

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse

La douleur, un langage universel ?

Soigner les maux au-delà des mots



U.E 5.6 S.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles
U.E 6.2 S.6 : Anglais

Directrice de Mémoire : BARBASTE Caroline
Rendu le : 26/05/2026

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

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont accompagné et aidé dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

En premier lieu, je tiens à remercier Mme BARBASTE Caroline, ma directrice de mémoire, pour son encadrement et son accompagnement tout au long de ce travail de recherche. Ses conseils et son expertise m'ont été très utiles et ont contribué grandement à l'aboutissement de ce projet.

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique pour son accompagnement et la transmission de ses savoirs sur mes trois ans de formation à ses côtés. Leur encadrement et leurs connaissances m'ont permis d'acquérir de l'expérience, et leur enseignement m'a permis de me préparer au métier d'infirmier. Je remercie tout particulièrement Mme TUFFET Blandine pour son accompagnement de suivi pédagogique, qui m'a permis de trouver ma voie et d'acquérir du sérieux et de la rigueur dans mon travail.

Je tiens à témoigner ma gratitude aux infirmiers rencontrés sur le terrain et tout particulièrement à mes tuteurs, qui m'ont inspiré, enrichi, motivé et partagé leur amour du métier.

Je remercie les infirmières qui ont accepté de participer aux entretiens et qui m'ont permis d'enrichir ce travail.

Merci à mes collègues de promotion pour leur soutien, leurs encouragements et pour tous les moments partagés.

Un grand merci à ma famille, mes parents, ma sœur, pour leur soutien durant ces années de formation. Ils ont su m'apporter constamment leur soutien et m'ont poussé à aller de l'avant. Ils ont été un vrai moteur pour moi.

Je souhaite aussi remercier mon oncle A. Majid pour toute l'aide qu'il m'a apporté durant mes trois ans de formation.

Je remercie spécialement ma mère, aide-soignante, de m'avoir transmis le flambeau. Je la remercie pour sa présence constante, ses efforts, ses encouragements.

Elle m'a permis de croire en moi et de me donner les moyens.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire et à l'aboutissement de cette formation. Que ce soit à travers des discussions enrichissantes, des conseils, ou juste par leur présence. Merci à tous ceux qui m'ont accompagné.

Merci pour votre contribution.

Table des matières

Introduction	3
1. Situation d'appel	4
1.1 Description de la situation.....	4
1.2 Analyse et questionnement de la situation	6
2. Question de départ.....	9
3. Cadre de référence.....	10
3.1 La relation soignant-soigné.....	10
3.1.1 La relation soignant-soigné comme fondement du soin	10
3.1.2 Relation asymétrique et vulnérabilité.....	11
3.1.3 Singularité et individualisation des soins	13
3.2 Les représentations culturelles	15
3.2.1 Les représentations, un cadre implicite du soin.....	15
3.2.2 L'influence des représentations culturelles du patient sur le soin	16
3.2.3 Stéréotypes et processus de stigmatisation dans la relation de soin	19
3.2.4 Communication et barrière de la langue	21
3.3 La douleur.....	23
3.3.1 Définition de la douleur.....	23
3.3.2 Évaluation de la douleur.....	25
3.3.3 Communication de la douleur.....	26

4.	Enquête exploratoire	29
4.1	Méthodologie de l'enquête exploratoire	29
4.1.1	Méthode choisie	29
4.1.2	Population choisie.....	29
4.1.3	Lieux d'investigation.....	30
4.2	Outil	31
4.3	Réalisation de l'enquête	32
4.4	Limites, difficultés et biais rencontrés	33
4.5	Résultats de l'enquête.....	35
4.5.1	Synthèses des entretiens.....	35
4.6	Analyse thématique des entretiens	39
4.6.1	La vulnérabilité, asymétrie et individualisation du soin	39
4.6.2	La communication et la barrière de la langue : dans la relation de soin	41
4.6.3	Culture, représentations et expression de la douleur	43
4.6.4	Évaluation de la douleur et adaptation.....	45
4.6.5	Éléments inattendus	47
5.	Problématique	50
6.	Question de recherche	51
	Conclusion	52
	Liste de références	54
	Annexes	56

Introduction

La citation de Pasteur « *Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours* » (Institut Pasteur, 2015, p. 58) introduit mon travail de fin d'études en soins infirmiers, concluant ainsi ma formation.

La formation infirmière m'a ouvert un nouveau champ professionnel, centré sur la prise en soin des patients. Avant l'entrée en formation, ma vision du soin était construite à partir d'idées et de perceptions personnelles du métier. J'imaginais le soin comme obligatoirement parfait, juste et équitable pour tous. Au fil de la formation, les différentes situations rencontrées en stage m'ont confronté à la complexité des patients et des situations de soins.

La notion d'équité des soins, un soin décrit comme adapté et juste pour chaque patient, représente pour moi une valeur importante dans ma pratique professionnelle encore en construction. Cependant, les difficultés rencontrées au cours de mes stages m'ont amené à prendre conscience des limites et des contraintes, et m'ont confronté à la réalité du terrain. Tout au long des stages, les situations qui m'ont mis en difficulté ont été celles où j'étais incapable de communiquer avec le patient. Ces prises en charge étaient souvent liées à des barrières culturelles et linguistiques, auxquelles les professionnels de santé sont quotidiennement confrontés. Ces situations semblent mettre en difficulté la communication et les soins, générant un sentiment de frustration dans la pratique. Dans ce contexte, j'ai plusieurs fois été interpellé par la vulnérabilité de certains patients issus de cultures et de langues différentes, plus précisément dans leur accès aux soins et dans la relation soignant-soigné.

Ce type de situations apparaissant de manière récurrente au sein des services, elles ont suscité chez moi un questionnement autour de la prise en charge des patients en situation de souffrance ou de vulnérabilité, dans un contexte marqué par des barrières culturelles et linguistiques.

Afin d'explorer cette réflexion, ce travail présentera dans un premier temps la situation de départ à l'origine de cette réflexion ainsi que le questionnement qui en découle, avant d'exposer le cadre de référence et l'enquête exploratoire réalisée et ses résultats.

1. Situation d'appel

1.1 Description de la situation

Dans le cadre de ma deuxième année, en stage durant cinq semaines au L.A.M.¹ et au L.H.S.S.², je découvre, en tant qu'étudiant infirmier, une nouvelle patientèle. Ce sont des services faisant partie du pôle précarité. Ils sont spécialisés dans l'accueil de patients sans domicile fixe, ayant perdu leur domicile, ou en situation irrégulière et souvent issus de la rue. Le patient est admis à condition qu'il nécessite des soins liés à une pathologie chronique. Durant ma première semaine, je prends connaissance des résidents. Le service se trouvait régulièrement contraint de garder les patients plus longtemps. L'équipe m'explique que la durée du séjour est en moyenne de six mois dans leur service, alors qu'ailleurs elle est de deux mois en moyenne. Sans logement ni situation stable, les patients risqueraient de se retrouver à la rue.

Durant ma première journée avec les infirmiers, lors de la distribution des traitements de huit heures, je fais la connaissance de Mme F. Elle se plaint de douleurs à la cheville ce matin-là, dans un français approximatif. Elle répète : « *mal pied gauche, mal pied gauche* ». Je demande à l'infirmière s'il est possible de l'examiner, et elle accepte. Je lui demande de s'installer sur la table d'examen. Je constate que sa démarche est particulière : son appui sur son pied gauche est douloureux. Cliniquement, on constate que sa cheville gauche présente des signes inflammatoires. Je constate, en comparant, une différence de volume entre ses deux chevilles. Le pied est chaud et la mobilisation douloureuse. J'essaie de faire une échelle numérique de la douleur, mais Mme F a du mal à me comprendre. L'infirmière lui distribue ses traitements habituels et la laisse partir. L'infirmière explique à la patiente de revenir à midi. Me voyant inquiet, elle m'informe qu'elle souhaite voir comment la douleur évolue. Je lui demande si la patiente a eu un antalgique. Elle me répond qu'elle ne lui en a pas donné, étant donné qu'elle a considéré qu'elle n'en avait pas besoin. Ce qui m'a particulièrement marqué, c'est le moment où la patiente s'est mise à marcher en direction de sa chambre. Elle laissait percevoir un léger soupir à chaque pas. Ses pas étaient contrôlés, comme si elle évitait de marcher pleinement, pour ne pas raviver la douleur.

¹ Lits d'Accueil Médicalisés

² Lits Halte Soins Santé

Plus tard, dans la salle de pause, en discutant de la patiente avec l'I.D.E.³, elle m'explique que cette résidente est très demandeuse et a tendance à vouloir beaucoup d'attention. Elle évoque ensuite un « *syndrome méditerranéen* » en lien avec cette patiente. Sur le moment, je décide de le noter sur mon carnet, n'étant pas sûr de ce à quoi cela correspondait. De retour à mon domicile, en faisant des recherches, je décide d'aller voir à quoi ce syndrome correspond. D'après Isabelle Lévy, le syndrome méditerranéen correspond à « *une expression péjorative stigmatisant les patients d'origine méditerranéenne qui manifestent de manière démesurée leur souffrance* ».

En regardant son dossier le jour suivant, je constate que cette patiente est originaire du Nigeria et qu'elle vit seule depuis deux ans en France, à Marseille. Elle habitait dans un logement social pour les personnes ayant un statut de réfugié politique. Elle a deux enfants, deux filles, vivant au Nigeria. Elle a immigré il y a quatre ans, en traversant la mer Méditerranée. Elle s'est installée en France quelque temps. Elle a perdu son logement à la suite du retrait de son statut de réfugiée politique, et elle a rejoint le service au mois de juin 2024. Elle était atteinte de deux pathologies chroniques : l'hépatite B et le lupus érythémateux disséminé (L.E.D.). Cette dernière pathologie avait sévèrement affecté son état de santé. Le L.E.D. provoquait chez elle des lésions cutanées dépigmentées sur le visage (yeux, bouche, oreilles) et le corps, ainsi qu'une alopecie généralisée. La patiente avait tendance à préférer les tenues vestimentaires couvrantes (vêtements longs, foulard) afin de masquer les zones touchées. Ce comportement semblait manifester un certain mal-être face à son apparence ou une volonté d'éviter le regard des autres, soignants comme résidents.

En plus de ces affections visibles, la patiente souffrait fréquemment de douleurs articulaires intenses, en particulier à la cheville gauche, qu'elle décrivait comme aiguës et persistantes tout au long de mon stage. Le lien avec une potentielle ostéoporose n'était pas exclu, car le lupus, en combinaison avec certains traitements corticoïdes, augmente le risque de déminéralisation osseuse. Madame F ne parlait que l'anglais et un dialecte nigérian, ce qui constituait un obstacle considérable dans l'évaluation et la gestion de sa douleur. Sa fiche médicale contenait des informations incohérentes, et certains de ses papiers semblaient falsifiés, ce qui rendait difficile la traçabilité de son historique médical.

³ Infirmière Diplômée d'État

1.2 Analyse et questionnement de la situation

Cette situation a suscité en moi beaucoup de réflexion sur la prise en charge de la douleur et la place de la communication dans l'évaluation du ressenti du patient. En effet, au-delà des gestes techniques, l'évaluation de la douleur repose sur l'interprétation du soignant.

À mon arrivée dans ce service, j'ai été surpris de la diversité des patients. Tous avaient des vécus et des besoins variés. Cette diversité m'a interrogé sur la capacité du soignant à adapter la prise en charge des patients à des vécus, des cultures et des modes d'expression différents. Le service avait un fonctionnement clairement défini : chaque patient entraînait à tour de rôle dans la salle de soins pour la prise de constantes et la distribution des traitements. Les gestes étaient répétés. Les soins semblaient ritualisés. Cette systématisation était surtout évocatrice lors de l'évaluation de la douleur.

L'infirmière évaluait la douleur de chaque patient à l'aide de questions simples : est-ce une petite douleur ? Moyenne ? Importante ? Ou une douleur insupportable ? En observant cette manière d'évaluer la douleur de la même façon pour tous, je me suis demandé si ces outils prenaient en compte une prise en charge individualisée et plurifactorielle. Selon le principe éthique de justice, chaque patient devrait bénéficier d'une évaluation équitable et structurée de sa douleur, afin que sa prise en charge reflète ses besoins réels (*Unité d'enseignement : Législation, éthique, semestre 2*). De ce fait, il me semble logique de s'interroger sur les moyens de garantir l'équité lorsque l'évaluation est difficile.

L'autoévaluation de la patiente est nécessaire pour que l'échelle soit efficace. C'est le patient qui décrit son ressenti douloureux. Parfois, il nous arrive de réexpliquer l'échelle et de reformuler les propos du patient pour s'assurer d'une évaluation fidèle à la réalité. Alors, que faire des patients qui ne sont ni capables de se repérer sur une échelle standardisée, ni de décrire leur ressenti ? Est-ce que ne pas pouvoir décrire sa douleur rend celle-ci inexistante ? Dans ce type de situation, le soignant semble se retrouver en difficulté autant que le patient, parce qu'il est incapable d'être certain de l'action à mener pour soulager le patient. Face à cette incertitude, est-ce que prendre le risque de faire souffrir le patient, plutôt que d'administrer un antalgique inadapté, est judicieux ? Dans le cadre où l'infirmier doit préserver la dignité du patient, est-ce que l'administration d'un antalgique constitue un risque pour la santé du patient, ou au contraire, un moyen de respecter son besoin ?

Lorsque c'est au tour de Mme F d'entrer dans la salle de soins et qu'elle s'est plainte d'avoir mal à la cheville, l'intensité n'a pas été évaluée à l'aide de l'échelle habituelle. Pour autant, je m'interroge sur ce qui avait permis à l'infirmière de juger la situation sans échelle standardisée ni description. Peut-on risquer de surévaluer ou de sous-estimer une douleur en ne prenant en compte que des éléments visuels de la personne ? Cette observation remet en question l'influence du ressenti personnel de la soignante sur son évaluation. En ce qui concerne les examens médicaux, ils n'indiquaient aucune lésion apparente. Est-ce qu'une douleur à la cheville sans lésion apparente peut être perçue comme moins importante qu'une autre douleur ailleurs ?

La part de subjectivité dans l'évaluation de la soignante prend encore plus de sens au moment où elle mentionne le « syndrome méditerranéen ». À plusieurs reprises, j'avais eu l'occasion, au cours de mes stages, d'entendre cette expression. Chaque soignant avait sa façon d'expliquer ce terme. Quand j'avais eu l'occasion de leur demander, les soignants rapportaient une exagération ou une théâtralisation de la douleur, d'après eux, en lien avec des origines ethniques du bassin méditerranéen. Toutefois, comment être sûr que la patiente exagère, s'il est impossible de l'évaluer ? De plus, il semblerait que, dans la majorité des cas, l'origine ethnique des patients n'était pas précisée dans le dossier médical. Si ce diagnostic existe, quels sont les critères qui permettent de le justifier ? Et enfin, pouvons-nous catégoriser une personne dans un seul et même « *syndrome* » ?

Pour quelle raison cette expression paraissait-elle banalisée chez les soignants, alors qu'une phrase plus directe : « il est originaire de tel endroit, ils ont tendance à exagérer leurs douleurs », serait moins appropriée ? À première vue, cette expression donne une impression de technicité, comme s'il était question d'un terme clinique. Derrière cette formulation d'apparence médicale, le syndrome méditerranéen semblerait permettre aux soignants de catégoriser les patients, de façon non dite, tout en gardant une posture professionnelle et adaptée.

Cette étiquette soulève plusieurs questions : dans quelle mesure rattacher un syndrome à une origine peut-il être réducteur pour le patient ? Qu'en est-il de la prise en charge de la complexité individuelle ? Dans ce cas-là, si le bassin méditerranéen regroupe plusieurs ethnies, est-il possible de les regrouper dans un seul et même « syndrome » ? Et enfin, deux patients originaires du même pays sont-ils plus susceptibles d'exprimer leur état de santé de la même façon ?

Le terme se camoufle durant les transmissions orales, entre les soins réalisés, les éléments médicaux et les rendez-vous important. Le sens de ce terme semble être masqué par la perception qu'ont les soignants vis-à-vis des patients par le prisme de ce syndrome. Derrière cette expression, existe-t-il un risque de négliger une souffrance réelle et de limiter l'investissement du soignant dans la prise en charge ?

Pourtant, le code de déontologie infirmière nous oblige à agir dans l'intérêt du patient, à éviter toute discrimination et à soulager la patiente tant sur le plan physique que moral. Cela m'a amené à réfléchir sur la conscience professionnelle : jusqu'où les représentations et les stéréotypes influencent-ils la capacité de l'infirmier à respecter son devoir déontologique et à prendre le patient en charge dans son individualité ?

Cette difficulté de communication était omniprésente. Mme F rencontrait de grandes difficultés à comprendre les consignes de la soignante. La patiente était fréquemment dans le refus de soins. Est-ce que ce refus était représentatif d'un manque de confiance ? Je me suis aussi demandé comment le patient pouvait consentir à des soins qu'il ne comprend pas. Comment faire en sorte de respecter l'autonomie du patient ? Comment permettre au patient de retrouver sa place d'acteur dans le soin et ainsi préserver son autonomie physique et morale ?

Si la barrière de la langue peut empêcher de "réellement" rencontrer l'autre, peut elle aussi engendrer une distance relationnelle avec le patient ? Quand le lien est rompu, est-ce que la relation peut devenir une simple exécution de soins ? Dans ce type de situation, est-ce que le soignant peut se retrouver à moins échanger et à limiter ses interactions au strict nécessaire ? La relation de soin repose sur l'écoute, l'empathie et la reconnaissance mutuelle. Dans ce contexte, est-ce que le soin perd en qualité ? Quand établir une relation devient difficile, comment éviter de réduire le soin à une simple action ?

Cette barrière de la langue semblait aussi provoquer de la frustration chez la soignante, contrainte de redoubler d'efforts pour se faire comprendre. Cette frustration semblait aussi être ressentie par Mme F, qui paraissait gênée et parfois coupable de ne pas réussir à s'exprimer. Ces échanges laissaient apparaître une certaine tension, liée à l'incompréhension mutuelle.

Je me suis alors interrogé sur ce que cette barrière pouvait générer. Chez la patiente, ne pas être comprise traduisait peut-être une perte de confiance ou le sentiment de ne pas exister pleinement dans la relation.

C'est à la suite de cette réflexion que je me suis demandé : peut-on se faire confiance si la communication est difficile ? Si la communication est la clé d'une relation de confiance, comment permettre d'établir une alliance thérapeutique avec le patient pour mieux le soigner ? Ne pas pouvoir parler avec le patient comme je le souhaitais créait en moi une sensation de solitude dans la relation. J'avais l'impression de parler seul. Je me suis demandé ce que pouvait parallèlement ressentir la patiente face à cette difficulté, surtout en cas de souffrance ou de nécessité.

Du côté de la soignante, cette barrière semblait provoquer un sentiment d'impuissance, voire d'épuisement et de lassitude. En tant que soignant, ne pas comprendre l'autre amène à nous confronter à nos propres limites, nos jugements et nos frustrations. De ce fait, est-ce que ces affects négatifs risquent d'être projetés sur le patient et de mettre en péril le principe de justice et de bienfaisance ? Comment continuer à agir dans l'intérêt du patient quand l'interaction devient source de tension ?

Ne pas comprendre l'autre nous amène à le voir surtout à travers ce qui nous sépare, plutôt que dans sa globalité. Mais cela signifie-t-il qu'il faut renoncer à aller vers lui ? Comment continuer à l'accueillir et à le soigner sans projeter notre propre vision du monde, en restant ouvert à ce qu'il est vraiment ?

2. Question de départ

A travers l'ensemble de ces questionnements une question centrale se dégage :

***En quoi les représentations culturelles influencent-elles la relations soignants
soignée dans la prise en charge de la douleur ?***

3. Cadre de référence

3.1 La relation soignant-soigné

3.1.1 La relation soignant-soigné comme fondement du soin

La relation soignant-soigné occupe une place importante dans le soin. Elle n'est pas secondaire aux soins techniques. Sur le terrain, on constate qu'un geste peut être réalisé correctement, qu'un traitement peut être administré selon les règles, et pourtant, quelque chose peut manquer si la personne n'est pas réellement prise en compte dans ce qu'elle vit. La relation rappelle que le soin ne concerne pas uniquement un corps ou une pathologie.

Collière écrit que les soins visent à « *entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie* » (Collière, 1982, p. 233). Le soin a pour but de soutenir la vie et de répondre à ce qui est nécessaire à son maintien. De ce fait, il concerne aussi une personne atteinte dans son autonomie, dans ses besoins ou dans son état de santé. La relation se définit par l'attention à la personne et empêche de simplifier le soin à la seule exécution d'un acte.

À ce sujet, Watson écrit que « *les soins infirmiers concernent la promotion, le rétablissement et la prévention de la santé ainsi que le soin des malades* » et qu'ils impliquent également « *des connaissances biophysiques du comportement humain pour promouvoir la santé et procurer des soins aux malades* » (Watson, 1998, p. 143). Le soin vise à aider la personne à maintenir ou améliorer sa santé, accompagner le patient lorsqu'il est malade, participer à son rétablissement, prévenir les complications ou l'aggravation de son état. Le soin cherche également à prendre en compte ce que la personne traverse, la manière dont elle vit la maladie, la dépendance ou la perte de repères qui peuvent l'accompagner. La relation permet donc de mieux soigner. Le soin et dépend des besoins du patient.

Manoukian définit la relation soignant-soigné comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian & Massebeuf, 2008, p. 9). Il met en présence deux personnes. Ces deux personnes entrent en relation avec leurs histoires, leurs manières de comprendre la situation et leur place dans l'échange. La relation, est un contact entre deux personnes qui engage deux personnes dans un contexte du soin. Elle prend forme dans un échange, qui amène le patient et le soignant de s'investir.

Manoukian et Massebeuf écrivent aussi que la relation est « *un outil, un instrument de soins* » (2008, p. 9). D'après eux, la relation constitue un moyen supplémentaire dans les soins. La relation permet d'amener les éléments qui constitue le soin : écouter un patient, reconnaître sa parole, trouver la bonne distance, ou apaiser une inquiétude.

Certaines difficultés organisationnelles en service, comme l'interruption de tâches, les urgences ou la quantité de soins, peuvent nous empêcher de rencontrer pleinement les patients. Hesbeen développe que « *la relation de soin est celle qui fait que des personnes se rencontrent pour prendre soin l'une de l'autre* » (Hesbeen, 2018, p. 24). Le soin, d'après lui, est rapporté à la rencontre. La technicité, l'organisation du service ou le rythme de travail ne font pas disparaître la relation. Quand elle passe au second plan, le patient risque d'être perçu surtout à travers son diagnostic, ses symptômes ou les soins à exécuter.

3.1.2 Relation asymétrique et vulnérabilité

La maladie peut placer le patient dans une situation de fragilité. La douleur, la perte d'autonomie, l'incertitude liée à l'évolution de l'état de santé ou la dépendance envers les soins sont des facteurs qui, mis bout à bout, peuvent changer la façon du malade de faire face à ce qui lui arrive. C'est ce que certains soignants définissent par le mot *vulnérabilité*. La Haute Autorité de Santé définit la vulnérabilité comme « *La notion de vulnérabilité se définit comme une situation dans laquelle la personne est fragilisée du fait de circonstances médicales, psychologiques ou sociologiques et reste dans l'impossibilité de se protéger de façon adéquate face à une situation menaçant sa sécurité physique ou mentale* » (H.A.S⁴, p.8 2024).

Dans le champ du soin, cette fragilité est à prendre en compte, parce qu'elle place le patient dans une position où il dépend d'autrui. Levinas écrit que la vulnérabilité ne commence pas avec la maladie. Elle appartient déjà à la condition humaine. Il parle ainsi de « *la vulnérabilité [...] [comme] exposition à l'autre* » (Levinas, 1974, p. 93). D'après lui la maladie ne crée pas la vulnérabilité. La maladie expose à l'autre. Dans la relation de soin, cela veut dire que le patient n'est pas seulement atteint dans son corps. Il se trouve exposé, dépendant du regard et de la réponse de l'autre.

⁴ Haute Autorité de Santé

De son côté, Ricœur éclaire cette fragilité lorsqu'il écrit que « *la souffrance appelle* » et qu'elle exprime une « *demande impossible à combler d'un "souffrir-avec sans réserve"* » (Ricœur, 1994, pp. 60-61). Le « *souffrir avec* », c'est l'idée que la personne voudrait presque que l'autre partage totalement sa souffrance avec elle, qu'il la comprenne entièrement, sans distance.

La souffrance est définie comme « *fait de souffrir; état prolongé de douleur physique ou morale* » (Larousse, 2026). La souffrance peut s'expliquer par une douleur physique. Mais cette souffrance peut aussi atteindre les liens avec les autres, faire ressentir un besoin de présence, et laisser apparaître ce que la personne ne peut plus supporter seule. La souffrance morale ou psychique peut aussi être causée par la douleur, notamment lorsqu'elle est constante. La fragilité peut prendre pour origine une dépendance matérielle ou fonctionnelle. L'individu en souffrance peut aussi être touché dans ses relations avec les autres à cause de cette fragilité.

