrir. J'ai voulu, à travers ce parcours, vous montrer qu'il ne faut jamais renoncer à ses rêves, peu importe les obstacles, l'âge ou les difficultés rencontrées sur le chemin. J'espère de tout mon cœur vous transmettre cette idée essentielle : tout est possible lorsque l'on avance avec courage, persévérance et amour.

Merci à ma famille, présente à chaque étape de ce parcours. Votre soutien, vos paroles réconfortantes, votre patience et votre bienveillance m'ont apporté une force immense. Savoir que je pouvais compter sur vous m'a permis de tenir dans les moments de doute et d'épuisement. Derrière chaque réussite, il y a des présences discrètes mais essentielles, et vous en faites profondément partie.

Enfin, je voudrais remercier celui qui a été mon pilier tout au long de ces longues années d'études : mon mari, Laurent. Les mots semblent insuffisants pour exprimer toute la reconnaissance et tout l'amour que je ressens. Sans toi, je n'aurais probablement pas trouvé la force de continuer. Tu as porté avec moi le poids de ces années si exigeantes, sans jamais faiblir. Tu as été présent dans les moments de découragement, lorsque la fatigue prenait toute la place, lorsque je doutais de mes capacités ou que je pensais ne plus y arriver. Tu as toujours su trouver les mots pour me relever, me rassurer et me redonner confiance.

Merci pour tes encouragements constants, pour ta patience infinie, pour tous les sacrifices silencieux que tu as faits afin que je puisse aller au bout de ce projet. Merci d'avoir cru en moi sans jamais cesser de me soutenir, même dans les périodes les plus difficiles. Ta confiance indéfectible m'a permis d'avancer quand je n'en avais plus la force. Ce mémoire porte aussi une partie de toi, de ton amour et de tout ce que tu m'as donné au fil de ce parcours.

À travers ces quelques lignes, c'est une immense gratitude que je souhaite exprimer à tous ceux qui ont marché à mes côtés. Ce mémoire est le fruit d'un travail personnel, mais il est aussi le reflet de l'amour, du soutien et de la confiance que j'ai reçus tout au long de cette aventure.

SOMMAIRE :

1. Introduction.....	5
2. Situation d'appel.....	8
3. Questionnement.....	11
4. Question de départ.....	15
5. Concepts théoriques.....	16
5.1 La douleur psychologique.....	16
5.1.1 La douleur : Cadre législatif et définition.....	16
5.1.2 Approche existentielle et culturelle de la douleur psychologique.....	18
5.1.3 Manifestations de la douleur psychologique.....	21
5.2 La déshumanisation des soins infirmiers.....	24
5.2.1 Définition et mécanismes de la déshumanisation.....	24
5.2.2 La relation humaine au centre du soin.....	27
5.2.3 Humaniser le soin : concepts essentiels.....	29
5.3 La relation soignant-soigné.....	32
5.3.1 La relation comme médiateur de la souffrance.....	32
5.3.2 La communication et l'écoute comme facteurs de soutien.....	34
5.3.3 La dimension éthique et humaine de la relation.....	36
6. Enquête exploratoire.....	39
6.1. L'outil utilisé.....	39
6.2. Population choisie.....	40
6.3. Lieux d'investigation envisagés.....	40
6.4. Choix et critique de l'outil utilisé.....	41
7. Analyse des données.....	44
7.1. Analyse à plat.....	44
7.1.1. Entretien n°1 : Maxime.....	44
7.1.2. Entretien n°2 : Julia.....	46
7.1.3. Entretien n°3 : Gabriel.....	49
7.1.4. Entretien n°4 : Elise.....	52
7.2. Analyse croisée et mise en perspective théorique.....	54
8. Problématique et question de recherche.....	58
9. Conclusion.....	61
10. Bibliographie.....	64
Annexes II. Réponse demande d'entretiens.....	3
Annexe III. Grilles d'entretiens.....	4
Annexe IV . Entretiens.....	7
Annexe V. tableaux des thèmes et sous-thèmes.....	28
Annexe VI Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	31
Annexe VII Résumé / Abstract :.....	32

1. Introduction

Au fil de ma formation en soins infirmiers, j'ai découvert que certains stages marquent davantage que d'autres. Il y a ceux qui rassurent, ceux qui bousculent, et ceux qui obligent à revoir tout ce que l'on pensait savoir du soin. Ces expériences-là ne se contentent pas d'enrichir nos connaissances : elles nous transforment, parfois sans que l'on s'en rende compte. Elles ouvrent des questions que l'on n'avait jamais imaginé se poser et réveillent des dimensions humaines auxquelles aucun cours ne peut vraiment préparer.

Très tôt dans mon parcours, j'ai compris que le soin n'est jamais uniquement une affaire de gestes techniques. Bien sûr, les protocoles, les surveillances, les traitements sont indispensables : ils sécurisent, ils traitent, ils rassurent les équipes comme les patients. À l'hôpital, la douleur physique trouve facilement sa place dans cette organisation : on l'évalue, on la note, on l'anticipe. Elle apparaît sur des échelles, se chiffre, s'exprime dans des signes que les soignants apprennent à reconnaître.

Mais au-delà de cette douleur visible, presque attendue, j'ai découvert une souffrance plus silencieuse, plus difficile à saisir : la douleur psychologique. Elle se devine plus qu'elle ne se mesure. Elle se glisse dans un regard vide, une parole qui se perd, une agitation qui n'a pas d'explication médicale, ou encore dans un silence qui pèse. Cette dimension du soin, plus intime, m'a toujours interpellée, peut-être parce que, avant d'être étudiante infirmière, j'ai été aide-soignante. Ce métier m'a appris à regarder autrement, à m'attarder sur les petits signes, à écouter ce qui ne se dit pas toujours.

Pourtant, même avec cette sensibilité, j'ai très vite été confrontée à la réalité du terrain : la charge de travail, l'enchaînement des soins, l'urgence des situations laissent parfois peu de place à la dimension psychologique. Le rythme est là, imposé, et il faut suivre. On fait au mieux, mais certains jours, malgré toute la bonne volonté du monde, on passe à côté de choses essentielles.

C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Monsieur Charles, lors d'un stage en soins intensifs. Je ne sais pas pourquoi, mais son regard et son silence ont immédiatement fait naître en moi une impression étrange : celle d'un homme dont le corps était pris en charge avec la plus grande rigueur, mais dont la souffrance intérieure, elle, semblait totalement laissée de côté. Chaque jour, son angoisse grandissait, en même temps que l'impression que la technique prenait toute la place. Autour de lui, tout allait vite. Et moi, au milieu de cette organisation millimétrée, je me sentais partagée entre l'admiration pour l'efficacité de l'équipe et un certain malaise, presque une frustration, face à ce qui restait sans réponse.

Cette situation a agi comme un véritable déclic. Elle m'a poussée à interroger ma conception du soin : comment accompagner un patient dans sa globalité si on n'a pas le temps , ou l'espace , de prendre en compte ce qu'il vit intérieurement ? Comment être présente alors que tout nous pousse à aller plus vite ? Et qu'est-ce qu'on perd, lorsque la souffrance psychique n'a pas sa place ?

Ces interrogations ont nourri tout ce travail. Elles m'ont amenée à réfléchir au sens même du soin, à la relation soignant-soigné, et à ce qui peut, petit à petit, fragiliser l'humanité de notre pratique. Car la déshumanisation n'arrive pas d'un coup. Elle se glisse dans les habitudes, dans la routine, dans les jours où l'on court, dans les moments où l'on s'épuise. Elle s'installe quand la personne devient « la chambre 12 » ou « la cholécystectomie », sans que l'on s'en rende compte.

Dans ce mémoire, je souhaite donc comprendre ce qui se joue derrière cette douleur psychologique : comment elle apparaît, comment elle est perçue, ce qui favorise son repérage, mais aussi ce qui la rend si difficile. Je souhaite également interroger la manière dont la technicité, nécessaire mais parfois envahissante, peut influencer cette prise en charge et plus largement, la relation au patient.

Dans un premier temps, je reviendrai sur la situation de Monsieur Charles et sur la manière dont cette rencontre a nourri mes questionnements. Dans un second temps, j'explorerai les concepts théoriques qui éclairent mes trois concepts ; la douleur psychologique, la relation soignant-soigné et les mécanismes de déshumanisation. Enfin, dans un troisième temps, je présenterai une enquête menée auprès d'infirmiers pour comprendre comment cette souffrance

est repérée et accompagnée dans différents contextes de soins, avant d'analyser leurs témoignages à la lumière des apports théoriques.

Ce travail est le reflet d'un parcours, d'un apprentissage, mais aussi d'un engagement personnel. Il traduit ma volonté de devenir une infirmière capable d'allier compétence technique et présence humaine, sans jamais perdre de vue ce qui fait le cœur de notre métier : la rencontre avec l'autre.

2. Situation d'appel

Je suis actuellement en stage dans un service de soins intensifs d'un hôpital du Vaucluse. Il s'agit de mon 2eme stage de 2ème année en tant qu' étudiante infirmière.

C'est un endroit où l'urgence prend souvent le dessus, où tout peut basculer en quelques minutes. On est constamment attentif, dans un rythme soutenu qui ne laisse pas vraiment de place au relâchement. Les gestes sont précis, les protocoles s'enchaînent naturellement, et l'ambiance est marquée par les bruits des appareils, les allées et venues, l'organisation très cadrée des soins.

Dans ce quotidien intense, j'essaie de trouver ma place de future infirmière, d'apprendre petit à petit, en développant les gestes techniques, mais aussi en gardant toujours en tête ce qui fait le cœur du métier : la relation humaine avec les patients.

Il est 9h00, le médecin, chef de service, entre dans l'infirmerie où l'équipe est réunie pour faire la relève des patients. Il nous présente un patient qu'il va admettre en soin intensif dans les minutes qui vont suivre.

Il s'agit de Monsieur Charles, 50 ans, qui devait être opéré aujourd'hui pour une cholécystectomie. Mais l'anesthésiste l'a récusé à la dernière minute : trop fragile, trop instable, « *son corps ne supporterait pas l'opération* ». Rapidement, j'apprends qu'il a une fièvre qui ne passe pas, une défaillance respiratoire sévère, et qu'il est aussi atteint de sclérose en plaques et de myopathie de Steinert , deux maladies dégénératives qui affaiblissent ses muscles, réduisant sa mobilité, sa respiration, son autonomie. Et nous apprenons qu' il est positif à la grippe.

Sa prise en charge me semble complexe. Au-delà des données transmises et de son diagnostic, une autre réalité se dessine. Nous apprenons que Monsieur Charles vit seul. Dans les propos du médecin j'ai l'impression que la maladie l'a peu à peu coupé du monde. Son entourage est parti, incapables de gérer sa souffrance et les contraintes de ses pathologies.

Ses journées sont rythmées par les visites des aides à domicile, mais entre ces passages, il n'a que le silence de son appartement et le poids de ses pensées. Il souffre aussi d'une dépression, diagnostiquée depuis des années, qui n'a fait que s'aggraver avec l'isolement, la dépendance et la peur d'un avenir incertain. J'essaie d'absorber tout ça, de comprendre ce qui se joue. Ce patient est dans une situation critique. Son corps, déjà fragilisé, lutte maintenant contre une infection virale qui pourrait l'entraîner encore plus bas. Les médecins discutent des traitements : antibiotiques, surveillance rapprochée, ventilation non invasive. Tout se met en place avec rigueur. Il est 11h, Monsieur Charles arrive sur son brancard, immobile, le visage marqué par la fatigue. Mais ce qui me touche le plus, c'est son regard. Perdu, hanté par une angoisse silencieuse. Il ne cherche pas nos yeux, il fixe un point invisible, comme s'il était déjà ailleurs.

Ses antécédents médicaux laissent penser qu'il connaît l'hôpital, il y est déjà venu plusieurs fois pour ses complications. Mais aujourd'hui, c'est différent. Cette admission en soins intensifs, l'opération annulée, cette nouvelle infection...

Je m'approche doucement, pour essayer de le rassurer. Je lui murmure « *Ça va aller* », sans trop savoir si ça lui parvient vraiment. Il ne répond pas, figé dans une prison intérieure faite d'angoisse. Il murmure quelques mots, à peine audibles. Je comprends l'essentiel : il a peur. Une peur profonde, qui dépasse la douleur physique et la peur de l'inconnu, de ce qui l'attend, de cette intervention annulée qui le laisse dans le flou.

Autour de lui, l'équipe s'active. Prise de constantes, mise en place des traitements, surveillance. Tout se fait au cordeau. Les médecins discutent, les infirmiers appliquent les protocoles et je remarque quelque chose : toute l'attention est sur son corps, sur ses signes vitaux. Pourtant, ce regard, ce silence, ce souffle haché par l'angoisse, tout cela crie une détresse que personne ne semble vraiment entendre.

Je me tourne vers un infirmier, un peu hésitante : « *Et sa souffrance psychologique, vous y pensez ?* » Il me regarde, surpris. Après un moment, il répond presque mécaniquement : « *L'aspect psychologique, ce n'est pas notre priorité. La cellule psychologique s'en occupera si besoin.* »

Ces mots résonnent fort en moi. Cela me donne l'impression qu'ici, la priorité est que le corps tienne, que la maladie recule.

Les jours passent, et son état général ne s'améliore pas, il en est de même de son état mental. La prise en charge suit son cours : surveillance, traitements, oxygène, réglage de la ventilation non invasive. Tout est fait pour maximiser ses chances. Mais à chaque soin, une autre vérité se révèle : il se referme sur lui-même, les yeux souvent embués de larmes muettes. Parfois, il murmure : « *J'ai peur.* »

Un matin, alors que je l'aide à se repositionner, il saisit faiblement mon poignet. « *J'ai peur de ne pas sortir d'ici.* » Ces mots me frappent. Cette peur, il la porte seul, comme un poids énorme.

Je retourne voir l'équipe, déterminée : « *Il a vraiment besoin d'aide. Ses angoisses prennent trop de place.* » Je parle avec sincérité, mais la réponse est la même : « *Appelle la cellule psychologique. C'est leur rôle.* »

Chaque jour, je le vois sombrer un peu plus dans ce silence qui pèse. Son regard se vide, sa peur grandit et j'ai l'impression en prenant en charge Monsieur Charles, que la médecine soigne son corps mais que son esprit, lui, s'effondre. A ce moment-là, il me semble important d'accorder de l'importance à son état psychologique.

3. Questionnement

Cette immersion dans un service aussi spécialisé s'inscrit dans une évolution personnelle et professionnelle forte. Avant d'entamer ma formation en soins infirmiers, j'ai exercé plusieurs années comme aide-soignante. Mon travail m'a amenée à développer une grande proximité avec les patients, à être présente dans leur quotidien, dans leur vulnérabilité, et à offrir un accompagnement empreint de douceur et de disponibilité. Cette expérience m'a appris à reconnaître les souffrances invisibles, à percevoir les non-dits, à ressentir la détresse même lorsqu'elle ne s'exprime pas.

Aujourd'hui, en devenant infirmière, quelque chose change profondément dans ma façon de me positionner. Il ne s'agit plus seulement d'ajouter des compétences, mais bien de revoir ma manière d'être dans le soin. Le métier d'infirmier demande une vision plus large, une capacité à coordonner, à évaluer, à anticiper, et parfois à prendre des décisions rapides dans des situations tendues.

Ma formation m'apprend justement à ne pas réduire le soin à un seul aspect, mais à prendre en compte la personne dans sa globalité, sur les plans physique, psychologique et social. Pourtant, sur le terrain, notamment pendant ce stage, la réalité vient parfois bousculer cette vision. L'urgence, la charge de travail et la multiplication des protocoles obligent à hiérarchiser les priorités, et la dimension psychologique peut alors passer au second plan, même si on sait combien elle reste essentielle.

Lorsque j'ai évoqué auprès de l'équipe la détresse émotionnelle de Monsieur Charles, les réponses ont été claires : « *Ce n'est pas notre rôle* », « *La cellule psychologique interviendra si besoin* ». Ces réactions traduisent une séparation encore trop fréquente entre le soin du corps et celui de l'esprit. Pourtant, cette souffrance psychique, lorsqu'elle n'est pas prise en compte, peut fragiliser davantage encore l'état physique. Chaque jour, je constatais l'enfoncement progressif de Monsieur Charles dans le silence et la peur. Lors des soins, il exprimait une angoisse sourde : « *J'ai peur de ne pas sortir d'ici.* ». Ces paroles, pleines de lucidité, reflétaient une souffrance que la médecine ne semblait pas vouloir entendre.

Cette situation m'a profondément marquée. Elle a réactivé en moi cette part de mon identité professionnelle forgée dans mon ancien métier. Elle a mis en évidence la richesse d'un regard soignant qui intègre l'écoute, la présence, l'attention à l'autre et elle a aussi renforcé ma volonté d'inscrire mon futur exercice infirmier dans une approche humaine, sensible et globale du soin. Ainsi, la transition d'aide-soignante à infirmière ne se résume pas à un changement de fonctions ou de responsabilités. Elle s'inscrit dans une dynamique de complémentarité. Je ne renie pas mon expérience passée : au contraire, elle constitue un socle précieux. Ce que j'apprends aujourd'hui me permet de l'enrichir, de l'élargir, et de donner encore plus de sens à mon engagement auprès des personnes soignées.

Dans mon parcours de formation, j'ai été amenée à observer et à vivre des situations de soin très variées. Petit à petit, je me suis rendu compte que, dans la pratique quotidienne, les soignants prennent en charge les patients surtout à travers leur corps : on soigne des plaies, on administre des traitements, on réalise des actes techniques. C'est ce qui m'a interpellé dans la situation de Monsieur Charles. Mais parfois, le vécu du patient, son ressenti, son état psychologique passent au second plan. Cette dissociation entre le corps et l'esprit n'est pas forcément voulue. Peut être est-ce une manière inconsciente pour les soignants de se protéger émotionnellement face à la souffrance, un mécanisme de défense ou encore le facteur temps.

Dans ce contexte, il arrive que le patient soit réduit à sa situation ou à une tâche : « une chambre », « un pansement », « un cœur à surveiller ». Sans que ce soit volontaire, cette façon de nommer ou de percevoir peut glisser vers quelque chose de plus froid, presque mécanique. On prend en charge un corps, on traite une pathologie, mais on perd parfois de vue la personne qui est derrière.

En tant qu'étudiante infirmière, ce constat me questionne. Il me met face à un décalage entre ce que j'imaginais du soin et ce que je vois parfois sur le terrain, et il m'amène à réfléchir à la place que je veux garder pour l'humain dans ma pratique.

J'ai pu l'observer en stage : certains soignants prennent peu le temps de parler au patient, ou évitent les échanges trop émotionnels, surtout dans les situations difficiles (fin de vie, douleurs intenses, détresse psychologique...). Cela m'a souvent mise mal à l'aise, car ce n'est pas ma vision de soin. Mais je comprends aussi que ces attitudes peuvent être des mécanismes

de défense, mis en place pour ne pas s'effondrer, pour continuer à tenir malgré la charge mentale. La relation de confiance est pourtant, pour moi, un pilier du soin. Elle ne se crée pas en un instant : elle se construit dans les petits gestes, dans une parole douce, dans le regard , ou dans la façon d'être là..

La relation entre le soignant et le soigné est au cœur du soin. Ce lien, fragile et essentiel, se construit peu à peu, parfois dans un simple regard, une parole échangée ou un geste posé avec attention. Pour moi, il ne s'agit pas seulement d'accomplir une tâche technique, mais de reconnaître l'autre dans sa vulnérabilité, avec ses craintes, ses espoirs, son histoire. Cette relation est un espace de confiance où le patient peut se sentir accueilli, respecté, et moins seul face à la maladie ou à la souffrance. Mais je me demande souvent : dans le tumulte du quotidien, la pression des horaires et la succession des actes, est-il toujours possible de préserver cette alliance humaine ? Comment ne pas laisser la fatigue, la routine, ou l'urgence effacer cette présence véritable qui donne tant de sens au soin ? Ce questionnement me rappelle que la qualité du lien est autant un soin en soi qu'un fondement indispensable à toute intervention.

Dans les situations d'urgence, tout s'accélère. Il faut aller vite, être efficace, ne pas perdre de temps. Et au milieu de ce rythme imposé, je me surprends souvent à me demander comment ne pas passer à côté de l'essentiel et comment rester attentif à la personne, sans se laisser absorber uniquement par la technique et les gestes à enchaîner.

Est-ce qu'on peut vraiment, dans ces moments où tout va très vite, encore percevoir la peur dans un regard, la détresse silencieuse, ou simplement la présence d'un patient qui attend d'être rassuré ? Et comment faire pour que la pression, la fatigue ou l'urgence ne transforment pas le soin en une suite d'actes presque automatiques ?