Canguilhem explique comment la maladie change l'existence du patient. Il écrit que « *la maladie n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique, mais apparition d'un nouvel ordre vital* » (Canguilhem, 1966/2013, p. 128). La maladie représente pour le patient une perte et un manque. Elle l'oblige à vivre autrement, à composer avec d'autres repères, parfois avec un autre rapport à son propre corps. Cette transformation fragilise la personne, non seulement parce qu'elle souffre de sa maladie, mais aussi parce qu'elle doit réorganiser sa manière de vivre.

La question de l'asymétrie apparaît alors dans ce contexte. Le patient se trouve dans une situation de fragilité, tandis que le soignant dispose de connaissances, de compétences et d'un pouvoir d'interprétation que le patient ne possède pas. Foucault formule cela lorsqu'il écrit que « *pour connaître la vérité du fait pathologique, le médecin doit abstraire le malade* » (Foucault, 1963, p. 6). De ce qu'explique Foucault, le savoir médical permet de viser la maladie, la décrire, la classer, l'objectiver et la soigner. Le patient, lui, fait l'expérience de la maladie depuis un autre point de vue, à la première personne, celui du vécu.

Dans l'action même de soigner quelqu'un, le soignant est actif tandis que le patient est passif. Il est en attente du soin. Cependant, avec Foucault, l'asymétrie de la relation de soin ne vient pas seulement du fait que l'un soigne et que l'autre est soigné. Elle tient aussi à l'écart entre deux positions. D'un côté, une personne fragilisée par la maladie, la souffrance ou la perte d'autonomie et de la liberté. De l'autre, un professionnel qui dispose d'un savoir, d'un champ d'action et la capacité de pouvoir agir dans ce champ d'action.

Cette asymétrie fait partie de la relation de soin. Elle est ressentie par le soignant qui face à elle, ressent de la sympathie envers son patient. Cette asymétrie permet au soignant d'identifier au mieux les besoins de la personne soignée.

3.1.3 Singularité et individualisation des soins

Le soin décrit par les soignants est souvent abordé selon deux prismes : celui des actes et celui de la relation. En début de formation, ce prisme relationnel est très présent, car le manque de connaissances pratiques et médicales nous limite dans l'exécution des tâches. Le relationnel devient ensuite progressivement moins clair. Par l'envie de réaliser correctement les soins, en tant qu'étudiants, il nous arrive de nous questionner sur notre pratique à cet égard. Nous finissons par nous demander si le temps et l'organisation des soins nous permettent vraiment d'être en relation avec le patient.

Hesbeen écrit à ce propos que « *dès que des soins sont prodigués [...] la relation est là, présente, omniprésente* » (Hesbeen, 2018, p. 26). Alors, la question n'est pas de savoir s'il y a une relation ou non dans le soin. La question porte plutôt sur la manière dont cette relation est construite. Pour que l'acte soit réalisé, il a besoin de la relation. Le patient perçoit le soin à travers la personne qui le soigne, et pas seulement comme un acte qui doit être fait. Le patient rattache l'acte de soin à celui qui le réalise. Cet individu qui soigne peut soutenir la personne, l'apaiser et lui permettre de s'exprimer.

La relation d'aide définie par Rogers permet d'apporter un éclairage sur le rôle de l'infirmier. Il la définit comme une situation dans laquelle une personne cherche à favoriser chez une autre « *la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie* » (Rogers, 1968, p. 29). Le soin apporte au patient un soutien qui lui permet de se développer en tant qu'individu. Rogers précise d'ailleurs que cette relation peut favoriser « *une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu* » ainsi qu'« *un meilleur usage fonctionnel de ces ressources* » (Rogers, 1968, p. 29). L'infirmier permet au malade d'investir ses capacités et ses ressources pour faire face à sa condition. Pour mobiliser les ressources du patient, il faut le connaître et identifier ses besoins.

Chaque individu est différent par ses caractéristiques, son vécu et sa personnalité. C'est d'ailleurs ce qu'explique Jean-Claude Filloux lorsqu'il parle de « *la configuration unique que prend, au cours de l'histoire d'un individu, l'ensemble des systèmes responsables de sa conduite* » (Filloux, 1986, p. 11).

Chaque individu se construit au cours du temps, au travers de ses expériences, de ses relations et des événements de la vie. Deux individus peuvent vivre la même situation et la décrire de deux façons totalement différentes. C'est ce que Filloux définit lorsqu'il parle de « *configuration unique* ». L'individu est donc influencé dans sa conduite par sa personnalité.

Dans le soin, face à une même situation, le malade comme le soignant peuvent avoir des réactions propres et très différentes l'une de l'autre. Une même pathologie peut faire surgir des expériences très différentes selon les personnes. Hesbeen écrit que « *le malade n'est pas la maladie qu'il a* » (Hesbeen, 2018, p. 27). Le patient ne peut pas être représenté par la pathologie dont il souffre. Un même problème de santé peut recouvrir des expériences très différentes selon les personnes. Le soin doit donc prendre en compte les aspects qui englobent l'individu en plus de sa pathologie, comme son expérience face à son état de santé.

La même idée revient lorsqu'Hesbeen distingue « *une relation de soins* » et « *la relation de soin* » (Hesbeen, 2018, p. 27). D'après lui, il existerait deux niveaux dans la relation. Une relation de soins, au pluriel, correspond au cadre du soin et au côté exécutif : les prescriptions, les protocoles, les examens, les traitements, les transmissions, entre autres. C'est la relation qui existe parce qu'il y a une prise en charge. C'est la relation liée aux soins. Elle peut rester centrée sur ce qu'il faut faire. Cette relation est constante d'un patient à un autre. Elle s'adapte aux besoins du malade, mais pas forcément à l'individu.

La relation de soin, elle, au singulier, aborde la manière du soignant de considérer la personne qui se fait soigner en face de lui. La relation prend en compte l'individu à travers son ressenti, ses interrogations, la dépendance ou encore la douleur. La relation nous pousse à être attentif au patient. Est-ce qu'il comprend ce qu'il lui arrive ? Qu'est-ce qu'il ressent ? Qu'est-ce qu'il ne dit pas ? De quoi a-t-il besoin ? L'individualisation du soin dépend justement de cette attention portée au patient. Il faut s'intéresser à l'individu dans sa singularité et dans ses caractéristiques individuelles.

Reconnaître la singularité du patient change la manière même de soigner. Le patient n'est pas seulement porteur d'une maladie. Il a une histoire, des inquiétudes, des repères, parfois aussi des ressources qui ne sont pas immédiatement visibles. Les citations d'Hesbeen et de Rogers conduisent toutes les deux à définir le soin comme une attention portée à la personne telle qu'elle est, et non pas comme une réponse standard appliquée de la même façon à tous.

3.2 Les représentations culturelles

3.2.1 Les représentations, un cadre implicite du soin

L'idée de l'individualité dans les soins permet de poursuivre sur les représentations dans le soin. Dans le soin, le patient et le soignant arrivent devant la maladie avec un regard qui n'est pas totalement neutre. Chacun a déjà des repères, une manière de nommer, de comprendre ou d'anticiper. Jodelet précise d'ailleurs que les représentations sociales *sont* « *des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres* » et qu'elles « *orientent et organisent les conduites et les communications sociales* » (Jodelet, 1989, p. 35). La manière de percevoir un symptôme, un traitement ou une hospitalisation dépend donc déjà d'un cadre de pensée établi.

Jodelet définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989, p. 35). Cette définition permet d'expliquer que les représentations circulent dans un groupe et ne prennent pas pour origine un individu isolé. Elles se transmettent donc entre les individus. Par l'expression « *ayant une visée pratique* », on comprend qu'elles servent à agir, à donner une explication et à comprendre ce qui arrive au quotidien.

Moscovici explique ce même phénomène. Il écrit qu'il faut « *rendre familier l'insolite et insolite le familier* » (Moscovici, 1961, p. 58). Lorsqu'une situation paraît d'abord étrange, inquiétante ou difficile à saisir, les représentations servent justement à la faire entrer dans quelque chose de plus compréhensible. Il ajoute que « *la structure de chaque représentation nous apparaît dédoublée* » et qu'elle comporte « *la face figurative et la face symbolique* » (Moscovici, 1961, p. 63). Face à l'inconnu ou au méconnu, une représentation associe une image et une signification. Elle lui donne une réalité, mais elle lui donne aussi une forme et un sens. Moscovici précise que ces processus ont pour fonction « *d'inscrire l'objet dans notre univers, c'est-à-dire le naturaliser, et de lui fournir un contexte intelligible, c'est-à-dire l'interpréter* » (Moscovici, 1961, p. 64). Il explique donc que chacun essaie d'intégrer les situations à son vécu, à sa perception et à son interprétation. Dans une situation de soin, cela aide à comprendre pourquoi un même événement ne sera pas reçu de la même manière par tous. Un diagnostic, un traitement ou une hospitalisation ne prennent pas le même sens selon les représentations déjà présentes.

Laplantine rattache ces représentations à un cadre culturel. Il parle du « *modèle culturel largement dominant qui commande nos comportements individuels et sociaux* » (Laplantine, 1986, p. 244). Les manières de penser la maladie, ses causes ou sa gravité ne sont donc pas universelles. L'influence de la culture sur notre perception et notre interprétation a pour conséquence d'influencer les relations que l'on entretient avec les autres. Cette culture est aussi partagée par l'ensemble social.

Laplantine explique l'influence des représentations sur la maladie lorsqu'il écrit que, dans notre société, les troubles pathologiques sont souvent pensés comme n'engageant « *pas véritablement le sujet dans son intégralité et encore moins son rapport au social [...], mais seulement une partie de son corps* » (Laplantine, 1986, p. 244). Cela veut dire qu'il est possible de percevoir le malade par sa maladie, sans considérer que celle-ci l'impacte dans son intégrité et dans ses rapports sociaux. Cela correspond déjà à une certaine manière de penser le corps et la maladie. Cette idée permet de montrer l'impact que peuvent avoir les représentations partagées par un groupe sur notre façon de penser la maladie. Il ajoute enfin : « *Comment dans ces conditions ne pas attribuer systématiquement [...] ce qui nous affecte et nous fait souffrir à l'extérieur de nous, plutôt que de le rechercher en nous-même ?* » (Laplantine, 1986, p. 245). Laplantine montre que, face à la maladie ou à la souffrance, l'individu peut chercher spontanément une cause. Or cette cause n'est pas toujours recherchée dans le corps ou dans le fonctionnement interne de la personne. Elle peut être attribuée à un élément extérieur : un événement, une situation, une personne, un environnement, une injustice, voire une force extérieure selon les croyances du patient. Cette citation montre que les représentations orientent aussi la manière de chercher une cause, d'attendre une réponse thérapeutique et, plus largement, de situer le problème. Ces représentations imposent un cadre latent qui s'établit et influence la relation de soin.

3.2.2 L'influence des représentations culturelles du patient sur le soin

Dans leur manière de soigner, les infirmiers sont influencés par leur formation, les normes professionnelles, l'organisation du système de santé, mais aussi par la société dans laquelle ils ont appris à exercer. Le patient arrive lui aussi dans la relation de soin avec son propre cadre de référence, construit à partir de son histoire, de son environnement familial, social et culturel.

Cette idée peut être rapprochée de la notion d'habitus développée par Bourdieu, qu'il définit comme « *un système de dispositions durables et transposables, [...] en tant qu'organismes de pratiques et de représentations* » (Bourdieu, 1980, p. 88-89). Avec la notion d'habitus, Bourdieu explique que la manière de penser, de juger et d'agir des individus au sein de la société se construit à partir de leur milieu social, de leur éducation, de leur formation et de leurs expériences.

Selon lui, les groupes sociaux produisent des jugements de valeur à partir d'un « ethos », qui serait une manière de percevoir le monde social et, en conséquence, d'agir dans ce monde. Ces habitudes intégrées deviennent une manière presque naturelle de percevoir le monde. Elles orientent les pratiques sans que la personne en ait toujours conscience. La relation soignant-soigné met donc en présence deux habitus qui peuvent se rejoindre, mais aussi créer des écarts dans la manière de comprendre la maladie, la douleur et le soin.

Kleinman écrit au sujet de l'influence des représentations du patient que « *la maladie renvoie à la manière dont la personne malade, ainsi que les membres de sa famille ou de son entourage social, perçoivent les symptômes et le handicap, vivent avec eux et y répondent* » (Kleinman, 1988, p. 24). (« *Illness refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability.* »). La maladie est donc une expérience vécue et partagée avec un entourage.

Ce qu'explique Kleinman ici, c'est que le patient ne reçoit pas le soin comme une intervention technique. Il le perçoit par rapport à ce qu'il comprend déjà de sa maladie et de ce qu'il en attend. Il comprend la maladie par rapport à la manière dont son environnement et sa famille la nomment ou l'expliquent. Cette perception de la maladie vient se confronter à celle du soignant et crée un décalage silencieux dans la relation.

Kleinman explique ensuite que « *l'expérience de la maladie comprend le fait de catégoriser et d'expliquer, de manière ordinaire et accessible aux membres du groupe social, les formes de détresse causées par les processus physiopathologiques* » (« *the illness experience includes categorizing and explaining, in common-sense ways accessible to all lay persons in the social group, the forms of distress caused by those pathophysiological processes* ») (Kleinman, 1988, p. 25). En plus de ressentir les symptômes, le patient leur donne un nom, une cause, une gravité possible, parfois même une logique.

Ce processus d'identification du patient impacte directement la façon dont il définit les soins. Selon ce qu'il comprend de sa maladie, il peut attendre un soulagement rapide, avoir peur de certains gestes, accorder plus ou moins de confiance au soignant, ou chercher d'abord du sens avant de chercher un traitement. Dans une dynamique d'alliance thérapeutique, cette perspective du soin peut être un facteur limitant de la prise en charge.

Le Breton explique dans ce sens que « *la douleur n'est pas l'enregistrement d'une donnée physiologique, mais une interprétation* » (Le Breton, 2006, p. 75). Cette phrase peut aussi être interprétée en ce qui concerne la maladie plus largement. Le patient, dans sa maladie, est à la recherche de sens. Le Breton explique aussi que « *l'expérience corporelle est traduite dans un idiome culturel* » (Le Breton, 2006, p. 76). Le patient n'exprime donc pas ce qu'il ressent avec des mots neutres, mais avec ses mots et avec ses repères. Il l'exprime par l'intermédiaire du milieu social ou culturel qui lui a appris à reconnaître les événements comme graves, banals ou supportables.

Kleinman a écrit à ce sujet que « *les orientations culturelles locales organisent notre manière ordinaire de comprendre et de traiter la maladie ; on peut donc dire que l'expérience de la maladie est toujours façonnée culturellement* » (Kleinman, 1988, p. 25). (« *Local cultural orientations ... organize our conventional common sense about how to understand and treat illness; thus we can say of illness experience that it is always culturally shaped* »). L'expérience de soin du patient dépend de son cadre culturel, en plus de son vécu. Les attentes du patient face au soin, sa façon d'exprimer ses symptômes, son rapport à la douleur ou sa confiance dans certaines formes de traitements ne peuvent pas être détachés de ce cadre culturel.

Concernant l'impact de cette interprétation sur le soin, Laplantine écrit qu'il existe un « *modèle culturel largement dominant qui commande nos comportements individuels et sociaux* » (Laplantine, 1986, p. 244). La manière de comprendre la maladie ou d'attendre un traitement dépend d'un cadre culturel en place bien avant la relation de soin. Cela rejoint la notion d'habitus de Bourdieu. C'est d'autant plus révélateur lorsqu'il explique certaines tendances à rapporter ce qui fait souffrir à une cause extérieure : « *Comment dans ces conditions ne pas attribuer systématiquement [...] ce qui nous affecte et nous fait souffrir à l'extérieur de nous, plutôt que de le rechercher en nous-même ?* » (Laplantine, 1986, p. 245). Le patient peut ainsi attendre du soin qu'il retire un mal identifié comme étant extérieur, ou au contraire considérer que le problème de santé touche l'ensemble de sa personne, de sa vie ou de son équilibre.

Cette situation peut créer deux logiques différentes dans la relation de soin. D'un côté, le soignant peut aborder la maladie à partir d'une lecture biomédicale, centrée sur le corps, l'organe atteint, les symptômes et le traitement. De l'autre, le patient peut comprendre ce qui lui arrive à partir d'une autre logique, en attribuant sa souffrance à une cause extérieure, sociale, familiale, spirituelle ou culturelle. Le soin crée dans ce contexte un écart possible entre deux manières de donner sens à cette maladie.

3.2.3 Stéréotypes et processus de stigmatisation dans la relation de soin

Durant les relèves médicales, il nous arrive fréquemment de nous souvenir d'un patient par rapport à une caractéristique frappante et directement reconnaissable. Ces caractéristiques peuvent être positives, comme un patient souriant, drôle, agréable et compliant. Il peut aussi être rattaché à des caractéristiques perçues comme négatives, en lien par exemple avec une caractéristique physique, l'hygiène, une humeur basse, ou avec un patient qui sollicite beaucoup les soignants. Cet aspect peut réduire un patient dans sa globalité à une caractéristique ou à un mot.

Goffman décrit le stigmate comme un écart entre ce qui est attendu d'une personne et ce qu'elle montre aux autres. Il parle d'« *un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelle et réelle* » (Goffman, 1975, p. 12). Le patient peut être perçu à travers des attentes sociales. Quand un trait ou un caractère retient l'attention et ne correspond pas à ce qui était attendu, ce trait ou ce caractère peut prendre une valeur négative dans la relation.

Toujours d'après Goffman, le stigmate désigne « *un attribut qui jette un discrédit profond* », avant d'ajouter qu'« *en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler* » (Goffman, 1975, p. 13). En plus de la caractéristique que le soignant identifie, le stigmate dépend aussi du sens qui lui est donné à travers le regard porté sur le patient. On comprend donc qu'une différence physique, psychique, sociale ou culturelle ne devient pas négative par sa présence en elle-même. Elle devient négative dans une relation où elle est interprétée comme gênante ou dévalorisante. Goffman écrit encore que la personne stigmatisée porte « *une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions* » (Goffman, 1975, p. 15). De ce fait, le risque est de ne plus voir le patient comme un individu complexe, mais seulement à travers la caractéristique négative qu'on lui associe.

Pour comprendre comment ce mécanisme se construit socialement, Becker écrit que « *la déviance n'est pas une qualité qui réside dans le comportement lui-même, mais dans l'interaction entre la personne qui accomplit un acte et ceux qui y réagissent* » (Becker, 1985, p. 14). (« *Deviance is not a quality that lies in behavior itself, but in the interaction between the person who commits an act and those who respond to it* »). Ce qu'on peut interpréter ici, c'est qu'une caractéristique, un comportement ou une manière d'être ne portent pas en eux-mêmes d'aspects déviants. La déviance existe à partir du regard social et du jugement porté sur la personne. Dans la relation de soin, le mécanisme du jugement permet de comprendre pourquoi certains patients peuvent être plus rapidement étiquetés que d'autres.

Becker ajoute que « *les règles sociales sont créées par des groupes sociaux particuliers* » (« *Social rules are the creation of specific social groups* ») (Becker, 1985, p. 15). Les normes utilisées pour juger une personne dépendent d'un groupe et d'un contexte. Dans le soin, cela peut influencer la manière dont certains patients sont perçus selon leur apparence, leur diagnostic, leur comportement, leur origine sociale ou leur histoire. Becker écrit enfin que ceux qui appliquent les règles peuvent « *fabriquer des outsiders de manière sélective* » (« *create outsiders in a selective way* ») (Becker, 1985, pp. 161-162). *Outsiders* désigne en anglais celui qui est en dehors de quelque chose. Dans le soin, cela pourrait correspondre à isoler un patient comme étant différent des autres en raison de la manière dont il est perçu. L'étiquetage peut indirectement se faire plus facilement sur certains patients que sur d'autres. Très souvent, cet étiquetage, d'après ce qui a pu être observé en stage, peut influencer la prise en charge du patient avant même de le connaître. Apprendre qu'un patient est décrit avec une bonne ou une mauvaise caractéristique peut créer un biais dès le départ et influencer la relation avec le patient.

Douglas écrit au sujet du processus de stigmatisation que « *la saleté est essentiellement désordre* » et qu'elle constitue « *une offense contre l'ordre* » (Douglas, 2001, p. 24). Cette phrase n'est pas directement attribuée au soin, mais elle permet de comprendre certaines réactions de mise à distance. Elle ne dit pas que la saleté est quelque chose de sale au sens hygiénique. Elle montre que ce qui dérange, c'est souvent ce qui ne rentre pas dans les catégories habituelles. Une chose devient « sale » ou « troublante » parce qu'elle semble ne pas être à sa place. Elle vient perturber une organisation du monde que le groupe considère comme normale.

Une personne malade, douloureuse, étrangère aux codes habituels, ou qui exprime sa souffrance d'une manière différente, peut parfois être perçue comme dérangement, non pas parce qu'elle représente objectivement un danger, mais parce qu'elle bouscule les repères du soignant ou du groupe.

Ce qui est inhabituel peut alors être interprété comme excessif, étrange, difficile à comprendre, voire « anormal ». Douglas précise aussi que « *certaines pollutions servent d'analogies pour exprimer une idée générale de l'ordre social* » (Douglas, 2001, p. 25). Elle explique que les idées de pureté et d'impureté servent à parler d'autre chose que de l'hygiène. Elles peuvent exprimer des frontières sociales : ce qui est accepté ou rejeté, ce qui est considéré comme normal ou non, ce qui appartient au groupe ou reste à l'écart. Le rejet peut donc avoir une dimension plus profonde : il peut mettre en avant une difficulté à accepter ce qui ne correspond pas aux normes attendues. Dans le soin, cette idée permet de comprendre que certains comportements de patients peuvent être perçus comme « dérangement » lorsqu'ils ne correspondent pas aux attentes du soignant ou de l'institution. Le risque est alors que la différence soit interprétée comme un problème, au lieu d'être comprise comme l'expression d'une vision différente de la nôtre.

3.2.4 Communication et barrière de la langue

La communication dans le soin engage deux personnes, deux interlocuteurs. Elle est l'essence même de la relation. La communication permet de se présenter, de parler de soi, d'annoncer les soins, d'obtenir les informations et le consentement. Ces habitudes, pourtant banales dans les soins, dépendent d'un facteur important : la langue. Pour autant, Watzlawick, Beavin et Jackson écrivent qu'« *on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non. Activité ou inactivité, parole ou silence, tout a valeur de message* » (Watzlawick et al., 1972, p. 42). Malgré la difficulté de communiquer, on comprend par cette citation que la relation reste toujours présente. Quand les mots manquent, le patient continue malgré tout à exprimer quelque chose à travers son attitude, son regard, ses silences, son retrait ou son agitation. Le message existe, mais devient plus difficile à comprendre.

Ces auteurs développent la même idée lorsqu'ils écrivent qu'« *toute communication suppose un engagement et définit par la suite la relation* » (Watzlawick et al., 1972, pp. 46-47). Par exemple, une question, une consigne, une explication ou une reformulation transmettent un contenu, mais représentent aussi l'engagement du soignant dans la relation.

Quand la langue n'est pas partagée, l'engagement relationnel prend encore plus de place. Le patient identifie les efforts du soignant pour entrer en relation. Malgré cet engagement, le patient peut comprendre partiellement, hésiter, répondre à côté, se taire ou donner l'impression d'avoir compris sans que le sens ait été vraiment saisi.

Watzlawick, Beavin et Jackson précisent d'ailleurs qu'« *toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication* » (Watzlawick et al., 1972, p. 47). Dans une situation de soin, le message dépend donc du contenu, mais aussi de la manière de transmettre ce message. Cette distinction entre contenu et relation aide à comprendre que le problème réside dans la façon dont le message est reçu dans la relation, et ne tient pas seulement aux mots manquants ou mal compris. Un même propos peut rassurer, inquiéter ou mettre à distance, en lien avec le rythme, la posture ou le contexte dans lequel il est formulé. La barrière de la langue peut aussi fragiliser la compréhension globale de la situation.

Les auteurs ajoutent enfin que « *les partenaires introduisent toujours dans cette interaction [...] la "ponctuation de la séquence des faits"* » (Watzlawick et al., 1972, p. 48). Par exemple, dans le cas d'un malentendu, le patient et le soignant découpent l'échange de manière différente. L'un peut croire avoir expliqué, l'autre peut croire avoir compris, alors qu'ils ne donnent pas le même sens à ce qui vient d'être dit. Dans une relation de soin, ce décalage peut peser sur la compréhension d'un traitement, sur l'expression d'un symptôme ou encore sur l'alliance thérapeutique.

Nous avons abordé Kleinman sur la question des représentations du patient sur sa maladie. Le patient se sert aussi de la parole pour communiquer des informations médicales importantes pour la prise en charge, mais aussi pour partager son ressenti, son vécu et ses émotions. Si la langue n'est pas partagée, le soignant risque de n'entendre qu'une partie du message. Cette difficulté est abordée par Kleinman lorsqu'il écrit que « *les modèles explicatifs que les patients élaborent à propos de la maladie chronique leur permettent d'ordonner, de communiquer et, par-là, de contrôler symboliquement leurs symptômes* » (« *patients' explanatory models of chronic illness [...] enable sick persons to order, communicate, and thereby symbolically control symptoms* ») (Kleinman, 1988, p. 69). La communication participe au rapport que le patient entretient avec sa maladie. Parler de ce qu'il vit, pouvoir l'expliquer avec ses mots, être compris, tout cela est important dans sa manière de supporter la situation.

La barrière de la langue peut aussi limiter la possibilité pour le patient de parler de sa maladie avec ses propres mots. Dans le soin, cette idée aide à comprendre qu'un patient essaie souvent de raconter quelque chose de plus large : ce qui a commencé, ce qui a changé, ce qui lui paraît grave, ce qui l'inquiète, ce qu'il attend. La barrière de la langue impacte le discours du patient, peut le fragmenter ou le rendre difficile à comprendre. Le soignant risque alors de se concentrer sur ce qu'il arrive à recueillir, sans accéder pleinement à la logique vécue de la situation.

3.3 La douleur

3.3.1 Définition de la douleur

La douleur est représentée comme une condition humaine universelle, traversant les époques, les cultures et les âges. Chaque individu se représente la douleur avec ce qu'il lui rattache. Les définitions les plus courantes de la douleur la présentent d'abord comme une sensation pénible liée au corps. Le Larousse parle d'une « *sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps* » (Larousse, s. d.). Le C.N.R.T.L. la définit comme une « *sensation physique anormale et pénible ressentie dans une partie du corps, provoquée par le mauvais fonctionnement d'un organe ou par une agression extérieure* » (C.N.R.T.L., s. d.). Ces définitions donnent un point de départ. Elles rattachent la douleur à une atteinte corporelle, à une gêne, à quelque chose qui s'impose au sujet dans son corps. Elles restent toutefois centrées sur une approche assez localisée et physique de la douleur.

La définition proposée par l'International Association for the Study of Pain va plus loin. L'I.A.S.P. définit la douleur comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou ressemblant à celle qui y est associée* » (I.A.S.P., 2020). (« *An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage* »). Le terme important ici est celui d'expérience. La douleur est décrite au-delà de son aspect physiologique. Elle est définie comme une expérience, donc comme quelque chose qui est ressenti. L'I.A.S.P. précise aussi que « *la douleur est toujours une expérience personnelle influencée, à des degrés divers, par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux* » (« *Pain is always a personal experience that is influenced to varying degrees by biological, psychological, and social factors* ») (I.A.S.P., 2020). Cette définition élargit les autres en ajoutant l'aspect social de la douleur.

Le Breton reprend cette évolution de manière très précise. Il écrit que « *la définition de l'IASP efface toute ambiguïté* » et qu'elle « *surmonte le dualisme en faisant de la douleur une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » (Le Breton, 2010, p. 20). Il ajoute aussitôt : « *Cette définition insiste sur le ressenti du sujet, elle adopte son point de vue et valide sa parole* » (Le Breton, 2010, p. 20). Avec ce commentaire, Le Breton montre que la douleur cesse d'être pensée comme un phénomène uniquement physiologique. La douleur du patient est rapportée à ce qu'il ressent.

Le Breton écrit encore : « *La douleur n'est plus seulement sensation, mais aussi émotion* » (2010, p. 20). Le Breton rappelle que la douleur engage le corps, bien sûr, mais qu'elle atteint aussi le sujet dans ce qu'il éprouve. C'est ce qui explique que deux personnes ne peuvent pas vivre une douleur de la même façon, ou qu'une douleur intense ne soit pas toujours en lien avec une lésion objectivement grave.

Le Breton écrit : « *La douleur efface toute dualité entre physiologie et conscience, corps et âme, physique et psychologique, organique et psychologique* » (2010, p. 19). Plus loin, il précise : « *Elle n'est pas celle d'un organisme, elle ne se cantonne pas à un fragment du corps ou à un trajet nerveux, elle marque un individu et déborde sur son rapport au monde* » (Le Breton, 2010, pp. 19-20). La douleur n'est donc pas enfermée dans l'organe atteint. Elle touche la personne plus largement, dans son rapport à elle-même, aux autres et à ce qui l'entoure.

Le Breton formule cela encore autrement lorsqu'il écrit : « *la douleur n'est pas la traduction mathématique d'une lésion* » et qu'« *elle est ressentie selon une grille d'interprétation inhérente à l'individu* » (2010, p. 20). La douleur est complexe et dépend donc de l'individu qui la ressent. Elle passe par une interprétation, par une histoire, par une manière individuelle d'avoir mal. C'est dans le même sens qu'il écrit : « *La douleur n'est pas le décalque dans la conscience d'une effraction organique, elle mêle le corps et le sens* » (2010, p. 24).

Les pages suivantes vont dans la même direction. Le Breton écrit que « *la souffrance est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective* » et qu'« *elle est ce que l'homme fait de sa douleur* » (2010, p. 24). Il ajoute enfin : « *Toute douleur mobilise une signification, une émotion* » (2010, p. 25). À ce stade, la définition de la douleur renvoie, en plus de son aspect physiologique, à une expérience personnelle, corporelle et émotionnelle. Le patient attache donc du sens à sa douleur.

3.3.2 Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est primordiale pour pouvoir établir une action à visée thérapeutique et soulager le patient. L'IASP précise que « *la douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut pas être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels* » (« *Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from activity in sensory neurons* ») (IASP, 2020). La douleur dépasse le phénomène local et biologique, et demande donc une évaluation plus globale.

Le diaporama de la formatrice B. Tuffet va dans le même sens lorsqu'il indique qu'« *aucun examen, aucune prise de sang, aucun scanner ne permet d'objectiver la douleur* » (Tuffet, 2026, diaporama *La douleur*, UE Soins palliatifs). Cette phrase donne un point de repère clinique. Elle rappelle que la douleur ne se lit pas directement dans un résultat ou dans une image. Ce point est cohérent avec ce qu'écrit Le Breton lorsqu'il affirme qu'« *il n'y a pas de douleur "objective" attestée par l'examen médical* », mais « *une douleur singulière perçue et marquée par l'alchimie de l'histoire individuelle et le degré de l'atteinte* » (Le Breton, 2010, p. 20). L'examen garde donc son utilité, mais il ne suffit pas à lui seul à dire ce que le patient ressent.

Dans ces conditions, la parole du patient guide la prise en charge de la douleur. B. Tuffet écrit que « *le patient a toujours raison, il est le seul à sentir réellement sa douleur* » et que « *eux seuls sont capables d'indiquer aux soignants ce qu'ils ressentent* » (Tuffet, 2026). Le Breton formule la même idée lorsqu'il écrit que « *le sujet en souffrance est le seul à connaître l'étendue de sa peine* » (Le Breton, 2010, p. 20). L'auto-évaluation constitue le principal moyen d'évaluation à partir du moment où le patient peut s'exprimer. Cela demande de croire ce qu'il dit, de prendre sa plainte au sérieux et de ne pas mettre en doute sa parole à partir de ce que l'examen paraît montrer.

Cette exigence se comprend d'autant mieux que la douleur ne suit pas une logique strictement proportionnelle à la lésion. Le Breton rappelle qu'une conception ancienne faisait comme si « *l'intensité de la douleur devait être proportionnelle à la lésion* », alors même que « *l'expérience démentait cette idée* » (Le Breton, 2010, p. 18). La théorie de la porte de Melzack et Wall a justement contribué à rompre avec cette représentation.

Le Breton écrit à ce propos qu'elle « *dénonce la notion d'une douleur purement sensorielle et véhiculée en ligne droite au cerveau* » et que « *l'expérience douloureuse est sujette à différentes dimensions, où les données neurologiques intègrent des données cognitives et affectives et s'enchevêtrent à l'expérience passée du malade* » (Le Breton, 2010, p. 18). L'évaluation de la douleur doit tenir compte de l'expérience du patient de façon large.

C'est dans ce cadre que les outils d'évaluation ont leur intérêt. B. Tuffet distingue l'auto-évaluation, lorsque le patient peut décrire lui-même sa douleur, et l'hétéroévaluation, lorsque cette expression n'est pas possible (Tuffet, 2026). Elle rappelle aussi l'existence d'échelles unidimensionnelles, centrées surtout sur l'intensité, et d'échelles multidimensionnelles, qui permettent d'approcher la douleur plus largement (Tuffet, 2026). Ces outils sont nécessaires dans la pratique. Ils donnent des repères communs, permettent de suivre l'évolution de la douleur et facilitent la transmission et la traçabilité de l'évolution de la douleur. Pour autant, certains outils standardisés n'englobent pas toute l'expérience douloureuse. Un score peut aider à situer une intensité, mais il ne dit pas à lui seul ce que la douleur fait vivre au patient.

Le Breton explique aussi que « *S'agissant de la condition humaine, la douleur ne se satisfait pas de l'affection corporelle. Elle n'est pas seulement une histoire de système nerveux. Elle n'est pas un objet naturel susceptible d'être isolé* » (Le Breton, 2010, p. 20). Plus loin, il ajoute que l'identification de ses causes par le médecin « *ne recouvre que partiellement ce qu'en fait le patient qui la vit* » (Le Breton, 2010, p. 20). L'évaluation a donc besoin d'outils, mais elle ne peut pas dépendre seulement de l'outil. Il faut tenir compte de ce que le patient dit, de ce qu'il montre, de son contexte, de ce qui est observé et de la manière dont la douleur prend sens dans sa situation.

3.3.3 Communication de la douleur

La douleur peut être formulée clairement, mais elle peut aussi être dite subtilement, être difficile à mettre en mots ou être passée sous silence. Ricœur ouvre précisément sa réflexion par « *l'impuissance à dire* » et écrit que, tandis que la douleur a son lieu dans le corps, « *le souffrir se somatise de façon élective au niveau de la mimique et plus particulièrement dans l'espace du visage ; ainsi son expression se replie-t-elle sur le cri et les larmes* » (Ricœur, 2013, p. 20). En plus du langage, la douleur peut aussi passer par le visage, par le silence, par les larmes, par les cris, parfois avant même les mots. Ricœur écrit ensuite : « *Une déchirure s'ouvre entre le vouloir dire et l'impuissance à dire* » (2013, p. 20).

Cette phrase montre bien la difficulté fréquente dans le soin. Le patient peut vouloir faire comprendre ce qu'il endure et, en même temps, ne pas parvenir à le dire clairement, ou ne pas vouloir le dire clairement. La douleur ne se présente donc pas toujours sous la forme d'un discours clair. C'est dans cet écart que Ricœur situe la plainte lorsqu'il écrit : « *Et c'est dans cette faille que le vouloir dire se forge néanmoins le chemin de la plainte* » (Ricœur, 2013, p. 20). La plainte représente une forme d'expression et une manière de s'adresser à l'autre. Se plaindre demande des efforts pour certains, moins pour d'autres. En tout cas, la douleur passe essentiellement par la plainte pour être exprimée. Ricœur le précise d'ailleurs en ces termes « *La plainte est à la fois exhalée de soi, arrachée du fond du corps, et adressée à l'autre comme demande, comme appel à l'aide* » (2013, p. 20). Avoir mal, se plaindre, être démuni pousse le patient à demander de l'aide. La communication de la douleur comporte donc d'emblée une dimension relationnelle.

Dans le même passage, Ricœur écrit encore que la douleur « *bien souvent reste enfermée dans le silence des organes* » (2013, p. 20). Ricœur nous permet de comprendre pourquoi certaines douleurs restent difficiles à saisir. Elles peuvent être intenses et pourtant peu formulées. Elles peuvent aussi se montrer autrement que par un discours clair. Le soignant doit alors prêter attention à ce qui s'exprime en dehors d'une parole explicite : la posture, la mimique, le ton, les hésitations, les silences. Parfois, la douleur s'exprime de façon subtile dans les discussions, sans pour autant être identifiée au premier abord.

Ricœur va plus loin lorsqu'il écrit que la souffrance « *marque ainsi la crise la plus aiguë de ce que Habermas appelle l'agir communicationnel* » et prend la forme d'une « *excommunication* » (2013, p. 21). C'est la communication elle-même qui se trouve atteinte. Ricœur écrit encore que « *la souffrance y apparaît comme rupture du fil narratif* » (2013, pp. 22-23), et il parle d'« *inénarrable* » pour nommer cette impuissance à raconter (Ricœur, 2013, p. 23). Le patient douloureux ne livre donc pas toujours un récit organisé, directement exploitable. La douleur peut être difficile à raconter.

Le Breton ajoute que « *la douleur n'est pas la traduction mathématique d'une lésion* » et qu'« *elle est ressentie selon une grille d'interprétation inhérente à l'individu* » (Le Breton, 2010, p. 20). La douleur demande déjà un travail d'interprétation et ne passe pas directement de la lésion au langage. Le Breton ajoute que « *la souffrance est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective* » et qu'« *elle est ce que l'homme fait de sa douleur* » (2010, p. 24).

Ce que le patient exprime dépend alors aussi de ce qu'il parvient à faire de cette douleur et du sens qu'il lui donne. Le Breton donne aussi une image très parlante du passage du silence au langage lorsqu'il écrit, à propos de Job, que « *sept jours durant, Job se tait, le silence seul étant à la mesure de l'étendue de son mal* », avant d'ajouter qu'il « *revient au langage pour rendre sa souffrance communicable* » (2010, p. 22). Cette citation rappelle qu'il peut y avoir un temps de silence avant que la douleur soit partagée. Dans le soin, il faut parfois du temps, une présence et une confiance suffisante pour que la douleur puisse être exprimée.

4. Enquête exploratoire

4.1 Méthodologie de l'enquête exploratoire

4.1.1 Méthode choisie

J'envisage, pour mon enquête exploratoire, d'adopter la méthode clinique définie par Fernandez et Pedinielli (2006). La méthode clinique s'intéresse à « *la singularité des individus* » et au « *sens* » donné aux situations (p. 43). La démarche choisie est une démarche qualitative. La démarche qualitative est définie d'après Laurence Kohn et Wendy Christiaens comme :

« *Les Méthodes de Recherches Qualitatives (M.R.Q.) couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données (Mucchielli, 2011). Elles visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie.* » Cette méthode pourrait me permettre de recueillir des données en lien avec les représentations culturelles et l'expérience de la douleur. Ce sont des dimensions subjectives du soin, qui relèvent du vécu, du ressenti et de la posture du soignant. Ces éléments ne peuvent pas être appréhendés à travers des données chiffrées, mais nécessitent une approche qui permet de comprendre comment les professionnels perçoivent et vivent les situations rencontrées dans leur pratique.

4.1.2 Population choisie

J'envisage de mener mon enquête exploratoire auprès d'une seule population, composée d'infirmiers diplômés d'État exerçant dans des services différents. Le choix de cette population permet de suivre la continuité de ma question de départ, qui interroge la relation soignant-soigné et la prise en charge de la douleur dans des contextes variés. Les infirmiers rencontrés seront de préférence des professionnels souvent confrontés à la douleur et prenant en charge des patients aux profils divers, tant en termes d'âge, de sexe, de parcours de soins que de situations de vulnérabilité. Cette diversité permettra de recueillir des expériences professionnelles diverses et d'explorer la manière dont la prise en charge de la douleur et la relation de soin peuvent être menées dans des contextes organisationnels et relationnels différents. Ce choix a pour objectif de mettre en évidence à la fois des similitudes et des différences dans les pratiques, les difficultés rencontrées et les stratégies mises en place par les soignants, sans chercher à comparer les services entre eux, mais en enrichissant la réflexion autour de la problématique étudiée.

4.1.3 Lieux d'investigation

J'envisage de mener cette enquête exploratoire dans différents lieux d'exercice infirmier, afin de mettre en lien la relation soignant-soigné et la prise en charge de la douleur dans des contextes professionnels variés. Ces lieux ont en commun d'être confrontés à des situations de souffrance et de vulnérabilité, mais ils se distinguent par leur organisation et leurs contraintes.

Les soins palliatifs : au sein des soins palliatifs, la douleur est centrale et fait partie intégrante de la prise en charge. Le soin palliatif insiste sur l'accompagnement individualisé et global du patient. Ce cadre permet d'aborder une prise en charge de la douleur où le temps relationnel et l'écoute ont une place essentielle.

La psychiatrie : plus précisément au sein d'un service d'accueil de crise. La relation soignant-soigné est au cœur du soin et peut être mise à l'épreuve par des difficultés de communication, des incompréhensions ou des différences de représentations. Ce contexte permet d'interroger la prise en charge de la douleur et de la souffrance dans des situations où l'expression n'est pas toujours verbale ou facilement accessible.

Un service de soins médicaux et de réadaptation (S.M.R./ S.S.R.⁵) Dans ce type de service, la douleur est souvent présente de manière chronique et dans des soins au long cours. La prise en charge est structurée par des protocoles et une organisation institutionnelle précise, ce qui peut influencer la prise en charge de la douleur. Cela permettra d'explorer comment la relation et les représentations peuvent intervenir dans la prise en charge de la douleur au sein d'un cadre plus standardisé.

J'aimerais réaliser mon enquête au sein de services spécialisés dans la douleur ou ayant des infirmiers formés ou spécialisés dans la prise en charge de la douleur, afin d'apporter un point de vue plus spécifique. Cela permettra d'apporter des éléments différents.

Enfin, j'aimerais, si possible, intervenir dans l'exercice infirmier libéral. Cet exercice constitue un contexte différent. La prise en charge s'effectue au domicile du patient, avec des contraintes organisationnelles et temporelles spécifiques. La relation de soin s'établit dans l'environnement du patient, avec une autre forme de continuité des soins. La douleur y est aussi présente, mais abordée dans un cadre moins institutionnalisé, ce qui permet d'apporter un regard complémentaire sur la relation soignant-soigné et sur les représentations mobilisées sur le terrain.

⁵ Soins de Suite et de Réadaptation
Soins Médicaux et de Réadaptation

4.2 Outil

Pour le recueil de données, je m'appuie sur des entretiens semi-directifs, car ils permettent de donner une place à la parole des soignants et de recueillir leur expérience professionnelle de façon approfondie.

L'entretien est défini par Eymard comme « *à la fois une situation et un outil de recueil et/ou d'accueil de données, il se caractérise par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* » (2018).

L'entretien semi-directifs, selon Imbert (2010), « *s'organise autour de thèmes définis à l'avance, tout en laissant la personne interrogée s'exprimer librement* » (p. 24). Cette méthode permet de guider l'échange sans enfermer les réponses.

Ces entretiens permettent de suivre la méthode clinique et la démarche qualitative. Ce type d'entretien offre un cadre tout en restant souple, et en laissant la possibilité de s'adapter au discours et à l'expérience de chaque professionnel. Il permet aussi de laisser émerger des éléments qui n'auraient pas été nécessairement anticipés, en lien avec les différentes situations vécues sur le terrain. Ce choix me semble adapté pour explorer les mécanismes relationnels pouvant intervenir dans la prise en charge de la douleur, notamment dans des contextes de vulnérabilité et de souffrance.

J'ai utilisé comme outil de recueil de données un guide d'entretien semi-directif, commun à l'ensemble des entretiens. Le recours à un guide d'entretien semble adapté à la problématique abordée, qui touche à des dimensions relationnelles et subjectives du soin. Il permet d'aborder des thématiques en lien avec la relation soignant-soigné, la prise en charge de la douleur et les représentations culturelles, tout en s'adaptant au discours et au vécu de chaque professionnel interrogé. L'objectif est de recueillir des points de vue qui convergent et divergent, afin de pouvoir enrichir le cadre théorique avec la réalité vécue.

4.3 Réalisation de l'enquête

Un guide d'entretien a été construit sous la supervision de ma directrice mémoire (Annexe I). Les entretiens ont été réalisés à la suite des réponses des structures aux demandes d'autorisation d'entretiens.

Au total, six structures ont été démarchées (Annexe II) : trois centres hospitaliers, dont un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, une clinique spécialisée en oncologie, une clinique spécialisée en cardiologie et chirurgie vasculaire/urologie, ainsi qu'un cabinet infirmier libéral.

Une réponse favorable a été reçue de la part de la direction des soins d'un des trois centres hospitaliers (Annexe IV). Leur accord m'a permis de joindre les cadres des unités de soins palliatifs et de SSR. Les cadres de chaque service ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous avec les infirmiers. Un premier entretien avec une infirmière du SSR a été organisé à la suite d'un second appel. Le service de soins palliatifs sollicité n'a pas pu donner suite à la demande en raison du nombre important de sollicitations reçues sur cette période. J'ai été orienté vers la clinique d'oncologie disposant d'un service de soins palliatifs (Annexe II). Ma demande n'a finalement pas abouti malgré une relance téléphonique.

Le directeur de la clinique spécialisée en cardiologie, chirurgie vasculaire et urologie m'a accordé la réalisation des entretiens (Annexe IV) au sein des services suivants : douleur thoracique en cardiologie et pôle douleur de la structure. Deux entretiens ont pu être menés auprès d'infirmières de cette structure, l'une dans un service de douleur thoracique en cardiologie et l'autre en lien avec le pôle douleur de l'établissement.

Le cabinet infirmier libéral a également répondu favorablement à la demande (Annexe IV). L'entretien a été réalisé avec une infirmière exerçant à la fois en cabinet libéral et en service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.⁶). Ce choix a permis d'apporter un entretien complémentaire sur la relation de soin dans un contexte qui sort du cadre hospitalier.

Enfin, une réponse favorable de l'hôpital psychiatrique a été reçue tardivement (Annexe IV), proche de la date de rendu du travail. En raison du délai restant et de l'avancement de ma recherche, il n'a pas été possible d'organiser un entretien dans cette structure.

⁶ Service de soins infirmiers à domicile.

Avant chaque entretien, le cadre de l'échange et la question de départ ont été présentés. Les professionnels ont donné leur accord pour l'enregistrement, avec une garantie d'anonymat, afin de permettre une retranscription exacte. Il a été nécessaire de préciser que les réponses attendues concernaient surtout leur expérience, leur pratique et les situations rencontrées sur le terrain. Les professionnels interrogés pouvaient demander une reformulation des questions à tout moment. Pour instaurer un climat plus détendu et faciliter la parole, le tutoiement a été utilisé durant certains entretiens, avec l'accord des professionnels interrogés.

4.4 Limites, difficultés et biais rencontrés

Avant de présenter les résultats de l'enquête, il semble important de préciser quelques limites, difficultés et biais rencontrés lors du recueil des données. Cela permet de contextualiser les résultats et de pouvoir mieux les interpréter par la suite.

Les thématiques abordées englobent beaucoup de sous-thématiques et la difficulté principale était de construire un guide d'entretien qui les regroupe. Les questions ouvertes amènent donc le soignant à aborder la question comme il le souhaite. Cela engendre des réponses à certaines questions qui peuvent être très différentes entre les soignants, ce qui peut influencer l'analyse.

Les lieux d'enquête n'ont finalement pas tous été ceux envisagés au départ. L'enquête avait pour but de viser des professionnels exerçant dans des lieux différents pour avoir des échantillons variés sur les entretiens.

La prise en charge de la douleur en unité de soins palliatifs semblait intéressante à investiguer. Cependant, les soins palliatifs n'ont pas donné suite à ma demande. L'entretien en SSR a permis d'interroger une infirmière qui exerce sur une aile identifiée soins palliatifs, mais qui n'y travaille pas de manière constante. Ce secteur n'a donc pas pu être réellement investigué. De plus, aucune des infirmières interrogées n'a d'expérience professionnelle dans cette spécialité. Ces facteurs ont réduit les possibilités de varier les services spécialisés dans la prise en charge de la douleur.

Le nombre d'entretiens reste limité et constitue aussi une limite. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à la pratique infirmière. Ils permettent d'apporter des éléments de réflexion à partir de l'expérience du terrain. Il est tout de même intéressant de noter que le parcours des infirmiers reste très différent et que l'individualité de chaque personne a permis d'apporter des réponses parfois inattendues.

Un biais d'interprétation peut aussi exister dans l'analyse des entretiens. Les réponses recueillies ont été mises en lien avec la question de départ et le cadre de référence. Il a été nécessaire d'être attentif à ne pas tirer de conclusions trop rapides à partir du nombre limité de personnes interrogées.

Concernant le déroulement des entretiens, le fil de la conversation a été systématiquement interrompu, que ce soit en extérieur, dans la cour, ou en intérieur, en salle de pause par exemple. Ces coupures ont parfois nécessité de reprendre le fil de l'entretien à plusieurs reprises. Certains professionnels semblaient aussi chercher une réponse attendue à la question posée, ou une réponse théorique.

Il a donc parfois été nécessaire de préciser que l'objectif n'était pas d'évaluer leurs connaissances, mais de recueillir leur expérience sur des situations qu'ils ont pu rencontrer au cours de leur parcours.

Même si les entretiens semi-directifs permettent aux professionnels de répondre librement, la contrainte de temps n'a pas toujours permis d'approfondir tous les thèmes de la même manière. Certains aspects abordés par une infirmière n'ont donc pas forcément pu être repris avec les autres. Cela a entraîné des réponses parfois très différentes d'un entretien à l'autre, ce qui rend la comparaison moins systématique.

Un autre biais à prendre en compte concerne la posture étudiante, notamment l'envie du professionnel de répondre de façon pertinente aux questions en lien avec mon travail de fin d'études. Cet aspect a pu influencer les réponses des professionnels. C'est pour cela que les questions ont été reformulées quelques fois, afin d'obtenir des réponses davantage liées à leurs expériences.