Ce questionnement revient régulièrement dans ma pratique. Il me rappelle que, même dans l'urgence, soigner ne se limite pas à faire : c'est aussi être là, d'une certaine manière, pour la personne.

Pour finir, cette expérience, ces observations, et ces questionnements nourrissent en moi une interrogation profonde : comment, dans un contexte marqué par la pression du temps, la complexité des soins et la nécessité d'agir vite, l'infirmier peut-il concilier efficacité technique et présence humaine ? Plus précisément, face aux situations d'urgence où chaque seconde compte, comment préserver ce lien si fragile et essentiel entre le soignant et le soigné, garant d'un soin véritablement global et respectueux ? C'est cette problématique, au cœur de mon parcours et de mes réflexions, que je souhaite explorer dans ce mémoire.

4. Question de départ

Tout au long du récit de la situation d'appel, les observations, les ressentis, et le vécu ont permis de faire ressortir des mots clés que je souhaite dès lors approfondir. Mes recherches se sont donc naturellement orientées vers : la douleur psychologique, la déshumanisation des soins infirmiers et la relation soignant-soigné.

Pour ce travail la question de départ sera donc :

« En quoi le défaut de prise en charge de la douleur psychologique déshumanise-t-il les soins infirmiers et influence la relation soignant-soigné ? »

5. Concepts théoriques

5.1 La douleur psychologique

5.1.1 La douleur : Cadre législatif et définition

La douleur, qu'elle soit physique ou psychologique, est aujourd'hui reconnue comme un droit fondamental du patient. Le Code de la santé publique stipule que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* » (Code de la santé publique, art. L1110-5).

Cette reconnaissance juridique souligne que la souffrance du patient doit être prise en considération dans toutes ses dimensions, même lorsqu'elle n'est pas objectivable par des examens ou des outils standardisés.

Dans cette perspective, Cicely Saunders développe le concept de « total pain », selon lequel la souffrance ne se limite pas à la dimension physique mais comprend également des dimensions psychologiques, sociales et spirituelles (Saunders, 1967). Ainsi, la douleur psychologique fait pleinement partie de l'expérience globale du patient et peut influencer la manière dont la douleur physique est ressentie.

De son côté, David Le Breton, sociologue et anthropologue français, spécialiste du corps, de la douleur, des émotions et de l'expérience humaine, rappelle que « *La douleur n'est pas un fait physiologique, mais un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier.* » (2001, p. 45) Il met en lumière l'importance du contexte social et culturel : la législation française offre un cadre qui reconnaît la douleur psychologique et facilite son étude et sa conceptualisation comme composante centrale de la souffrance humaine.

Ainsi, le cadre législatif ne se limite pas à une simple garantie administrative : il reconnaît et légitime la douleur psychologique comme une réalité complexe, aux multiples dimensions.

Cette reconnaissance ouvre la voie à des approches théoriques plus complètes, qui cherchent à replacer l'expérience vécue au centre de la compréhension du patient et de sa prise en charge.

La douleur, qu'elle soit physique ou psychologique, est aujourd'hui reconnue comme un droit fondamental du patient. Le Code de la santé publique français stipule que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* » (Code de la santé publique, art. L1110-5, issu de la loi du 4 mars 2002).

La Charte du patient hospitalisé de 1995 précise que « *La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients, et le soulagement de la souffrance, doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants.* »

L'IASP définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » (IASP, 2020). Cette définition est accompagnée de notes explicatives, dont :

- « *La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.* »
- « *Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.* »
- « *L'impossibilité de communiquer verbalement n'exclut pas la possibilité d'une douleur.* »

(IASP, révision 2020, publiée dans *Pain*, 161(9), 1976-1982)

Selon le Centre National de Ressources Douleur, « *la douleur est un phénomène complexe, dont l'expérience est subjective et nécessite, pour exister, de mettre en jeu simultanément quatre composantes en interactions mutuelles : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale* » (CNRD, 2023).

Ainsi, ces différentes formes de douleur rappellent que l'expérience douloureuse ne se résume jamais uniquement au corps. Elle touche la personne dans ce qu'elle est

profondément, en venant impacter ses émotions, son rapport aux autres et parfois même sa façon de voir le monde.

C'est pour cela que la dimension psychologique et émotionnelle de la douleur ne peut pas être mise de côté. La prendre en compte, c'est permettre un accompagnement plus juste, plus complet, et surtout plus humain.

Cicely Saunders a développé le concept de « *total pain* » (douleur totale), qui reconnaît que la souffrance du patient en fin de vie comprend quatre dimensions interdépendantes : « *physique, psychologique, sociale et spirituelle* ». Pour Saunders, la douleur physique ne peut être correctement soulagée si les autres dimensions de la souffrance ne sont pas également prises en compte. Se limiter à la seule dimension corporelle ne suffit donc pas. La douleur psychologique fait pleinement partie de la souffrance globale et peut, à elle seule, en augmenter l'intensité. L'angoisse, la peur, la culpabilité ou encore le sentiment de solitude viennent influencer la manière dont la douleur est vécue et perçue. Elles peuvent en modifier la force, mais aussi la rendre plus envahissante et difficile à supporter. (Saunders, 1967)

5.1.2 Approche existentielle et culturelle de la douleur psychologique

David Le Breton, dans ses travaux sur « *l'anthropologie de la douleur* », souligne que la douleur est toujours une expérience intime et singulière, qui engage la personne dans sa globalité. Elle ne peut être réduite à un simple signal physiologique : elle est vécue, interprétée et exprimée en fonction de l'histoire personnelle, du contexte social et des références culturelles de chacun. La douleur psychologique ne peut être comprise indépendamment du parcours biographique et du contexte socioculturel du sujet. Elle s'inscrit dans un réseau de significations qui façonne sa manière d'être ressentie, exprimée et interprétée. Il dira « *La dimension ambiguë mais symbolique, de la douleur nourrit des*

symptômes ou des plaintes sans que rien n'indique que la chair soit altérée (...) Le symptôme est un écran, le corps une voie royale pour faire entendre un manque à être qui ronge le rapport au monde ». (Le Breton, 2001 p 46) ·

La façon dont la douleur est perçue et exprimée dépend aussi fortement de la culture et des croyances, notamment religieuses. Chaque société transmet, parfois de manière implicite, des codes sur ce qu'il est "acceptable" ou non de montrer lorsqu'on souffre.

Ainsi, la douleur ne se réduit pas à une sensation physique isolée. Elle est aussi influencée par l'environnement social, les valeurs, les croyances et les représentations que chacun se fait de la maladie. Pour Le Breton « *La douleur est toujours prise entre les fils enchevêtrés d'une histoire personnelle (...) Aucune loi physiologique ne la fonde en vérité, elle est multiple : instance paradoxale de sauvegarde, preuve répétée de l'existence, substitut d'amour pour pallier l'absence, moyen de pression sur l'autre...* » (Le Breton, 2001, p. 55).

Comme le rappellent Joëlle Lebreuilly , Sam Sakkour et Romain Lebreuilly dans leur étude « *la douleur est une expérience subjective, intime, influencée par de nombreuses variables dont la culture.* » (Lebreuilly et al., 2012, p. 126). Ainsi, la manière dont un patient exprime sa souffrance ne dépend pas seulement de son intensité, mais aussi du cadre culturel dans lequel il évolue.

Dans certaines cultures, notamment méditerranéennes ou latino-américaines, la douleur peut être davantage exprimée et verbalisée. Les patients n'hésitent pas à mettre des mots sur leur souffrance, ou à la manifester de façon plus visible, à travers les gestes ou les émotions.

Cette manière de s'exprimer s'inscrit souvent dans un rapport au collectif plus marqué, où la famille et l'entourage occupent une place centrale. Dire sa douleur, la montrer, peut aussi être une façon de demander du soutien et de mobiliser la présence des proches.

À l'inverse, dans certaines cultures d'Asie orientale, comme au Japon ou en Corée, la retenue émotionnelle et la maîtrise de soi sont davantage valorisées. Les patients peuvent

alors minimiser leur douleur ou éviter de l'exprimer ouvertement afin de ne pas déranger les autres ou de préserver l'harmonie sociale. Dans ce contexte, la souffrance peut être davantage intériorisée et moins visible pour les soignants.

Ces différences culturelles peuvent parfois être source de malentendus dans la relation de soin. Un patient qui exprime peu sa douleur peut, à tort, être perçu comme quelqu'un qui souffre peu, voire pas du tout. À l'inverse, une expression plus forte de la détresse peut être interprétée comme une exagération.

Ces écarts de perception rappellent l'importance de rester attentif à ce que chaque patient vit, au-delà de la manière dont il l'exprime.

Pourtant, ces attitudes traduisent souvent des normes culturelles d'expression plutôt qu'une différence réelle d'intensité de la douleur. Comme le soulignent les auteurs de l'étude, « *les références culturelles peuvent donner lieu à différents styles d'expression de plaintes et influencer la perception de la douleur.* » (Lebreuilly et al., 2012, p. 126).

L'étude menée par ces chercheurs auprès de patients atteints de cancer en France et en Syrie met en évidence ces différences d'expression. Les résultats montrent notamment que « *les descripteurs sensoriels et émotionnels choisis par les Syriens ont un contenu sémantique plus fort que ceux utilisés par les Français.* » (Lebreuilly et al., 2012, p. 125). Autrement dit, les patients syriens utilisent davantage de mots et des métaphores plus fortes pour décrire leur douleur, alors que les patients français ont tendance à employer un vocabulaire plus modéré. Les auteurs soulignent également que « *les niveaux de perception et d'expression de la douleur sont influencés par l'origine culturelle du patient et par son environnement social et familial.* » (Lebreuilly et al., 2012, p. 129). Ces résultats montrent que la culture influence surtout la manière de verbaliser la douleur, même lorsque son intensité reste comparable.

La religion peut aussi influencer la façon dont la douleur est comprise et vécue. Dans la tradition chrétienne, la souffrance peut parfois être interprétée comme une épreuve, lui donnant une dimension spirituelle et un sens particulier dans l'expérience du patient.

Dans la religion musulmane, la maladie et la souffrance peuvent également être perçues comme une épreuve de Dieu, invitant à la patience, à l'endurance et à la confiance.

Dans le bouddhisme, la souffrance est souvent envisagée comme une réalité inhérente à l'existence humaine, que l'on apprend à accueillir et à apaiser à travers des pratiques comme la méditation ou l'acceptation de l'instant présent.

Ces différentes approches montrent à quel point la douleur ne se limite pas à une dimension physique, mais s'inscrit aussi dans un cadre de sens et de croyances qui influence profondément son vécu.

Ces différentes représentations suggèrent que la douleur ne se limite pas à une réalité biologique. Elle s'inscrit dans un système de valeurs, de croyances et de significations propres à chaque individu. Pour les soignants, cela implique d'adopter une posture d'écoute et d'ouverture afin de mieux comprendre la manière dont chaque patient vit et exprime sa souffrance.

Cette réflexion me semble essentielle dans la pratique infirmière, car elle rappelle que l'évaluation de la douleur ne peut pas être uniquement technique ou standardisée. Elle demande une approche globale de la personne, qui prend en compte son histoire, son environnement et sa culture.

En adoptant une posture d'écoute et de respect de ces différences, le soignant peut instaurer une relation de confiance et améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur. Reconnaître cette dimension culturelle, c'est aussi rendre le soin plus humain et mieux comprendre ce que le patient traverse réellement.

Cette approche permet d'ancrer la souffrance dans le vécu, l'histoire et le contexte de la personne, et vient ainsi compléter la vision holistique développée par Saunders.

5.1.3 Manifestations de la douleur psychologique

La douleur psychologique se manifeste de manière complexe et plurielle. Cicely Saunders note que « *La douleur globale peut se manifester par l'angoisse, la peur, la tristesse, la perte*

de repères ou la détresse spirituelle. » (Saunders, 1976, p. 38 traduit de l'anglais) Selon elle, la douleur psychologique ne s'exprime pas toujours de manière explicite. Elle peut apparaître de façon plus discrète, à travers certaines attitudes, des silences inhabituels, des pleurs, des comportements répétitifs ou encore des changements dans la manière d'agir ou de réagir du patient. Ces manifestations ne sont pas toujours faciles à repérer ni à mesurer de façon objective, contrairement à certains signes physiques. C'est pourquoi elles ne peuvent pas être uniquement évaluées à l'aide d'indicateurs biomédicaux ou d'outils de mesure standardisés. Leur compréhension nécessite plutôt une approche plus globale et réflexive, qui prend en compte l'expérience vécue du patient, son histoire personnelle et le contexte dans lequel s'inscrit sa souffrance.

Le Breton explique que chaque patient vit la souffrance de manière singulière : certains expriment verbalement leur détresse tandis que d'autres ont tendance à se replier sur eux-mêmes. Pour l'auteur, le sens donné à la souffrance dépend notamment de l'histoire personnelle et du contexte culturel du sujet.

Chez certains patients, la douleur psychologique peut aussi se traduire autrement que par des mots. Elle peut apparaître dans le corps à travers de l'agitation, des troubles du sommeil, une fatigue qui s'installe ou encore des plaintes physiques difficiles à expliquer. Ces signes peuvent parfois être l'expression d'une souffrance émotionnelle que le patient ne parvient pas à formuler.

La dimension spirituelle peut également émerger dans le vécu de la douleur. Certains patients se posent des questions profondes comme « *Pourquoi cela m'arrive-t-il ?* » ou « *Quel sens donner à cette épreuve ?* ». Ces interrogations traduisent souvent une détresse existentielle face à la maladie ou à la fin de vie.

À l'inverse, la spiritualité peut aussi devenir un soutien. La prière, les rituels, la lecture de textes religieux ou la présence d'un aumônier peuvent aider à apaiser la souffrance. Dans certaines traditions, l'entourage et la communauté ont également une place importante : les visites, les prières collectives ou les rituels d'accompagnement contribuent à rompre l'isolement et à apporter du réconfort.

Ainsi, la dimension culturelle et spirituelle fait pleinement partie de l'expérience globale de la douleur telle que décrite par Saunders. Elle rappelle que la souffrance dépasse largement les symptômes visibles et qu'elle touche aussi l'identité, les valeurs et la manière dont la personne se représente le monde.

Les analyses de l'IASP, de Saunders et de Le Breton convergent vers cette idée : la douleur psychologique ne peut pas être réduite à un phénomène purement biologique ou individuel. Elle prend sens dans la relation, dans l'écoute et dans le regard porté sur le patient. Et lorsque cette dimension relationnelle s'appauvrit, la question de la déshumanisation du soin infirmier devient alors incontournable.

Dans la pratique infirmière, cette compréhension globale de la douleur implique une attention particulière à la parole du patient, à son histoire et à ses représentations. L'évaluation de la douleur ne peut se limiter à des échelles chiffrées ; elle nécessite également une approche qualitative fondée sur l'écoute, l'observation et la relation de confiance.

5.2 La déshumanisation des soins infirmiers

5.2.1 Définition et mécanismes de la déshumanisation

Jean Watson est une infirmière, chercheuse et théoricienne américaine en sciences infirmières, connue pour avoir développé la « *théorie du caring (Human Caring Theory)* ». La déshumanisation dans les soins peut être comprise comme un processus par lequel le soin perd progressivement sa dimension relationnelle pour se réduire à une succession d'actes techniques. Ce phénomène est souvent lié aux contraintes organisationnelles des systèmes de santé modernes : manque de temps, charge de travail excessive, priorisation des indicateurs mesurables.

Jean Watson, dans sa théorie du « *Human Caring* », met en garde contre le risque que la technologie et la rationalité instrumentale prennent le pas sur la dimension humaine du soin. Pour elle, lorsque le soin est fragmenté en tâches successives, le patient risque d'être perçu comme un ensemble de problèmes à résoudre plutôt que comme une personne à accompagner dans sa globalité. Watson insiste sur le fait que l'absence de relation authentique peut conduire à une perte de sens, tant pour le patient que pour le soignant.

Watson revient sur le rôle des systèmes de santé contemporains « *Le risque dans les systèmes de santé modernes est que la technologie et la rationalité scientifique prennent le pas sur la relation humaine* » (Watson, 2008, p. 15 traduit de l'anglais).

La technologie devient centrale dans l'organisation du travail, l'évaluation de la performance et la priorisation des tâches. Cette orientation modifie le regard porté sur la personne soignée, perçue à travers ses paramètres biologiques, ses examens et ses résultats mesurables. Elle précise « *Lorsque le soin est fragmenté en tâches, la personne peut être perçue comme un ensemble de fonctions plutôt que comme un être humain unifié* » (Watson, 2008, p. 47 traduit de l'anglais).

La fragmentation à laquelle elle fait référence est un mécanisme clé : chaque acte conserve une finalité technique, mais l'unité de l'expérience vécue par le patient n'est plus centrale. Les émotions, les peurs, les espoirs et les significations se trouvent marginalisés.

Watson souligne que « *la réduction du patient à un diagnostic ou à un plan de traitement ignore sa subjectivité* » (Watson, 2008, p. 50 traduit de l'anglais) et que « *l'absence de relation authentique peut conduire à une perte de sens pour le soignant comme pour le soigné* » (Watson, 2008, p. 52 traduit de l'anglais). À travers ces propos, elle montre que la déshumanisation ne concerne pas uniquement le patient , elle touche aussi le soignant, en fragilisant le sens même de sa pratique.

Ainsi, lorsque le soin est principalement orienté vers la performance technique, il existe un risque de dissocier l'acte de sa dimension humaine. Cette séparation peut progressivement altérer la portée relationnelle et éthique du travail infirmier.

Michel Foucault , philosophe, historien et sociologue français, dans « *Naissance de la clinique* », analyse l'émergence du « *regard médical moderne* ». Ce regard, centré sur l'observation objective du corps et de ses pathologies, tend à réduire le patient à un objet d'étude clinique. Foucault explique que cette approche, bien qu'elle ait permis des avancées scientifiques considérables, peut marginaliser la subjectivité du patient et son vécu personnel de la maladie. Il écrira « *La clinique ouvre un champ rendu visible par l'introduction dans le savoir médical d'un regard qui n'est plus seulement celui de n'importe quel observateur, mais celui d'un médecin appuyé et justifié par une institution.* » (Foucault, 1963, chapitre « Le regard »)

Pour les auteurs cités, dans le contexte de la douleur psychologique, ce cadre a des conséquences concrètes : les souffrances difficiles à objectiver peuvent devenir invisibles, et un patient en fragilité psychologique risque d'être moins pris en compte si sa subjectivité n'est pas réellement considérée. L'analyse de Foucault et Watson amène ainsi à dépasser une

lecture uniquement biomédicale du soin, pour y intégrer davantage la singularité, l'histoire de vie et la dimension relationnelle.

Au-delà de l'évaluation clinique, cette réflexion invite aussi le soignant à s'interroger sur sa propre manière de percevoir la douleur. Comprendre que son expression peut être influencée par des facteurs culturels et sociaux permet d'éviter certaines interprétations trop rapides ou réductrices. Cependant, il est important de ne pas tomber dans des généralisations : chaque patient reste avant tout une personne singulière, avec son histoire propre et sa façon unique de vivre et d'exprimer sa douleur, qui ne peut pas se limiter à son appartenance culturelle

Dans mon expérience d'aide-soignante au bloc opératoire, j'ai pu constater que la manière dont les patients expriment leur douleur ou leur anxiété avant une intervention est très variable, y compris entre des personnes issues d'un même contexte culturel. Certains patients exprimaient très clairement leurs inquiétudes ou leurs douleurs, tandis que d'autres restaient plus silencieux, mais manifestaient leur stress à travers des signes non verbaux comme une crispation du visage, un regard inquiet ou une agitation corporelle. Cette diversité m'a montré que l'évaluation de la douleur ne peut pas se limiter à une lecture culturelle ou à des outils standardisés, mais qu'elle nécessite une attention globale à la personne et à ses manifestations verbales et non verbales.

Ainsi, la prise en compte de la dimension culturelle peut enrichir la compréhension de l'expérience douloureuse, à condition de toujours s'accompagner d'une approche individualisée du patient. Dans la relation soignant-soigné, cela implique une posture d'écoute, d'observation et de disponibilité, afin de reconnaître la singularité de chacun et d'adapter au mieux l'accompagnement.

Cette expérience m'a également montré que la déshumanisation n'est pas forcément intentionnelle. Elle s'installe souvent à travers les contraintes du service, le manque de temps et la lourdeur des prises en charge. Pourtant, même dans ces conditions, de simples gestes peuvent faire la différence : un regard, un sourire, quelques mots rassurants suffisent parfois à redonner au patient une place de sujet et à recréer du lien.