Si l'enquête devait être réalisée à nouveau, plusieurs réajustements pourraient être envisagés. Tout d'abord, il faudrait élargir le nombre d'entretiens, en réalisant plusieurs entretiens dans les mêmes lieux, par exemple, pour repérer les dynamiques similaires ou, au contraire, différentes. Dans un second temps, il faudrait diversifier davantage les terrains pour avoir un spectre plus large. Réaliser l'enquête auprès d'infirmiers de soins palliatifs, de psychiatrie, de pédiatrie ou de structures différentes plus éloignées des soins traditionnels, comme les services humanitaires, semble aussi intéressant à investiguer en ce qui concerne la barrière de la langue et la culture. Enfin, il faudrait faire en sorte d'organiser les entretiens dans des conditions plus propices, dans des endroits calmes et sans interruption.

4.5 Résultats de l'enquête

4.5.1 Synthèses des entretiens

Finalement, quatre entretiens ont été réalisés auprès d'infirmiers diplômés d'État exerçant dans des contextes professionnels différents :

Entretien 1 : Cléa, infirmière de S.S.R. (Annexe V)

Cléa est infirmière diplômée depuis 2012. Elle exerce depuis deux ans dans le service de S.S.R. du centre hospitalier. Elle a exercé dans de nombreuses structures. Elle a principalement travaillé dans des services de réadaptation, en S.M.R, en soins à domicile, en maison de retraite, en gériopsychiatrie, ainsi qu'auprès de patients en état végétatif chronique. L'entretien s'est déroulé en début d'après-midi, à l'extérieur, dans la cour du service. L'échange a parfois été interrompu par des bruits extérieurs et des passages de soignants ou de patients. Cléa a souvent pris le temps de réfléchir avant de répondre, en essayant de s'appuyer sur des situations concrètes rencontrées dans sa pratique.

Dans son entretien, Cléa explique que les personnes âgées peuvent être vulnérables à cause de l'isolement, de la perte de repères, de la dépendance physique ou des troubles cognitifs. Elle insiste sur le fait que leur parole peut parfois être moins prise en compte, alors qu'il faut rester attentif à ne pas les décrédibiliser. Dans sa pratique, elle explique s'adapter surtout à la personnalité du patient, notamment en cas de refus de soins, de besoin important de parler ou de troubles de la communication. Concernant la barrière de la langue, elle indique qu'elle complique la compréhension du soin et le consentement du patient. Pour y faire face, elle utilise le mime, la communication non verbale, les outils de traduction, l'aide des collègues ou des supports avec des images. Pour la douleur, elle s'appuie principalement sur les prescriptions, les protocoles et les échelles d'évaluation comme l'ALGO. Même si certains comportements peuvent rendre la plainte plus difficile à comprendre, elle rappelle que ce n'est pas son rôle de croire ou de ne pas croire le patient : si une douleur est exprimée, elle doit être prise en compte. Elle souligne enfin que la difficulté de communication peut faire courir le risque de passer à côté de la douleur et que le vécu personnel du soignant peut influencer sa manière d'être empathique face au patient.

Entretien 2 : Sara, infirmière en salle de réveil et infirmière ressource Douleur (VI)

Le deuxième entretien a été réalisé avec Sara, infirmière diplômée depuis 2008. Elle travaille en salle de réveil et possède un parcours principalement orienté vers la chirurgie, les urgences et le bloc opératoire. Depuis 2018 à ce jour, elle exerce en salle de réveil. Son poste a ensuite évolué avec l'obtention d'un D.U⁷. douleur. Elle est aujourd'hui infirmière ressource douleur au sein de l'établissement, notamment en lien avec le C.L.U.D⁸., et intervient aussi dans certaines missions au centre de la douleur. L'entretien s'est déroulé en salle de pause. L'échange a parfois été interrompu par des passages de soignants, des bruits de machine à café ou des discussions en fond, mais Sara a développé ses réponses de manière assez spontanée, en s'appuyant sur son expérience en salle de réveil et sur sa formation douleur. Dans son entretien, Sara explique que les patients sont vulnérables en salle de réveil, car ils sortent d'une anesthésie, ne maîtrisent pas toujours ce qui leur arrive et doivent faire confiance aux soignants. Pour elle, cette vulnérabilité rend la relation de confiance indispensable, surtout quand les soins doivent parfois être rapides. Elle explique s'adapter de manière naturelle et spontanée à chaque patient, selon son attitude, son âge, son handicap ou son état émotionnel. Elle prend l'exemple des enfants, des personnes en situation de handicap ou des patients anxieux. Concernant la barrière de la langue, elle explique utiliser surtout Google Traduction, mais aussi le non-verbal, le toucher, les regards, les gestes, les schémas ou l'aide de la famille. Pour elle, la difficulté de communication peut majorer l'anxiété et la douleur, car le patient ne comprend pas toujours ce qui lui arrive. Sur la douleur, Sara insiste sur le fait qu'elle est à la fois physique, émotionnelle, cognitive et sociale. Elle explique que la culture, l'éducation et les expériences douloureuses passées influencent la manière dont chacun exprime sa douleur. Elle évoque aussi le « syndrome méditerranéen » comme une manière culturelle d'exprimer davantage la douleur. Elle rappelle que le soignant peut parfois sous-évaluer la douleur du patient, surtout lorsque celle-ci lui semble discordante. Pour évaluer la douleur, elle utilise les échelles, l'hétéroévaluation, les constantes, l'observation du faciès et du comportement, mais aussi et surtout la famille lorsque le patient ne peut pas bien s'exprimer. Elle souligne enfin que le vécu du soignant peut influencer sa manière de prendre en charge la douleur, car chaque soignant arrive avec son histoire, ses expériences et sa propre sensibilité.

⁷ Diplôme Universitaire

⁸ Comité de Lutte contre la Douleur

Entretien 3 : Yousra, infirmière en Douleur Thoracique de Cardiologie (Annexe VII)

Le troisième entretien a été réalisé avec Yousra, infirmière diplômée depuis 2004. Elle a travaillé pendant dix ans aux urgences de nuit, puis a exercé en ambulatoire avant d'intégrer l'écho de stress et l'unité de douleur thoracique. Elle exerce dans ce secteur depuis environ trois ans. Son parcours est donc marqué par une forte expérience des urgences, où la rapidité de prise en charge est importante, mais aussi par une recherche d'un lien plus relationnel avec les patients. L'entretien s'est déroulé dans un climat plutôt spontané, avec un tutoiement utilisé durant l'échange. Certaines interruptions ont eu lieu, notamment au début avec un appel téléphonique, puis l'entretien a pris une forme assez libre, avec plusieurs exemples issus de son expérience professionnelle.

Dans son entretien, Yousra explique que les patients vulnérables ne sont pas toujours ceux qui expriment le plus leur douleur. Pour elle, les patients qui ne demandent rien et souffrent en silence nécessitent une attention particulière, car ils peuvent facilement être oubliés dans un service où d'autres patients appellent davantage. Elle explique que la barrière de la langue rend la prise en charge plus difficile, notamment pour comprendre les antécédents, les allergies, la douleur ou ce que le patient ressent réellement. Pour communiquer, elle s'appuie sur les gestes, les personnes-ressources, les collègues parlant certaines langues, la personne de confiance, la famille ou les interprètes. Elle insiste sur l'importance de chercher un moyen de comprendre le patient plutôt que de rester bloqué par la difficulté. Concernant la culture, Yousra refuse clairement l'expression de « *syndrome méditerranéen* », qu'elle associe à une forme de jugement ou de racisme. Pour elle, chaque personne exprime sa douleur à sa manière, sans que cela puisse être réduit à une origine culturelle. Elle donne l'exemple de patients maghrébins qui expriment fortement leur douleur, mais aussi de patientes maghrébines très discrètes malgré une douleur visible. Pour l'évaluation de la douleur, elle explique observer le faciès, la posture, le comportement, l'échelle numérique lorsque c'est possible, mais aussi la cohérence entre ce que le patient dit et ce qu'il montre. Elle évoque aussi une situation marquante d'un patient drépanocytaire, dont la douleur avait été difficile à comprendre à cause de la barrière de la langue. Pour elle, quand la communication est difficile, la prise en charge devient plus compliquée, car le soignant ne connaît pas toujours les antécédents, les allergies ou les besoins réels du patient.

Entretien 4 : Lisa, infirmière en cabinet libéral (Annexe VIII)

Le quatrième entretien a été réalisé avec Lisa, infirmière diplômée depuis 2001. Son parcours est principalement orienté vers le domicile et l'exercice libéral. Elle a exercé en centre de soins, en Guadeloupe, dans plusieurs cabinets libéraux, puis a repris une activité libérale complète à partir de 2020. Elle possède plus de quinze ans d'expérience en libéral et a également réalisé un D.U. douleur. L'entretien s'est déroulé dans un échange assez libre, avec un tutoiement utilisé naturellement. Certaines interruptions ont eu lieu, notamment en lien avec une réunion qui devait commencer, ce qui a nécessité de terminer l'entretien plus rapidement. Lisa a beaucoup appuyé ses réponses sur son expérience du domicile, de la douleur chronique, de la fin de vie et de l'accompagnement des patients vulnérables.

Dans son entretien, Lisa explique que la vulnérabilité est très présente dans sa patientèle. Elle l'associe aux pathologies neurodégénératives, à l'isolement social, à la dépendance physique ou psychique, aux difficultés financières et à la perte d'autonomie. Pour elle, le soin à domicile demande une prise en charge globale, car le soignant entre dans l'univers du patient, dans son quotidien et parfois dans son intimité. Elle insiste sur l'importance de s'adapter à chaque personne, sans réduire le soin à l'acte prescrit. Concernant la barrière de la langue ou les difficultés de communication, elle explique qu'elles compliquent l'accès aux informations, l'évaluation de la douleur et la compréhension du soin. Pour y faire face, elle utilise l'écrit, les ardoises, le mime, la famille, les enfants, le non-verbal, le toucher, le regard ou encore le son de la voix. Sur la douleur, Lisa explique qu'elle utilise surtout l'échelle numérique, tout en observant le comportement du patient, sa posture, son visage, ses crispations ou son repli sur lui-même. Elle distingue aussi la douleur aiguë, la douleur chronique et la douleur de fin de vie, qui ne se prennent pas en charge de la même manière. Elle explique que la culture, la religion, l'histoire familiale et personnelle peuvent influencer la manière d'exprimer la douleur. Elle évoque notamment le « *syndrome méditerranéen* », qu'elle rattache plutôt à une manière culturelle et familiale d'exprimer la douleur, sans pour autant en faire une règle générale. Elle évoque aussi le risque de juger trop vite certains patients très expressifs, alors que cette expression peut cacher une souffrance, une angoisse ou un isolement. Enfin, elle explique que le vécu personnel du soignant influence forcément sa manière de prendre en charge la douleur, notamment parce que son propre rapport à la souffrance l'a conduite à s'intéresser davantage à cette question dans sa pratique professionnelle.

4.6 Analyse thématique des entretiens

À la suite des entretiens et de la retranscription des entretiens (Annexes V ; IV ; VII ; VIII), une grille d'analyse croisée a été construite. La grille a permis de réaliser une analyse thématique. L'analyse thématique a pour but d'hierarchiser les thèmes et sous-thèmes principaux et de les comparer entre eux.

4.6.1 La vulnérabilité, asymétrie et individualisation du soin

Tous les infirmiers interrogés s'accordent à décrire leurs patients comme vulnérables. Pour autant, cette vulnérabilité n'est pas perçue de la même façon selon le contexte de travail.

Cléa et Lisa donnent des définitions qui se rejoignent : la vulnérabilité est liée à une perte, que ce soit une perte de repères, d'autonomie ou de capacités. Cléa parle de patients âgés dont la parole est souvent moins prise en compte par les soignants : « *la personne âgée a tendance à être décrédibilisée d'office. [...] il faut remettre dans le contexte de dire que c'est des personnes* » (L. 16-23, Annexe V). Lisa, elle, élargit la notion à tout ce qui peut fragiliser une personne : les pathologies neurodégénératives, l'isolement social, « *la dépendance physique, la dépendance psychique [...] tous ceux qui ont des difficultés sociales, avec peu de revenus, peu de moyens* » (L. 44-55, Annexe VIII). Canguilhem rejoint ces deux perceptions en écrivant que « *la maladie n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique mais apparition d'un nouvel ordre vital* » (Canguilhem, 1966, p. 128). La vulnérabilité touche alors l'existence de la personne dans son ensemble.

Sara rattache quant à elle la vulnérabilité à un moment précis : les accidents de la voie publique et les opérations qui nécessitent une anesthésie. Elle explique que « *les patients sont en état de vulnérabilité beaucoup plus que quand ils peuvent maîtriser les choses* » (L. 20-27, Annexe VI) et que, dans ces moments, le patient ne peut que s'en remettre entièrement au soignant. Elle ajoute cependant que ces moments permettent paradoxalement une relation de confiance rapide, parce que le patient « *peut se livrer* » (L. 29-31, Annexe VI). Levinas (1974) décrit la vulnérabilité comme une « *exposition à l'autre* » (Levinas, 1974, p. 93). Le patient se trouve dans une position de dépendance vis-à-vis du soignant. Yousra apporte une vision différente des trois autres. Elle attire l'attention sur les patients qui ne montrent rien et qui risquent de passer inaperçus dans la prise en charge : « *une personne pour moi aux urgences qui était vulnérable, c'est des personnes qui n'exprimaient jamais quand ils avaient mal. Ils se taisaient* » (L. 30-35, Annexe VII).

Là où Cléa, Sara et Lisa identifient la vulnérabilité à partir de ce qu'elles observent, Yousra explique que la vulnérabilité peut aussi être invisible.

Sur la question de la singularité, les quatre infirmières affirment toutes adapter leur prise en charge à chaque patient, mais leurs façons de faire sont différentes. Sara et Cléa se rejoignent sur l'idée d'adaptation, mais pas de la même façon. Sara décrit quelque chose d'automatique après près de vingt ans d'expérience : « *quand j'aborde le patient selon sa réponse, son attitude, je ne vais même pas réfléchir, je vais adopter une certaine attitude, des mots de voix, des paroles plus rassurantes que d'autres. Ça se fait de manière intuitive* » (L. 43-46, Annexe VI). Elle ajoute que « *sans relation de confiance, on est dans le conflit avec n'importe qui et ça n'avance pas* » (L. 60-64, Annexe VI). Cléa, elle, parle plutôt de négociation avec le patient : « *si c'est une personne qui est dans le refus par exemple, je vais m'adapter, je vais essayer de négocier* » (L. 60-63, Annexe V). Cléa s'ajuste à la personnalité du patient et organise aussi son travail en conséquence, en allant par exemple en dernier chez un patient logorrhéique pour ne pas manquer de temps (L. 85-88, Annexe V). L'une agit de façon réflexe, l'autre de façon réfléchie, mais toutes deux adaptent leur pratique à la personne qu'elles ont en face d'elles.

Yousra nuance en soulignant qu'il y a des limites. Elle reconnaît la singularité de chaque patient, mais précise qu'une demande trop répétitive peut nécessiter un appui du médecin : « *à un moment donné je vais voir le médecin en me disant on va le réévaluer parce que je ne le vois pas (qu'il a mal)* » (L. 51-52, Annexe VII). Prendre en compte la singularité ne signifie donc pas répondre à toutes les demandes sans évaluation clinique. Lisa formule ce principe de façon plus générale : « *pour moi, un patient, c'est pas juste une patho, c'est pas un numéro de chambre. C'est une personne dans sa globalité. Et donc, à domicile, c'est la même chose. À part que là, en plus, tu évolues dans leur univers. T'es chez eux* » (L. 113-116, Annexe VIII). Son contexte libéral ajoute une dimension que les trois autres n'évoquent pas : le soignant entre dans l'espace de vie du patient, ce qui modifie la relation. Hesbeen (2018) écrit à ce propos que « *le malade n'est pas la maladie qu'il a* » (Hesbeen, 2018, p. 27). Ce qu'on déduit de ce que Lisa décrit, c'est qu'il faut adapter les soins à la singularité du patient et ne pas le réduire à son diagnostic.

4.6.2 La communication et la barrière de la langue : dans la relation de soin

L'impact de la barrière de la langue sur le soin

La barrière de la langue est une situation que toutes les infirmières ont rencontrée. Ce qui change d'une infirmière à une autre, ce sont les conséquences sur la relation selon le contexte de soin. Ce qui ressort de façon commune, c'est qu'elle complique la relation bien au-delà de la simple transmission d'informations.

L'impact qu'on retrouve le plus concerne le recueil d'informations et le consentement. Cléa souligne que, sans communication possible, obtenir un consentement libre et éclairé devient très difficile, et qu'un refus du patient peut en réalité cacher une incompréhension : *« s'il est dans le refus, il nous le fera comprendre. Mais c'est peut-être parce qu'il a pas compris ce qu'on voulait faire »* (L. 95-99, Annexe V). Lisa rejoint ce constat en libéral, où la barrière de la langue complique le recueil d'informations essentielles au soin : *« ça complique les choses pour obtenir des informations »* (L. 240, Annexe VIII), notamment dans l'exemple d'une plaie : *« si tu as une plaie qui est rouge, depuis combien de temps elle est rouge »* (L. 241-242, Annexe VIII). Le manque d'informations impacte la prise en charge et ne permet pas de répondre complètement aux besoins du patient.

Sara, en salle de réveil, identifie un effet supplémentaire que les autres n'évoquent pas, qui est l'absence d'explication pouvant majorer l'anxiété du patient au réveil, ce qui amplifie la douleur ressentie. Elle explique que *« si on ne peut pas communiquer avec lui, on ne pourra pas lui expliquer et du coup, il ne sera pas rassuré. La douleur va continuer à augmenter »* (L. 79-85, Annexe VI). Elle précise cependant que la communication ne repose pas uniquement sur le langage verbal, et que *« la communication tactile, ça c'est universel, les regards, il n'y a pas besoin de parler des fois pour se dire des choses, le corps peut parler, le non-verbal »* (L. 66-71, Annexe VI). Cette observation rejoint ce que Watzlawick, Beavin et Jackson formulent lorsqu'ils expliquent que, même sans mots, la relation existe et la communication continue.

Pour Yousra, qui a travaillé aux urgences avec une patientèle très diverse, la barrière de la langue impose avant tout de trouver des ressources pour ne pas rester bloquée dans la prise en charge. Elle témoigne que *« Nous aux urgences, des fois on faisait appel à des interprètes parce qu'on avait beaucoup de populations slaves et des fois »* (L. 68, Annexe VII). Elle n'évoque pas directement de difficulté à communiquer parce qu'elle explique faire en sorte de toujours trouver un moyen de communiquer avec le patient.

Stratégies mises en place face à la barrière de la langue

Pour pouvoir réaliser les soins malgré cette difficulté liée à la barrière de la langue, toutes les infirmières ont développé des stratégies, et leurs réponses montrent une inventivité qu'elles partagent, même si les outils mobilisés sont différents.

Cléa s'appuie sur le mime, les collègues susceptibles de parler la langue du patient, et des supports visuels comme des photocopies illustrées représentant différentes situations : « *des personnages, où ils montraient quelqu'un qui avait mal, ou manger, ou des choses comme ça* » (L. 114-115, Annexe V). Sara utilise principalement Google Traduction et la langue des signes pour les patients sourds et muets, en soulignant que « *c'est facile à apprendre, et le patient est aussi content* » (L. 90-92, Annexe VI). Elle précise que quelques gestes suffisent parfois à faire sentir au patient qu'il est compris (L. 95-102, Annexe VI). Lisa, de son côté, a commencé à apprendre quelques mots de langue des signes et utilise l'écrit via une ardoise (L. 233-235, Annexe VIII), et fait appel à la famille lorsque la barrière de la langue est trop importante : « *quand il y a un problème de langue, souvent, tu as la famille qui vient t'aider* » (L. 236-237, Annexe VIII).

Yousra mobilise en priorité les ressources déjà disponibles dans le dossier du patient, comme la personne de confiance ou la personne à prévenir, avant de solliciter le médecin ou des collègues parlant d'autres langues (L. 85-86, Annexe VII). Ce que ces quatre témoignages montrent ensemble, c'est que les stratégies relèvent toutes d'une adaptation individuelle et non pas de protocoles standardisés. Chaque infirmière trouve ses propres solutions en lien avec ce que le contexte lui permet.

L'impact de la difficulté de la communication sur la prise en charge de la douleur

C'est sur cette question que les propos des quatre infirmières convergent le plus, et de façon claire. Cléa formule le risque principal pour elle : « *je vais pas comprendre qu'il a mal, donc forcément, je vais pas prendre en charge sa douleur comme il faut. [...] C'est de passer à côté de sa douleur et de pas la traiter* » (L. 241-247, Annexe V). Sara va dans le même sens en précisant que toute évaluation sans communication suffisante est structurellement sous-estimée : « *on va sous-évaluer sa douleur et moins la prendre en considération parce qu'on aura pas forcément la bonne évaluation* » (L. 381-383, Annexe VI).

Yousra souligne quant à elle que l'absence de communication prive le soignant d'informations essentielles, notamment sur les antécédents ou les allergies du patient, ce qui le contraint à passer le relais au médecin (L. 240-242, Annexe VII).

Lisa conclut ce constat de façon globale : « *on est d'accord que s'il n'y a pas de communication, c'est compliqué d'évaluer la douleur; c'est compliqué de la prendre en charge, c'est compliqué d'accompagner le patient. [...] c'est aussi à nous de nous adapter, à être inventif* » (L. 669-672, Annexe VIII). Ce que ces quatre témoignages montrent ensemble, c'est que la difficulté de communication ne produit pas seulement un manque d'informations cliniques. Elle impacte aussi la capacité même du soignant à reconnaître et à prendre en charge ce que le patient traverse, ce que Ricœur traduit en écrivant que « *la souffrance appelle* » une réponse de l'autre (Ricœur, 1994, p. 60-61). Quand cette réponse ne peut pas être construite faute de communication, c'est la prise en charge dans son ensemble qui est fragilisée.

4.6.3 Culture, représentations et expression de la douleur

L'influence de la culture et l'histoire du patient dans l'expression de la douleur

Sur l'influence de la culture dans l'expression de la douleur, les quatre infirmières n'ont pas abordé cette question de la même façon.

Sara est celle qui développe le plus cette question. Pour elle, la culture se construit dès l'enfance et façonne durablement le rapport à la douleur : « *la culture c'est ce qu'on te donne depuis que tu es enfant. Tout ce qu'on inculque dans l'éducation vis-à-vis de l'expérience douloureuse. Et ça fait partie de toi. Donc chacun vit sa douleur avec ses propres expériences.* » Le Breton (2006) rejoint cette idée en écrivant que « *l'expérience corporelle est traduite dans un idiome culturel* » (Le Breton, 2006, p. 76). La manière d'exprimer ou de taire la douleur dépend d'un cadre appris bien avant la rencontre avec le soignant. Lisa va dans le même sens en ajoutant la dimension religieuse et familiale : « *il y a des cultures où la douleur, on est bien d'accord, que ce soit dans toutes les religions, il y a toujours une notion de rapport à la douleur* » (L. 349-350, Annexe VIII).

Cléa reconnaît l'influence possible de l'histoire personnelle du patient, mais se décrit comme prudente sur l'interprétation. Elle note que les patients ne lui ont jamais parlé directement de leur vécu culturel, et que ses explications restaient des suppositions de sa part (L. 127-124, Annexe V). Elle rappelle que le soignant interprète toujours à partir de ce qu'il observe, sans avoir accès à la réalité intérieure du patient.

Kleinman formule ce risque en expliquant que « *l'expérience de la maladie est toujours façonnée culturellement* » (Kleinman, 1988, p. 25) et que ne pas en tenir compte peut conduire à des malentendus dans la relation de soin.

Yousra, elle, se positionne particulièrement à ce sujet. Elle explique qu'au sein des équipes et dans sa pratique, elle refuse catégoriquement de réduire l'expression de la douleur à une origine culturelle : « *pour moi, chacun exprime sa douleur de sa manière, mais je ne veux pas entendre le syndrome méditerranéen. [...] C'est SA manière à elle d'exprimer la douleur, même si elle est exagérée, mais je ne veux pas qu'on englobe tout le monde* » (L. 94-95, Annexe VII). Sa position s'oppose directement à celle de Lisa et Sara, qui reconnaissent toutes deux une influence culturelle dans l'expression de la douleur. Pour Yousra, ce type de généralisation efface la singularité de chaque patient.

Stéréotypes et prise en charge de la douleur.

La question des stéréotypes a produit des réponses contrastées entre les quatre infirmières, notamment autour du terme de « *syndrome méditerranéen* ». La question posée était : « *Dans votre pratique, en quoi l'histoire ou le vécu peut influencer l'expression de la douleur du patient ?* » La majorité des infirmières ont évoqué ce syndrome en l'expliquant différemment et en l'associant à plusieurs choses.

Yousra a une position ferme à ce sujet : « *c'est du racisme pour moi. Pour moi, je le ressens comme ça* » (L. 122, Annexe VII). Elle souligne l'incohérence de cette étiquette en demandant pourquoi on ne parlerait pas de « *syndrome français* » pour un patient français qui exprime sa douleur (L. 127-128, Annexe VII). Goffman (1975) décrit ce mécanisme comme un « *désaccord particulier entre les identités sociales virtuelle et réelle* » (Goffman, 1975, p. 12). Yousra rejoint l'auteur lorsqu'il explique que l'étiquette réduit le patient à une caractéristique perçue comme négative, au lieu de le considérer dans sa singularité.