Cela rejoint la pensée de Watson, selon laquelle la relation est au cœur du soin, autant pour le patient que pour le soignant lui-même, dans ce qu'elle apporte de sens et d'équilibre dans la pratique.

Ainsi, prendre en compte la singularité du patient et son vécu, notamment face à la douleur psychologique, ne relève pas seulement d'une exigence éthique. C'est aussi ce qui permet de redonner du sens au soin, de limiter la souffrance invisible et d'humaniser davantage la pratique quotidienne. Cette réflexion m'a amenée à considérer que, au-delà des protocoles et de la technique, le soin reste avant tout une rencontre humaine.

5.2.2 La relation humaine au centre du soin

Face au risque de déshumanisation, Jean Watson réaffirme la relation comme fondement du soin. Sa théorie du « caring » repose sur l'idée d'une rencontre authentique entre le soignant et la personne soignée, dans ce qu'elle appelle une « *relation transpersonnelle* ». Dans cette relation, chacun est reconnu dans son humanité, et le soin dépasse la simple exécution technique pour devenir un acte de reconnaissance et d'accompagnement.

Watson souligne l'importance de : « *La présence authentique* » : être réellement présent à l'autre, au-delà de la simple présence physique. « *L'écoute profonde* » : accueillir la parole du patient sans jugement. « *La reconnaissance globale de la personne soignée* », considérée comme un être porteur d'émotions, de valeurs et de significations (Watson, J. 2008)

J'ai pu constater, à titre personnel, à quel point la relation humaine peut transformer l'expérience de soins, en particulier chez des patients en souffrance psychologique ou confrontés à la douleur.

Lors de la prise en charge d'un patient anxieux après une hospitalisation prolongée, j'ai observé que le fait de prendre quelques minutes pour l'écouter, reconnaître ses inquiétudes et l'amener à verbaliser son vécu changeait réellement son état émotionnel. Les soins techniques, eux, restaient identiques, mais la manière de les vivre, elle, était différente. La présence, même simple, apportait un apaisement et contribuait à instaurer un climat de confiance.

Cette situation m'a permis de comprendre que le soin technique et la relation humaine ne s'opposent pas. Ils s'articulent au contraire l'un avec l'autre. Prendre le temps d'être présent, d'accueillir la vulnérabilité du patient et de lui accorder une écoute sincère n'est pas un « temps en plus » perdu, mais une véritable partie du soin. Cela participe autant à son bien-être qu'à la qualité et à la dignité de la prise en charge.

J'ai aussi observé que lorsque la relation humaine est négligée, même un soin parfaitement exécuté peut sembler froid ou déconnecté. Les patients se sentent parfois réduits à leur pathologie ou à leurs actes techniques, et cela peut accroître leur anxiété ou leur sentiment d'isolement. À l'inverse, instaurer une relation transpersonnelle permet au patient de retrouver un sentiment de contrôle et de reconnaissance, et donne un sens plus profond à notre rôle d'infirmière.

Intégrer la dimension relationnelle dans chaque geste de soin ne relève pas uniquement d'une exigence éthique : c'est un élément central de la qualité des soins et un moyen concret de prévenir la déshumanisation. Cela rappelle que le patient doit être envisagé dans sa globalité, avec ses émotions, son histoire et ses valeurs, et pas seulement à travers une approche technique ou biologique.

5.2.3 Humaniser le soin : concepts essentiels

Pour Watson, l'idée d'humaniser le soin exige un engagement conscient du soignant dans le processus de « *caring* ». La présence, la parole, le regard et le toucher sont autant de moyens de reconnaître la personne dans sa globalité. « *Le caring* », selon elle, « *protège et préserve la dignité humaine, particulièrement dans les contextes où elle peut être menacée par la maladie, la dépendance ou la vulnérabilité* » (Watson, 2008 traduit de l'anglais). Cette vision rappelle que le soin ne se réduit pas à l'exécution de gestes techniques : chaque interaction compte et participe à la reconnaissance du patient en tant qu'être humain.

Dans ma pratique, j'ai pu observer qu'un geste technique, lorsqu'il est accompagné d'un regard attentif ou de quelques mots rassurants, peut modifier la manière dont le patient vit sa vulnérabilité. Cela favorise également l'instauration d'un climat de confiance, essentiel à la relation de soin.

Joan C. Tronto, philosophe et politologue américaine , élargit la réflexion en inscrivant le « *care* » dans une perspective politique et sociale. Elle définit le «*care*» comme « *une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre monde de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* ». (Tronto, 1993 traduction de l'anglais)

Pour Tronto, le « *care* » ne repose pas uniquement sur l'engagement individuel du soignant « *il nécessite un environnement institutionnel et social qui le rende possible* ». Elle identifie quatre phases du «*care*» : se soucier de (*caring about*), prendre en charge (*taking care of*), prendre soin (*caregiving*) et recevoir le soin (*care-receiving*). (Tronto, 1993 traduction de l'anglais)

Dans les services hospitaliers, j'ai pu observer que même des soignants très attentifs ne peuvent pas pleinement humaniser le soin si l'organisation, la charge de travail ou le matériel ne leur permettent pas de consacrer du temps à la relation.

Watson insiste encore sur la nécessité d'un engagement conscient dans la relation : « *Le soin humaniste exige que le soignant soit consciemment engagé dans la relation* » (Watson, 2008, p. 85 traduit de l'anglais).

Cette idée rejoint mon expérience : lorsque je prends le temps d'être pleinement présente et d'écouter un patient, même quelques minutes, l'effet sur sa sérénité et sa confiance est tangible. Ce n'est pas seulement une question de technique, mais de présence réelle.

Carl Rogers complète la vision de Tronto en identifiant trois conditions essentielles à une relation d'aide efficace pour lui , « *l'empathie* » (la capacité à comprendre le monde intérieur de l'autre), « *la congruence* » (l'authenticité du thérapeute) et « *le regard positif inconditionnel* » (l'acceptation sans jugement de la personne).

Pour moi , la capacité à rester empathique et authentique, même dans un service où le temps est limité, permet de créer une relation de confiance et de soutenir la personne dans sa singularité. Cela transforme le soin en un véritable échange humain, et non en une suite de gestes standardisés.

Watson insiste également sur la dignité : « *Le caring protège et préserve la dignité humaine dans des contextes où elle peut être menacée* » (Watson , 2008, p. 88 traduit de l'anglais), et « *Le but du caring est de soutenir l'humanité de l'autre, même dans la vulnérabilité* » (Watson, 2008, p. 90 traduit de l'anglais).

Ces citations me parlent directement dans ma pratique, notamment avec des patients âgés ou gravement malades. La manière dont on leur parle, dont on les touche et dont on respecte leurs choix, même dans des situations difficiles, participe à protéger cette dignité.

Enfin, Emmanuel Levinas, philosophe français, développe une éthique fondée sur la relation à autrui. Pour lui, « *le visage de l'autre m'interpelle et engage ma responsabilité avant toute*

réflexion ou décision. Cette responsabilité est infinie et précède toute réciprocité (...) La relation avec autrui me met en question, me vide de moi-même et ne cesse de me vider, me découvrant des ressources toujours nouvelles. » (Levinas, 1961, p. 92).

Cette réflexion éthique transforme chaque interaction en un acte de reconnaissance et de respect de l'intégrité humaine. Dans mon quotidien, cela se traduit par des attentions simples mais significatives : prendre le temps de répondre aux questions, écouter les craintes, et inclure le patient dans les décisions qui le concernent. Ces gestes, parfois très courts, contribuent à maintenir son humanité au cœur du soin.

Ainsi, humaniser le soin ne se limite pas à la relation individuelle ou aux gestes techniques. Watson insiste sur l'importance de la présence et du « *caring* » comme fondement thérapeutique, Rogers rappelle l'importance de l'empathie et de l'authenticité, Tronto élargit la perspective à l'environnement social et institutionnel, et Levinas met en lumière la responsabilité éthique envers la vulnérabilité de l'autre. Ensemble, ces analyses suggèrent que le soin véritablement humaniste est un processus conscient, relationnel et éthique, où le patient est considéré dans sa globalité, reconnu dans sa singularité et soutenu dans sa dignité. Dans ma pratique, cette vision se traduit par des gestes simples mais attentifs qui renforcent la confiance, le respect et le bien-être des patients, même dans un contexte hospitalier exigeant et anxiogène.

5.3 La relation soignant-soigné

5.3.1 La relation comme médiateur de la souffrance

La douleur psychologique ne se vit jamais de manière isolée : elle est profondément influencée par la qualité de la relation avec les soignants et l'entourage.

David Le Breton, dans ses travaux sur « *l'anthropologie de la douleur* », souligne que la manière dont la souffrance est accueillie par l'entourage et les soignants modifie profondément l'expérience vécue. Le silence, l'indifférence ou la distance relationnelle peuvent amplifier le sentiment d'isolement et intensifier la douleur. À l'inverse, une présence et un regard reconnaissant permettent au patient de donner du sens à son épreuve et d'atténuer sa souffrance. « *S'il se sent exister dans les yeux et les gestes des soignants, entouré de leur qualité de présence, il demeure acteur de son existence . La parole attentive, l'écoute, le contact physique, la présence sont des données décisives d'apaisement du malade de restauration du goût de vivre qui est probablement une instance première de la guérison ou du soulagement* » (Le Breton, 2001 p 226-227)

Cette approche permet de comprendre que la présence humaine attentive peut moduler l'intensité de la souffrance psychologique, tandis que l'absence de considération ou l'indifférence amplifie le vécu douloureux. La relation soignant-soigné devient un vecteur de sens et d'apaisement, en complément de la prise en charge biomédicale.

Cicely Saunders, elle , met en évidence que « *le sentiment de solitude et d'incompréhension face à la maladie intensifie la souffrance globale. Le soutien psychologique et la présence attentive des soignants ou des proches permettent au patient de se sentir accompagné et de transformer une expérience potentiellement destructrice en une épreuve qui peut retrouver du sens* ». (Saunders, 2006 traduit de l'anglais)) Ainsi, la relation humaine n'est pas seulement un support moral : elle participe à la construction même de la douleur psychologique, permettant au patient de transformer une expérience traumatique en une épreuve signifiante.,

Saunders rappelle que « *le soutien psychologique et la présence empathique des soignants ou des proches permettent au patient de se sentir compris et accompagné, réduisant le sentiment de solitude face à la maladie* » . (Saunders,1976, p. 48 traduit de l'anglais).

Ces auteurs soulignent que la relation thérapeutique peut agir comme un véritable médiateur entre la douleur et la reconstruction du sens. Elle offre un cadre sécurisant dans lequel la vulnérabilité du patient est reconnue, ses émotions peuvent être exprimées, et son vécu retrouve une forme de cohérence. Ainsi, la qualité de la relation transforme la souffrance psychologique en une expérience qui peut devenir plus compréhensible, parfois plus apaisée, et favoriser une certaine résilience, en intégrant pleinement la dimension humaine au sein de la prise en charge biomédicale.

Dans mon expérience professionnelle, j'ai pu mesurer à quel point la relation soignant-soigné influence la perception de la douleur psychologique. Chez des patients hospitalisés sur de longues durées ou atteints de pathologies chroniques, le simple fait de prendre quelques minutes pour les écouter, les regarder et accueillir leurs émotions pouvait déjà changer leur état émotionnel. Un mot rassurant, une présence attentive ou un regard empathique ne suppriment pas la douleur, mais permettent au patient de se sentir reconnu, compris et moins seul face à ce qu'il traverse.

À l'inverse, j'ai aussi constaté que la précipitation ou une forme d'indifférence, parfois involontaire liée au rythme du service, pouvait accentuer le sentiment d'isolement. Certains patients se replient, expriment davantage leur détresse, parfois par des pleurs ou des comportements plus difficiles à gérer, et disent implicitement qu'ils ne se sentent plus considérés dans leur globalité. Ces situations rejoignent ce que soulignent Le Breton et Saunders : la présence soignante et l'attention relationnelle ne sont pas secondaires, elles participent directement à la manière dont la douleur est vécue et peuvent en modifier l'intensité.

Cette dimension relationnelle a également un impact sur le vécu du soignant lui-même. Lorsque la relation est authentique et respectueuse, elle redonne du sens à l'action et nourrit l'engagement professionnel. À l'inverse, lorsque le soin se réduit à une succession de gestes

techniques sans reconnaissance de la personne, il peut devenir mécanique et perdre de sa signification, ce qui finit par affecter autant le patient que le soignant.

Ainsi, à travers mes expériences, je peux affirmer que la qualité de l'interaction relationnelle est un levier essentiel pour humaniser les soins, réduire la souffrance psychologique et soutenir la résilience du patient. La relation soignant-soigné devient un véritable médiateur entre douleur et sens : elle offre un espace sécurisant où la vulnérabilité peut être exprimée, où les émotions sont reconnues, et où le patient retrouve une cohérence dans son vécu. Intégrer cette dimension humaine dans la pratique quotidienne n'est pas un simple complément aux soins biomédicaux : c'est un élément central de la qualité et de l'efficacité du soin, et c'est ce qui donne tout son sens à notre rôle d'infirmière.

5.3.2 La communication et l'écoute comme facteurs de soutien

La communication et l'écoute ne sont pas de simples compléments aux soins techniques : elles constituent des éléments centraux dans la prise en charge de la douleur psychologique.

Le Breton rappelle que la manière dont la douleur est « *entendue, validée et reconnue* » (Le Breton, 2001) influence directement la façon dont elle est vécue. Une parole qui accueille l'expérience de l'autre sans la minimiser ni la juger crée un espace de soutien et d'apaisement. L'écoute attentive envoie un message de reconnaissance : le patient se sent considéré et légitimé dans sa souffrance.

Cette idée démontre que l'expérience de la souffrance dépend largement de la qualité du dialogue entre le patient et le soignant. Une écoute attentive permet non seulement de recueillir les informations nécessaires à la prise en charge, mais elle envoie également un message de reconnaissance : le patient se sent entendu, considéré et légitimé dans sa douleur.

Cela réduit le sentiment d'isolement souvent ressenti par les personnes en souffrance et contribue à instaurer un climat de confiance où l'expression des émotions devient possible.

Cicely Saunders insiste également sur le fait que le dialogue avec le patient permet de comprendre non seulement la douleur physique, mais également l'angoisse, la peur et le désarroi qu'elle engendre. (Saunders, 2006). Cette expression verbale joue un rôle clé dans la construction de sens autour de l'épreuve vécue. Le dialogue devient ainsi un véritable outil thérapeutique. Il permet au patient d'exprimer ce qui ne peut pas toujours se mesurer : ses peurs, ses angoisses, ses incertitudes face à la maladie ou à la dépendance. Cette expression verbale joue un rôle clé dans la construction de sens autour de l'épreuve vécue.

L'écoute et la communication ne se limitent pas à la parole : elles incluent aussi l'attention non verbale, comme le regard, les gestes, la posture et la présence physique du soignant. Ces éléments renforcent le sentiment de sécurité et de compréhension, créant un espace où le patient peut se montrer vulnérable sans crainte de jugement.

En somme, écouter et dialoguer, c'est bien plus que recueillir des informations : c'est offrir au patient un espace de reconnaissance, de soutien et d'apaisement. Dans le cadre de la douleur psychologique, cette approche transforme une expérience solitaire et anxiogène en un moment partagé, où le patient se sent accompagné et compris, et où la relation devient un élément actif du processus de soin.

Dans ma pratique, j'ai souvent constaté à quel point la communication et l'écoute influencent le vécu de la douleur psychologique. Comme le souligne Le Breton, « *la manière dont la douleur est entendue et reconnue change profondément l'expérience du patient* » .(Le Breton, 2001, p. 70). Parfois, quelques minutes d'écoute attentive suffisent pour que le patient se sente compris et légitimé dans ce qu'il traverse. Ce simple acte envoie un message fort : sa souffrance compte, elle est prise en considération. J'ai pu observer que ce geste favorise non seulement l'expression des émotions, mais réduit également l'isolement que ressentent beaucoup de patients lorsqu'ils font face à la maladie ou à la dépendance.

Saunders insiste elle aussi sur ce « *rôle thérapeutique du dialogue.* » (Saunders, 1976). Dans mon expérience, engager une conversation où le patient peut parler de ses peurs, de son anxiété ou de son désarroi transforme souvent un moment de soin technique en un temps

d'accompagnement humain. Même si ces émotions ne peuvent pas être mesurées par des instruments, leur reconnaissance contribue à donner un sens à l'expérience vécue et à soutenir la résilience du patient.

L'écoute ne se limite pas aux mots : elle passe aussi par le regard, la posture, le toucher et la présence physique du soignant. J'ai pu constater que ces signes non verbaux renforcent la confiance et la sécurité, et permettent au patient de se montrer vulnérable sans craindre le jugement. Par exemple, rester simplement assis à côté d'un patient, l'écouter sans interrompre et adopter une posture ouverte peut créer un espace de dialogue où il se sent réellement entendu.

Ainsi, pour moi, écouter et dialoguer dépasse la simple collecte d'informations. C'est un acte de reconnaissance et de soutien, qui transforme la douleur psychologique de l'expérience solitaire et anxiogène qu'elle pourrait être, en une expérience partagée, accompagnée et humaine. La communication attentive devient alors un véritable outil thérapeutique, faisant de la relation soignant-soigné un élément actif du soin, capable de moduler la souffrance et d'apporter un apaisement durable.

5.3.3 La dimension éthique et humaine de la relation

La relation entre le soignant et le patient implique une dimension profondément éthique. Reconnaître la souffrance de l'autre, sans la minimiser ni la juger, constitue un acte éthique fondamental.

Pour Le Breton «*Si les liens entre douleur et souffrance sont multiples, ils sont toujours une équation du sens vécu par l'individu et du contexte dans lequel il est impliqué*» (Le Breton, 2001 p 226) . Chaque manifestation de douleur traduit non

seulement un état physique ou émotionnel, mais aussi une manière d'être au monde et de se situer par rapport aux autres.

Cette citation rappelle que prendre soin, c'est d'abord accueillir la personne dans sa globalité, avec son histoire, ses émotions et sa vulnérabilité. L'acte de soin ne se réduit pas à l'exécution de gestes : il exige du soignant une posture attentive et réceptive, où chaque parole, chaque regard et chaque geste ont du sens. Même un simple moment d'écoute peut contribuer à ce que le patient se sente reconnu et respecté.

Cicely Saunders complète cette idée en évoquant le soutien offert par une présence attentive qui aide le patient à traverser la souffrance, à retrouver un sens et parfois à apaiser l'angoisse face à la mort ou à la perte de repères. L'accompagnement ne se limite pas à soulager la douleur physique : il aide le patient à conserver un sentiment de dignité même dans les moments les plus difficiles. (Saunders, 1976)

Pour tous ces auteurs, l'accompagnement ne se limite pas à soulager la douleur physique : il aide le patient à trouver du sens dans son épreuve, à diminuer la peur et l'angoisse, et à conserver un sentiment de dignité même dans les moments difficiles. Le patient ne se sent pas seulement soigné, il se sent vu, entendu et compris.

Ainsi, pour eux, la relation humaine devient un véritable levier thérapeutique. Elle soutient émotionnellement et participe activement à l'intégration de la douleur psychologique, offrant un espace de sécurité où le patient peut exprimer sa souffrance, poser ses émotions et retrouver un équilibre face à la maladie ou à la détresse. Chaque interaction, aussi simple soit-elle, a une dimension éthique et humaine, et contribue à faire du soin un acte profondément significatif pour le patient.

j'ai pu constater à quel point cette dimension éthique et humaine transforme réellement le vécu des patients. Par exemple, lorsque je prends le temps d'écouter un patient qui traverse une période de grande vulnérabilité, même quelques minutes de présence attentive suffisent pour lui redonner un sentiment de reconnaissance et de sécurité. J'ai observé que ces moments, bien que courts, permettent au patient de se sentir compris et moins seul face à sa douleur psychologique, et de trouver un sens dans ce qu'il traverse.

J'ai aussi remarqué que l'impact de la relation humaine ne se limite pas au patient : il influence également ma propre pratique. Être attentive, disponible et réellement présente donne plus de sens à mon rôle d'infirmière. À l'inverse, lorsqu'un soin est réalisé de manière uniquement technique, sans prendre en compte les émotions ou la vulnérabilité du patient, la relation peut s'appauvrir, et la souffrance psychologique être davantage ressentie.

Ainsi, la dimension humaine et éthique de la relation ne peut pas être considérée comme un simple "plus" dans le soin. Elle en fait pleinement partie. Elle transforme chaque interaction en un moment de reconnaissance et de respect, où le patient est envisagé dans sa globalité, et où sa douleur psychologique peut être entendue et accompagnée.

Pour moi, intégrer cette posture au quotidien est essentiel. C'est ce qui donne du sens à la pratique infirmière et qui participe réellement au bien-être et à l'accompagnement des patients.

6. Enquête exploratoire

Afin de réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai choisi de m'appuyer sur des entretiens menés auprès de professionnels infirmiers. Cette démarche m'a permis de recueillir des données issues de leur expérience, de leur pratique quotidienne et de leur perception concernant la prise en charge de la douleur psychologique et la relation soignant-soigné.

Pour cela, j'ai déterminé l'outil utilisé, la population interrogée, les lieux d'investigation ainsi que les limites rencontrées au cours de cette enquête.

6.1. L'outil utilisé

Dans le cadre de cette enquête exploratoire, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs individuels, d'une durée moyenne de dix à quinze minutes. Ce type d'entretien permet de guider l'échange tout en laissant au professionnel la possibilité de développer librement ses réponses.

L'entretien semi-directif a été construit à partir d'un guide d'entretien (annexe), structuré autour de plusieurs thématiques en lien avec ma problématique :

- la définition et la perception de la douleur psychologique,
- les modalités de repérage (signes verbaux et non verbaux),
- l'impact de cette douleur sur la relation soignant-soigné,
- et le lien avec la déshumanisation des soins.

Des questions ouvertes ont été privilégiées afin de favoriser l'expression des professionnels et d'accéder à leur vécu. Des relances ont été utilisées lorsque cela était nécessaire, afin d'approfondir certains éléments ou de clarifier leurs propos.

Les entretiens se sont déroulés dans un environnement propice à l'échange, permettant aux professionnels de s'exprimer librement. Avec leur accord, les propos ont été retranscrits de manière fidèle afin de pouvoir être analysés dans le cadre de ce mémoire.

6.2. Population choisie

La population interrogée est composée de quatre infirmiers diplômés d'État, exerçant dans des services hospitaliers différents et présentant des niveaux d'expérience variés.

Les profils sont également hétérogènes en termes d'expérience professionnelle :

- un infirmier récemment diplômé,(8 mois)
- un professionnel avec 2 ans d'expérience,
- et deux infirmières ayant une expérience plus ancienne, dont une avec plus de 15 ans d'exercice.

Certains ont également exercé en tant qu'aide-soignant auparavant, ou dans différents services, ce qui enrichit leur regard sur la pratique.

Ce choix de population m'a permis d'obtenir des points de vue diversifiés, notamment en fonction :

- du type de service,
- de l'ancienneté,
- et du parcours professionnel.

Cette diversité est apparue pertinente pour analyser les différentes manières de percevoir et de prendre en charge la douleur psychologique.

6.3. Lieux d'investigation envisagés

Les entretiens ont été réalisés dans des services hospitaliers, plus précisément :

- en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) avec lits de soins palliatifs,
- et aux urgences.

Le choix de ces deux types de services n'est pas anodin. En effet, ils présentent des caractéristiques très différentes en termes de prise en charge.

Le SSR permet une prise en charge sur la durée, favorisant :

- une meilleure connaissance du patient,
- l'installation d'une relation de confiance,
- et un repérage plus approfondi de la douleur psychologique. (en lien avec les lits de Soins Palliatifs)

À l'inverse, les urgences se caractérisent par :

- une prise en charge rapide,
- une forte technicité,
- et une charge de travail importante.

Ces différences de contexte permettent d'explorer l'influence de l'organisation et du temps sur la prise en charge de la douleur psychologique.

Ainsi, ces lieux d'investigation apparaissent complémentaires et pertinents au regard de ma problématique.

6.4. Choix et critique de l'outil utilisé

Le choix de l'entretien semi-directif s'est révélé pertinent dans le cadre de cette enquête. Cette méthode a permis d'accéder à une dimension plus humaine et subjective du soin, souvent difficile à saisir à travers des outils plus standardisés. Les professionnels ont ainsi pu revenir sur leur expérience, mettre des mots sur leurs ressentis et approfondir leur réflexion autour de la douleur psychologique rencontrée dans leur pratique quotidienne.

Ce type d'entretien a aussi permis de faire émerger des éléments auxquels je ne m'attendais pas au départ. Au fil des échanges, de nouvelles pistes de réflexion sont apparues, notamment autour de l'influence du contexte de travail, de la place du vécu personnel des soignants, mais aussi des limites rencontrées au quotidien, en particulier lorsque le temps vient à manquer.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées.

Tout d'abord, la durée relativement courte des entretiens, liée aux contraintes d'organisation des services, notamment aux urgences, n'a pas toujours permis d'approfondir certains points pourtant intéressants pour comprendre pleinement le phénomène étudié. Le rythme soutenu des services et la disponibilité parfois limitée des soignants ont conduit à des échanges assez brefs, laissant peu de place à des relances plus approfondies ou à l'exploration détaillée de certaines situations.

Par ailleurs, la grille d'entretien a dû être ajustée au fil des échanges, en fonction des réponses des infirmiers et de la direction que prenait leur discours. Cette adaptation, nécessaire pour rester au plus près de leur vécu et favoriser une parole spontanée, a aussi pu entraîner des différences d'un entretien à l'autre dans les thèmes abordés. Elle a parfois pu influencer les réponses, dans la mesure où certaines reformulations ou relances ont pu orienter légèrement le discours.

Le contexte de travail a également joué un rôle important. Dans un service comme les urgences, les interruptions, l'urgence des situations ou encore la charge mentale peuvent facilement impacter la disponibilité des soignants et la qualité de l'échange au moment de l'entretien.

Enfin, le choix des services interrogés constitue aussi une limite. Les entretiens ont été réalisés principalement en urgences et en SSR (long séjour). Il aurait été intéressant d'intégrer également des infirmiers exerçant en services de médecine ou en unités de moyen séjour, afin d'avoir une vision plus large et de comparer davantage les pratiques selon des contextes de soins différents. Cela aurait permis d'enrichir l'analyse, notamment sur la manière dont la douleur psychologique est prise en charge selon la durée d'hospitalisation et le type de patientèle.

Malgré ces limites, les entretiens ont permis de recueillir des données riches et très concrètes, directement issues du terrain, ce qui apporte un éclairage pertinent et en lien direct avec la problématique de ce mémoire.

7. Analyse des données

7.1. Analyse à plat

7.1.1. Entretien n°1 : Maxime

Cet entretien a été réalisé avec un infirmier diplômé d'État depuis un peu moins de deux ans, exerçant depuis un an dans un service de moyen séjour (l.4-8). Son parcours professionnel est riche et varié, puisqu'il a déjà travaillé en bloc opératoire, en EHPAD, ainsi qu'en service de médecine aiguë et de cardiologie (l.5-7). Dès le début de l'entretien, il met en avant son intérêt pour les soins palliatifs, ainsi que l'importance du travail en équipe dans son choix d'exercice (l.10-11). Cette dimension collective occupe d'ailleurs une place centrale dans sa manière de soigner.

La douleur psychologique apparaît rapidement comme une notion à la fois complexe et difficile à repérer dans la pratique quotidienne. Il la décrit comme « plus complexe et compliquée » que la douleur somatique (l.16-17), notamment parce qu'elle peut se manifester de manière indirecte. Il évoque ainsi la notion de « besoins déguisés », en expliquant que certains comportements comme une demande excessive ou la peur d'être seul peuvent en réalité traduire une souffrance psychologique sous-jacente (l.17-19).

Dans sa pratique, le repérage repose surtout sur l'observation des signes non verbaux, en particulier le faciès, mais aussi sur les changements de comportement et les ruptures dans la relation soignant-soigné (l.22-24). Il insiste sur le fait que la connaissance du patient dans le temps, rendue possible par le contexte du moyen séjour, facilite largement ce repérage (l.38-41).

Le travail en équipe apparaît également comme un élément essentiel. Il souligne l'importance de la communication entre professionnels pour repérer les évolutions chez les patients, ainsi que le rôle de la psychologue, qui constitue un véritable soutien dans la prise en

charge de la dimension psychologique (l.25-27). Cela met en évidence une approche clairement pluridisciplinaire du soin.

Il illustre ensuite ses propos à travers une situation clinique marquante, celle d'une patiente exprimant sa souffrance par des cris, sans qu'aucune douleur somatique ne soit identifiée (l.49-52). Malgré une prise en charge antalgique importante, aucune amélioration n'est observée dans un premier temps, jusqu'à ce qu'une origine psychologique, notamment une dépression, soit envisagée (l.57-58). Cette situation met en évidence la difficulté du diagnostic et le risque de confusion entre douleur physique et souffrance psychologique, rappelant ainsi l'importance d'une prise en charge globale du patient.

Le soignant insiste sur le fait que lorsque la douleur psychologique n'est pas prise en compte, la prise en charge reste finalement incomplète, « à moitié » (l.67), ce qui a des conséquences directes sur la qualité de la relation, sur la confiance entre le patient et le soignant, mais également sur l'efficacité globale du soin (l.74-77). Il rappelle également que le patient est aujourd'hui acteur de sa prise en charge, et que sans prise en compte de la dimension psychologique, l'alliance thérapeutique ne peut réellement se construire (l.78-80).

Pour lui, la déshumanisation des soins correspond avant tout au fait d'oublier que le patient est une personne qui ressent des choses (l.83), et il établit ainsi un lien clair entre le manque de prise en charge de la dimension psychologique et le processus de déshumanisation (l.87-89), en rappelant que banaliser les soins revient finalement à banaliser la personne elle-même (l.85).

Enfin, il évoque plusieurs pistes d'amélioration, comme la mise en place de tables rondes entre professionnels, le partage des expériences, le développement d'un travail réflexif en équipe ainsi qu'une implication plus active du patient dans les échanges (l.92-97). Il insiste surtout sur l'importance d'une remise en question collective, indispensable selon lui pour faire évoluer et améliorer les pratiques au quotidien (l.101-103).

7.1.2. Entretien n°2 : Julia

Cet entretien a été réalisé avec une infirmière diplômée d'État exerçant depuis cinq ans en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) (1.8-9). Elle possède également une expérience antérieure de six ans en tant qu'aide-soignante, notamment en service de médecine et de réanimation (1.8-9). Son parcours lui confère une vision globale du soin, tant sur le plan technique que relationnel.

Dès le début de l'entretien, Julia définit la douleur psychologique comme une « douleur morale » (1.16), en opposition à la douleur physique, et elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'une souffrance très présente dans son service (1.18-21), notamment en raison du profil des patients accueillis en SSR. En effet, ces derniers sont souvent confrontés à une perte d'autonomie, à un retour à domicile compromis, voire parfois à un placement en EHPAD (1.11-13), ce qui engendre une détresse psychologique importante, renforcée par l'isolement, l'absence de soutien familial ou encore l'annonce de pathologies lourdes (1.19-21). Pour elle, cette douleur fait donc véritablement partie du quotidien de sa pratique (1.21-22).

Le repérage de cette douleur repose à la fois sur ce que le patient exprime verbalement, comme une souffrance directement formulée : « je veux mourir » par exemple (1.34-36), mais aussi sur l'observation de signes non verbaux tels que l'absence de sourire, le repli sur soi, la perte d'appétit ou encore une inactivité prolongée au lit (1.36-38).

Elle met en évidence l'importance de l'observation globale du patient, notamment lors des soins de proximité comme la toilette, qui constituent des moments privilégiés d'échange (1.55-57). Cependant, elle souligne également que certaines douleurs peuvent être difficiles à identifier, notamment lorsque l'histoire de vie du patient n'est pas connue (1.45-46).

Julia insiste fortement sur l'importance du travail en équipe dans la prise en charge de la douleur psychologique, en soulignant le rôle essentiel des échanges lors des relèves et des staffs, la collaboration avec les aides-soignants, ainsi que l'intervention de la psychologue, qui est facilement accessible au sein du service (1.24-27). Cette organisation permet une prise en charge plus globale du patient, en compensant les limites liées au temps ou à la charge de travail (1.27-28).

Un élément important ressort de l'entretien : l'impact de la charge de travail sur la prise en charge (l.47-50). Julia explique que dans certains services, notamment en médecine, le rythme soutenu peut empêcher le soignant de répondre pleinement aux besoins psychologiques du patient (l.50-52). Elle évoque une forme de frustration professionnelle, liée au manque de temps pour écouter et accompagner (l.51-53). Dans ce cas, le relais est assuré par d'autres professionnels (psychologue, médecin), ce qui souligne encore une fois l'importance du travail en équipe (l.54-56).

Julia met en évidence un lien direct entre la prise en charge de la douleur psychologique et la qualité de la relation soignant-soigné (l.60-64), en expliquant qu'un patient qui se sent écouté, compris et considéré dans sa globalité sera davantage enclin à adhérer aux soins, à participer activement à sa prise en charge et à s'investir dans sa rééducation (l.63-65). Elle illustre cela par une situation concrète : un patient en souffrance psychologique liée à la maladie de sa conjointe (l.72-74). Dans ce contexte, la priorité n'est plus le soin technique, mais l'accompagnement relationnel (l.75-77).

Elle montre ainsi que lorsque cette douleur n'est pas prise en compte, cela peut conduire à un désengagement du patient, à un retard dans la prise en charge ainsi qu'à une possible altération de son état de santé (l.77-79).

Pour Julia, la déshumanisation des soins correspond au fait de se concentrer uniquement sur la pathologie, sans prendre en considération la personne dans sa globalité (l.90-92). Elle établit un lien direct avec la douleur psychologique : ne pas prendre en compte cette dimension revient à déshumaniser le soin (l.95-97). Elle insiste sur la nécessité de proposer des soins personnalisés, adaptés à chaque patient, en tenant compte de son histoire de vie (l.98-101).

Enfin, Julia met en évidence plusieurs facteurs qui influencent la qualité de la prise en charge, notamment le temps disponible, le type de service dans lequel elle s'inscrit, la formation des professionnels ainsi que leur implication personnelle au quotidien (l.105-106). Elle souligne que certains contextes de soins (urgences, actes techniques) ne permettent pas toujours une prise en charge approfondie du psychologique (l.107-112).

Parmi les pistes d'amélioration évoquées, on retrouve le développement des formations, une meilleure organisation du travail ainsi qu'une véritable prise de conscience professionnelle de l'importance de la dimension psychologique dans le soin (1.106-107). Elle insiste également sur la nécessité d'intégrer cette dimension comme un devoir professionnel, et non comme un aspect secondaire du soin (1.106-107).

7.1.3. Entretien n°3 : Gabriel

Cet entretien a été réalisé avec un infirmier diplômé d'État depuis huit mois, exerçant dans un service d'urgences. Il possède également une expérience préalable en tant qu'aide-soignant dans différents services (USLD, court séjour gériatrique, SSR, chirurgie), ce qui lui confère une première approche du soin avant son entrée dans la profession infirmière.

Dès le début de l'entretien, Gabriel distingue deux types de douleur, à savoir la douleur physique et la douleur psychologique (L18-25), qu'il aborde à travers une compréhension largement nourrie par son expérience personnelle.

Il souligne que cette dernière est universelle, car chacun peut y être confronté au cours de sa vie (séparation, deuil). Cette approche met en évidence une compréhension de la douleur psychologique fondée sur l'expérience personnelle, en complément de l'expérience professionnelle (L29-38).

Il va jusqu'à affirmer que la douleur psychologique peut être plus intense que la douleur physique (L26), ce qui souligne son importance dans la prise en charge globale du patient.

Selon lui, le repérage de la douleur repose principalement sur deux dimensions complémentaires, d'une part le langage verbal lorsque le patient exprime directement sa souffrance, et d'autre part le langage non verbal qui devient essentiel lorsque les mots sont absents (L18-25).

Il insiste particulièrement sur l'importance de la disponibilité du soignant, qui conditionne la capacité à repérer cette souffrance (L43-48). Il met en évidence que l'attitude du soignant (écoute, posture, présence) influence directement la qualité du repérage.

Ainsi, la douleur psychologique apparaît comme une réalité co-construite dans la relation, dépendant à la fois du patient et du soignant.

Un élément central de cet entretien est l'importance accordée à la fois à l'expérience professionnelle et à l'expérience personnelle, qui influencent toutes deux la manière dont le soignant perçoit et comprend la douleur (L34-38).

Gabriel souligne que la répétition des situations et la diversité des patients permettent d'affiner la perception de la douleur.

Il met également en avant la dimension culturelle, illustrée par une expérience vécue lors d'un stage à l'étranger (L52-58). Il explique que certaines cultures expriment peu la douleur, ce qui peut rendre son repérage particulièrement difficile.

Cela met en évidence la nécessité d'adapter la prise en charge à la singularité de chaque patient.

L'entretien met en lumière les spécificités du service des urgences, marqué par une forte charge de travail, un flux important de patients et une prise en charge souvent rapide et très technique (L91-97).

Gabriel évoque la prise en charge de 20 à 25 patients par jour, ce qui limite le temps consacré à la relation.

Il décrit une forme de standardisation des soins, allant jusqu'à parler de « travail à la chaîne » (L94-96), ce qui peut conduire à une difficulté à prendre en compte la dimension psychologique.

Face aux situations complexes, Gabriel souligne qu'il est possible de s'appuyer sur différentes ressources, notamment les collègues, une infirmière spécialisée en psychiatrie ou encore un psychiatre (L74-76).

Cependant, il reconnaît une certaine limitation liée à son expérience récente, n'ayant pas encore pleinement mobilisé ces ressources.

Cela met en évidence l'importance de l'intégration dans l'équipe et de la connaissance des dispositifs existants.

Pour Gabriel, la prise en charge de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique, est essentielle dans la relation de soin, car un patient dont la douleur n'est pas prise en compte peut se sentir non considéré, ce qui vient alors altérer la relation de confiance (L79-85).

Il insiste sur le fait qu'un patient en souffrance n'est pas disponible pour le soin, ce qui impacte directement la qualité de la prise en charge.

Gabriel associe la déshumanisation des soins à la répétition des actes techniques, à la fatigue professionnelle ainsi qu'à la charge de travail importante qui caractérise le service des urgences (L91-97).

Il décrit une prise en charge qui peut devenir automatisée, au détriment de la dimension humaine.

Cependant, il nuance son propos en soulignant que la maîtrise technique peut aussi permettre de libérer du temps mental pour la relation.

Les pistes d'amélioration évoquées restent générales mais pertinentes, et concernent notamment le développement des formations, une meilleure connaissance des facteurs culturels ainsi que l'acquisition progressive de l'expérience (L115-117).

Il met en avant l'importance de l'apprentissage progressif dans la capacité à mieux prendre en charge la douleur psychologique

7.1.4. Entretien n°4 : Elise

Cet entretien a été réalisé avec une infirmière diplômée d'État depuis 18 ans, exerçant actuellement aux urgences depuis deux ans, après une longue expérience de 15 ans en service de médecine interne, infectiologie et médecine aiguë polyvalente. Elle possède également des formations spécifiques, notamment en lien avec la douleur, la gestion de l'agressivité et des techniques d'apaisement (RESC).

Dès le début de l'entretien, Élise met en avant un parcours riche, marqué par une expérience importante et des formations spécialisées. Elle souligne avoir été référente douleur, ce qui lui confère une expertise approfondie dans la prise en charge globale de la douleur.

Elle insiste sur le fait que la perception de la douleur psychologique évolue fortement avec l'expérience, reconnaissant qu'au début de sa carrière, elle ne la percevait pas ou peu (l.27-35).

Élise décrit la douleur psychologique comme une détresse globale, pouvant s'exprimer de multiples façons.

Elle met en évidence une grande diversité de manifestations de la douleur psychologique, qui peuvent se traduire par des signes non verbaux comme le repli sur soi, les pleurs, l'agitation ou encore l'agressivité, par des signes physiques associés tels que l'hyperventilation, les nausées, les vomissements ou la sudation, mais aussi par des signes verbaux lorsque le patient exprime directement sa souffrance (l.18-24).

Elle souligne ainsi le caractère multifactoriel et complexe de cette douleur, nécessitant une observation fine et globale du patient.

Un point central de son discours est la subjectivité de la douleur, qu'elle explique en soulignant que deux patients peuvent exprimer des douleurs très différentes alors même que l'intensité perçue est similaire, ce qui met en évidence à la fois la variabilité de la tolérance à la douleur et la difficulté d'interprétation pour le soignant (l.27-33).

Elle insiste sur l'importance de reconnaître la douleur du patient, indépendamment des signes visibles.

Comme dans l'entretien précédent, le contexte des urgences apparaît comme un facteur déterminant, et Élise met en avant une prise en charge rapide et souvent courte, une priorisation de la douleur physique ainsi qu'une difficulté à instaurer une relation réellement approfondie avec le patient (l.45-53).