Sara a une position plus nuancée. Elle reconnaît que le terme de syndrome méditerranéen est utilisé dans son service et qu'il renvoie à une culture qui « *ose, qui exprime sa douleur* » (L. 193-194, Annexe VI), mais elle refuse que cela influence l'évaluation clinique. Elle précise que la douleur est « *extrêmement complexe* » et que l'expression culturelle de la douleur ne signifie pas que le patient souffre plus, ou moins qu'un autre (L. 195-199, Annexe VI). Elle conclut que quel que soit son vécu, quelle que soit son origine, « *il le vit comme quelque chose de très douloureux* » (L. 225-230, Annexe VI).

Becker éclaire ce que Sara décrit en écrivant que « *la déviance n'est pas une qualité qui réside dans le comportement lui-même, mais dans l'interaction entre la personne qui accomplit un acte et ceux qui y réagissent* » (Becker, 1985, p. 14). D'après lui, c'est le regard porté sur l'expression de la douleur qui en fait quelque chose de problématique, pas l'expression elle-même.

Cléa reconnaît que le comportement du patient peut influencer la crédibilité qu'elle lui accorde, notamment lorsqu'il exprime sa douleur en souriant (L. 150-157, Annexe V), mais elle rappelle que son rôle n'est pas de juger si le patient a vraiment mal. Elle s'appuie sur les protocoles et les échelles de douleur pour objectiver son évaluation. Lisa explique que, d'après elle, les soignants peuvent sous-estimer une douleur ou émettre un jugement : « *ça nous est tous arrivé au moins une fois d'avoir sous-estimé une douleur ou d'avoir forcé un jugement en disant non, c'est pas vrai, il n'a pas mal* » (L. 490-493, Annexe VIII). Son propos rejoint ce que Goffman désigne comme un « attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975, p. 13) : une expression de la douleur jugée trop démonstrative peut suffire à remettre en question la plainte du patient. Lisa explique aussi que les soignants ont tendance à étiqueter les patients dont l'expression de la douleur leur paraît trop démonstrative. Une expression de la douleur jugée excessive peut alors suffire à remettre en question la plainte du patient aux yeux du soignant.

4.6.4 Évaluation de la douleur et adaptation

Les situations où la douleur est difficile à évaluer

Les infirmières s'accordent toutes sur le fait que certaines situations rendent l'évaluation de la douleur particulièrement difficile, mais les situations qu'elles citent varient selon leur contexte.

Lisa décrit plusieurs situations ; c'est celle qui en présente le plus parmi les quatre infirmières. Elle cite les douleurs chroniques, où il faut « *juger la montée* » par rapport à un fond douloureux déjà existant (L. 601, Annexe VIII), les patients non communicants, le handicap (L. 604-607, Annexe VIII), et les démences où elle explique que c'est « *très compliqué d'évaluer la douleur chez les déments déambulants* » (L. 616, Annexe VIII). Cléa, en S.S.R., décrit une difficulté similaire avec des patients qui « *communiquent à moitié* », parfois capables de répondre, parfois non, laissant le soignant dans l'incertitude (L. 176-181, Annexe V). Sara, en salle de réveil, identifie les patients en situation de handicap comme les plus difficiles à évaluer, notamment lorsque leur comportement habituel est difficile à interpréter : « *le trait qui peut déranger, c'est quand ils gémissent, mais qu'ils gémissent tout le temps, en fait* » (L. 326-329, Annexe VI).

Yousra est la seule à mettre directement en lien la barrière de la langue et le retard dans la compréhension de la pathologie. Elle relate le cas d'un patient comorien pour lequel la barrière de la langue avait rendu la communication impossible, et qui s'est avéré par la suite être un patient drépanocytaire : « *les drépanocytaires, ils ont des douleurs intenses* » (L. 200-202, Annexe VII). Ce témoignage illustre concrètement ce que Le Breton formule en écrivant que « *la douleur n'est pas l'enregistrement d'une donnée physiologique, mais une interprétation* » (Le Breton, 2006, p. 75). Sans accès à la parole du patient, le soignant perd une partie essentielle de ce qui lui permet d'évaluer et de comprendre ce qu'il traverse.

Les outils et éléments d'évaluations utilisés.

Toutes les infirmières mobilisent plusieurs outils, et leurs pratiques se recoupent largement même si les contextes diffèrent.

L'échelle numérique et l'A.L.G.O sont les deux références communes pour toutes les infirmières interrogées. Cléa explique qu'elle utilise l'A.L.G.O. lorsque le patient ne peut pas aller plus loin dans la communication, mais qu'elle tient compte de la parole du patient même lorsque l'échelle donne zéro : « *s'il me dit qu'il a mal et que l'ALGO, il a zéro, je vais quand même prendre en compte le fait qu'il me dit qu'il est mal* » (L. 190-192, Annexe V). Elle consulte aussi ses collègues pour croiser les observations (L. 215-216, Annexe V). Sara complète cette palette avec l'échelle des visages et des schémas corporels lorsque le patient a du mal à évaluer sa douleur verbalement (L. 315-320, L. 372, Annexe VI), et s'appuie sur les constantes en salle de réveil. Lisa associe systématiquement l'échelle numérique à l'observation du comportement : « *avec l'échelle numérique, moi, je mets toujours en parallèle le comportement* » (L. 398-399, Annexe VIII), et utilise l'A.L.G.O et la DoloPlus pour les patients non communicants (L. 416-417, Annexe VIII).

Yousra, elle, ramène l'évaluation à deux éléments essentiels lorsque les outils ne suffisent plus : « *de toute façon, c'est que le faciès, c'est la position du corps. Autrement, tu ne peux pas juger* » (L. 227, Annexe VII). Elle précise que, dans ces situations, l'objectif prioritaire reste le recours à un traducteur (L. 233-234, Annexe VII), ce que les trois autres n'évoquent pas dans cette partie des entretiens.

4.6.5 Éléments inattendus

La distinction entre douleur et souffrance

La distinction entre douleur et souffrance est un élément qui a émergé spontanément dans plusieurs entretiens, en particulier chez Sara et Lisa.

Sara est celle qui développe le plus cette question. Elle décrit la douleur comme un phénomène qui dépasse la dimension physique : « *quand tu as mal, en premier lieu, on a mal avec son corps. [...] mais elle passe le filtre thalamique et elle va dans la zone des émotions* » (L. 128-133, Annexe VI). Elle ajoute que, lorsque la douleur s'installe dans la durée, elle génère « *tout cet engrenage de comportement social* » (L. 160-161, Annexe VI). Lisa complète cette distinction en séparant clairement douleur et souffrance psychique : « *souvent, dans ces gens qui verbalisent beaucoup, derrière, il y a la douleur et puis derrière, il y a la souffrance. [...] La souffrance, elle est plus psychologique. [...] parfois, en disant j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal, mais en fait, c'est pas j'ai mal, c'est JE... SUIS... MAL* » (L. 496-503, Annexe VIII).

Ce que Lisa décrit rejoint ce que Ricœur formule : la souffrance engage la relation à l'autre et exprime une « *demande impossible à combler d'un souffrir-avec sans réserve* » (Ricœur, 1994, p. 60-61). Derrière une plainte douloureuse répétée peut donc se trouver une demande d'accompagnement qui dépasse le traitement de la douleur elle-même. Yousra aborde la question en évoquant les patients silencieux : « *ceux qui ne demandent jamais rien c'est ceux qui souffrent en silence* » (L. 34-35, Annexe VII). Ce qu'elle décrit est une forme de souffrance qui ne s'exprime pas par la plainte, et qui risque précisément pour cette raison de ne pas être prise en charge.

Le vécu personnel du soignant et sa posture professionnelle

Sur la question de l'influence du vécu personnel dans la relation de soin, les quatre infirmières donnent des réponses qui s'opposent.

Cléa et Sara sont d'accord sur le fait que le vécu personnel du soignant joue un rôle dans la relation. Cléa estime que le fait d'avoir soi-même vécu des situations douloureuses permet d'être « *plus empathique* » et de mieux identifier ce qui peut soulager le patient (L. 265-268, Annexe V). Sara va dans le même sens en précisant que « *la personne que tu es dans ta relation avec le patient, elle jouera à un moment donné tes expériences de vie. Elles vont forcément jouer sur ta relation avec le patient* » (L. 237-241, Annexe VI). Pour ces deux infirmières, le vécu personnel est une ressource dans la relation de soin.

Yousra prend une position inverse et maintient une séparation nette entre sa propre douleur et celle du patient : « *leur douleur, je ne l'ai peut-être pas vécue. [...] ma douleur à moi, j'ai un mal de dos, mais quand tu vois que quelqu'un a une fracture ouverte, ce n'est pas la même douleur que toi* » (L. 189, Annexe VII). Pour elle, projeter son propre vécu sur la douleur du patient risque de fausser l'évaluation. Lisa apporte un témoignage particulier. Son rapport à la douleur est directement lié à ce qui l'a conduite vers ce métier : « *c'est le rapport à la douleur qui m'a amenée sur ma voie. C'est mon histoire qui m'a amenée à choisir ce métier-là [...] j'ai vu mon parent mourir [...] les dernières images que j'ai, c'est un homme crispé, un homme super jovial, super souriant* » (L. 678-682, Annexe VIII). Son vécu n'est donc pas séparable de sa pratique, il en est à l'origine. Manoukian et Massebeuf (2008) rejoignent cette idée en écrivant que la relation de soin est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (p. 9). Le soignant arrive dans la relation avec sa propre histoire, et celle-ci influence inévitablement la façon dont il perçoit et accompagne la souffrance de l'autre.

Les contraintes organisationnelles

Un autre élément inattendu concerne les contraintes du terrain, qui ont été évoquées par toutes les infirmières sans les avoir directement interrogées là-dessus.

Cléa adapte son organisation en fonction des singularités de chaque patient, par exemple en allant en dernier chez un patient logorrhéique pour disposer de plus de temps (L. 85-88, Annexe V). Cette adaptation montre que la prise en compte de la singularité passe aussi par une organisation du travail. Sara décrit les contraintes spécifiques de la salle de réveil, où les patients peuvent être en état de panique et où le soignant doit expliquer et rassurer rapidement avec des outils de communication alternatifs (L. 81-85, Annexe VI).

Yousra, elle, souligne les limites institutionnelles du recours aux interprètes : « *c'était très très dur d'avoir un traducteur parce que le temps qu'il arrive parce qu'il n'est pas d'astreinte, on essayait de soigner comme on pouvait* » (L. 68-71 ?, Annexe VII). Ce témoignage met en évidence un écart entre les besoins réels du terrain et les moyens mis à disposition par les structures. Lisa, en libéral, décrit un cadre de soin qui s'adapte à chaque patient et change chaque jour : « *à l'hôpital, tu as ton cadre [...] là, le cadre, il s'adapte à chaque personne. Et tous les jours, ce n'est pas la même chose* » (L. 150-153, Annexe VIII).

Elle précise que dans ce contexte, « *le plus important, dans le libéral en tout cas, c'est de trouver des personnes qui partagent les mêmes valeurs professionnelles* » (L. 161-163, Annexe VIII), ce qui souligne que la qualité du soin à domicile repose aussi sur la cohérence de l'équipe autour de valeurs partagées par les collègues.

La famille, une ressource dans le soin

Un dernier élément inattendu concerne la famille des patients. La famille est apparue spontanément dans les entretiens comme une ressource mobilisée par les infirmières face aux difficultés de communication, sans que cette question ait été directement posée dans le guide d'entretien.

Sara et Lisa sont celles qui en parlent le plus concrètement. Sara évoque le recours à la famille pour interpréter le comportement habituel d'un patient dont les gémissements constants rendaient l'évaluation difficile : « *le fait qu'eux, ils soient là, ils vont nous dire, non, en fait, son comportement, il gémit comme ça tout le temps, c'est habituel. Du coup, c'est pas un trait à prendre en considération maintenant. La famille peut être vraiment une ressource* » (L. 340-343, Annexe VI). Lisa, elle, décrit aussi des situations où la famille devient un intermédiaire de traduction : « *c'était sa fille qui faisait la transmission* » (L. 236-237, Annexe VIII), et où elle appelle les enfants pour s'assurer que les parents ont bien compris les informations transmises (L. 278-279, Annexe VIII). Yousra mobilise quant à elle la personne de confiance ou la personne à prévenir inscrite dans le dossier du patient comme premier recours avant de solliciter le médecin ou des collègues (L. 84-85, Annexe VII). Le recours à la famille semble être une adaptation face aux limites des ressources disponibles sur le terrain.

5. Problématique

L'analyse thématique des entretiens, sur la base des entretiens infirmiers réalisés sur le terrain, m'a permis d'élargir la réflexion et d'enrichir le travail avec des éléments nouveaux. Les entretiens ont fait ressortir un thème récurrent auquel je n'avais pas songé au départ. Cette thématique a abouti à une nouvelle réflexion en lien avec ma question de départ, qui était :

En quoi les représentations culturelles influencent-elles la relation soignants soignée dans la prise en charge de la douleur ?

Pour tenter d'y répondre, je m'appuierai sur mon cadre de recherche et mon enquête exploratoire sur les thèmes de la relation soignant-soigné, des représentations culturelles et de la prise en charge de la douleur.

Au travers des entretiens, la relation soignant-soigné apparaît comme une adaptation constante au patient. Les infirmières évoquent la négociation face au refus, la réassurance, l'attention portée aux patients peu demandeurs et la prise en compte du contexte de vie. Cette relation dépend de l'état du patient, de sa compréhension, du service et des ressources disponibles. Cette idée rejoint Manoukian et Massebeuf, qui décrivent la relation comme une rencontre entre deux personnes, avec leurs histoires et leurs manières d'entrer en relation (Manoukian & Massebeuf, 2008, p. 9). Ensuite, la vulnérabilité ressort systématiquement. Dans les entretiens, elle peut être liée à l'âge, à la dépendance, à l'anesthésie, aux troubles cognitifs, à l'isolement ou au silence face à la douleur. D'après les infirmières, le patient vulnérable peut être celui qui ne demande rien, qui ne comprend pas ou qui n'arrive pas à communiquer ce qu'il ressent. La douleur renforce cette difficulté. Pour Le Breton, elle dépend de la manière dont chaque personne la ressent et lui donne du sens (Le Breton, 2010, p. 20). Sur le terrain, les infirmières doivent évaluer la douleur et agir en conséquence. Les échelles, les protocoles et les prescriptions facilitent l'évaluation, mais leur utilisation devient plus limitée lorsque le patient parle peu, comprend difficilement, présente des troubles cognitifs, parle une autre langue ou exprime sa douleur par son comportement, toujours d'après les infirmières. L'évaluation repose alors sur l'observation, l'expérience du soignant et les éléments accessibles au moment du soin. Les représentations culturelles prennent place dans cette part d'interprétation. Elles influencent la manière de comprendre une situation, un comportement ou une plainte (Jodelet, 1989, p. 35 ; Moscovici, 1961, p. 58). Dans les entretiens, les infirmières reconnaissent que l'histoire,

l'éducation, la culture ou la personnalité peuvent modifier l'expression de la douleur. Le « *syndrome méditerranéen* » apparaît comme un exemple de représentation pouvant influencer la prise en charge de la douleur. Les infirmières s'accordent toutes à dire que la culture influence l'expression de la douleur, mais que cette expression ne doit pas influencer la prise en charge de la douleur. D'après elles, ce syndrome peut conduire à rattacher rapidement une douleur très exprimée à une origine ou à la définir comme exagérée sans éléments concrets. La barrière de la langue rend l'évaluation difficile, d'après les infirmières. Même sans mots partagés, le patient transmet quelque chose par le regard, la posture, les gestes, le silence ou le refus. Dans les entretiens, ces éléments restent insuffisants pour expliquer un soin, évaluer la douleur ou recueillir des informations essentielles. Pour maintenir l'échange, elles utilisent le mime, les pictogrammes, Google Traduction, l'écrit, quelques signes, les collègues parlant une autre langue, la personne de confiance ou les proches. Ces moyens aident la prise en charge, mais dépendent du temps, du service, du matériel disponible et de la capacité du patient à entrer dans l'échange. À partir de ces limites, la famille apparaît comme une ressource possible. Elle revient de façon récurrente concernant la communication altérée avec le patient. Le proche peut aider à traduire, vérifier la compréhension, préciser les habitudes du patient ou repérer un changement dans son comportement. Cette place rejoint Kleinman, pour qui la maladie est aussi comprise à travers le regard du patient, de sa famille et de son entourage (Kleinman, 1988, p. 24). La famille peut alors apporter des informations sur le patient que le soignant ne possède pas toujours dans le temps du soin, qui peut être rapide. La famille peut aider à comprendre une manière habituelle de réagir, une expression douloureuse, une inquiétude ou une difficulté à verbaliser. Cette ressource demande une vigilance professionnelle. La présence familiale peut modifier l'équilibre de la relation soignant-soigné. Le proche peut traduire, reformuler ou expliquer, mais il peut aussi répondre à la place du patient ou filtrer certaines informations. Le soignant doit préserver la parole de la personne soignée, son consentement, son intimité et son autonomie. La famille devient une aide lorsqu'elle soutient la compréhension du patient sans prendre sa place dans la relation de soin.

6. Question de recherche

À partir de cette réflexion, la question de recherche suivante peut être formulée :

En quoi la famille peut-elle devenir une ressource dans la relation soignant-soigné lors de la prise en charge de la douleur chez un patient présentant des difficultés de communication ?

Conclusion

Ainsi se conclut mon travail de fin d'études d'initiation à la démarche de recherche. Ce travail a réellement commencé bien avant la construction de ce mémoire. Au fil des stages, nous avons eu à analyser des situations de stage pour les présenter à nos collègues de formation. Cet exercice m'a permis d'enrichir mon esprit critique et de débiter une réflexion autour de la pratique infirmière.

Ce travail s'est construit au fil des mois et vient conclure mon cursus de formation en soins infirmiers. Il a pris pour origine ma situation de départ, qui m'intéressait particulièrement. Pour autant, je ne visualisais pas encore comment l'articuler à ce moment-là. Après l'avoir rédigée plusieurs fois, et après l'avoir présentée à ma directrice de mémoire, j'étais convaincu de construire mon mémoire sur cette base.

Le questionnement et l'analyse de la situation ont été les étapes qui m'ont demandé le plus de réflexion. J'étais en difficulté pour structurer ma pensée, amener les idées, utiliser les mots et le vocabulaire appropriés. Puis, en créant une structure par thématiques en lien avec la situation, j'ai pu créer un cadre pour le travail de réflexion, ce qui m'a paradoxalement permis de libérer ma réflexion. Cette réflexion a mené à questionner plusieurs thématiques, mais le choix devait être limité pour travailler de façon précise et structurée. Finalement, cette réflexion a abouti à ma question de départ, à savoir : en quoi les représentations culturelles influencent-elles la relation soignant-soigné dans la prise en charge de la douleur ?

Dès lors que la question de départ a été définie, le travail de recherche a débuté. Je me suis d'abord documenté autour de supports audiovisuels, à travers des documentaires et des vidéos sur internet en lien avec le sujet de mon mémoire. Je me suis ensuite orienté vers des références littéraires diverses, qui m'ont permis d'alimenter mon cadre de référence et de construire le support théorique de mon mémoire. Je l'ai enrichi au fur et à mesure, en ajoutant progressivement des éléments sur la relation soignant-soigné, les représentations culturelles et la prise en charge de la douleur.

C'est à partir de là que mon guide d'entretien a pu être construit en prévision de la réalisation des enquêtes sur le terrain. J'ai reconstruit le guide plusieurs fois avant de conclure sur le guide définitif. Je suis allé à la rencontre d'infirmiers sur le terrain pour confronter la théorie avec l'expérience des infirmières.

J'ai pu réaliser des entretiens auprès d'infirmières en S.S.R., en service de cardiologie, en salle de réveil et en cabinet libéral. Ensuite, j'ai regroupé les données en les comparant par l'intermédiaire d'une grille d'analyse.

L'analyse m'a ensuite permis de confronter les propos des soignants avec certaines notions de mon cadre théorique. Cela m'a permis d'apporter des éléments de réflexion essentiels et d'enrichir mon travail en apportant des perspectives nouvelles issues de l'expérience des soignants, en lien avec mon sujet. Une thématique est ressortie nettement dans les entretiens et m'a mené à me questionner autour d'une problématique qui semble riche et intéressante à développer :

En quoi la famille peut-elle devenir une ressource dans la relation soignant-soigné lors de la prise en charge de la douleur chez un patient présentant des difficultés de communication ?

La relation soignant-soigné reste pour moi essentielle dans ma pratique et je souhaite en faire une notion centrale. Le patient est vulnérable, tout comme le soignant peut l'être aussi. La vulnérabilité du patient est dévoilée par son besoin d'être soigné. Il faut aller vers les patients pour les découvrir et leur laisser l'occasion de nous découvrir aussi. Les rencontres enrichissent notre vécu et nous permettent d'apprendre, de connaître et de dépasser certaines représentations.

La culture et la langue ne doivent pas être des freins à la réalisation des soins. Elles peuvent au contraire ouvrir un champ nouveau, celui de la découverte. Plus on apprend à découvrir les autres, plus on apprend aussi à se découvrir soi-même.

J'espère que ce travail ouvrira une réflexion autour des représentations et de la barrière de la langue, afin de permettre à d'autres professionnels de s'intéresser à ce sujet qui nous touche quotidiennement dans la pratique.

Je souhaiterais, en tant qu'infirmier, mettre la relation avec le patient au centre du soin, en le rendant acteur de sa prise en charge. J'aimerais réussir à exercer dans un service où les contraintes organisationnelles ne m'empêchent pas de préserver la relation que j'entretiens avec le patient. Ce contexte me permettrait de me remettre en question constamment et de réévaluer ma pratique.

.

Liste de références

- Becker, H. S. (1985). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*. Métailié.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Les Éditions de Minuit.
- Canguilhem, G. (1966/2013). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s. d.). Douleur. Dans *CNRTL*. à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/douleur>
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. InterÉditions.
- Douglas, M. (2001). *De la souillure : Essai sur les notions de pollution et de tabou*. La Découverte.
- Eymard, C. (2003). *Initiation à la recherche en soins et en santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers*
- Filloux, J.-C. (1986). *La personnalité* (10e éd.). Presses universitaires de France.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.
- Hall, E. T. (1984). *Le langage silencieux*. Éditions du Seuil.
- Haute Autorité de santé. (2024). *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal*. Recommandation de bonne pratique. Lien : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024_02/reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf
- Hesbeen, W. (2018). *Comment définir la relation de soin ? Santé mentale*, (230), 24-29.
- Illustration première de couverture : illustration personnelle faite avec Canva, libre de droit
- Imbert, G. (2010). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *Pain*. Dans *IASP terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Payot.
- Laurence Kohn Et Wendy Christiaens (2014) *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances*
- Larousse. (s. d.). Douleur. Dans *Dictionnaire de français Larousse*.
À l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
- Larousse. (s. d.) Souffrance Dans *Dictionnaire de français Larousse*
À l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souffrance/73633>
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Métailié.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur : Entre destruction et renaissance*. Métailié.
- Levinas, E. (1974). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Martinus Nijhoff.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e éd.). Lamarre.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
- Institut Pasteur. (2015). *Rapport annuel de l'Institut Pasteur 2014 : Pasteur pour le monde*. Institut Pasteur.
- Ricœur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. *Autrement*, (142), 58-70.
- Ricœur, P. (2013). La souffrance n'est pas la douleur. Dans C. Marin & N. Zaccai-Reyners (Dir.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* (pp. 13-34). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.marin.2013.01.0013>
- Rogers, C. R. (2005). *Le développement de la personne*. Dunod.
- Tuffet, B. (2025). *La douleur* [Diaporama de cours]. Institut de Formation en Soins Infirmiers, GIPES.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Jones & Bartlett.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Éditions du Seuil.

Annexes

ANNEXE II : DEMANDE D'AUTORISATION D'ENTRETIENS D'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	III
CENTRE HOSPITALIER N°1 :	III
CENTRE HOSPITALIER N°2 :	IV
CENTRE HOSPITALIER DE SANTE MENTALE ET SOINS PSYCHIATRIQUES	V
CABINET LIBERAL :	VI
CLINIQUE SPECIALISEE EN ONCOLOGIE.....	VIII
ANNEXE IV REPONSES DES STRUCTURES AUX DEMANDES D'AUTORISATION D'ENTRETIENS	IX
CENTRE HOSPITALIER N°1 :	IX
CABINET LIBERAL :	X
HOPITAL PSYCHIATRIQUE.	XIII
ANNEXE V RETRANSCRIPTIONS DE L'ENTRETIEN AUPRES DE CLEA IDE DE SSR	XIV
ANNEXE VI : RETRANSCRIPTIONS DE L'ENTRETIEN AUPRES DE SARA IDE. EN SALLE DE REVEILLE	XXII
ANNEXE VII : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AUPRES DE YOUSRA IDE EN SERVICE DE DOULEUR THORACIQUE ET ÉCHOGRAPHIE D'EFFORT	XXXIV
ANNEXE VIII : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AUPRES DE LISA IDE EN CABINET LIBERAL	XLV
ANNEXE IX : GRILLE D'ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS	LXIV
ANNEXE X : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ETUDE	LXXVI

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif :

Thème	Objectif exploratoire	Questions principales
Contexte professionnel	Situer le professionnel et comprendre son contexte d'exercice	Pouvez-vous me parler de votre parcours, de votre date de diplôme et de votre ancienneté dans le service ?
Vulnérabilité et asymétrie	Comprendre comment le soignant perçoit la vulnérabilité du patient et son impact sur la relation de soin	Dans votre pratique, comment percevez-vous la vulnérabilité des patients et en quoi cela influence-t-il votre manière d'interagir avec eux (d'entrer en relation) ?
Singularité et individualisation	Comprendre comment le soignant adapte sa prise en charge à la singularité du patient	Comment prenez-vous en compte la singularité (différences) de chaque patient dans la réalisation des soins ? Est-ce que vous pouvez donner des exemples ?
Communication et barrière de la langue	Explorer l'impact des difficultés de communication sur la relation	Avez-vous déjà pris en charge un patient avec qui la communication était difficile en raison de la langue ? Quel impact la barrière de la langue peut avoir sur votre pratique de façon générale ?
	Repérer les stratégies mises en place pour communiquer avec le patient	Quelles stratégies utilisez-vous pour communiquer et comprendre le patient dans ces situations ?
Représentations culturelles	Comprendre l'influence de la culture et de l'histoire du patient sur l'expression de la douleur	Pour vous, comment la culture ou l'histoire personnelle du patient peut influencer la manière dont il exprime sa douleur ? Avez-vous des exemples (de patient exprimant la douleur différemment) ?
Représentations du soignant / stéréotypes	Explorer l'influence des comportements du patient sur la prise en charge de la douleur	Dans votre pratique, en quoi le comportement du patient peut-il influencer votre prise en charge de la douleur ? Avez-vous des exemples de comportements qui ont influencé la prise en charge de la douleur ?
Douleur	Explorer les situations où la douleur est difficile à évaluer	Avez-vous déjà rencontré des situations où la douleur du patient était difficile à évaluer ? Pouvez-vous donner un exemple ?
		Quels éléments vous aident à évaluer la douleur lorsque le patient a des difficultés à la verbaliser ?
	Comprendre en quoi la difficulté de communication influence l'évaluation et la prise en charge de la douleur	Selon vous, comment la difficulté de communication peut-elle influencer la prise en charge de la douleur dans votre pratique ?

Annexe II : Demande d'autorisation d'entretiens d'enquête exploratoire.

Centre hospitalier n°1 :



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein du centre hospitalier [REDACTED] auprès d'Infirmier Diplômé d'Etat exerçant dans les services suivants:
Soins palliatif et SMR/ SSR dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Étudiant infirmier du GIPES d'Avignon,
Ali HARB.

Centre hospitalier n°2 :



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein du centre hospitalier [REDACTED] auprès d'Infirmier Diplômé d'Etat exerçant dans les services suivants:
Soins palliatif et SMR/ SSR dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Etudiant infirmier du GIPES d'Avignon, Ali
HARB.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Centre hospitalier de santé mentale et soins psychiatriques



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : aharb@erfpp84.fr

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service : Accueil crise fermé du Pole [REDACTED] auprès d'Infirmier Diplômé d'état dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Etudiant infirmier du GIPES d'Avignon,
Ali HARB.

Cabinet libéral :



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans votre cabinet libéral auprès d'Infirmier Diplômé d'Etat dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Etudiant infirmier du GIPES d'Avignon,
Ali HARB.

Clinique spécialisée en cardiologie et en urologie.



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de La Clinique [REDACTED] auprès d'Infirmier Diplômé d'Etat exerçant dans les différents services du Pôle Douleur, et en survice de Douleur Thoracique.

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Etudiant infirmier du GIPES d'Avignon, Ali
HARB.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Clinique spécialisée en oncologie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Ali HARB
Étudiant en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : aharb@erfpp84.fr

Avignon, le : 25/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de l'institut [REDACTED] auprès d'Infirmier Diplômé d'Etat exerçant dans les différents services de soins palliatif.

L'influence des représentations culturelles sur la prise en charge de la douleur.

Veuillez trouver joint à cette lettre le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

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

Etudiant infirmier du GIPES d'Avignon, Ali
HARB.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe IV réponses des structures aux demandes d'autorisation d'entretiens

Centre hospitalier n°1 :



Monsieur Ali HARB

Avignon, le 2 avril 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. : VB/NC/26

Monsieur,

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

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

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

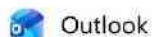
- [Redacted] res de Santé du service SMR [Redacted] au
- [Redacted] Cadre de Santé du service SOINS
PALLIATIFS au [Redacted]

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

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



Cabinet libéral :



Re: Demande de recueil d'informations dans le cadre de mon TFE

À partir de [REDACTED]
Date Mer 01/04/2026 18:45
À HARB Ali <aharb@erfpp84.fr>

Bonjour,

Je vous donne mon accord pour la réalisation de cet entretien auprès de ma collègue infirmière libérale au sein de mon cabinet.

Cordialement,

[REDACTED] IDEL

Le dim. 29 mars 2026 à 11:48, HARB Ali <aharb@erfpp84.fr> a écrit :

Madame [REDACTED]

Je suis étudiant en soins infirmiers de l'IFSI du GIPES.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je souhaiterais réaliser un recueil d'informations au sein de votre cabinet, sous la forme d'entretiens auprès d'une infirmière libéral.

Mon travail porte sur le thème suivant :

« En quoi les représentations culturelles influencent-elles la relation soignant-soigné dans la prise en charge de la douleur ? »

Je me permets donc de vous adresser ma demande, accompagnée de mon guide d'entretien, ainsi que mes coordonnées, afin de savoir s'il serait possible d'obtenir votre accord pour la réalisation de cette enquête.

Si cela est possible, je préférerais que le questionnaire ne soit pas communiqué à l'avance à la personne interrogée, afin de garder des réponses les plus spontanées possible.

Je reste bien entendu disponible pour toute précision complémentaire.

Je vous remercie par avance de l'attention portée à ma demande.

Cordialement,

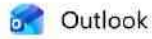
EIDE du GIPES d'Avignon,

Ali HARB.

[REDACTED]

aharb@erfpp84.fr

Clinique spécialisée en cardiologie et en urologie.



RE: Demande d'autorisation d'entretien Travail de Fin d'Etude

À partir de [REDACTED]
Date Mar 14/04/2026 14:56
À HARB Ali <aharb@erfpp84.fr>

Bonjour Ali,

Concernant votre demande pour vos entretiens de TFE.

C'est Ok pour que vous les réalisiez dans les unités souhaitées : Urgence douleurs thoraciques, avec l'IDE qui sera présent le jour ainsi que sur le pôle douleur avec Noémie, qui est également IDE référente douleur dans la clinique.

Nous allons vous faire un courrier d'accord sur ce sujet.

Revenez vers moi rapidement pour savoir quand vous souhaitez effectuer vos entretiens.

Cordialement,

[REDACTED]

[REDACTED]

Cadre de Santé chirurgie urologie/vasculaire – Pool
Réfèrent EAS/ESI

[REDACTED]

De : HARB Ali <aharb@erfpp84.fr>

Envoyé : samedi 4 avril 2026 12:07

À : [REDACTED]

Cc :

Objet : Demande d'autorisation d'entretien Travail de Fin d'Etude



M. Ali HARB

Avignon, le mercredi 22 avril 2026

OBJET : Travail de fin d'études

Monsieur,

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

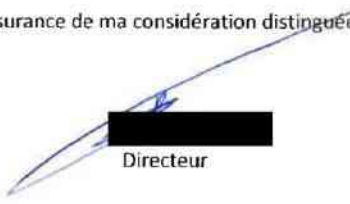
J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

Monsieur [REDACTED] Cadre de santé chirurgie urologie/vasculaire, référent EAS/ESI au [REDACTED]

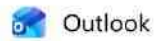
Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

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


[REDACTED]
Directeur



Hôpital psychiatrique.



RE: Demande d'enquête TFE EIDE Ali HARB

À partir de [REDACTED]
Date: Lun 04/05/2026 10:21
À: HARB Ali <aharb@erfpp84.fr>
Cc: [REDACTED]

Bonjour Monsieur HARB,

Vous êtes autorisé à faire des entretiens dans le cadre de votre mémoire de fin d'études au sein du centre hospitalier de Montfavet.

Vous pouvez contacter M. [REDACTED], cadre de santé de [REDACTED]

Cordialement,
La Direction des Soins

Annexe V retranscriptions de l'entretien auprès de Cléa IDE de SSR

- 1 *(Sifflement d'oiseaux)*
- 2 **Ali : Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter, me parler de votre parcours en**
3 **tant qu'infirmière, de votre date du diplôme et l'ancienneté dans le service ?**
- 4 **Cléa :** Oui, alors moi je suis infirmière depuis 2012 et j'ai fait beaucoup, beaucoup de
5 services, essentiellement de la réadaptation, des services de SMR, des fois spécialisées en
6 cardio ou alors en ortho. J'ai fait aussi du soin à domicile, j'ai été quelques années dans un
7 service et de SMR en geronto et qui avait aussi ... un service d'état végétatif chronique,
8 donc dans la barrière de la langue on y est. Qu'est-ce que j'ai fait ? Un peu de maison de
9 retraite, après j'ai fait pas beaucoup mais médecine, chirurgie, urgence au POOL et ... et
10 j'ai fait un peu de gerontopsy aussi.
- 11 **Ali : D'accord. Et l'ancienneté du coup dans le service ?**
- 12 **Cléa :** Ça fait deux ans que je suis ici.
- 13 **Ali : Ok Du coup la première question, donc dans votre pratique, comment vous**
14 **pouvez percevoir la vulnérabilité des patients, de façon générale, et en quoi ça**
15 **influence la façon d'interagir avec eux ?**
- 16 **Cléa :** Déjà le fait d'être dans un service de personnes âgées, en partant du principe qu'ils
17 sont vulnérables, parce que la personne âgée a tendance à être décrédibilisée d'office.
18 Haha.
- 19 *(Bruits d'hélicoptère)*
- 20 Donc il faut remettre dans le contexte de dire que c'est des personnes et que c'est pas parce
21 qu'ils sont plus entre guillemets « qu'il faut pas prendre en compte leurs paroles », euh
22 qu'ils sont vulnérables parce qu'ils sont isolés, euh ils sont plus chez eux, euh ils ont plus
23 leur repère. Euh Que, C'est ça la question ? Pourquoi ils sont vulnérables ?
- 24 **A :** C'est ça,
- 25 **C :** Donc ils ont tendance à avoir des troubles euh ils peuvent avoir des troubles cognitifs
26 et ça aussi, euh là on a tendance à les décrédibiliser, enfin à plus prendre en compte euh ce
27 qu'ils disent, enfin je sais pas comment l'exprimer mais voilà. Euh vulnérables
28 physiquement, ils ont besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne. Et ... voilà, il y a
29 le fameux syndrome de glissement quand même qui est propre à la personne âgée.
- 30 Ça va, je parles assez fort ?
- 31 **A :** Oui, un petit peu plus fort peut-être, mais non c'est c'est bien. Donc ... est-ce que
32 ça influence la manière d'interagir avec eux, en tant que soignants ?
- 33 **C :** Alors j'essaie vraiment de me remettre souvent en question, justement à me dire que
34 non, je m'adapte à la personnalité de la personne, mais euh mais après, j'essaie vraiment de
35 euh pas être imbu de ma personne, je sais pas comment dire ça, mais j'essaie de rester

36 humble on va dire. Je sais pas comment dire ça. Est-ce que ça influe ? (Réfléchis) Répète
 37 la question s'il te plaît.

38 **A : Est-ce que ça influence la manière de rentrer en relation avec eux, ces gens qui**
 39 **sont vulnérables comme tu m'as expliqué ? Est-ce que ça peut influencer la façon de**
 40 **rentrer en relation quoi avec eux ?**

41 **C : Oui.**

42 **A : Dans les soins relationnels. (Donne un exemple)**

43 **C : Oui, ouais**

44 *(Blanc)*

45 **A : Par exemple une personne vulnérable, donc la question c'est est-ce que la**
 46 **perception de vulnérabilité elle va influencer ma pratique, mon soin, ma relation avec**
 47 **le soignant ? Euh avec le patient pardon ? Ou est-ce que au contraire non ?**

48 **C : Est-ce que s'il est vulnérable ça influence ? (Réfléchis)**

49 *(Blanc)*

50 Je ne pense pas non. Non je m'adapte plus à la personnalité.

51 **A : Plus qu'à la vulnérabilité ?**

52 **C : Oui finalement.**

53 **A : Ok. Du coup, dans la pratique, euh comment on, comment vous prenez en compte**
 54 **la singularité, donc les différences de chaque patient dans la relation ? Les différences**
 55 **d'un patient à un autre, comment ... on les prend ... en compte ? Et est-ce qu'il y a**
 56 **des exemples euh ? Est-ce que il y'a des exemples ? Dans la réalisation (des soins) ?**

57 **C : (Prend la parole) Si je soigne différemment ? Est-ce que je soigne différemment ?**
 58 **(Réfléchis)**

59 *(Blanc)*

60 Oui forcément. Forcément, beh si c'est une personne qui est dans le refus par exemple, je
 61 vais m'adapter, je vais faire, je vais essayer de négocier *euh*, et si par contre *euh* il est
 62 vraiment dans le refus, je m'adapte. Je vais pas soigner comme quelqu'un qui me dira oui à
 63 tout.

64 **A : Ok, c'était ça la question. Eteuh donc les exemples c'était du refus de soins par**
 65 **exemple, est-ce qu'il y a d'autres exemples ? Où le patient, beh il a des singularités,**
 66 **donc on peut ou s'adapter ou ne pas s'adapter par exemple, c'est ça la question.**

67 **C : Ouais, Je réfléchis.**

68 *(Blanc)*

69 **A : (Precise) Par exemple aujourd'hui, il n'y avait pas des patients qui pouvaient être**
70 **différents sur certaines prises en charge, je sais que des fois ça ne s'exprime pas**
71 **forcément directement. Mais ...**

72 **C : (Coupe la paroles) Beh j'ai un patient qui est dans le refus de soins *hein* en ce moment,**
73 **donc on fait au jour le jour, on essaye de faire ça, mais ... j'ai des patients qui peuvent**
74 **avoir des hallucinations, mais je les soigne différemment ? (Réfléchis) Je fais quand même**
75 **les soins parce qu'il est coopérant. C'est passer plus de temps des fois avec un patient**
76 **plutôt qu'avec un autre, aussi, ... le temps de parole euh, la communication.**

77 **Je suis pas hors sujet ? ça va ha ha ?**

78 **A : Non, non, c'est très bien. Faut pas avoir peur d'être hors sujet, de toute façon les**
79 **entretiens, ils, c'est des questions euh qui sont faites exprès pour pouvoir... euh que ce**
80 **soit des réponses individuelles. Pas forcément... Faut pas que ça réponde forcément**
81 **exactement à ce que moi je cherche dans mon travail, mais que ce soit plutôt euh, des**
82 **questions enfin des réponses qui sont spontanées, et libres, et que ça laisse de l'espace**
83 **aux soignants pour pouvoir ...**

84 **C : (Prend la parole) Ça, Ça va être déjà arriver par exemple de euh différé un soin, c'est-à-**
85 **dire que si je sais que la personne parle beaucoup, qu'elle est logorrhéique, à ce moment-là,**
86 **je vais décider d'y aller en dernier. Haha Voilà, pour pas prendre de retard dans la prise en**
87 **charge de mes autres patients, et euh et de savoir que là vraiment je serai plus presséeuh.**
88 **Tu vois ?**

89 **A : Ouais, complètement.**

90 **Donc, ensuite la question c'est : est-ce que vous avez déjà pris en charge un patient**
91 **avec qui la communication était difficile en raison de la langue ?**

92 **C : En raison de la langue, oui. Oui, très souvent.**

93 **A : Très souvent, Et quel impact... cette barrière de la langue peut avoir sur la**
94 **pratique?**

95 **C : Beh oui, c'est très compliqué. Déjà pour avoir un consentement libre et éclairé, c'est**
96 **beaucoup plus difficile. Euhmm Des fois ils comprennent pas, mais après... Beh c'est**
97 **pareil, il y a quand même cette communication non-verbale qui nous aide beaucoup. Euh**
98 **Donc s'il est dans le refus, il nous le fera comprendre. Mais c'est peut-être parce qu'il a pas**
99 **compris ce qu'on voulait faire, et dans ce cas-là c'est compliqué alors maintenant on a**
100 **quand même des outils où on peut euh traduire. Donc c'est quand même plus facile, mais**
101 **des fois ça suffit pas, ils comprennent quand même pas. En plus de la barrière de la langue,**
102 **il y a la barrière de l'audition. Haha Ça devient un peu compliqué, les deux confondus.**

103 **A : Donc cette barrière de la langue, elle est quand même difficile, et elle peut euh...**
104 **Alors attends, je vais reprendre juste la question.**

105 *(Blanc)*

106 **A : Donc la question d'après c'était, quelle stratégie utilisez-vous pour communiquer**
107 **et comprendre le patient dans ces cas-là ?**

108 **C :** Euh le, le mime ! J'essaie de lui montrer euh mes soins que je vais lui faire en lui
109 mimant euh ce que je vais lui faire. Et après j'essaie d'avoir quand même recours à des
110 collègues enfin qui, enfin, peuvent parler la langue éventuellement. Euh et si vraiment c'est
111 pas possible... (Réfléchis) Comment je fais pour communiquer avec lui, avec la barrière de
112 la langue ?

113 **A : Qu'est-ce que vous avez comme option à votre arsenal de soignants ?**

114 **C :** On a eu là, c'était des... des photocopies en faite avec des... des personnages, où ils
115 montraient quelqu'un qui avait mal, ou manger, ou des choses comme ça.

116 **A : Donc c'était des images ?**

117 **C :** Oui des images ouais.

118 **A : D'accord. Et...**

119 **A : Donc cette question, elle concerne la culture et l'histoire des patients.**

120 *(Bruit d'hélicoptère)*

121 **Oui. Comment la culture ou l'histoire personnelle ... du patient ... peut influencer la**
122 **manière dont il va exprimer sa douleur ? Est-ce que c'est quelque chose que... qu'on**
123 **peut percevoir sur le patient ? Est-ce qu'il y a des histoires ou des vécus de certains**
124 **patients qui peuvent influencer la façon dont lui-même va exprimer la douleur ?**

125 **C :** Certainement, mais ils m'en ont jamais parlé. Directement.

126 **A : Ok.**

127 **C :** C'est-à-dire qu'ils vont tous réagir différemment à la douleur, mais généralement j'ai
128 pas d'explication de comment... Des fois, même eux, ils n'ont pas d'explication de... de
129 pourquoi ils réagissent comme ça. Par exemple, il y a eu des fois où... il y avait une dame,
130 dès qu'on faisait la toilette intime, c'était compliqué, quoi. Et... Et dans ces cas-là, il y a eu
131 une interprétation comme quoi elle a eu aurait subi des agressions sexuels, en fait. Mais
132 enfin, après euh on n'est jamais sûr de rien, quoi, en fait. Mais voilà, c'était fortement
133 possible que ce soit dû à ça, quoi. Mais voilà, après, moi, j'avais pas d'explication de la part
134 du patient. C'était euh ... une interprétation.

135 **OK. Et... Dans la pratique, du coup, en quoi le comportement... Enfin, comment le**
136 **comportement du patient peut-il influencer la prise en charge de la douleur ?**

137 *(Blanc)*

138 *(Cléa réfléchis)*

139 **(Précise) Donc, certains comportements, est-ce qu'ils peuvent influencer la prise en**
 140 **charge de la douleur si le patient se comporte d'une certaine façon ou pas ? Et... Dans**
 141 **quelqu'un... Comment on... Comment on prend... Qu'est-ce qui va influencer... En**
 142 **fait, je veux dire...**

143 **C :** Si on voit qu'il a mal ? comment je... (Réfléchis)

144 **A :** Alors, attends (essaie de reformuler)

145 **C :** Comment je réagis ?

146 **A :** Oui, c'est ça. C'est le comportement du patient. Enfin, le comportement, de façon
 147 générale, au niveau de la douleur. Enfin le comportement du patient... qui a mal,
 148 comment il peut influencer la prise en charge de la douleur ? Le comportement du
 149 patient...

150 **C :** Beh si un patient me dit en souriant qu'il a mal, par exemple, j'aurais plus de difficultés
 151 à le croire, entre guillemets, on va dire. Après... Après, voilà, moi, c'est... Je fais vraiment
 152 en fonction de mes prescriptions. Il me dit qu'il a mal, même si je le crois pas. C'est pas
 153 mon rôle de croire ou de pas croire à un patient. Je fais en fonction de mes prescriptions. Je
 154 lui demande son échelle de douleur, s'il arrive à me répondre hein. Et en fonction, et beh je
 155 lui donne ce que je peux lui donner. Parce que, pour ça, on a des protocoles. Donc, s'il me
 156 dit qu'il a 8, et beh je lui donne le souvent, le doliprane, la morphine, ou d'autres
 157 médicaments.

158 **A :** Donc, du coup...

159 **C :** (Prend la parole) Son comportement n'influe pas sur ma prise en charge de la douleur.

160 **A :** OK. Est-ce que vous avez des exemples de... dans la pratique, peut-être ? Même si
 161 ça peut pas influencer, est-ce qu'il y a des fois où, vraiment, le comportement, ça a
 162 pu... changer la façon dont je vais prendre en charge sa douleur ?

163 **C :** Est-ce que c'est déjà arrivé ? (Réfléchis)

164 **A :** Est-ce que c'est déjà arrivé ?

165 **C :** Est ce que ça m'est déjà arrivée.. Parce que vraiment, Je crois pas. Après, si c'est déjà
 166 arrivé... Ou des situations où ça peut... C'est plus qu'après, j'en parle au docteur. Ouais. Je
 167 vais plus dire... « Voilà. Il m'a dit ça. Je vais lui donner, hein. Mais je crois pas trop. »
 168 Voilà. Hahaha C'est plus ça. D'accord. Je vais quand même le donner, en fait.

169 *(Patients qui discutent ensemble)*

170 **A :** Et pourquoi le donner, quand même, alors ? Quand je le crois pas ?

171 Parce que je... C'est pas mon rôle de croire ou de pas croire.

172 **OK. Très bien. Très bien. Est-ce que vous avez rencontré des situations où la douleur**
173 **du patient était difficile à évaluer ?**

174 *(Patients qui discutent en fond)*

175 *(Blanc) (Cléa réfléchis)*

176 **C :** Euh... Oui. C'est des patients qui communiquent à moitié. C'est... C'est... D'ailleurs,
177 c'est compliqué pour eux parce qu'il faut souvent choisir une échelle de douleur, donc
178 évaluation numérique ou... Une EVA ou un ALGO. Et on est censé en choisir qu'une
179 d'évaluation. Sauf qu'il y a des fois, il va pouvoir te répondre. Et il y a des fois, il pourra
180 pas te répondre. Donc là, t'as envie de faire un peu les deux échelles. Et en fait, il y a le
181 patient qui te dit « Oui, j'ai mal. » Et quand tu essayes d'en savoir un peu plus, silence radio,
182 il te dit plus rien. Donc là, c'est un peu compliqué. Tu vois, de prendre la... De... De
183 prendre en charge cette douleur-là. Du coup, est-ce que tu pars sur une évaluation... Une
184 EVS ou un ALGO ? Enfin voilà, c'est dans ces cas-là où c'est un peu compliqué. Donc là,
185 généralement, tu pars sur un ALGO après. S'il va pas plus loin dans sa réponse, bah moi, je
186 pars sur un ALGO.

187 **A : OK, donc un ALGO pour évaluer la douleur.**

188 **C :** Ouais.

189 **A : OK. Donc la question d'après, c'est...**

190 **C :** (Prend la parole) Enfin pardon. Non, non, non. Même s'il me dit qu'il a... Enfin, s'il me
191 dit qu'il a mal et que l'ALGO, il a zéro, je vais quand même prendre en compte le fait qu'il
192 me dit qu'il est mal.

193 **A : Ah, d'accord.**

194 **C :** Voilà, quand même, parce que... Mais après, peut-être que je donnerais peut-être le
195 minimum en fonction de l'ALGO.

196 **A : Ah, OK.**

197 **C :** Tu vois ? Je donnerais quand même, mais peut-être pas le maximum.

198 **A : OK, très bien.**

199 **C :** Ça va dépendre de son ALGO. Tu as compris ? Haha

200 **A : Oui. Haha**

201 **A : Donc ensuite, la question d'après, c'est... Quel élément aide à évaluer la douleur**
202 **lorsque le patient a des difficultés à les verbaliser ? Donc on a un petit peu parlé. Est-**
203 **ce qu'il y a d'autres éléments ?**

204 **C :** L'ALGUS, l'ALGO... Je n'utilise pas l'ALGUS, j'utilise que l'ALGO.