Elle souligne que la douleur psychologique nécessite un temps de contact et d'accroche, difficile à mettre en place dans ce contexte.

Élise insiste fortement sur la nécessité d'une prise en charge collective et pluridisciplinaire, en décrivant une organisation qui implique l'infirmière d'accueil, l'infirmière du secteur, le médecin ainsi que l'équipe psychiatrique (1.59-68).

Elle souligne que la prise en charge de la douleur psychologique ne peut se faire seul, notamment dans les situations complexes (dépression, conduites suicidaires, addictions).

Pour Élise, la prise en charge de la douleur psychologique est indispensable à l'efficacité du soin, car lorsqu'elle n'est pas prise en compte, cela peut entraîner une perte de confiance, un sentiment de ne pas être écouté ainsi qu'une efficacité partielle du traitement (1.72-84).

Elle insiste sur le rôle de l'empathie, de l'écoute et de la reconnaissance de la souffrance comme éléments essentiels du soin.

Élise propose une vision très marquée de la déshumanisation des soins, qu'elle associe à une prise en charge centrée uniquement sur la pathologie, à une standardisation des actes et à un oubli progressif de la dimension humaine du patient (1.87-94).

Elle utilise une métaphore forte (« bout de viande ») pour illustrer cette déshumanisation, traduisant une vision critique de certaines pratiques.

Contrairement aux autres entretiens, Élise propose des pistes d'amélioration très concrètes, comme le fait de se présenter systématiquement, d'utiliser des questions ouvertes, de pratiquer l'écoute active, d'adopter une attitude respectueuse basée sur la politesse et la considération, mais aussi de mettre en place des techniques d'apaisement telles que l'hypnose, la sophrologie ou encore le RESC (1.98-103 ; 1.95-103).

Elle insiste sur l'importance de revenir aux fondamentaux relationnels du soin.

Enfin, Élise conclut sur l'importance de ne pas négliger cette dimension, qu'elle considère comme représentant « la moitié du travail » (1.109-111).

Elle souligne que le manque de temps constitue un frein majeur, mais insiste sur la nécessité de maintenir cette dimension dans la pratique professionnelle.

7.2. Analyse croisée et mise en perspective théorique

À travers l'analyse des quatre entretiens, plusieurs éléments communs apparaissent, malgré des parcours professionnels, des anciennetés et des contextes de soins différents. Tous les infirmiers interrogés reconnaissent l'existence de la douleur psychologique et son impact important sur le vécu du patient. Pourtant, tous mettent également en évidence les difficultés rencontrées pour la repérer et surtout pour lui accorder une véritable place dans la prise en charge quotidienne.

Ce qui ressort d'abord, c'est que la douleur psychologique est perçue comme une souffrance complexe, souvent invisible, difficile à objectiver et à évaluer de manière standardisée. Maxime parle d'une douleur « plus complexe et compliquée » que la douleur somatique et évoque même des « besoins déguisés », traduisant une souffrance qui ne s'exprime pas toujours directement. Gabriel, lui aussi, insiste sur l'importance du langage non verbal lorsque les mots sont absents. Julia souligne quant à elle que cette douleur peut profondément influencer l'adhésion du patient aux soins et son investissement dans sa prise en charge.

Ces constats rejoignent directement les travaux de Cicely Saunders autour de la notion de « douleur totale ». À travers les entretiens, on comprend bien que la souffrance psychologique ne peut pas être dissociée du reste du vécu du patient. Elle vient s'ajouter à la maladie, à la dépendance, à la peur, parfois à la solitude ou à la perte d'autonomie. Elle dépasse largement la seule dimension physique. Certains patients ne verbalisent pas clairement leur détresse, mais celle-ci apparaît dans le regard, le retrait, l'agitation, les pleurs ou encore dans certains comportements répétitifs. Cela rejoint également l'approche de David Le Breton, pour qui la douleur engage « toute la personne » et prend sens dans son histoire, son vécu et son rapport au monde.

Ce qui m'a particulièrement marquée dans ces entretiens, c'est la place centrale accordée à l'observation et à la relation humaine. Aucun des infirmiers interrogés ne parle réellement d'outils standardisés pour repérer la douleur psychologique. Tous évoquent plutôt une sensibilité qui se développe avec l'expérience, une attention portée aux détails, aux

changements de comportement, à ce qui ne se dit pas. Cette idée revient plusieurs fois : apprendre à « lire entre les lignes ».

Cela montre à quel point la relation soignant-soigné constitue un véritable outil de soin. Sans relation, il devient difficile d'accéder à cette souffrance invisible. Les propos des professionnels rejoignent ici clairement la pensée de Jean Watson, lorsqu'elle affirme que le soin ne se limite pas à une succession d'actes techniques mais repose avant tout sur une rencontre humaine. La relation devient alors thérapeutique en elle-même.

D'ailleurs, plusieurs infirmiers mettent en évidence le fait que le contexte de travail influence fortement cette relation. Les professionnels exerçant en SSR décrivent davantage de possibilités d'accompagnement relationnel, parce que le temps permet de connaître le patient, de créer un lien, d'observer son évolution. À l'inverse, les infirmiers travaillant aux urgences parlent d'un rythme soutenu, d'un flux important de patients et d'une prise en charge très technique. Gabriel évoque même une impression de « travail à la chaîne ».

Ce contraste entre les services est particulièrement intéressant, car il illustre concrètement les mécanismes de déshumanisation décrits par Watson et Foucault. Lorsque les soins deviennent fragmentés, rapides, centrés principalement sur l'efficacité et les paramètres biologiques, la subjectivité du patient risque progressivement de passer au second plan. Non pas par manque de volonté des soignants, mais parce que l'organisation elle-même pousse à prioriser l'urgence technique.

Les entretiens montrent d'ailleurs que les infirmiers en ont conscience. Aucun ne banalise cette réalité. Au contraire, plusieurs expriment une forme de frustration, parfois même un malaise. Julia explique qu'il arrive de ne pas pouvoir répondre pleinement aux besoins psychologiques des patients par manque de temps. Cette souffrance du soignant face à ses propres limites fait écho aux propos de Watson lorsqu'elle affirme que la déshumanisation affecte autant le patient que le professionnel lui-même, en fragilisant le sens du soin.

Un autre point important qui ressort des entretiens est l'impact direct de cette prise en charge psychologique sur la qualité de la relation thérapeutique. Tous les professionnels interrogés établissent un lien entre écoute, confiance et adhésion aux soins. Julia explique qu'un patient qui se sent entendu et reconnu sera davantage impliqué dans sa prise en charge. À l'inverse,

lorsque la souffrance psychologique est ignorée, certains patients se replient sur eux-mêmes, refusent les soins ou perdent confiance dans l'équipe.

Ces éléments rejoignent fortement les travaux de Carl Rogers autour de l'empathie, de l'écoute authentique et de l'acceptation inconditionnelle. À travers les discours des infirmiers, on comprend que le patient a besoin d'être reconnu comme une personne à part entière, et pas uniquement comme un diagnostic ou une pathologie. Le simple fait d'être écouté semble parfois avoir un effet apaisant majeur.

Les entretiens mettent aussi en évidence l'importance du non verbal dans la relation. Le regard, la posture, la présence ou encore la disponibilité du soignant reviennent régulièrement dans les échanges. Même lorsque le temps manque, certains professionnels expliquent que quelques minutes d'attention sincère peuvent modifier le vécu du patient. Cela rejoint la pensée de Levinas, pour qui la vulnérabilité de l'autre engage notre responsabilité éthique. Être soignant, ce n'est pas seulement réaliser des actes ; c'est aussi reconnaître l'humanité de la personne vulnérable qui se trouve en face de nous.

Ce travail m'a aussi permis de comprendre que la déshumanisation n'est pas quelque chose de brutal ou de volontaire. Elle semble plutôt s'installer progressivement, presque silencieusement, à travers les contraintes institutionnelles, la fatigue, la charge mentale, le manque de temps ou encore la répétition des tâches. Les infirmiers interrogés ne manquent pas d'humanité. Au contraire, beaucoup montrent une réelle sensibilité à la souffrance psychologique. Mais certains contextes rendent cette présence plus difficile à maintenir au quotidien.

C'est probablement ce qui rend cette problématique si complexe. Les soignants savent que la relation humaine est essentielle, mais ils doivent aussi faire face à des exigences de rapidité, de sécurité et d'efficacité. À travers les entretiens, je me suis rendu compte que la difficulté n'est pas de choisir entre technicité et humanité, mais plutôt de réussir à préserver les deux ensemble.

Enfin, plusieurs professionnels évoquent des pistes d'amélioration : davantage de temps relationnel, des formations spécifiques, une meilleure organisation du travail, des espaces d'échange entre soignants ou encore un renforcement du travail pluridisciplinaire. Ces

propositions rejoignent la réflexion de Joan Tronto sur l'éthique du care. Pour humaniser les soins, la bonne volonté individuelle ne suffit pas toujours ; il faut également que l'institution et l'organisation permettent cette humanité.

Au terme de cette analyse, je comprends davantage que la douleur psychologique occupe une place centrale dans le soin infirmier, même lorsqu'elle reste invisible. Les entretiens montrent qu'elle influence profondément le vécu du patient, la qualité de la relation soignant-soigné et parfois même l'efficacité des soins. Lorsqu'elle n'est pas reconnue, le risque est de réduire progressivement le patient à sa maladie ou à sa prise en charge technique. À l'inverse, lorsque cette souffrance est entendue, reconnue et accompagnée, la relation devient un véritable espace de soutien, de confiance et d'humanité.

Cette réflexion fait profondément écho à ma situation d'appel avec Monsieur Charles. Derrière les soins techniques, il y avait surtout un homme angoissé, seul et terrifié. Et finalement, ce mémoire m'a permis de comprendre que prendre soin, ce n'est pas seulement agir sur un corps malade. C'est aussi être capable de reconnaître une souffrance invisible, même lorsqu'elle ne se mesure pas, même lorsqu'elle ne crie pas.

8. Problématique et question de recherche

Au cours de ce travail de recherche, mon regard sur la douleur psychologique a progressivement évolué. Au départ, je m'interrogeais surtout sur la manière dont cette souffrance était prise en compte dans les soins infirmiers. Mais au fil de mes lectures, de mes expériences et surtout des entretiens réalisés avec les professionnels, j'ai compris que la question était bien plus complexe qu'elle n'y paraissait.

La douleur psychologique possède une place particulière dans le soin. Contrairement à la douleur physique, elle ne se voit pas toujours immédiatement. Elle ne peut pas systématiquement être mesurée, objectivée ou évaluée à travers des paramètres précis. Pourtant, elle peut profondément envahir le vécu du patient. L'angoisse, la peur, la solitude, le sentiment de perte de contrôle, la détresse liée à la maladie ou encore la peur de l'avenir font pleinement partie de l'expérience de soin.

Comme le montre Cicely Saunders à travers le concept de « douleur totale », la souffrance humaine ne peut jamais être réduite uniquement au corps. La douleur psychologique s'entremêle constamment aux dimensions physiques, émotionnelles, sociales et existentielles du vécu du patient. Cette approche m'a particulièrement marquée, car elle rejoint profondément ce que j'ai pu observer dans ma pratique et dans ma situation d'appel.

En effet, derrière les soins techniques réalisés auprès de Monsieur Charles, il existait surtout une souffrance humaine beaucoup plus profonde : la peur, l'angoisse, la vulnérabilité et le besoin d'être rassuré. Cette situation a été un véritable point de départ dans ma réflexion. Elle m'a amenée à me questionner sur ce qui permet réellement au soignant de reconnaître cette souffrance parfois silencieuse, parfois difficile à exprimer.

Au fil des entretiens, un élément est revenu de manière très forte chez l'ensemble des professionnels interrogés : la reconnaissance de la douleur psychologique semble étroitement liée à l'expérience du soignant.

Les infirmiers parlent souvent d'une sensibilité qui se développe avec le temps. Plusieurs expliquent qu'au début de leur exercice professionnel, ils étaient davantage centrés sur les

gestes techniques, les protocoles, l'organisation ou la peur de l'erreur. Puis, progressivement, avec les années, ils ont appris à observer autrement. À percevoir ce qui ne se dit pas toujours. À repérer certains comportements, certains silences, certains regards ou certaines attitudes révélant une souffrance psychologique.

Cette observation m'a interpellée, car elle suggère que la capacité à reconnaître la douleur psychologique ne repose pas uniquement sur des savoirs théoriques ou des outils d'évaluation. Elle semble aussi profondément liée au parcours du soignant, à ce qu'il a vécu, observé et construit au fil de son expérience.

Les travaux de David Le Breton rejoignent cette réflexion lorsqu'il explique que la douleur est une expérience profondément subjective et singulière, qui prend sens dans l'histoire et le vécu de chacun. Mais cette subjectivité ne concerne pas uniquement le patient. À travers les entretiens, j'ai compris que le regard du soignant lui-même est influencé par son parcours, ses expériences et sa manière personnelle d'entrer en relation avec la souffrance de l'autre.

Certains professionnels évoquent par exemple le fait d'être devenus plus attentifs avec le temps aux manifestations non verbales de la détresse psychologique. D'autres parlent de situations personnelles ou professionnelles marquantes ayant modifié leur manière de prendre soin. L'expérience semble ainsi permettre une forme de maturité relationnelle, une capacité plus fine à percevoir la vulnérabilité du patient au-delà des symptômes visibles.

Cette réflexion me paraît essentielle dans le contexte hospitalier actuel.

En effet, les entretiens mettent également en évidence un environnement de soins où les contraintes organisationnelles et la technicité occupent une place importante. Les infirmiers décrivent des rythmes soutenus, une charge de travail importante, des interruptions fréquentes et parfois un manque de temps pour créer une véritable relation avec le patient.

Jean Watson explique justement que la déshumanisation apparaît lorsque le soin risque progressivement de perdre sa dimension relationnelle pour devenir principalement technique. Dans ce contexte, certaines souffrances plus discrètes, notamment psychologiques, peuvent devenir moins visibles.

Pourtant, les entretiens montrent que certains soignants parviennent malgré tout à préserver cette attention à l'autre. Et ce qui semble souvent faire la différence, ce n'est pas uniquement le service ou l'organisation, mais bien la posture du professionnel, son expérience, sa capacité d'écoute, son observation et sa sensibilité relationnelle.

Cette idée a profondément nourri ma réflexion.

Car elle montre que, même dans des contextes techniques et contraints, certains infirmiers développent une capacité particulière à reconnaître la souffrance psychologique et à maintenir une relation humaine avec le patient. L'expérience apparaît alors comme une ressource importante dans l'humanisation du soin.

À travers ce travail, j'ai donc progressivement compris que la prise en charge de la douleur psychologique ne dépend pas uniquement des protocoles, des outils ou de l'organisation des soins. Elle semble aussi fortement influencée par le parcours du soignant lui-même, par ce qu'il a vécu, appris, observé et construit au fil de son expérience professionnelle et personnelle.

Cette réflexion m'a alors amenée à construire la problématique suivante :

Comment l'expérience personnelle et professionnelle des infirmiers influence-t-elle la reconnaissance et la prise en charge de la douleur psychologique, dans un contexte de soins où les contraintes organisationnelles et la technicité peuvent favoriser une forme de déshumanisation ?

À partir de cette problématique, ma question de recherche est la suivante :

En quoi l'expérience personnelle et professionnelle des infirmiers participe-t-elle à la reconnaissance et à l'accompagnement de la douleur psychologique du patient dans les soins infirmiers ?

9. Conclusion

Réaliser ce mémoire a été bien plus qu'un travail de fin d'études : cela a été un véritable cheminement personnel, une manière de revenir sur ce qui m'a construite en tant que future infirmière et d'explorer en profondeur ce qui donne du sens à ma pratique. Au fil des pages, j'ai compris que la douleur psychologique n'était pas seulement un concept que l'on aborde en formation, mais une réalité omniprésente dans les services, parfois discrète, parfois criante, mais toujours essentielle à reconnaître.

La situation de Monsieur Charles a été l'un des moments les plus marquants de mon parcours. Elle a révélé avec force le décalage qui peut parfois exister entre la précision de la prise en charge technique et la fragilité émotionnelle du patient. Je me souviens très clairement de son regard, de son silence, de sa peur. Ce que j'ai ressenti à ce moment-là a été un point de départ : celui d'un questionnement plus large sur la manière dont nous, soignants, approchons cette souffrance intérieure qui n'entre dans aucune surveillance paramétrique, mais qui influence pourtant profondément l'expérience du soin.

Grâce aux auteurs que j'ai étudiés, j'ai compris que la douleur psychologique revêt une dimension intime, culturelle, existentielle. Elle se glisse dans la manière dont le patient comprend ce qu'il vit, dans son rapport à la maladie, à la dépendance, à l'avenir. Elle prend racine dans l'histoire de chacun, dans les pertes traversées, dans les repères familiaux, dans les peurs inavouées. Cette compréhension m'a amenée à élargir ma vision du soin : au-delà de la technicité, il y a un être humain, avec sa singularité, ses ressources, sa fragilité.

Les entretiens réalisés m'ont permis d'entendre la voix des infirmiers, et ces échanges ont confirmé que la prise en charge de cette souffrance varie considérablement d'un contexte à un autre. Les professionnels expérimentés parlent d'une sensibilité qui s'affine au fil des années, de ces intuitions qui se construisent grâce aux rencontres, de cette manière d'observer qui se transforme progressivement. D'autres expriment leur frustration face au manque de temps, au rythme soutenu, aux priorités médicales qui relèguent parfois la dimension psychologique au second plan. Tous reconnaissent que le soin relationnel ne dépend pas seulement de la volonté des soignants, mais aussi du cadre organisationnel dans lequel ils évoluent.

Ce constat m'a touchée, parce qu'il met en lumière une vérité souvent tue : la déshumanisation n'est jamais intentionnelle. Elle ne vient pas d'un manque d'intérêt ou de compassion, mais des contraintes, de la fatigue, du sentiment de devoir aller à l'essentiel, de l'urgence qui s'impose, parfois au détriment de l'essentiel. Elle apparaît lorsque le soin se fragmente en tâches, lorsque l'on manque d'espace mental pour accueillir ce que le patient traverse, lorsque l'on se protège soi-même pour tenir.

À travers ce travail, j'ai compris que l'enjeu n'est pas de choisir entre technicité et humanité. Nous n'avons pas à opposer les deux. Le soin a besoin d'efficacité, de vigilance, de compétences solides, mais il a aussi besoin d'une présence, d'une écoute, d'un regard qui reconnaît la personne. La dimension relationnelle n'est pas un « plus » ou un supplément laissé à la disponibilité du moment : elle constitue le cœur du soin et conditionne sa qualité autant que son efficacité.

Ce mémoire m'a permis de clarifier la manière dont je souhaite exercer ce métier. Je veux devenir une infirmière capable de voir au-delà des chiffres et des courbes, capable de reconnaître les signes discrets de la souffrance psychologique, même lorsque le contexte ne s'y prête pas. Je veux être cette soignante qui, même dans des journées chargées, trouve un instant pour se poser, pour regarder vraiment, pour poser une question ouverte, pour reconnaître une inquiétude. Parce que ce sont ces moments-là qui apaisent, qui restaurent la confiance, qui donnent au patient le sentiment d'exister en tant que personne et non en tant que pathologie.

Je sais aussi que ce chemin ne sera pas toujours simple. Les contraintes institutionnelles, la charge des soins, les imprévus, les situations difficiles continueront d'exister. Mais ce travail m'a appris que, même dans ces contextes, il est toujours possible de préserver un espace d'humanité, même minuscule. Un mot, un regard, un geste peuvent suffire pour que le patient se sente moins seul. Et c'est peut-être cela, finalement, l'essence même du soin.

Cette réflexion m'a permis de me construire en tant que professionnelle, mais aussi en tant que personne. Il m'a appris que soigner, c'est avant tout rencontrer l'autre dans ce qu'il a de plus fragile et de plus humain. Je me sens aujourd'hui prête à entrer dans ce métier avec une conscience plus aiguisée de la dimension psychologique du soin. La douleur psychologique,

parce qu'elle est souvent invisible, mérite d'autant plus d'attention. C'est cette attention qui donne au métier d'infirmière toute sa force et toute sa beauté.