205 **A : Donc c'est les échelles, surtout, c'est ça ?**

206 **C : Ouais, c'est les échelles.**

207 **A : Et est-ce qu'à part des échelles, on peut utiliser d'autres outils pour...**

208 **C : Pour évaluer la douleur ?**

209 **A : Dans les cas où elle est difficile à évaluer. Qu'est-ce qu'on peut faire ?**

210 **C : Tu parles de la réglette, par exemple ?**

211 **A : Pas forcément. Après, je ne parle pas d'outils en particulier, mais est-ce que dans**
 212 **la pratique, on pourrait avoir tendance à faire d'autres choses pour évaluer une**
 213 **douleur qui est difficile à évaluer ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Enfin, d'après votre**
 214 **pratique.**

215 **C : Normalement, je me sers de l'ALGO. Après, je questionne mes collègues,**
 216 **généralement, si c'est pareil avec eux, mais sinon, je me sers de l'ALGO.**

217 **A : Ok, très bien. Donc, il me reste encore deux questions, et après, c'est terminé.**
 218 **Donc, selon vous, ... comment la difficulté de la communication ... peut influencer, du**
 219 **coup, cette prise en charge de la douleur chez les patients ?**

220 **C : Répète, s'il te plaît.**

221 **A : Je reformule. (Precise) Si un patient a du mal à communiquer ... est-ce que cette**
 222 **difficulté à communiquer avec le soignant, elle peut ... changer la ...prise en charge**
 223 **de la douleur ? Est-ce que la difficulté de communication peut changer la prise en**
 224 **charge de la douleur de ce patient ? Donc, si quelqu'un qui n'arrive pas à**
 225 **communiquer, est-ce que, moi... ça va changer ... la façon de prendre en charge sa**
 226 **douleur ? Quelqu'un qui a du mal à exprimer sa douleur ou qui a du mal à**
 227 **communiquer.**

228 **C : D'accord. Je réfléchis. Un patient qui n'arrive pas à communiquer... (Cléa réfléchis)**
 229 *(Blanc)*

230 **Je pars sur l'échelle, même si c'est une barrière de la langue. Ce sera certainement un**
 231 **ALGO, quand même. Je partirais quand même sur un ALGO.**

232 **A : Donc, on utilise les outils, dans ce cas-là.**

233 **C : Ouais.**

234 **T'as une réponse ? Haha**

235 **A :Oui.**

236 **En fait, j'aimerais savoir si, par exemple... dans le cas où le patient il communique sa**
 237 **douleur, mais qu'on a du mal à la ... percevoir, on va dire.**

238 À la percevoir, c'est-à-dire, il essaie, mais avec la barrière de la langue, il a du mal à
 239 nous dire qu'il a mal. Est-ce que, pour toi, ça pourrait changer la façon dont, dont
 240 moi, je vais...

241 C : (Prend la parole) J'espère que j'arriverai à comprendre qu'il a mal, hahaha tu vois. C'est
 242 vraiment ça, en fait. Ce sera le patient qui a mal, mais qui a le sourire et qui me le
 243 communique avec la barrière de la langue que je comprends pas. Oui, je vais pas
 244 comprendre qu'il a mal, donc forcément, je vais pas prendre en charge sa douleur comme il
 245 faut.

246 A : Et du coup, c'est quoi le risque, d'après toi, dans ces cas-là ?

247 C : C'est de passer à côté de sa douleur et de pas la traiter, du coup.

248 A : OK. Et la dernière question, est-ce que le vécu du soignant, l'histoire personnelle
 249 du soignant, peut influencer la prise en charge de la douleur des soignants ? Euh, des
 250 patients, pardon. Je repose la question, parce que j'ai un peu bafouillé.

251 *(Le psychologue interrompt l'entretien) Elle est ou Madame X, là ?*

252 C : Elle était là, juste il y a deux minutes.

253 Psy : Il y a deux minutes ?)

254 C : Enfin, il y a peut-être un peu plus. Cinq minutes.

255 Psy : On la trouve pas.

256 C : Elle était là il y a vraiment pas longtemps. Elle était pas avec Z ?

257 C : Ouais, elle était avec A.

258 Psy : O.K

259 A : Est-ce que le vécu du soignant, l'histoire...

260 C : C'est sûr. Ça change la prise en charge de la douleur des patients ? Ça permet de plus...

261 *(Une soignante interrompt l'entretien et interpelle le psychologue) Soignante : Tu fais quoi*
 262 *? Tu fais quoi ? Mais elle est là !!*

263 C : C'est... Excuse-moi.

264 A : C'est pas grave.

265 C : Ça permet d'être plus... Empathique, je pense. Le fait d'avoir vécu des choses
 266 douloureuses, quand tu sais que ton patient, il vit la même chose, t'arrives à savoir quel
 267 type de douleur il peut avoir, et dans ces cas-là, tu sais ce qui peut soulager au mieux.
 268 Enfin, je pense que oui, ça peut complètement changer la douleur.

269 A : OK. Bon, c'était la dernière question. Merci beaucoup.

Annexe VI : Retranscriptions de l'entretien auprès de Sara IDE. en salle de reveille

1 **Ali : J'ai des questions qui sont là, c'est juste mon guide d'entretien et c'est pour poser**
2 **des questions générales. Après, si jamais il y a besoin de préciser, aucun problème.**

3 **On y va donc pour la première question, c'est est-ce que vous pouvez me parler de**
4 **vos parcours, de votre date de diplôme et votre ancienneté dans le service du coup**
5 **et dans quel service vous travaillez ?**

6 **Sara :** Mon parcours professionnel quoi, j'ai été diplômée en 2008, c'est en route ? (Pointe
7 le téléphone du doigt), j'ai commencé ici à la clinique où j'ai fait deux ans de service chir
8 (chirurgie) et après je suis passée à bloc salle de réveil.

9 Apréseuh, j'ai fait un peu l'intérim dans toutes les chirurgies salle de réveil. Je suis partie
10 cinq ans en Lozère jusqu'en 2018 où j'ai fait exclusivement, quasiment que les urgences et
11 depuis 2018 que je suis revenue, j'ai retrouvé mon poste en salle de réveil à la clinique.
12 Donc depuis 2018, je suis de nouveau là sur la salle de réveil et mon poste après a évolué
13 puisque j'ai fait le DU douleur.

14 Donc je fais salle de réveil, je suis l'infirmière ressource douleur de l'établissement pour le
15 CLUD et j'ai aussi des missions sur le centre de la douleur où je fais de l'HDJ pour des
16 postes de k'équipe mobile ELISA. Peut-être que tu ne connaîtras pas.

17 **A : Non. Ok, du coup la question d'après c'est, dans votre pratique, comment vous**
18 **percevez la vulnérabilité de certains patients et en quoi est-ce que ça peut influencer**
19 **la manière d'être en relation avec eux ou d'interagir avec eux ?**

20 **S :** Alors moi j'ai un parcours beaucoup salle de réveil et puis de toute façon que j'ai été
21 diplômée en 2008, je ne l'ai pas dit tout à l'heure, mais j'ai aussi fait des urgences et les
22 patients quand ils sont au bloc opératoire, ils nous laissent totale confiance puisqu'ils
23 doivent être endormis, donc ils peuvent que s'en remettre à nous et c'est un peu la même
24 situation même si c'est pas le même contexte. Quand tu es en situation d'urgence, tu as eu
25 un accident, tu ne peux plus maîtriser, tu es obligé de te laisser (en parlant du patient) et les
26 patients sont en état de vulnérabilité beaucoup plus que quand ils peuvent maîtriser les
27 choses, quand ils sont dans le service et euh c'était quoi la question ? Haha

28 **A : Est-ce que ça peut influencer la manière d'interagir avec eux ?**

29 **S :** Oui totalement et justement c'est ce pourquoi j'ai choisi ces branches-là, c'est parce que
30 je, dans ces moments de vulnérabilité, c'est les seuls moments où on peut vraiment avoir
31 une action et une relation de confiance rapide avec le patient et il va pouvoir se livrer.

32 (Soignants qui entre dans la salle de pause pour prendre un café)

33 *Soignants : On peut ? (En ouvrant la porte)*

34 **A : Bonjour.**

35 **S : Oui**

36 *Soignants : discutent en fond*

37 **A : C'est ça la question du coup, la question d'après c'est comment on peut prendre**
38 **en compte dans votre service ou dans votre pratique les différences de chaque patient**
39 **dans la réalisation des soins, comment est-ce que vous faites en sorte de prendre en**
40 **compte ...**

41 **S : ...La différence de chacun des patients ?**

42 **A : Oui, c'est ça.**

43 **S :** C'est spontané en fait, je sais pas après ça fait pratiquement 20 ans que je travaille et du
44 coup quand j'aborde le patient selon sa réponse, son attitude, je ne vais même pas réfléchir,
45 je vais adopter une certaine attitude, des mots de voix, des paroles plus rassurantes que
46 d'autres. Ça se fait de manière intuitive.

47 **A : Est-ce qu'il y a des exemples en particulier où il y a des gens à qui on s'adapte un**
48 **peu à leurs différences, à leur particularité ?**

49 **S :** Sur des personnes qui présentent un handicap, euh du coup souvent en salle de réveil,
50 nous on se renseigne si c'est un handicap avant, les gens vont se présenter avant au patient
51 pour que quand ils se réveillent les gens se disent c'est un visage que j'ai déjà vu avant, il
52 sait que c'est après, il nous voit après et selon on peut avoir l'aide de la famille sur les
53 personnes qui présentent un handicap et j'ai oublié la question de départ.

54 **A : Donc la question de départ c'était, est-ce qu'on peut donner des exemples de**
55 **patients à qui on s'adapte à leurs différences, singularité ?**

56 **S :** Les enfants. Les enfants aussi, c'est des patients plus vulnérable, ils n'ont pas les mêmes
57 capacités cognitives que nous, à gérer leurs émotions et donc du coup quand on les
58 accueille, c'est pareil, on essaie de les mettre déjà en confiance et sur tout tout le parcours,
59 que ce soit jusqu'au bloc ou en salle de réveil, on va utiliser la distraction mais beaucoup la
60 mise en confiance. Avec ... Parce que sans relation de confiance, on est dans le conflit avec
61 n'importe qui et ça n'avance pas et le vécu il n'est pas bon et en salle de réveil ça fait pas un
62 super réveil non plus. Sur tout dans le parcours bloc, si on ne s'adapte pas et qu'on ne met
63 pas de relation de confiance en place dès le départ, on n'arrivera pas à faire des soins de
64 qualité.

65 **A : Et des fois c'est des patients avec qui on a du mal à communiquer aussi ?**

66 **S :** Non, parce que les patients avec qui on a du mal à communiquer, tu penses aux
67 personnes qui ont... qui sont étrangères, parce qu'avec les personnes qui ont... qui parlent
68 des langues étrangères, on prend Google traduction, souvent ça les fait rire parce que c'est
69 pas tout à fait... Mais du coup on arrive quand même à rentrer en relation et puis sans
70 parler de la communication, la communication tactile, ça c'est universel, les regards, il n'y
71 a pas besoin de parler des fois pour se dire des choses, le corps peut parler, le non-verbal...

72 **A : Du coup, est-ce que vous avez déjà pris en charge des patients où la**
73 **communication était difficile en raison de la langue par exemple ? Et ... Déjà on va**
74 **répondre à cette question.**

75 **S :** Oui, Oui avec la barrière de la langue oui.

76 **A : Donc, qu'est-ce que ça peut avoir comme impact la langue sur la pratique de façon**
77 **générale ?**

78 **S :** Sur la pratique, euh beh si le patient, il nous paraît du coup visuellement euh, c'est de
79 l'hétéroévaluation douloureux ou anxieux, ... si on ne peut pas communiquer avec lui, on
80 ne pourra pas lui expliquer et du coup, il ne sera pas rassuré. La douleur va continuer à
81 augmenter nous en salle de réveil c'est vraiment ça, où les patients peuvent être en état de
82 panique, ils ne comprennent pas ce qui se passe, pourquoi ils ont mal, pourquoi ils
83 ressentent certaines choses et le fait de passer sur le Google Traduction en général, ça
84 apaise de suite le patient, il a compris, il est OK, il sait un peu plus à quoi s'attendre et c'est
85 plus ouvert comme communication. Mais on est obligé de passer par un outil ...

86 **A : ...Pour communiquer.**

87 **S :** Pour communiquer.

88 **A : Du coup, on en a un peu parlé, mais quelles stratégies vous utilisez pour**
89 **communiquer et comprendre le patient dans ce cas-là, dans la barrière de la langue ?**

90 **S :** Dans les barrières de la langue, nous, on utilise exclusivement Google Traduction et j'ai
91 déjà eu des sourd et muet, on utilise une tablette. La langue des signes, concrètement, il y a
92 quelques mots euh, c'est facile à apprendre, et le patient est aussi content.

93 **A : (Suggère) Il mime des fois aussi peut-être ?**

94 **S :** Oui, il mime.

95 Oui, mais c'est beaucoup plus pratique sur la langue des signes, pour quelqu'un qui est
96 sourd et muet, il y a trois gestes à savoir et c'est facile de dire c'est facile de dire (parle en
97 langages des signes) « ça va ? » « vous avez mal ? » et le patient se sent compris

98 **A : Il sent qu'on s'investit dans sa prise en charge.**

99 **A : Du coup, la question d'après, c'est : comment la culture ou l'histoire personnelle**
100 **du patient peut influencer l'expression de la douleur ? (Precise) Donc, l'histoire**
101 **personnelle ou la culture du patient, des fois, est-ce qu'elle peut influencer la façon**
102 **dont il va exprimer sa douleur ?**

103 **S :** Totalelement, totalelement.

104 **A : Et est-ce qu'il y a des exemples ? Comment est-ce que ça peut, d'après votre**
105 **expérience ?**

106 **S** : Alors moi, je vais rentrer dans le sujet hein haha.

107 **A** : **Aucun problème, aucun problème, au contraire.**

108 **S** : La douleur, est-ce que tu connais bien la définition de la douleur ?

109 **A** : **Moi, je veux bien que...**

110 **S** : tu veux bien qu'on la revois, haha

111 **A** : **Oui, je veux bien une définition.**

112 **S** : Je te la trouver avec vraiment la douleur. Et après, je te le dirai avec mes mots à moi.

113 **A** : **Ouais, aucun problème. Moi, justement, ce que j'ai besoin, c'est..**

114 **S** : C'est mes mots à moi ?

115 **A** : **Non, c'est... Il faut pas hésiter à à développer parce que ça, c'est pour moi. Après,**

116 **je vais pouvoir... C'est du matériel pour moi pour pouvoir l'analyser après et**

117 **comparer avec d'autres choses que j'ai pu trouver.**

118 (Sara cherche sur son portable.)

119 **Par exemple, si je vais interroger un autre infirmier, il va me dire des choses**

120 **différentes. Donc, c'est ça qu'on veut avoir sur les entretiens. Donc, aucun problème.**

121 **S** : Je te la renvoie à toi aussi. Comme ça, au moins, tu verras de quoi je parle. Donc, la

122 définition, parce que je la connais pas par cœur hein, c'est la douleur, « c'est une expérience

123 sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou

124 potentielle. ».

125 C'est-à-dire, pour moi, une douleur.. T'as déjà fait mal, certainement ? Oui. Un accident,

126 peut être, au ski ? Quand on est enfant, quand ça fait mal, tu as peut-être une expérience

127 douloureuse, un coup de marteau sur le doigt hein. Des petits accidents de la vie, tu t'es

128 brûlé. Le genre d'accident de la vie du quotidien. Quand tu as mal, en premier lieu, on a

129 mal avec son corps. C'est ce qu'on ressent. Ça brûle, ça tiraille, on s'est coupé le doigt, ça

130 lance. C'est tout ce qu'on ressent physiquement. Et ça, c'est quand l'information, elle passe

131 de l'endroit où tu t'es fait mal et qu'elle monte au cerveau, elle arrive sur la zone cérébrale

132 qui déclenche les sensations. C'est pour ça qu'on la sent physiquement. Mais elle passe le

133 filtre thalamique et elle va dans la zone des émotions. Et d'ailleurs, quand tu te fais mal, tu

134 ressens toujours une émotion. C'est toujours associé à une émotion. Quand tu as mal, est-ce

135 que tu me parlerais d'une expérience douloureuse ?

136 **A** : **Oui, par exemple, j'ai eu une fois où je suis tombé sur mon genou et je me suis fait**

137 **une plaie. Et ça m'a un peu marqué dans ma vie parce que c'est un peu une douleur**

138 **de référence, on va dire. Quand j'ai mal, je pense un peu à ça.**

139 **S** : Tu penses à ça. Donc, tu l'as mémorisé.

140 **A : Oui**

141 **S :** Et qu'est-ce que tu as ressenti quand tu t'es fait mal au genou ? Tu as ressenti une
142 émotion ?

143 **A : Oui, j'ai eu peur.**

144 **S :** Tu as eu peur.

145 Il y a beaucoup de gens qui ont peur. Il y a beaucoup de gens qui ressentent de l'anxiété. Il
146 y en a qui ressentent de la colère. Si on donne un coup de marteau sur le doigt, il y en a
147 qui vont s'effondrer et pleurer. Et il y en a d'autres qui vont dire « et merde !!! » se mettre
148 très en colère. Ça, ça reste en est sur le domaine des émotions.

149 Mais après passer l'émotionnel qui reste quand même toujours présent, il va y avoir ce
150 qu'on pense. Tout ce qui a trait à la pensée :

151 « Mais je me suis fait mal au genou et je me suis ouverte. Est-ce que ça va cicatriser ? Est-
152 ce qu'il va falloir des poings ? Est-ce que je vais pouvoir aller travailler ou pouvoir aller à
153 l'école ? » quand on est enfant.

154 C'est toutes les questions qu'on se pose autour de cette douleur. C'est ce mécanisme qui
155 s'enclenche. Et après, si ça fait longtemps qu'on a mal et que les personnes ne sont plus
156 douloureuses chroniques, la dernière phase euh qui s'éclaire au niveau cérébral, ça va être
157 « j'ai mal, je ne veux plus voir personne. Je vais rester chez moi. Mais comme j'ai trop mal,
158 je n'ai pas envie d'embêter mes amis, donc je ne vois plus personne. Mais au travail, ça ne
159 va pas non plus. »

160 Et c'est tout cet engrenage de comportement social. C'est le comportement que va nous
161 donner la douleur. Et ça... pour moi, la culture, la culture c'est ce qu'on te donne depuis
162 que tu es enfant. Tout ce qu'on inculque dans l'éducation vis-à-vis de l'expérience
163 douloureuse. Et ça fait partie de toi. Donc chacun vit sa douleur avec ses propres
164 expériences.

165 Donc toi, tu as eu une expérience du genou. C'est une expérience référence. Tu l'as
166 mémorisé.

167 Et chacune des expériences douloureuses au cours de notre vie, on la mémorise. Mais on la
168 mémorise qu'elle soit physique ou qu'elle soit aussi psychique. L'une, c'est presque le côté
169 physique et psychique. Il est imbriqué l'une dans l'autre. Parce qu'il suffit d'avoir eu mal
170 dans un moment où quand on est enfant, quand on se développe plus grand, à un moment
171 donné où on est plus fragile. Et ça, c'est imbriqué l'une dans l'autre. Parce que quand il y
172 aura cette fragilité qui va apparaître psychologiquement, la douleur va réapparaître. Parce
173 qu'elle est mémorisée par rapport à l'émotionnel.

174 *(Bruit de la machine à café)*

175 Et par rapport à la culture. Mais évidemment, tout ce qui est culturel, c'est tout ce qu'on
176 peut transporter. Les personnes qui ont 80 ans, toute leur vie, on leur a dit qu'il y a mal,
177 mais il ne faut rien dire. Tous ces gens à qui on leur a inculqué culturellement que la
178 douleur, il ne fallait pas dire qu'on avait mal. Il fallait continuer à avancer. Tous ces
179 personnes qui disent dans d'autres cultures qu'il faut exprimer cette douleur et qu'ils vont
180 l'exprimer dix fois plus que celui à qui on a dit qu'on avait de la douleur, on ne dit rien.
181 Après, s'il faut chercher des exemples concrets, je peux t'en trouver hein.

182 **A : Ouais, c'était la question d'après en plus.**

183 **S :** Ah ! Parce que alors en tête j'en ai pas j'ai pas une très bonne une très bonne
184 mémoire...

185 **A : Mais de façon générale, ça peut être de façon générale ou un patient qui a marqué**
186 **ou sur la pratique. I y en a beaucoup. Après, on en voit beaucoup des patients. C'est**
187 **ça le problème.**

188 **S :** Je trouve qu'actuellement, les nouvelles générations ont moins peur de parler.

189 *(Bruits de la machine à café qui coupe le fil de la discussion)*

190 **A : Est-ce que peut être un public où la douleur, c'est particulier chez eux au niveau**
191 **de la culture, de l'histoire ou d'une type de patientèle peut être que vous pouvez**
192 **recevoir?**

193 **S :** Oh beh souvent, ici, on parle du syndrome méditerranéen. C'est une culture qui ose, qui
194 exprime sa douleur.

195 Ce n'est pas parce qu'elle est plus forte ou moins forte. C'est une culture qui l'exprime. Du
196 coup, ils expriment leur douleur et ils la, ils la, ils la verbalisent et le disent. Du coup, est
197 ce que ça fait d'eux qu'ils ont plus mal qu'un autre? Non, c'est pas parce que c'est pas parce
198 qu'il y a une culture à exprimer sa douleur que le patient aura plus mal qu'une personne ou
199 d'une autre. C'est ça que je veux dire. Je sais pas si tu vois ce que je veux dire ?

200 **A : Oui, oui, bien sûr. Complètement. Mais du coup, ce syndrome méditerranéen,**
201 **qu'est-ce qu'on doit en penser en service quand on l'entend ?**

202 **S :** On l'entend quasiment plus.

203 **A : C'est vrai ?**

204 **S :** C'était là que tu voulais en venir ?

205 **A : Peut être pas, mais moi, je suis juste le fil.**

206 **S :** Parce que moi, après, pendant mes études, j'en ai plein d'autres. On a vu plein de
207 cultures, mais il n'y en a rien. Il n'y a rien qui me vient vraiment.

208 **A : (Precise) Mais par exemple, ce syndrome méditerranéen, moi, quand je l'ai**
209 **entendu, ça m'avait un peu surpris. Je ne connaissais pas du tout le terme. Est ce que**
210 **du coup, on l'entend plus trop maintenant dans la pratique?**

211 **S :** On l'entend moins souvent dire. Comparé à il y a dix ans, on n'a rien. Après, c'est pas
212 culturel. Après, on parle de génétique, mais une génétique à ce qu'à ressentir plus.

213 Mais après, franchement, c'est extrêmement complexe la douleur. Donc qu'ils disent
214 « syndrome méditerranéen » ou pas, entre guillemets. En ayant fait des études sur la
215 douleur, ça m'importe peu.

216 **A : Parce qu'on cherche à dire quoi ? En fait, quand on dit syndrome méditerranéen,**
217 **par exemple ?**

218 **S :** Ils disaient que c'est des personnes qui sont plus sensibles.

219 **A : D'accord**

220 **S :** Qu'ils ont un seuil de tolérance moins élevé. Alors, est ce qu'ils ont un seuil de
221 tolérance moins élevé? Est-ce que c'est génétique? Est-ce que c'est culturel ?

222 **A : Parce que moi, ça m'est déjà arrivé. Bien sûr, mais en service, on m'a déjà dit beh**
223 **« celui-là, il exagère » par exemple, en disant cette expression la, que c'est « un**
224 **syndrome méditerranéen » donc il exagère, donc on évalue différemment.**

225 **S :** Donc on évalue différemment, beh non, en fait, pour moi, non, pas à mon sens. Après
226 avoir fait toutes ces études, tout ça, c'est non. Oui, peut-être qu'ils ont une sensibilité autre
227 à la douleur, mais un patient qui a un passé douloureux, qui arrive déjà douloureux, il va
228 avoir une expérience douloureuse par la même que les autres. Et on pourra dire que de lui
229 aussi, qu'il exagère, mais pourtant, son vécu, lui, il le vit comme quelque chose de très
230 douloureux. Et c'est son cerveau qui gère ça, c'est pas lui personnellement. Et les équipes,
231 elles auront exactement le même comportement, sauf qu'elles ne diront pas syndrome
232 méditerranéen, mais elles vont dire il exagère.

233 Parce que je pense qu'aussi le personnel, des fois, est démuni face à la douleur, face à
234 l'expression de la douleur chez certains patients. Ils ne savent peut-être pas comment réagir
235 ou comment faire.

236 **A : Ça peut créer des sentiments chez les soignants ?**

237 **S :** On est sur un plan émotionnel, donc ça peut renvoyer des émotions chez les autres. Le
238 patient peut renvoyer des expériences au personnel. On arrive chacun avec une culture,
239 chacune une façon de penser. Et ça ... La personne que tu es dans ta relation avec le
240 patient, elle jouera à un moment donné tes expériences de vie. Elles vont forcément jouer
241 sur ta relation avec le patient. On peut pas arriver complètement mal, c'est pas possible.
242 N'importe qui, n'importe qui. Il y a toujours des a priori, et c'est l'expérience, c'est l'histoire
243 de vie de chacun.