10. Bibliographie

[Centre National de Ressources Douleur](#)

[Centre National de Ressources Douleur. \(2023\). *La douleur : définition et composantes*.
<https://www.cnrdr.fr>](#)

[Naissance de la clinique](#)

[Foucault, M. \(1963\). *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*. Presses
Universitaires de France.
\[https://openlibrary.org/books/OL6000231M/Naissance_de_la_clinique\]\(https://openlibrary.org/books/OL6000231M/Naissance_de_la_clinique\)](#)

[International Association for the Study of Pain](#)

[International Association for the Study of Pain. \(2020\). *IASP terminology*.
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>](#)

[David Le Breton](#)

[Le Breton, D. \(1995\). *Anthropologie de la douleur*. Métailié.](#)

[Le Breton, D. \(2001\). *Anthropologie de la douleur et de la souffrance*. Métailié.](#)

[Lebreuilly, R., Sakkour, S., & Lebreuilly, J. \(2012\). L'influence de la culture dans l'expression
verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens.
Revue internationale de soins palliatifs, 27\(4\), 125-129.
<https://www.cairn.info/revue-infokara-2012-4-page-125.htm>](#)

[Emmanuel Levinas](#)

[Levinas, E. \(1961\). *Totalité et infini : Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff.
<https://openlibrary.org>](#)

[Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de
santé. \(2002\). *Journal officiel de la République française*. <https://www.legifrance.gouv.fr>](#)

[Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. \(2004\). *Journal
officiel de la République française*. <https://www.legifrance.gouv.fr>](#)

Raja S. N. et al.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Carl Rogers

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin. <https://archive.org/details/onbecomingperson00roge>

Cicely Saunders

Saunders, C. (1967). *The management of terminal disease*. Edward Arnold.

Saunders, C. (1976). *The care of the dying*. Oxford University Press.

Saunders, C. (2006). *Selected writings 1958-2004*. Oxford University Press.

Charte du patient hospitalisé. (1995). Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

Joan Tronto

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Jean Watson

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado. <https://www.jstor.org>

Annexes I. Lettre de demande d'entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Emilie DUBOIS-TERRAS
14 Allée des flamants
84320 ENTRAIGUES SUR LA SORGUE
06-80-02-20-51
Mail: emidbs84@gmail.com

Avignon le 11/02/2026

Objet : Demande d'autorisation pour la réalisation d'entretiens dans le cadre de mon mémoire

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : Urgences et SSR ...

Après de la population : infirmiers diplômés d'État, ayant une expérience professionnelle variée (moins de 2 ans et plus de 5 ans), exerçant dans les services précités.

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

“En quoi le défaut de prise en charge de la douleur psychologique, déshumanise les soins infirmiers et impact la relation soignant/soigné?”

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire Monsieur Steinackre Florian :

Guide d'entretien :

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, me décrire votre expérience professionnelle et votre ancienneté dans le service où vous exercez actuellement ?

2. Comment définiriez-vous la douleur psychologique et comment la repérez-vous chez vos patients ?

3. Quels signes verbaux et non verbaux vous alertent sur une souffrance psychologique?

4. Avez-vous vécu une situation où la douleur psychologique a été plus difficile à détecter ? Pourquoi ? vous avez mis quoi en place ?

5. selon vous, que se passe-t-il dans la relation de soin quand la douleur psychologique n'est pas prise en charge

6. Comment percevez-vous l'impact de votre relation avec le patient sur son bien-être et sur l'efficacité de votre soin ?

7. Que signifie pour vous « déshumanisation des soins » dans la pratique IDE ?

Pensez-vous que le défaut de prise en charge de la douleur psychologique peut contribuer à cette déshumanisation ? Pourquoi ?

8. Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour mieux prendre en charge la douleur psychologique?

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

DUBOIS-THERRAS Emilie
Étudiante en soins infirmiers

Annexes II. Réponse demande d'entretiens

Madame DUBOIS-THERRAS
Emillie Emidbs84@gmail.com

Direction des Soins

Tél : 04.....

Affaire suivie par :

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

Avignon, le 22 février 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. votre lettre du 18/02/2026

Madame,

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 savoir que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec

Monsieur B , Cadre de santé des Urgences au 04....., ou Madame M au 04.....,

Madame M , Cadre de santé de SMR au 04..... Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

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

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

Annexe III. Grilles d'entretiens

« Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'intéresse à la manière dont les infirmiers prennent en charge la douleur psychologique et à l'impact de la relation soignant-soigné dans cette prise en charge. Il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique, mais de comprendre vos expériences, perceptions et réflexions. L'entretien durera environ 10 minutes et sera enregistré pour être retranscrit ultérieurement, dans le strict respect de l'anonymat.

1. Présentation du professionnel

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, me décrire votre expérience professionnelle et votre ancienneté dans le service où vous exercez actuellement ?

Relances

: Depuis combien d'années exercez-vous dans ce service ?

Avez-vous travaillé dans d'autres services auparavant ?

Qu'est-ce qui caractérise votre service (type de patients, rythme...) ?

Avez-vous une formation spécifique en lien avec la relation de soin ou la douleur ?

Depuis combien d'années exercez-vous dans ce service ?

2. Comment définiriez-vous la douleur psychologique et comment la repérez-vous chez vos patients ?

Relances :

Quels éléments vous permettent de différencier la douleur physique et psychologique ?

Est-ce une évaluation plutôt intuitive ou structurée ?

Utilisez-vous des outils ou échelles spécifiques ?

Cette perception évolue-t-elle avec l'expérience ?

3. Quels signes verbaux et non verbaux vous alertent sur une souffrance psychologique ?

Relances :

Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?

Y a-t-il des signes plus discrets que vous avez appris à repérer avec le temps ?

Les patients expriment-ils facilement leur souffrance ?

Le silence ou le retrait peuvent-ils être des indicateurs selon vous ?

4. Avez-vous vécu une situation où la douleur psychologique a été plus difficile à détecter ? Pourquoi ?
vous avez mis quoi en place ?

Relances :

Qu'est-ce qui a rendu la situation complexe ?

Y avait-il des facteurs contextuels (urgence, charge de travail...) ?

À posteriori, referiez-vous quelque chose différemment ?

Avez-vous sollicité l'équipe ou d'autres professionnels ?

Quelles ressources avez-vous mobilisées ?

5. selon vous, que se passe-t-il dans la relation de soin quand la douleur psychologique n'est pas prise
en charge

Relances :

Quelles conséquences observez-vous chez le patient ?

Cela peut-il influencer l'adhésion aux soins ?

Avez-vous constaté un impact sur l'évolution de l'état de santé ?

Et sur la relation soignant-soigné ?

6. Comment percevez-vous l'impact de votre relation avec le patient sur son bien-être et sur
l'efficacité de votre soin ?

Relances :

Qu'est-ce qui favorise selon vous une relation de confiance ?

Avez-vous un exemple où la relation a amélioré le soin ?

À l'inverse, une relation difficile peut-elle nuire au soin ?

Comment adaptez-vous votre posture selon les patients ?

7. Que signifie pour vous « déshumanisation des soins » dans la pratique IDE ?

Pensez-vous que le défaut de prise en charge de la douleur psychologique peut contribuer à cette déshumanisation ? Pourquoi ?

Relances : Avez-vous déjà été témoin de situations que vous qualifieriez de déshumanisées ?

Quels facteurs y contribuent selon vous (temps, organisation, pression...) La technique peut-elle prendre le pas sur la relation ?

Comment éviter cela au quotidien ?

Le manque de prise en compte de la souffrance psychologique vous paraît-il fréquent ?

8. Selon vous, que faudrait-il mettre en place pour mieux prendre en charge la douleur psychologique ?

Relances :

Quels outils ou formations seraient utiles selon vous ?

Le travail en équipe joue-t-il un rôle ?

Faut-il plus de temps dédié à la relation ?

Le rôle des psychologues est-il suffisant dans votre service ?

Quelles améliorations concrètes seraient réalisables rapidement ?

« Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses.

Votre expérience et vos réflexions sont précieuses pour mieux comprendre la prise en charge de la douleur psychologique et la relation soignant-soigné.

Avant de terminer, souhaitez-vous ajouter quelque chose ou partager un point que nous n'avons pas abordé ? »

« L'entretien est maintenant terminé. Les informations seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Merci encore pour votre participation. »

Annexe IV . Entretiens

Entretien Maxime :

MOI

1 Voilà, donc Ben je vous remercie de répondre à mes questions donc pour mon mémoire. heu... Donc je vais
2 commencer par vous demander de vous présenter. Voilà de décrire un petit peu votre expérience
3 professionnelle, votre ancienneté dans le service et de présenter un petit peu le service.

Maxime:

4 OK, alors moi écoute, j'ai 22 ans, je suis diplômé depuis bientôt 2 ans en juillet, ça fera 2 ans en juillet. J'ai
5 commencé au bloc opératoire dans une clinique privée, après j'ai fait de l'EHPAD en intérim pendant 2 /3
6 mois. Après, je suis reparti dans la même clinique privée pour faire le pool, donc tout ce qui était médecine
7 aiguë, cardiologie, écho cardiaque, etc. Et après, je suis arrivé ici il y a un an en tout et pour tout, ça fait un an.
8 Ouais, voilà.

Moi:

9 Et pourquoi ce service ?

Maxime:

10 Parce qu'ici, je trouvais qu'il y avait une très bonne prise en charge, puis une bonne équipe aussi. Il faut dire
11 qu'on vient surtout travailler aussi pour l'équipe maintenant. Puis il y avait des soins palliatifs, donc j'ai fait
12 mon mémoire aussi sur les soins palliatifs, donc sur la prise en charge des soins palliatifs, de ce que ça nous
13 impacte à nous, soignants. Et c'est pour ça que je suis venu tout naturellement ici.

Moi:

14 D'accord, c'est pour les soins palliatifs, c'est ça, donc ça fait un an. Du coup, comment définirais-tu la douleur
15 psychologique et comment est-ce que tu vas la repérer chez tes patients?

Maxime:

16 Alors, la douleur psychologique, c'est vrai que comparé à la douleur somatique, c'est beaucoup
17 plus..complexe et compliqué parce que des fois on peut avoir des besoins déguisés aussi dans la douleur
18 psychologique. Du coup, comme une personne qui est souvent en demande, qui a... qui a souvent peur
19 aussi de rester seule, c'est des besoins déguisés.

20 Donc nous, c'est vrai que dans les services comme les nôtres, comme dans un centre hospitalier en général, on
21 s'occupe plus de la douleur que le patient ressent plutôt que de la douleur psychologique. Mais ce qui est ce

22 qui est aussi important, c'est le faciès du patient, parce que je trouve que d'un jour à l'autre, il peut changer. Et
23 c'est là qu'on ressent aussi qu'il y a une petite gêne ou quelque chose qui.. qui est pas imputable au somatique
24 puisqu'il y a les traitements qui sont donnés. Enfin, il y a des surveillances qui sont faites sur la douleur, sur
25 les suivis thérapeutiques, et cetera. Mais c'est vrai que sur la douleur psychologique, nous, on a de la chance,
26 c'est qu'on a une psychologue dans le service qui peut aussi nous aiguiller sur ce que la patiente demande ou
27 le patient. Et c'est comme ça que des fois on répond aussi à la douleur psychologique. Voilà.

Moi :

28 Ouais, du coup, je voulais parler après des signes verbaux et non verbaux qui peuvent vous alerter.

Maxime:

29 Ah oui, c'est le faciès. Il est hyper important sur une personne qui d'habitude est joviale, où on rentre, ça se

30 passe hyper bien et que le lendemain, par contre, on se rend compte que ben ... la communication est

31 compliquée, que la relation soignant soigné se fait pas ou qu'il y a plus d'engagement thérapeutique auprès
32 du patient aussi parce que on donne des traitements, mais c'est quand même eux qui les prennent et là on se se
33 pose des question, puis on a une très bonne équipe dynamique où vraiment on communique entre nous sur les
34 patients et on se dit bon bah là d'habitude elle est comme ça et pas comme ça. Enfin, c'est comme ça qu'on fait
35 le suivi aussi des patients. Voilà.

Moi:

36 Et du coup, le fait qu'ici ce soit du moyen de séjour, tu penses que ça change ta prise en charge de la douleur
37 psychologique?

Maxime:

38 Ah oui oui, parce que dans le court séjour, malheureusement, bah les patients, on sait qu'à un moment donné,
39 en une semaine, 2 semaines, généralement le taux d'occupation du lit il est rapide, alors que ici, franchement,
40 on a le temps de discuter. On connaît le social du patient, on sait où il habite, enfin, on sait s'il rentre à la

41 maison, on sait s'il a de la famille, enfin, il y a des suivis, il y a des staffs aussi. C'est comme ça qu'en fait on
42 suit bien la prise en charge du patient et on se rend compte des fois que çaqu'il y a des particularités, quoi.

Moi:

43 D'accord, est-ce qu'il y a une situation où la douleur psychologique elle a été plus difficile à détecter que tu as
44 pu rencontrer et quand ça a été difficile, est-ce que tu as mis des choses en place?

Maxime:

45 Alors, je... il y a pas une situation qui m'a plus marqué que d'autres. Mais oui, c'est vrai qu'on a, on a souvent
46 des patients qui se demandent pourquoi ils sont encore là. Enfin, ils pensaient en court séjour partir rentrer à
47 la maison et finalement ils restent chez nous encore un mois, 2 mois, le temps que les aides se mettent en

48 place. Et des fois, on a, oui, des patients qui sont pas très bien, enfin qui voulait sortir et du coup ils

49 expriment ça en criant. en.... Là actuellement, on a une.... enfin on avait une patiente là qui est sortie il y a 2
50 jours, qui est restée avec nous un mois, où c'était vraiment... on rentrait dans la chambre, elle criait enfin....
51 et pourtant, il y a pas de douleur somatique puisqu'elle était vraiment traitée avec des Dolipranes. Enfin, elle
52 nous disait qu'elle n'avait pas de douleur, mais comme elle voulait rentrer chez elle, en fait, elle exprimait son
53 envie de rentrer par une douleur enfin... Psychologique, on peut dire ça comme ça, elle faisait que crier, enfin
54 elle s'exprimait qu'en criant quoi, et rien ne pouvait l'apaiser alors qu'il y avait de la morphine qui a été mise
55 en place. Il y avait des antalgiques de palier un, palier 2, palier 3. Enfin, pour les douleurs neuropathiques

56 aussi, il y avait du kiné, la famille qui venait enfin et on répondait pas à ce problème réellement jusqu'au jour
57 où la médecin a compris que c'était peut-être un problème de dépression plutôt et le temps que le traitement se
58 mette en place.

59 Et là, pour le coup, on a pu vraiment voir la différence où c'était plus des...des cris, c'était plus du chant,

60 d'accord, donc c'est comme ça qu'on a pu voir qu'il y avait un léger mieux.

Moi:

61 Et est-ce que tu penses que culturellement les gens témoignent de leur douleur psychologique différemment?
?

Maxime:

62 Oui, ouais, mais comme dans la douleur aussi, la douleur somatique, ça dépend de la culture. Je pense que

63 Oui, la culture fait beaucoup. Enfin, la manière dont on a été élevé aussi, les valeurs qu'on a, c'est ouais.

64 Ouais, ça change beaucoup.

Moi:

65 du coup, selon toi, qu'est-ce qui se passe dans la relation de soin ? Quand la douleur psychologique est

66 ignorée, qu'elle n'est pas prise en charge?

Maxime:

67 Ben du coup, je pense qu'on fait un travail vraiment à 50% quoi. On fait vraiment le côté somatique, on se dit
68 bon, la patiente elle est stable, elle est bien, on est là pour la soigner, ses maux, ses problèmes.

69 Mais le psychologique de plus en plus, c'est important d'en parler parce que la situation actuelle fait que tout
70 change et qu'on parle plus vraiment du somatique, on parle plus d'une prise en charge globale, mais que c'est
71 hyper important de prendre en charge aussi la douleur psychologique. Vraiment important, ouais.

Moi:

72 Du coup, comment tu perçois l'impact concrètement sur le patient, sur son bien être et jusqu'à l'efficacité du
73 soin? Tu as déjà un peu répondu, mais...

Maxime:

74 Bah c'est sûr que si on répond qu'à 50 %, c'est comme pour tout, comme dans une relation amicale ou autre
75 chose, et une relation soignant soigné aussi, ça doit aller dans les 2 sens. Et s'il y a un interlocuteur ou un

76 intervenant qui répond qu'à 50%, bah malheureusement la prise en charge n'est pas optimale et la relation ne
77 se crée pas, mais il y aura des réserves quoi, des 2 parties parce que les 2 parties seront pas pleinement

78 confiantes entre elles, quoi... Donc il y aura pas trop d'efficacité sur il y aura une efficacité sur le côté

79 somatique, mais sur le côté psychologique malheureusement... Et on sait que le patient maintenant est acteur
80 puisqu'il y a de la prévention, de l'éducation. Enfin, on fait de plus en plus ça et ça se crée pas, quoi.

Moi:

81 Du coup, mon 3e concept, c'est la déshumanisation des soins et j'aurais aimé savoir pour toi ce que c'était que
82 la déshumanisation des soins dans la pratique infirmière?

Maxime:

83 Bah c'est oublier que le patient ressent des choses. Voilà, pour moi... enfin de pas respecter la personne

84 qu'elle est. C'est comme admettons, on va faire une prise de sang, on lui dit pas qu'on pique, on... enfin qu'on banalise les soins. En fait, finalement, banaliser les soins, c'est banaliser la personne qui est en face de nous. 86 Pour moi, c'est ça.

Moi:

87 Et du coup, ... est-ce que tu fais le lien entre le... Pour toi, est-ce qu'il y a un lien entre le défaut de prise en

88 charge de la douleur psychologique et la déshumanisation des soins? ? Est-ce qu'il peut y avoir un lien?

Maxime:

89 Oui, oui, il y a un lien. Ouais,

Moi:

90 Du coup, selon toi, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour mieux prendre en charge cette douleur

91 psychologique? ?

Maxime:

92 Alors, je pense déjà à un patient. Comment on dit ?...les patients qui interviennent aussi, qui parlent de leur

93 expérience quand ils ont été hospitalisés...

94 Parce que je pense que ça c'est hyper important de faire aussi des tables rondes avec tous les professionnels

95 de santé qui prennent en charge ce qu'on fait, maintenant parce que la qualité arrive. Du coup, je pense que

96 les tables rondes c'est hyper important que chacun nous donne son ressenti parce que ça nous fait poser

97 question de ...”ah bah ma collègue aurait pu répondre ça, mais pourquoi moi j'ai pas répondu aussi la même

98 chose?”... enfin qu'on n'ait pas une même ligne de conduite pour moi, c'est ça le problème.

Moi:

99 Vous le faites ici?

Maxime:

100 on le fait ici.

101 Ouais, on fait des staffs enfin tous les mercredis de toutes les semaines, on fait des staffs, on parle de la

102 famille avec l'assistante sociale. Enfin, franchement, on a toujours des remises en question sur le patient,

103 comment il était, comment il devient aussi puisqu'il y a une perte d'autonomie. Donc on voit la douleur du

104 patient qui se sent régressé alors qu'il pensait rentrer à la maison finalement..., ils rentrent dans un

105 établissement de santé sans rentrer à la maison, donc on voit quand même de la dégradation du patient, donc

106 ils nous le disent... Donc on est obligé de faire des tables rondes sur ça parce que nous aussi, des fois, ça

107 nous questionne sur la prise en charge.

Moi:

108 Du coup, moi, mon questionnaire est terminé. Est-ce que tu vois des choses à rajouter sur ce sujet? ?

Maxime:

109 Non, non.

Moi:

110 Ben je te remercie beaucoup d'avoir répondu à mes questions

Entretien Julia :

Moi

1 Bonjour, alors merci d'avoir accepté cette participation à mes entretiens concernant mon mémoire. Du coup, je
2 m'intéresse à la manière dont les infirmiers prennent en charge la douleur psychologique et à l'impact de la
3 relation soignant soigné dans cette prise en charge. Donc, il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique mais de
4 comprendre les expériences, les perceptions et les réflexions. Donc, cet entretien se fait dans le strict respect
5 de l'anonymat.

6 Dans un premier temps, est-ce que tu peux te présenter en quelques mots et me décrire ton expérience
7 professionnelle, ton ancienneté dans le service ? Et voilà, me parler un peu du service.

Julia:

8 , bonjour, moi c'est Julia, j'ai 42 ans, je suis infirmière depuis 5 ans au SSR ... et avant j'étais aide soignante
9 pendant 6 ans sur l'hôpital aussi en service de médecine et réanimation. Voilà.

Moi:

10. Du coup, qu'est-ce qui caractérise le service ici? ? Comment définirais-tu ce service?

Julia:

11. Alors , la réadaptation, soit pour un retour à domicile quand c'est trop précoce pour rentrer directement des
12 services aigus au domicile, et sinon pour un accompagnement, un placement en EHPAD. Voilà, on fait
13 beaucoup de social ici, et de réadaptation physique avec de la rééducation, ce dont ont besoin les patients
14 après une période d'hospitalisation.

moi:

15 Du coup, comment définirais-tu la douleur psychologique et comment tu la repères chez tes patients? ?

Julia:

16 Ben alors, la douleur psychologique... ben c'est la douleur morale. il n'y a pas que la douleur physique, et ben
17 on la repère assez rapidement. On voit bien dans les discours voilà , si l'humeur est bonne ou pas. Et c'est vrai
18 que ben , elle est souvent pas bonne ici parce que voilà, ils sont âgés, ils... enfin la plupart espéraient un

19 retour à domicile. On leur parle d'un placement en EHPAD, donc tout ça questionne. Voilà, il y a beaucoup
20 de souffrances. Après, il y a aussi les annonces de maladies. Enfin donc oui, il y a beaucoup de souffrances
21 morales pour un peu qu'ils aient pas de famille et qu'il se retrouve seul. Enfin, c'est vrai qu' on y est confronté
22 tous les jours.

Moi:

23 Est ce que vous avez des formations, vous? concernant cette prise en charge de douleurs psychologiques?

Julia:

24 Alors, il y a des formations qui existent sur l'hôpital, mais c'est vrai qu'après c'est au personnel de le réclamer
25 et après, on a la chance dans le service d'avoir une psychologue. Donc voilà, on parle beaucoup, on débrieife
26 beaucoup avec C., notre psychologue, et avec les médecins aussi bien sûr, tous les jours pendant la relève, les
27 staffs... Voilà, on y accorde beaucoup d'importance.

Moi:

28 La psychologue est sur site et elle voit tous les patients,c'est ça?

Julia:

29 Oui c'est ça, enfin... ceux qui ont besoin, mais c'est vrai que du coup c'est appréciable de l'avoir à disposition
30 et qu'elle puisse intervenir de suite. C'est vrai que ça ? comparé à certains services où il faut faire des
31 demandes et puis le temps qu'elle arrive, des fois les patients sont partis donc voilà.

Moi:

32 Du coup, est ce que dans ton repérage de la souffrance psychologique, qu'est ce tu repères? des signes
33 verbaux, non verbaux? ? Comment tu les vois?

Julia:

34 ben alors oui, il y a... ben les expressions.;; Là justement, j'ai fait intervenir il y a pas longtemps la
35 psychologue chez une dame, je lui fais la toilette, 3 fois elle me verbalise," j'en ai marre, je veux mourir."
36 Voilà donc là c'est clair, mais après des fois c'est pas expliqué, mais après quand on les voit dans le lit toute la
37 journée. Pas d'appétit, voilà, qu'il n'y a pas beaucoup de contact... On se doute bien qu'il y a quelque chose,
38 donc des fois c'est pas dit, mais on le... ça se voit sur la personne. S'il n'y a pas de sourire, ça peut être visuel
39 aussi. " elle tousse" ... Je suis désolée.

Moi:

40 Du coup, est-ce que t'as déjà vécu une situation où la douleur psychologique elle a été plus difficile à détecter
41 ou t'as eu du mal à... Elle était réelle, mais toi tu as eu du mal à la détecter et est-ce que tu as pu mettre des

42 choses en place? ?

Julia:

43 Une douleur que j'aurais pas vue.

moi:

44 Ouais, quelque chose de plus complexe.

Julia:

45 Bah après, il y a des fois il y a des histoires de vie qu'on nous raconte pas forcément, donc des fois oui, des

46 fois on sait pas tout.

Moi:

47 Et est-ce que le facteur organisationnel, la charge de travail, est-ce que toi tu penses que ça peut avoir un

48 impact sur ta... ta perception et ta prise en charge?

Julia:

49 Après, dans ce service, non, mais dans d'autres services, je pense au service de médecine où j'étais avant.

50 C'est vrai que des fois, tu es tellement phagocyté par toute la programmation des soins, que du coup, oui, tu

51 sens que le patient il a envie de te parler. Voilà, tu parles un peu mais tu es courte parce que tu sais que

52 derrière tu as ta prise en charge des autres patients. Et j'en avais parlé justement à l'école et on m'avait dit oui,

53 non mais il faut dire pour l'instant" je ne suis pas disponible", " je me rendrai disponible plus tard," mais on

54 sait très bien que plus tard, ben on court toute la journée. Donc après, voilà, c'est savoir repérer, informer le

55 médecin et puis la psychologue qui sont là aussi pour.... Voilà, pour prendre le relais quand nous on ne peut

56 pas. Et puis après aussi avec les aides soignantes, ils parlent beaucoup pendant la toilette, c'est des moments

57 d'échanges, donc ça c'est précieux aussi. Et c'est vrai qu'ici, vu qu'on fait aussi beaucoup les toilettes, c'est là

58 où on découvre aussi pas mal, enfin qu'on a des infos, qu'on peut repérer certaines choses.

Moi :

59 Selon toi, qu'est ce qui se passe dans la relation de soins? Qu'est ce qui se joue en fait quand cette douleur

60 psychologique n' est pas prise en compte? ?

Julia:

61 Ah, la relation de soin, forcément, s'ils se sentent pas compris, écoutés, enfin considérés, j'ai envie de dire,

62 parce que moi c'est ça en fait, c'est pas qu'un patient avec un nom. Enfin voilà, j'essaie de connaître la

63 personne, savoir un peu, et je trouve que dès qu'on essaie de créer une relation, ben la cohésion des soins ça
64 se fait tout de suite beaucoup mieux, l'adhésion, la participation. Et puis qu'ils se sentent enfin ..ouais, estimés
65 parce que pour certains...(elle tousse) .

moi :

66 Tu trouves que ça a un impact dans l'évolution de l'état de santé?

Julia :

67 (Elle tousse) Pardon, tu peux couper ? Je vais aller boire un verre d'eau. Je suis en train de m'étouffer....(Elle
68 se lève pour se servir de l'eau et se rassoit).

69 Ah oui, que l'adhésion.. que l'état de santé pouvait s'améliorer, par rapport... alors je ne sais pas si ça peut

70 améliorer l'état de santé, mais en tout cas ça peut améliorer la dynamique dans la prise en charge. C'est à dire

71 que s'il y a quelqu'un qui est au fond du lit, qu'on ne s'en préoccupe pas. Voilà, et qu'on essaie pas de le

72 stimuler, de savoir, ben déjà de savoir , de le stimuler et qu'est ce qu'il a.... Je te donne un exemple, j'arrive

73 un jour, je vois un monsieur dans le lit, voilà, et je lui dis "Oh, vous avez l'air tout triste." Il dit "Oui, ma

74 femme est en train de mourir d'un cancer"..

75 Est ce que tu crois que je vais le stimuler ? Allez, hop hop hop , au fauteuil, enfin voilà. Donc là, non, l'intérêt

76 c'est pas le fauteuil, c'est de... ben discuter avec lui, voilà, essayer de le réconforter, donc, oui, enfin, c'est sûr

77 que si on les... si je m'en étais pas préoccupée, je le laisse au fond du lit, voilà.

78 Du coup, après, il ne fait pas sa réeduc, c'est un retard de retour à domicile, donc oui, ça va impacter. Donc

79 ouais, je pense que ça peut se dégrader quoi , si on se préoccupe pas de leur état psychologique.

moi:

80 Ouais, du coup pour toi, ça impact la relation... ça a un impact sur l'efficacité du soin. Et est-ce que pour

81 l'adhésion au soin ? Est-ce que tu as un exemple en fait où à un moment donné ça a amélioré ton soin?

Julia:

82 La relation ? Ouais, tous les jours enfin. Bah des exemples, “ah mais avec toi il fait ça, mais enfin ouais, c'est

83 souvent oui, toi tu arrives à le lever, nous on n'y arrive pas”..., parce qu'après, ouais bon, c'est pas comme des

84 amis, mais j'essaie de créer une relation où voilà, ils savent que je suis Julia, voilà, ils savent, ils disent : “oui,

85 on peut compter sur vous, enfin, ah c'est vous demain?” Enfin voilà, si ça déjà ça leur fait du bien... Voilà,

86 mais après, des exemples concrets, là, te dire tout de suite... pourtant on en a plein. Voilà, si, il y a un patient

87 qui est arrivé, non, oublie, non, en fait, il y a plein d'exemples. Oui, grâce à nous, ils ont été mieux, mais ça

88 c'est le ...enfin ,heureusement, c'est ce qui est attendu de toute façon.

Moi:

89 Du coup, qu'est ce que pour toi signifie la déshumanisation des soins dans la pratique infirmière? ?

Julia:

90 Ah ben, c'est s'occuper que du corps et pas de pas voir le patient, que sa pathologie, mais pas de se

91 préoccuper, ben parce qu'il a des enfants.

92 Enfin ouais, c'est quelqu'un dans un lit, mais on s'occupe juste de sa pathologie et pas de l'ensemble de la

93 globalité du patient.

Moi:

94 Et du coup, est ce que tu penses que ce défaut de prise en charge de la douleur psychologique contribue à

95 cette déshumanisation? ?

Julia:

96 Ah bah bah faut... enfin oui, pour moi, c'est pas humain de pas tenir compte de la douleur quelle qu'elle soit.

97 quoi.

98 Enfin, on prend en charge un patient avec sa vie, son histoire et du coup, si on se préoccupe pas de tout ça,

99 oui, c'est ...après, c'est un patient lambda quoi. Alors que moi, enfin, ouais, les soins doivent être

100 personnalisés et adaptés à la personne. Ce qu'on va faire avec un, on le fait pas avec l'autre d'à côté, mais

101 bon, pour tout ça, faut s'intéresser, prendre du temps, c'est souvent l'histoire du temps aussi, le problème ou

102 la communication. Après, on dit : “Bonjour, je vous prends les constantes, vos médicaments “...et hop, ils

103 passent à côté. Chacun envoie le métier à sa façon.

Moi :

104 Ah oui....Et du coup, selon toi, qu'est ce qu'on pourrait mettre en place pour mieux la prendre en charge,

105 cette douleur psychologique? ? Est ce qu'il y a des formations, des outils?

Julia:

106 Ben La formation, oui, et puis après c'est un devoir aussi. Je pense que c'est l'impulsion, ça dépend du

107 service, du travail en fait, ça dépend pourquoi.... C'est sûr que tu viens en coro, c'est juste pour faire une

108 coro. Ils en font 50 par jour, ils ne vont pas prendre le temps de savoir.” Alors, vous avez des enfants, vous

109 vivez ici.” c'est pas du tout pareil en SSR, c'est la relation qui est différente et l'histoire de temps. C'est vrai

110 que nous, on les garde longtemps, donc forcément, Ben on apprend à les connaître. Tu peux pas voir pareil

111 avec un patient qui est aux urgences par exemple, ça rentre, ça sort. Des fois, tu y retournes et il est déjà parti

112 dans un service. T'as pas le temps de savoir s'il avait des enfants ou quelque chose, ou s'il avait peur. Ou

113 enfin ça, tu le vois quand même, tu repères les angoisses. Puis il faut se dire que... Enfin, arriver à l'hôpital,
114 c'est angoissant déjà.

Moi:

115 Merci beaucoup pour ton temps et tes réponses. voilà, l'entretien est terminé et les informations seront

116 anonymisées. Merci.

ENTRETIEN GABRIEL

moi :

1 Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

2 Je m'intéresse à la manière dont les infirmiers prennent en charge la douleur psychologique et à l'impact de la
3 relation soigné-en-soigné de cette prise en charge. Il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique, mais de comprendre
4 vos expériences, perceptions et réflexions.

5 L'entretien durera environ dix minutes et sera enregistré pour être transcrit ultérieurement dans le strict respect
6 de l'anonymat. Donc, pouvez-vous vous présenter en quelques mots, me décrire votre expérience

7 professionnelle et votre ancienneté dans le service ?

Gabriel:

8 Bonjour, du coup, moi, je suis Gabriel. J'ai 24 ans Ça va faire huit mois que je suis infirmier, donc j'ai

9 commencé par les urgences.

10 Avant d'être infirmier, j'étais aide-soignant. J'ai fait un an aide-soignant dans différents services comme

11 l'USLD, le cours séjour gériatrique, SSR et un petit peu de chirurgie. Donc, à l'issue de ça, j'ai eu mon

12 diplôme infirmier, j'ai été diplômé et j'ai postulé aux urgences parce que j'avais fait un stage aux urgences qui
13 ne m'avait plus.

14 Donc, voilà, huit mois que je suis dans le service et je prends comme secteur le secteur 2. C'est tout ce qui va
15 être les patients... C'est les urgences médicales, on va dire. Après, l'UHCD, donc c'est là où les patients vont
16 être hospitalisés. Et voilà.

moi :

17 Parfait. Comment définiriez-vous la douleur psychologique et comment la repérez vous chez vos patients ?

Gabriel :

18 Pour moi, la douleur... Donc, il y a deux types de douleurs pour moi. Il y a celle qu'on va plus identifier aussi
19 par le langage verbal du patient.

20 Donc, du coup, ce qu'il va nous dire... verbaliser..., tout simplement. Il va pouvoir... Nous, on a différents

21 outils pour justement l'évaluer, comme des échelles numériques ou des choses comme ça. Et on a aussi le

22 langage non verbal du patient qui va nous aiguiller là-dessus.

23 Donc, ça va être tout bête, mais s'il y a des zones où il a mal, il va souvent la protéger ou alors avoir une

24 position antalgique qu'il va adopter lui-même de manière inconsciente. Puis, concernant la douleur

25 psychique, en fait, on en a tous vécu. Donc, du coup, on sait ce que c'est.

26 On sait que des fois, ça peut faire bien plus mal qu'une douleur physique. Donc, voilà.

Moi:

27 Du coup, est-ce que vous avez l'impression que cette perception de la douleur, enfin, de ce que vous vous

28 percevez, elle évolue avec l'expérience ?

Gabriel :

29 Je pense que déjà, elle évolue dans la simplicité que nous, dans notre vie, en règle générale, on en rencontre,
30 que ce soit nos propres douleurs qu'on a ou alors de notre entourage, que ce soit tout bête, mais quand on va
31 avoir une séparation ou un décès, on a des douleurs psychiques.

32 Donc, du coup, c'est assez simple, on va dire, de se la représenter. C'était quoi la question, déjà ?

Moi :

33 Est-ce que vous avez l'impression que ça évolue avec l'expérience ?

Gabriel :

34 du coup, je pense que l'expérience, on s'en rend plus compte parce que du coup, on va rencontrer différents

35 patients avec différentes origines, différentes façons de la représenter, puisqu'on sait que selon les cultures, il
36 y en a qui montrent moins leurs douleurs que dans d'autres.

37 Donc, je pense que l'expérience y joue beaucoup et la vie personnelle, en fait, le fait d'avoir des expériences
38 dans notre vie, ça va nous aider à s'en rendre compte plus facilement.

moi :

39 Est-ce que vous avez l'impression que les patients expriment facilement leur souffrance et qu'ils sont entendus
?

Gabriel :

40 Je pense que c'est propre à chaque patient. On va dire qu'il y en a déjà qui vont avoir un tempérament à

41 peut-être être plus dans la demande et dans la façon de dire que les choses vont pas, d'autres qui seront plus
42 introvertis. Après, ça dépend aussi, je pense, du soignant.

43 Comment il va être ? Est-ce qu'il va se montrer disponible ? Est-ce qu'il va prendre le temps d'écouter son

44 patient, d'écouter le patient et de se dire, est-ce que vous avez mal ?

45 Et dans le langage non-verbal, encore une fois, se montrer disponible puisque quelqu'un qui dit, vous avez

46 mal, mais qui en même temps est déjà parti et a le dos tourné, il sera moins disponible que quelqu'un qui va
47 être à l'écoute, s'abaisser au même niveau que le patient, tout ça. Donc, ça dépend du patient et de sa façon

48 d'être et du soignant aussi, je pense.

Moi :

49 Et du coup, est-ce qu'il y a une situation où la douleur psychologique est plus difficile à détecter ? Est-ce que
50 vous avez un exemple concret ? Et si oui, après, dans l'analyse, est-ce qu'il y avait des facteurs contextuels,

51 l'urgence, une charge de travail ?

Gabriel :

52 Moi, là, ce qui me vient tout de suite, c'est très spécifique, mais comme j'ai fait mon stage au Cambodge, la
53 culture en Asie, en fait, ils n'expriment quasiment pas leur douleur.

54 Donc, quand je suis arrivé là-bas, j'ai l'impression que personne n'avait mal, personne ne se plaignait. J'ai vu
55 un accouchement où, justement, cette scène qui me revient, en fait, la dame ne se plaignait pas. Elle n'avait

56 quasiment pas eu d'antalgique et elle ne disait rien.

57 C'est quelque chose qui doit faire extrêmement mal, en fait, et rien. Et je me dis que vraiment, la culture, j'ai
58 remis le point là-dessus, parce que la culture joue énormément. Ça aurait été peut-être dans une autre

59 culture...(il hesite)...Mais là, je ne sais pas si...

Moi :

60 Oui, je comprends. Et du coup, pour une situation difficile à détecter, est-ce qu'il y a des ressources ici dans
61 ce service ? Est-ce que vous pouvez vous référer à d'autres professionnels ?

gabriel :

62 C'est ça. Après, si jamais vraiment on a un doute ou des choses comme ça, on peut se solliciter entre

63 collègues.

64 Après, on a un protocole pour la douleur. Donc, on va s'y référer. Il y a quelque chose de visuel.

65 Si la personne ne parle pas notre langue et a des difficultés à s'exprimer, on va avoir une échelle qui va

66 directement nous montrer, pour pouvoir indiquer le degré de la douleur. Et sinon, après, pour moi, c'est

67 vraiment le langage non-verbal qui va permettre d'essayer de comprendre la douleur si jamais on a du mal à
68 se la représenter et que ce soit clair.

moi:

69 Du coup, moi, ma question est plus axée sur la douleur psychologique?

Gabriel :

70 Ah, psychologique.(Il reflechit)

moi :

71 Est-ce que vous, vous avez des personnes ressources ?

Gabriel :

72 Après, c'est vrai que je ne connais pas très bien le service. En 8 mois que je suis là, je n'ai pas encore été

73 amené à y aller.

74 Mais je sais que d' un côté, si jamais ça nous dépasse trop, on a une infirmière en psychiatrie qui agit sur

75 l'établissement et il y a aussi un psychiatre qui peut venir en aide et faire des consultations à ces patients qui

76 sont emmurés dans la détresse psychologique.

moi :

77 Selon vous, qu'est-ce qui se passe dans la relation de soins quand la douleur psychologique n'est pas prise en

78 charge ?

Gabriel :

79 Pour moi, la douleur, c'est un facteur qui est primordial dans le soin. Quelqu'un à qui on ne considère pas la
80 douleur, on ne le considère pas du tout.

81 La relation de confiance entre le patient et le soignant va être biaisée. Quelqu'un qui a mal, il n'est pas

82 disponible. Je sais que, personnellement, quand j'ai mal ou quelque chose qui m'incommode, je ne vais pas

83 être dans la même écoute que si tout allait bien et que je pouvais entendre ce qu'on allait me dire.

84 Je pense que traiter la douleur, que ce soit psychologique ou physique, est extrêmement importante l'une

85 comme l'autre , pour entrer dans cette relation de soins et avancer ensemble.

moi :

86 Pour vous, ça impacte directement la relation de soins ?

Gabriel :

87 Oui, totalement. Surtout si elle n'est pas considérée et que rien est fait pour pouvoir l'interpréter.

88 C'est pour de l'interprétation.

moi :

89 Mon troisième concept, c'est la déshumanisation des soins. Est-ce que vous pourriez essayer de me définir ce

90 que c'est pour vous la déshumanisation des soins ?

Gabriel:

91 Pour moi, déjà, on le voit énormément aux urgences, surtout aux urgences ici.

92 Des fois, on se retrouve à prendre en charge sur une journée de 12h , 20/25 patients, à faire des soins qui sont
93 extrêmement répétitifs. Aux urgences, on fait souvent un bilan, on passe souvent par une voie. Ce sont des
94 soins qu'on fait systématiquement, ce qui fait que ça devient presque du travail à la chaîne.

95 Je m'excuse un peu du terme, c'est un peu violent, mais c'est presque ça. Au final, on déshumanise la chose,
96 on prend soin des êtres humains, mais au bout du 20e patient, il y a la fatigue. En plus de ça, moi, je travaille
97 la nuit.

Moi

98 Du coup, il y a aussi des facteurs qui peuvent influencer ça?

Gabriel :

99 Je pense que c'est un tout qui fait que, oui, on rentre dans la déshumanisation des soins. c'est un service qui
100 est très technique,

Moi :

101 Est-ce que vous pensez que la technicité, tous les protocoles, ça peut impacter cette déshumanisation ?

102 Est-ce que le patient , 'est qu' une pathologie à prendre en charge ?

Gabriel :

103 Bien sûr.

104 Après, selon les situations et le degré d'urgence, que ce soit psychologique ou physique, encore une fois, on
105 va prendre plus le temps ou non. Sur le côté technique, en soi, si c'est plus sur une douleur physique, comme
106 on fait le soin, entre guillemets, technique beaucoup de fois, c'est un soin qu'on maîtrise, et donc c'est plus
107 simple de communiquer avec son patient et de faire le soin en même temps. Alors que quelqu'un qui ne

108 manipule pas beaucoup va vraiment être concentré sur le fait de faire son soin, que vraiment rassurer le
109 patient, échanger avec lui, prendre des informations.

110 Donc je pense que ça a des côtés négatifs d'avoir des soins techniques et d'en faire souvent, mais ça a aussi
111 des points positifs.

Moi :

112 Du coup, selon vous, est-ce qu'on pourrait mettre en place des choses pour mieux la prendre en charge, cette
113 douleur psychologique ?

Gabriel :

114 Wow...C'est compliqué comme question, mais après, je pense que c'est surtout, comme on l'a dit, avec
115 l'expérience que ça vient, et puis je pense qu'il doit y avoir des formations potentielles pour pouvoir

116 s'informer sur les tips à avoir, ou même,j'en reviens là-dessus, la culture de chacun, selon les cultures, et des
117 formations, même, il doit y avoir des sites sur Internet ou des choses comme ça qui permettent de s'informer.

moi :

118 Ça marche. Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses. Votre expérience et vos réflexions sont

119 précieuses pour mieux comprendre la prise en charge de la douleur psychologique et de la relation

120 soignant-soignant.

121 Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose avant de terminer ?

Gabriel:

122 C'est bon, merci.

moi :

123 Merci beaucoup.

Entretien Elise :

Moi:

1 Donc, bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'intéresse à la manière dont les
2 infirmiers prennent en charge la douleur psychologique et à l'impact de la relation soignant-soigné dans cette
3 prise en charge. Il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique, mais de comprendre vos expériences, perceptions et
4 réflexions. L'entretien dure environ 10 min et sera enregistré pour être retranscrit ultérieurement dans le strict
5 respect de l'anonymat. Donc d'abord, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots, me décrire
6 votre expérience professionnelle et votre ancienneté dans le service des urgences?

Elise:

7 Alors, je m'appelle Elise, je suis infirmière depuis 18 ans maintenant. J'ai 39 ans, j'ai fait 15 ans en service
8 de... du SMIAP, donc c'est un service de médecine interne et d'infectiologie et médecine aiguë polyvalente. Et
9 je suis aux urgences depuis 2 ans.

Moi:

10 OK. Du coup, est-ce que vous avez une formation spécifique en lien avec la relation de soins et la douleur? ?

Elise:

11 Alors, j'ai la je j'étais référente douleur, donc on parle de la douleur en globalité dans mon ancien service.
12 Donc j'ai la formation douleur minimale, la niveau un, la niveau 2. Ensuite, j'ai fait des formations sur
13 l'agressivité des patients et la prise en charge des conflits et j'ai fait la formation RESC niveau un. Donc c'est
14 pour appréhender les douleurs physiques, psychologiques et pour essayer, on va dire, d'apaiser,
15 d'accompagner, les patients sur des douleurs aiguës ou alors pour apaiser et anticiper les douleurs avant des
16 soins, on va dire, désagréables, voire douloureux ou anxiogènes par exemple.

Moi:

17 Comment définiriez-vous la douleur psychologique et comment la repérez chez des patients?

Elise:

18 Alors, la douleur psychologique se manifeste déjà par tout ce qui est mimique. Donc, on va avoir quelqu'un
19 qui peut être soit renfermé sur lui-même, en pleurs, prostré, ou alors on va avoir tout l'inverse, quelqu'un qui
20 va être agité, violent, agressif. Après, il faut se fier aussi aux mimiques, donc on va avoir le regard, le visage
21 qui est crispé. On peut avoir une hyperventilation. Les gens ils ont des symptomatologies, type nausées,
22 vomissements, la douleur peut faire vomir. Il y a l'hypersudation et voilà. Puis bon... je crois que j'ai fait le
23 tour sur ça.... Oui, puis le côté psycho, voilà, c'est vraiment sur la détresse de la personne. Et puis bon, après,
24 il y a la verbalisation aussi.

Moi:

25 Et est-ce que vous avez l'impression que cette perception que vous avez, de la douleur psychologique, elle a
26 évolué avec votre expérience professionnelle?

Elise:

27 Complètement. Au début, je la voyais pas. Et puis, il y a l'expérience qui permet quand même de se dire que
28 la on a une personne peut contrôler sa douleur et la tolérance de la douleur est très différente d'une personne
29 à une autre.

30 Quelqu'un va vous dire qu'il a une douleur à 8 sur 10, par exemple avec les... avec l'échelle EN. Et en fait, il
31 y aura rien sur son visage, il sera calme. Il va vous dire qu'il a 8 sur 10 et quelqu'un qui va être agité, violent,
32 agressif, il va vous la coter à 3. Donc la perception, il m'a fallu beaucoup d'années déjà pour comprendre que
33 la douleur elle est différente d'une personne à une autre, qu'elle peut s'exprimer de façon très différente et que
34 on commence déjà à apaiser quelqu'un quand on lui dit qu'on entend et qu'on comprend. Si on ignore, ça aide
35 pas.

Moi:

36 Du coup, est-ce que vous avez vécu une situation où la douleur psychologique a été plus difficile à détecter? ?
37 Et qu'est-ce que vous avez pu mettre en place? ?

Elise:

38 Les douleurs psychologiques, elles sont très importantes. Alors, dans mon ancien service, c'était plus sur les
39 cas de patients chroniques avec des cas d'infection, par exemple des escarres surinfectées ou des plaies

40 surinfectées avec des traitements antibiotiques au long cours avec des PICline.

41 Donc là, c'était plus une détresse et une douleur psychologique sur le fait qu'ils perdaient une certaine

42 autonomie, ils perdaient un cadre de vie. C'était quand même douloureux. Les antibiotiques ont énormément
d'effets indésirables. Et puis le fait de ne pas rentrer chez soi, la perte d'autonomie. Avoir besoin d'aide pour

44 les actes de la vie courante, ça, on voyait que ça jouait beaucoup sur les patients. Alors, on va dire que là, je

45 le voyais plus aux urgences. Ce qui est compliqué, c'est que la prise en charge, elle est courte, elle est rapide
46 et c'est souvent... on a un passage qui est très court. Donc il faut se rendre compte vite et en fait, on priorise.

47 Alors, pour les.... la plupart des patients, on priorise la douleur physique parce que on va pouvoir agir vite

48 dessus, parce qu'on a des protocoles. Et en fait, si on arrive à apaiser les gens niveau douleurs physiques,

49 forcément que la douleur psychologique s'atténue. Par contre, sur les vraies douleurs psychologiques, eh ben
50 il faut arriver à accrocher le patient, donc il faut avoir un certain contact. Il faut arriver à les apaiser, voire les
51 recadrer, parce qu'il y a des situations où ils peuvent être très agressifs, très violents, très angoissés. Et si en
52 fait on n'arrive pas à les accrocher, eh ben en fait, on pourra rien en tirer. Et la relation elle est... Elle se base
53 dessus. Et là, après, on peut les emmener sur un apaisement, discuter et recentrer les choses. Après, on a

54 énormément de patients qui relèvent de la psychiatrie, toxicomanie, alcoolisation aiguë. Donc on a les.... on
55 a la douleur psychologique dans tous ces termes de patients-là, où par exemple chez les patients qui sont des
56 anxio-dépressifs, qui malheureusement ont un mauvais suivi, ils ont des idées noires et passage à l'acte. Donc
57 on a des IMV, des scarifications, ce genre de choses. Donc là, c'est très difficile à les soulager

58 psychologiquement parce que c'est un travail très minutieux et en fait on est plusieurs à agir dessus.

59 Donc il y a l'infirmière d'accueil qui doit déjà apaiser la chose, se rendre compte de la détresse. On en parle
60 au médecin, on essaie rapidement de donner un traitement pour les apaiser un petit peu selon leur état, s'ils

61 acceptent bien évidemment, pour ensuite faire une ouverture et ensuite arriver à discuter.

Moi:

62 Et ensuite ?

Elise:

63 Donc là en 2nd plan, il y a l'infirmière du secteur qui prend en compte. Ensuite, on a l'inf, le médecin et

64 ensuite on a l'équipe psy. Mais c'est vrai que tout seul on peut pas, et notre action, elle est très courte et selon
65 les états de souffrance psychologique, malheureusement, aux urgences, si c'est agitation, risque violent sur

66 lui-même ou sur le personnel soignant ou à l'extérieur, malheureusement, c'est directement sédation.

67 Et après, quand ils sont plus ou moins calmés, il y a une évaluation avec l'équipe Psy, puis généralement après
68 ça finit en hospitalisation de force. Donc c'est un peu particulier sur la souffrance psychologique aux urgences
69 parce que tous les cas de figure ils y sont et tout est très différent.

Moi:

70 Et du coup, selon vous, qu'est-ce qui se passe dans la relation de soins quand cette douleur psychologique,

71 elle est niée, elle est pas du tout prise en charge. Est-ce que vous pensez qu'il y a un impact sur le soin? ?

Elise:

72 Ça va impacter sur l'efficacité du traitement, la confiance que le patient peut vous accorder. Et il va pas se

73 sentir écouté et il va se sentir.... C'est pas question d'être valorisé, c'est d'être entendu et si on écoute pas, et
74 ben en fait, on soulage pas totalement. On peut mettre tous les médicaments qu'on veut si on n'a pas un

75 accompagnement psychologique et si on dit pas à la personne” je vous écoute, je vous entends” et limite “ je
76 vous comprends”, j'ai même ...enfin il faut avoir de l'empathie, ça soulagera pas totalement... que si on en
77 fait tout un accompagnement avec des explications, ben peut-être que la personne va suffire à s'apaiser et qu'y
78 aura pas besoin de recourir au traitement et que si on entend et qu'elle nous dit que vraiment elle est angoissée
79 et qu'elle en peut plus, on a plein de moyens à côté pour soulager. On a un collègue qui fait de la resc, on a de
80 l'hypnose, y a de la sophrologie qu'on peut mettre en place. y a plein de moyens pour apaiser, mais c'est hyper
81 important de le faire parce que ça fait quand même partie de notre rôle propre. Et puis les émotions, c'est un
82 petit peu ce qui est véhiculé là, les émotions qui majorent la douleur aussi. Et puis c'est quand même la base
83 de notre... De notre métier, c'est la relation, et ça fait une relation de confiance ou pas, et on peut tout

84 “foirer”... une prise en charge si je peux me permettre de parler comme ça si on n'écoute pas quelqu'un.

Moi:

85 Du coup, mon dernier concept, c'est la déshumanisation des soins. Qu'est-ce que ça signifie pour vous dans la
86 pratique IDE ? La déshumanisation des soins.

Elise:

87 Ben c'est : je prends un patient, je pique, j'administre selon le protocole et je réévalue et je ne prends pas en
88 considération le fait que ce soit une personne avec des émotions, un vécu, son ressenti. En gros, c'est... là, je
89 vais parler très familièrement, mais c'est genre c'est un bout de viande et je prends la pathologie. Et sur la

90 pathologie, je vais administrer tel et tel médicament. Comme un chirurgien, il y a une intervention à faire

91 parce que j'ai tendance à toujours comparer les chirurgiens parce que je les trouve très déshumanisés. Mais ça,
92 c'est mon côté... “ je les vois claquer des doigts quand ils viennent”. Mais c'est j'ai une pathologie, j'opère, j'ai
93 le traitement derrière et voilà. Et c'est à prendre.... Ben c'est oublier que l'être humain est quand même...

94 qu'on est on n'a pas que des organes, quoi, il reste des êtres humains.

Moi:

95 Du coup, dans l'amélioration de la prise en charge, qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Qu'est-ce qu'on pourrait
96 mettre en place selon vous ? Pour mieux la prendre en charge, cette douleur psychologique et éviter cette
97 déshumanisation?

Elise:

98 Ben déjà, il y a une chose à faire, c'est toujours se présenter quand on arrive auprès d'un patient. Ce qu' on a
99 Tendance à zapper , c'est “ bonjour”, vérifier.. Enfin voilà,, je suis...je m'appelle tel prénom, je suis....

100 Comment allez-vous? lui poser des questions ouvertes, pas fermées . Et puis lui demander si voilà comment
101 il se sent, si les soins qu'il a reçus, enfin les médicaments qu'il a reçus lui ont fait du bien, lui demander s'il
102 est bien soulagé, pas soulagé, qu'est-ce qu'il ressent? ? Mettre des mots sur les maux.

103 Et puis on dit s'il vous plaît, merci, au revoir ,quoi,les bases de la politesse, ce qu'on leur demande, il faut
104 qu'on leur donner aussi en fait, même s' ils ont des têtes qui font pas...qui nous donnent pas envie des fois,
105 (rires).

Moi:

106 Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses. Votre expérience et vos réflexions sont précieuses pour
107 mieux comprendre la prise en charge de la douleur psychologique. Avant de terminer, est ce que vous
108 souhaitez ajouter quelque chose?

Elise:

109 C'est un sujet “casse gueule” mais très intéressant et faut pas lâcher parce que ça fait partie du... des bases

110 qu'on oublie, parce qu'on a pas le temps malheureusement et ça mérite d'être pris en charge parce que ça fait
111 la moitié du boulot.

Moi:

112 Très bien, merci encore pour votre participation,

Elise:

113 je vous en prie.

Annexe V. tableaux des thèmes et sous-thèmes

Thème	Sous-thème	Analyse transversale	IDE Maxime (SSR)	IDE Julia (SSR)	IDE Gabriel (Urgences)	IDE Élise (Urgences)
1. Définition de la douleur psychologique	Douleur morale / détresse globale	La douleur psychologique est unanimement reconnue comme une souffrance réelle, souvent décrite comme invisible et globale. Elle dépasse le corps et touche l'identité, le vécu et le sens du soin.	Douleur complexe, parfois masquée derrière des "besoins déguisés"	"Douleur morale", très présente en SSR	Peut être plus intense que la douleur physique	Détresse globale, multifactorielle
	Dimension subjective	Tous insistent sur la subjectivité de la douleur, dépendante de l'histoire du patient	Expérience du patient centrale	Souffrance liée à la perte d'autonomie	Chaque patient réagit différemment	Variabilité forte entre individus
2. Repérage de la douleur psychologique	Signes verbaux et non verbaux	Le repérage repose sur une lecture fine des signes, mais reste complexe et parfois incertain	Observation du comportement et du faciès	Expression verbale + observation globale	Importance du non-verbal	Signes physiques + comportements
	Difficulté de détection	La douleur psychologique peut être silencieuse, masquée ou mal interprétée	Repérage difficile sans connaissance du patient	Dépend de l'histoire de vie	Limité par le rythme des urgences	Risque de passer à côté

Annexe V. tableaux des thèmes et sous-thèmes

3. Influence du contexte de soin	SSR vs urgences	Le contexte est un facteur déterminant dans la prise en charge : le temps favorise la relation, l'urgence la fragilise	Temps favorise relation	Relation prolongée	"Travail à la chaîne"	Priorité au somatique
	Charge de travail	La surcharge impacte directement la disponibilité émotionnelle	Impact modéré	Frustration liée au manque de temps	Forte charge, 20-25 patients/jour	Organisation contraignante
4. Relation soignant-soigné	Construction de la relation	La relation est centrale dans la prise en charge de la douleur psychologique	Relation progressive	Relation de confiance essentielle	Relation rapide mais impactante	Relation limitée par le temps
	Effets sur le patient	Une relation de qualité améliore l'adhésion et le vécu du soin	Meilleure confiance	Meilleure participation	Impact sur l'adhésion	Améliore l'efficacité du soin
5. Impact de la non prise en charge	Conséquences cliniques et relationnelles	Ne pas prendre en compte la douleur psychologique fragilise la relation et l'efficacité des soins	Soin "à 50 %"	Désengagement du patient	Perte de confiance	Sentiment de non-considération
	Risque pour le soin	Risque de rupture relationnelle et d'inefficacité	Relation altérée	Retard de prise en charge	Patient non disponible	Soins incomplets

Annexe V. tableaux des thèmes et sous-thèmes

6. Déshumanisation des soins	Définition	La déshumanisation est associée à une perte de la dimension relationnelle et globale du patient	Oubli du ressenti du patient	Soins centrés pathologie	Automatisation des soins	"Bout de viande" (vision critique)
	Causes	Liée à la technique, au temps et à l'organisation	Banalisation du soin	Manque de temps	Charge de travail	Pression + fatigue
7. Rôle de l'expérience	Développement des compétences	L'expérience améliore la lecture des situations et la gestion émotionnelle	Anticipation des situations	Meilleure lecture clinique	Apprentissage progressif	Expertise relationnelle forte
	Intelligence émotionnelle	Capacité à gérer ses émotions dans le soin	Cloisonnement émotionnel	Empathie maîtrisée	Apprentissage progressif	Gestion émotionnelle maîtrisée
8. Travail en équipe	Pluridisciplinarité	L'équipe est essentielle dans la prise en charge globale	Équipe centrale	Psychologue essentielle	Ressources disponibles	Coordination forte
	Soutien professionnel	Permet de compenser les limites individuelles	Partage entre soignants	Staffs et échanges	Appui psychiatrique	Collaboration urgente
9. Pistes d'amélioration	Amélioration du soin	Tous évoquent des solutions humaines plus que techniques	Travail réflexif	Meilleure organisation	Formation + culture	Retour aux fondamentaux
	Leviers principaux	Temps, écoute, formation, relation	Temps de réflexion	Écoute active	Formation culturelle	Humanisation du soin



Annexe VI Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.

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 soussignée (Prénom, NOM) : Emilie DUBOIS

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) *“La douleur psychologique dans les soins infirmiers entre technicité et humanité”*

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

oui ☒ X

non ☐

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

oui ☒ X

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 consultables en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ...14/05/2026..... Signature :

Annexe VII Résumé / Abstract :

La douleur psychologique dans les soins infirmiers : entre technicité et humanité

Ce mémoire explore la manière dont la douleur psychologique est vécue et prise en charge dans les soins infirmiers. L'envie de travailler sur ce sujet est née d'une situation marquante vécue en stage, auprès d'un patient dont la détresse émotionnelle semblait passer au second plan face à l'urgence technique. Cette expérience m'a poussée à m'interroger sur ce que l'on voit, ce que l'on entend, mais aussi sur ce que l'on laisse parfois de côté dans le quotidien des soins.

À travers différentes lectures et l'analyse d'entretiens menés auprès d'infirmiers exerçant dans des contextes variés, j'ai pu comprendre que la douleur psychologique reste difficile à repérer, car elle ne se mesure pas et s'exprime de manière très personnelle. Elle dépend de l'histoire, du vécu et des ressources de chacun, mais aussi du regard porté par les soignants. L'expérience professionnelle, la sensibilité personnelle et les conditions de travail jouent un rôle majeur dans la manière dont elle est perçue.

Ce travail met en lumière l'importance de replacer l'humain au centre du soin, même dans des environnements où la technicité domine. Reconnaître et accompagner la souffrance psychologique, c'est aussi préserver la relation soignant-soigné et éviter que le soin ne perde sa dimension profondément humaine.

→ 184 mots

Mots-clés : douleur psychologique – relation soignant-soigné – déshumanisation – expérience infirmière – soins intensifs

Psychological Pain in Nursing Care: Between Technical Skill and Humanity

This dissertation examines how nurses recognize and respond to psychological pain, and how this dimension shapes the nurse-patient relationship. The topic emerged from a striking clinical encounter during an internship, where a patient's emotional distress remained in the background while the team focused on technical priorities. This experience raised important questions about what is truly seen, heard, and cared for in everyday clinical practice.

Through a combination of theoretical perspectives and interviews with nurses working in different settings, this work highlights how psychological pain often goes unnoticed because it does not present measurable signs and varies greatly from one person to another. It is influenced by personal history, emotional vulnerability, and the patient's sense of meaning. On the nursing side, experience, personal sensitivity, and working conditions strongly affect the ability to identify and address this invisible form of suffering.

The findings underline the importance of maintaining a human-centered approach to care, even in highly technical environments. Acknowledging and supporting psychological pain not only improves patient well-being but also helps preserve the depth and quality of the therapeutic relationship.

→ 175 words **Keywords**: psychological pain – nurse-patient relationship – dehumanisation – professional experience – intensive care