244 **A : Justement, c'est une question que j'avais aussi :**

245 **Par rapport au vécu du soignant et son histoire, est-ce que ça impacte la prise en**
246 **charge de la douleur ? Et dans ces cas-là, comment est-ce qu'il y a des exemples qui**
247 **pourraient être parlant de gens qui ont vécu ou qui ont une histoire qui influence**
248 **cette prise en charge ? Comment ils vont soigner cette douleur chez le patient ? C'est**
249 **un peu ce qu'on disait.**

250 **S : C'est ce qu'on disait non ?**

251 **A : Oui c'est ce qu'on disait.**

252 **S : Déjà, un soignant qui a une expérience douloureuse ou qui comprend bien comment**
253 **fonctionne la douleur, déjà, va pas avoir le même rapport. Il va la prendre en considération,**
254 **même si elle lui semble discordante.**

255 **Parce qu'actuellement, ce qui se fait beaucoup dans les services, c'est le soignant qui évalue**
256 **au lieu que le patient évalue sa douleur. Donc c'est le patient qui... Ca se voit, hein ? Non ?**
257 **Tu n'es pas d'accord ?**

258 **A : Si, si, complètement.**

259 **S : C'est le soignant qui évalue la douleur du patient et non le patient qui évalue.**

260 **Puisque souvent, le soignant sous-évalue la douleur que le patient lui ressent. Mais met le**
261 **soignant à la place du patient avec la même douleur. S'il a une expérience douloureuse qui**
262 **est comparable à celle du patient, est-ce que tu crois qu'il va vivre la... La prochaine fois**
263 **qu'il va prendre en charge un patient, tu crois qu'il va dire... Oh ben non, non, il a mal à 2**
264 **alors que le patient, il dit qu'il a mal à 5. Du coup, je pense qu'il prendra plus en**
265 **considération la douleur du patient si lui-même il l'a vécue.**

266 **Déjà si... Ne serait-ce que sur les expériences douloureuses. Et puis les expériences de vie.**

267 **A : OK, Ben c'était ça la question. C'était par rapport à ça. Donc ça influence en fait**
268 **au final comment on va prendre en charge ce patient douloureux ?**

269 **S : Hm (acquiesce)**

270 **A : Du coup, la question d'après, il reste 4 questions...**

271 **S : (Prend la parole) ...Et l'expérience dans le travail aussi.**

272 **Je voulais te dire euh... Parce que si tu comprends pourquoi ton patient il a mal, du coup tu**
273 **vas plus facilement prendre en charge sa douleur que si tu comprends pas sa douleur et**
274 **qu'elle est fictive pour toi.**

275 **A : Parce qu'on va se sentir...**

276 **S : Tu sais que le patient, lui, il a eu une chirurgie, qu'à tel endroit le chirurgien il a dit qu'il**
277 **y avait des lésions, que ça pouvait vraiment faire mal. Donc tu sais que ça peut être**

278 douloureux. Donc tu sais que dès que le patient a mal, tu vas y aller. Et ça va conditionner
279 la façon dont le soignant il va...

280 **A : Prendre en charge.**

281 **S :** Prendre en charge la douleur.

282 **A : Ok. Du coup, la question d'après c'est... Dans la pratique du coup, en quoi le**
283 **comportement du patient, il peut influencer la prise en charge de la douleur ?**

284 **S :** En quoi ? Son patient ?

285 **A : (Essaie de reformuler) Non, par exemple...**

286 **S :** En quoi le patient, son comportement peut influencer ?

287 **A : (acquiesce) Oui.**

288 **S :** L'agressivité, ça freine la prise en charge. Parce que ça n'envoie pas... La douleur déjà
289 c'est négatif, c'est pas une émotion positive, on est dans le négatif.

290 Mais un patient qui est agité et violent ou verbalement, qui est agressif... Le soignant en
291 même temps, c'est pas qu'il va pas le soigner et le prendre en considération. Mais il va le
292 faire émotionnellement avec une autre implication. Il va se protéger.

293 (Blanc)

294 **A : Est-ce qu'il y aurait des exemples, en plus de l'agressivité par exemple, de**
295 **comportements qui peuvent freiner la prise en charge ? Ou au contraire, faciliter la**
296 **prise en charge ? De façon générale.**

297 **S :** (Rit) En exemple, moi je suis pas très pourvu. C'est moi tout patient qui me dit qu'il a
298 mal, peu importe son comportement, je vais le soigner. Mais par contre, j'aurais un patient
299 agressif, beh du coup tu es moins à l'aise. Mais je le prends quand même en charge,
300 mais après c'est mon expérience en tant qu'infirmière et en plus référente douleur, qui fait
301 que je prends tout le monde au même niveau et que je fais pareil pour tout le monde. C'est
302 un peu mon combat, j'aime bien que les gens repartent et soient bien quoi .

303 **A : Dans l'égalité des soins ?**

304 **S :** Oui, tout le monde a le droit d'être soigné pour la douleur.

305 **A : Du coup, la question d'après c'est, est-ce que vous avez déjà rencontré des**
306 **situations où la douleur du patient était difficile à évaluer ? Est-ce que vous avez des**
307 **exemples ?**

308 **S :** (Hausse les épaules et rigole, n'arrive pas à trouver d'exemple).

309 **A : Oui, je vous demande beaucoup d'exemples, mais en fait, des fois ça aide à**
310 **illustrer un peu les propos. Des exemples. Après, s'il n'y en a pas, ou peut-être pas des**
311 **situations précises, mais des situations...**

312 **S :** Pourquoi, le patient, il aurait du mal à évaluer sa douleur ?

313 **A : Ou vous, en tant qu'infirmier. Des situations où la douleur, elle est dure à évaluer**
314 **chez des certains patients.**

315 **S :** C'est-à-dire qu'on utilise l'échelle numérique, ou l'échelle verbale simple. Mais si le
316 patient a du mal à évaluer, on peut prendre l'échelle des visages. Et sinon, si vraiment on
317 n'y arrive pas, on prend l'hétéroévaluation, l'ALGO+. Et l'ALGO+, elle nous permet d'avoir
318 une référence et de voir si le patient s'améliore, s'il a un comportement plus adapté. S'il a
319 les traits moins tirés, si son attitude corporelle est plus détendue, ou est-ce qu'il est en
320 protection.

321 Et du coup, on a toujours un moyen, un biais de... Après, le plus difficile va être... Encore,
322 on le voit, parce que nous, en salle de réveil, en fait, on a les constantes. Et les constantes,
323 elles ne trichent pas. Quand le patient a mal, il est tachycardique, il est hyper tendu. Et ça
324 sort pas de dessous le chapeau. À un moment donné, ça va avec le facies, l'attitude. Et
325 donc, du coup, non, on n'a pas de difficulté à évaluer.

326 Et encore, les seuls vraiment, vraiment, ce seraient les personnes qui ont des handicaps...
327 Et qui... Le trait qui peut déranger, c'est quand ils gémissent, mais qu'ils gémissent tout le
328 temps, en fait. Donc souvent, on fait appel à la famille. Parce que ça reste le meilleur
329 moyen, la famille, en les faisant venir en salle de réveil.

330 Pas plus tard que c'était Mardi ? Mardi, on a fait venir la fille d'une patiente qui ne parlait
331 pas français, et qui était perdue, un peu somnolente. Mais qui avait très mal, et qui était...
332 Semi agitée, tout ça.

333 Et le fait d'avoir vu sa fille, que nous, on lui explique, elle lui explique, qu'elle comprenne,
334 qu'elle se situe, qu'elle est en salle de réveil. Qu'on allait lui faire des choses pour calmer sa
335 douleur, tout ça. Elle s'est apaisée, elle s'est mise confortable dans le lit.

336 Elle acceptait les soignants, alors qu'elle était plutôt dans le refus. Mais... Au même titre
337 qu'une personne qui a des grands handicaps, des fois, ça nous arrive de faire venir la
338 famille, et de leur dire, nous, on a un peu de mal à évaluer, parce qu'on ne le connaît pas
339 d'avant. On n'a pas une image d'avant l'anesthésie.

340 Et le fait qu'eux, ils soient là, ils vont nous dire, non, en fait, son comportement, il gémit
341 comme ça tout le temps, c'est habituel. Du coup, c'est pas un trait à prendre en
342 considération maintenant. La famille peut être vraiment une ressource. Donc, on peut
343 trouver des astuces pour évaluer les patients.

344 **A : Qui sont difficiles à évaluer.**

345 **S** : Oui.

346 **A** : Du coup, quels éléments peuvent aider à évaluer la douleur quand le patient a des
347 difficultés à la verbaliser ? (Precise) On en a un petit peu parlé, mais... Si on a un
348 patient qui a du mal à communiquer cette douleur, quand on essaie de faire une
349 évaluation, on a un peu parlé des outils, mais est-ce qu'il y aurait d'autres choses
350 qu'on n'a peut-être pas abordées qui pourraient aider à évaluer la douleur d'un
351 patient qui n'arrive pas à la communiquer ? Après, c'est une question... Si... C'est pas
352 obligé qu'il y ait forcément une réponse de ce type.

353 **S** : Non, mais c'est vrai que comme on a vu les échelles, le tableau, le Google Traduction,
354 la famille, quand t'as fait le tour de tout ça en général, parce que t'as fait le tour, quoi,
355 t'arrives à avoir quelque chose, quoi. Je me vois pas dans une situation où j'ai jamais pu
356 communiquer à un moment donné avec le patient sur ce niveau.

357 **A** : Même dans la barrière de la langue ?

358 **S** : Oui. Ah oui, parce que même la dernière fois, on a fait un Google Traduction avec... je
359 sais plus, c'était une langue, c'était la 110ème langue sur Google Traduction. C'est vrai ?
360 Oui ! Et le patient était super content. Donc, du coup, il me répondait, il répondait au
361 micro, donc ça me faisait la traduction en français.

362 **A** : Et ça se faisait comme ça ?

363 **S** : Et... Non, je pense qu'on a des outils maintenant pour combattre ça. Et pourtant, c'est
364 pas, c'était pas commun comme langue. Et pourtant, ça marchait.

365 **A** : Et après la dernière question c'est...

366 **S** : Je te met au défi d'expliquer une sonde de double J en anglais Haha.

367 **A** : C'est sur que je vais galérer

368 **S** : « Ca vous donne envie d'uriner » et tout... hahaha

369 Même les médecins qui parlent bien anglais la sonde de double J c'est galere a expliquer

370 Faut être précis et tout c'est galere a expliquer. Sinon on fait des schema.

371 **A** : C'est vrai ?

372 **S** : A oui quand le patient comprend pas bien on fait des euh des schémas

373 **A** : Beh voilà encore un truc qu'on avait pas abordé

374 **S** : Ouais.

375 **A** : Ça c'est bien aussi les schémas

376 Bon, du coup la dernière question c'est : selon vous du coup, comment la difficulté de
377 communiquer influence la prise charge dans votre pratique, la prise en charge de la

378 **douleur. (Precise) Quand on est face a un patient qu'on a du mal à communiquer avec**
379 **lui, comment est-ce que ça peut influencer la manière dont je vais le prendre en**
380 **charge dans sa douleur.**

381 **S :** Et beh on va sous évaluer sa douleur et moins prendre moins prendre en considération
382 parce que on aura pas forcément la bonne évaluation, donc tout évaluation ou
383 hétéroévaluation est toujours sous évalué, par rapport au pa... ça s'est je crois qu'il y'a des
384 études la dessus.

385 **A : Bon top, c'est parfait.**

386 **S :** C'est bon ?

387 (Fin de l'enregistrement)

Annexe VII : Retranscription de l'entretien auprès de Yousra IDE en service de Douleur thoracique et Échographie d'effort

1 **Ali : Allez, je te sors les questions et on y va**

2 (Sonnerie de téléphone)

3 **Yousra :** Oui, ... Alo, ... d'accord tu rentre tard ? ... Beh dit moi euh, toute façon OK, y'a
4 pas de soucis, aller, a talleur.

5 Dit moi.

6 **Ali : OK, alors la première question, est-ce que tu peux me parler de ton parcours, la**
7 **date du diplôme et l'ancienneté dans le service, donc en douleur thoracique et en écho**
8 **de stress ?**

9 **Yousra :** Alors moi je suis diplômée depuis 2004. J'ai passé 10 ans aux urgences à Bichat,
10 de nuit. Après je suis venue ici parce que mon conjoint habite ici. Donc avant d'être à
11 l'écho de stress et à l'UDT (Unité Douleur Thoracique), j'ai fait 2 ans à l'ambulatorioire,
12 cardio en bas. Et après là on m'a proposé l'écho de stress parce que j'aime pas trop rester
13 toujours au même endroit. Je veux pas être du pool mais je préfère maîtriser un poste. Et
14 voilà, là je maîtrise très bien l'écho de stress. Au début c'était pas facile parce que quand tu
15 viens des urgences, une organisation c'est autre chose.

16 L'ambulatorioire c'était très bien parce que ça me faisait penser aux urgences. C'est-à-dire
17 qu'on va vite, on prend soin du patient en fait, si tu veux. C'est la rapidité de de du soin.

18 Ce que j'aimais aux aux aux ambulatorioires, c'est qu'il y avait le côté relationnel que je
19 n'avais pas aux urgences. Aux urgences ça pèse temps. On faisait 180 passages la journée.

20 Donc franchement le relationnel tu l'avais pas. Et donc j'étais très bien en bas mais après ça
21 me gave de rester trop longtemps, 2 ans, à faire toujours la même chose. On m'a demandé
22 si je voulais faire l'écho de stress, j'ai dit oui.

23 Et là je bascule sur l'ambulatorioire, sur une unité douleur, en même temps que l'écho de
24 stress. Donc ça fait un petit moment quand même. Ici ça fait deux, ça fait trois ans que je
25 suis là.

26 **A : Du coup la question d'après c'est, dans ta pratique, comment tu peux percevoir la**
27 **vulnérabilité de certains patients que tu soignes ? Et la deuxième question c'est, est-ce**
28 **que ça peut influencer ta façon de soigner les gens ?**

29 **Y :** La vulnérabilité, oui ça peut changer la manière de soigner quelqu'un, de prendre en
30 charge quelqu'un. Une personne pour moi aux urgences qui était vulnérable, c'est des
31 personnes qui euh n'exprimaient jamais quand ils avaient mal. Ils se taisaient et c'est pour
32 moi les gens qu'il ne faut pas laisser de côté.

33 Parce que nous on faisait notre tour, par exemple aux urgences on avait une salle où on
34 faisait notre tour de constante et on évaluait. Et t'avais des gens qui ne demandaient jamais
35 rien. Et ceux qui ne demandent jamais rien c'est ceux qui souffrent en silence.

36 Donc moi je les repérais tout de suite. Mais ça ne veut pas dire que je ne prenais pas en
37 charge quelqu'un qui allait crier sa douleur, "he,he,he" (mime quelqu'un) qui a mal j'allais
38 l'évaluer. Mais j'allais plutôt vers ces personnes qui ne disaient rien que les personnes qui
39 criaient.

40 Parce que les personnes qui criaient de toute façon on les prenait en charge tout de suite.
41 Mais après on donnait les douleurs, on donnait des antalgiques, tout ce que tu voulais. Mais
42 les personnes qui ne disent rien en général c'est eux qui souffrent le plus et c'est eux qui ont
43 des pathologies les plus dures.

44 **A : Ensuite la prochaine question c'est comment on peut prendre en compte les**
45 **différences, les singularités de chaque patient dans les soins qu'on réalise ? Est-ce**
46 **qu'il y a des exemples ? Des fois il y a des patients qui sont très différents l'un de**
47 **l'autre.**

48 **Y :** C'est-à-dire ?

49 **A : Comment toi tu fais en sorte de prendre en compte ces singularités, ces différences**
50 **? Est-ce que c'est quelque chose que tu réfléchis à faire ?**

51 **Y :** Non, parce que chacun a ses différences et tu dois les prendre en charge par elles. Mais
52 il y en aura peut-être qui vont exprimer trop, et je te t'avoue que ça me saoule, des gens qui
53 vont trop te demander alors qu'il y en a d'autres qui ne vont pas te demander.

54 Mais quand je sais que la demande est trop insistante et qu'on a tout fait, on a été par les
55 paliers un à tu sais au niveau de la douleur et que ça ne passe pas, à un moment donné je
56 vais voir le médecin en me disant on va le réévaluer parce que je ne le vois pas. Et après le
57 médecin quand tu as tout fait ce qu'il fallait et qu'il n'y a rien, je ne vais pas le mettre de
58 côté mais je vais lui dire « monsieur, à un moment donné laissez-nous le temps d'aller
59 soigner les autres. Arrêtez de nous appeler tous les cinq minutes. ». Il faut savoir les
60 recadrer. Après moi c'est les exemples que je te donne, c'est par rapport aux urgences.

61 Ici non, ici je n'ai pas trop eu de cas comme ça.

62 **A : Du coup la question d'après c'est est-ce que tu as déjà pris en charge des patients**
63 **avec qui tu avais du mal à communiquer en raison de la langue ?**

64 **Y :** J'ai eu beaucoup de patients aux urgences mais nous on avait un réseau si tu veux,
65 normalement même ici je pense qu'il ne doit pas avoir, je ne sais pas, je n'ai jamais posé la
66 question, normalement tu dois avoir un tableau avec les gens, avec les différentes langues.
67 Les ressources, on appelle ça les ressources du service.

68 Nous aux urgences, des fois on faisait appel à des interprètes parce qu'on avait beaucoup de
69 populations slaves et des fois c'était très très dur d'avoir un traducteur parce que le temps
70 qu'il arrive parce qu'il n'est pas d'astreinte, on essayait de soigner comme on pouvait. Mais
71 après moi je sais qu'avec le langage des signes de la main, tu arrives à te faire comprendre
72 des personnes.

73 Comme je te disais, (discussion avant l'enregistrement) la chinoise qu'on a eue, j'ai sorti
74 portable, numéro, elle a compris et on a pu interagir avec la personne qu'on avait de l'autre
75 côté en sachant qu'elle n'était pas de sa famille, donc on ne disait pas trop ce qu'elle avait,
76 on voulait juste savoir ce qu'elle avait eu, ce qui s'est passé, elle avait fait plusieurs
77 malaises, qu'elle avait pu discuter avec le médecin.

78 En fait, il faut chercher toutes les ressources. Moi je sais que là, à l'écoute de stress, des
79 fois j'ai des égyptiens et je ne parle pas de l'arabe littéraire, c'est le dialecte que je parle.
80 Donc je fais appeler le docteur K, je lui ai demandé s'il savait parler l'arabe littéraire et
81 grâce à lui, on a pu communiquer avec le patient.

82 **A : Donc, quelle stratégie tu peux utiliser pour communiquer et comprendre le patient**
83 **dans ce genre de situation ?**

84 **Y :** Comme je t'ai dit, soit le langage des signes, soit faire appel, si on regarde dans son
85 dossier, s'il est déjà venu, la personne de confiance ou la personne à prévenir et si ce n'est
86 pas le cas, tu tu demandes au médecin que tu as autour. Dans ces cliniques, il y a beaucoup
87 d'anesthésistes d'origine du Maghreb ou du Liban. Pour les autres langues, comme le
88 portugais, on a... comment s'appelle la l'ASH? Je ne m'en rappelle plus, je ne connais pas
89 tout le monde. Donc on fait appel...

90 **A :aux gens qui parlent les différentes langues.**

91 **Y :** Voilà.

92 **A : OK. Du coup, la question d'après, est-ce que la culture et l'histoire ça peut**
93 **influencer la manière d'exprimer la douleur, d'après toi ?**

94 **Y :** Non , pour moi, chacun exprime sa douleur de sa manière, mais je ne veux pas entendre
95 le syndrome méditerranéen. Ça, pour moi, c'est purement impossible. Tu sais ce que c'est le
96 syndrome méditerranéen ?

97 **A : Je veux bien que tu me l'expliques.**

98 **Y :** Dans le milieu hospitalier, c'est que là que j'ai compris qu'ils appelaient ça syndrome
99 méditerranéen. C'est-à-dire qu'ils estiment que la personne du Maghreb exprime leur
100 douleur de façon exagérée. Et pour moi, c'est une manière d'exprimer la douleur. Peut-être
101 qu'il y a de l'exagération, mais il ne faut pas englober toute la population. Il y en a ils vont,
102 que ce soit des Français, des Portugais, ce que tu veux, vont exprimer de façon exagérée
103 pour être pris en charge tout de suite. Et quand j'entends syndrome méditerranéen, ça, je ne
104 peux pas. Pour moi, non.

105 Vous voyez une personne d'origine maghrébine qui crie (mime un patient algique) « haa,
106 haaa,haaa » syndrome méditerranéen, non. C'est SA manière a elle d'exprimer la douleur,
107 même si elle est exagérée, mais je ne veux pas qu'on englobe tout le monde. Alors qu'à
108 l'inverse, j'ai eu des petites mamies maghrébines qui n'exprimaient pas du tout la douleur,
109 mais qui avaient mal. Tu le voyais à leurs visages. Tu as une manière, la posture du fœtus,

110 elle ne l'exprimait pas. Quand j'entends ça, par contre, non, je ne veux pas l'entendre. Je
111 t'assure que je suis un peu procédurière.

112 **A : Ça te frustre un peu quand tu peux entendre ce genre d'expression ?**

113 **Y :** Oui, ça me frustre, parce qu'on n'est pas toutes pareilles. Toutes les maghrébines, tous
114 les maghrébins ne sont pas pareils. Tous les Français ne sont pas pareils. Ils y en a qui vont
115 exprimer des douleurs, exagérer que ce soit des Français, des Chinois. Mais pour cette
116 population-là, je ne sais pas qui a créé ce truc. Mais il n'y a que dans le milieu hospitalier.

117 «Oh, c'est le syndrome méditerranéen». Je dis non, je ne veux pas le savoir ça.

118 Par contre, ici, je ne l'ai pas entendu. Il y a une fille qui l'a entendu, je lui ai dit c'est la
119 dernière fois que je l'entends. Parce que je suis très procédurière, je ne veux pas entendre
120 ça.

121 **A : Tu penses que ça veut dire quoi en fait ?**

122 **Y :** C'est du racisme pour moi. Pour moi, je le ressens comme ça, c'est mon ressenti.

123 **A : Oui, bien sûr, c'est pour ça que je te demande.**

124 **Y :** La douleur, elle n'est pas impactée. À une manière, l'exagération n'est pas impactée
125 qu'a la qu'à la population maghrébine. Tu vois ce que je veux dire ? C'est impacté à tout le
126 monde.

127 Tu as un Français qui veut faire un petit "heee" (mime un patient algique). Ben non. On ne
128 va pas lui dire le syndrome français, non ? Beh je suis désolée. (Rit) Hahaa Je sais ce qu'il
129 y a.

130 C'est comme ici, une fois, il y en a un qui m'a dit téléphone arabe, je l'ai regardé. Par
131 contre, déjà, on est en minorité. Je ne peux pas entendre ça. Moi, je suis très... Tu sais,
132 quand je le dis, je le dis sérieusement. Je ne veux pas entendre ça, c'est du racisme pour
133 moi.

134 **A : Tu trouves que c'est banalisé un peu ?**

135 **Y :** Ici, non, pas trop. Mais je pense qu'il a compris que j'étais un peu procédurière. Je
136 m'entends très bien avec les cardiologues parce qu'ils savent comment je travaille.

137 Après, je ne regarde que ma manière de travailler. Avant, si tu veux, ça m'agaçait, ça
138 m'énervait qu'on ne travaille pas comme moi. Mais en fait, je ne peux pas obliger les gens à
139 travailler.

140 Normalement, c'est ton travail. Ce n'est pas mon travail. C'est le travail. Y'en a elles ne le
141 font pas. Je ne regarde que mes patients, que ma tâche, c'est tout. Je ne regarde pas ce qu'il
142 y a. Ça me bouffe, en fait.

143 Quand on me dit, « Oui la petite dame, on ne comprend pas ce qu'elle veut dire. » C'était
 144 une petite maghrébine. Elle demandait juste d'aller aux toilettes.

145 Je la regarde et je dis, « Moi, je suis quoi ? ». Je dis, « Non mais attend demande-moi moi ».
 146 Et je dit a la dame "Qu'est ce qui se passe ?" Et je lui parle en arabe. Elle me dit, "Je veux
 147 juste allée aux toilettes."

148 Elle me dit "Elle ne me laisse pas". "Elle ne comprend pas." Déjà même si je ne suis pas
 149 là, tu regardes dans le dossier, c'est écrit, personne n'a prévenu sa fille. Elle t'appelle sa
 150 fille, "je ne comprends pas ce qu'elle veut votre maman." Tu lui parle et elle te dit.

151 Ils avaient mis les barrières pour ne pas qu'elle tombe. Je comprends. Mais essayez de faire
 152 un effort quand même.

153 **A : Ça arrive quand, toi ? Tu as l'impression, quand on parle de ce syndrome**
 154 **méditerranéen quand même dans les prises en charge, ça arrive quand ?**

155 **Y :** Quand on est en transmission. Des fois, je passe là-bas, j'entends. Je dit par contre, ça,
 156 je ne veux pas. C'est de transmission à transmission. Même les médecins, il y en a qui
 157 disent syndrome méditerranéen. Je dis, « non, je ne crois pas. C'est une personne. Ce n'est
 158 pas tous les maghrébins. »

159 (Imite le médecin) "Non, mais non c'est c'est c'est ce qu'on dit."

160 Je dit, « non, non, non. Dans les études de médecine, ce n'est pas écrit, douleur, syndrome
 161 méditerranéen ». Je dis, « je suis désolée, c'est vous qui... » Après, ils se calment. Quand tu
 162 leur expliques, ils se calment.

163 C'est trop facile (en parlant du syndrome méditerranéen). On ne comprend pas trop. On va
 164 le mettre en syndrome méditerranéen. Après, c'est à toi d'inculquer. En fait, tu vas
 165 inculquer les gens. Après, ça passe ou ça ne passe pas, mais au moins, tu l'as fait.

166 **A : Après, la question, c'est dans ta pratique, en quoi le comportement du patient, ça**
 167 **peut influencer la prise en charge que tu vas avoir de la douleur ? Tu sais, certains**
 168 **comportements que le patient peut avoir, est-ce que tu penses que ça peut influencer**
 169 **ta façon de prendre en charge la douleur ?**

170 **Y :** Après, comme je te dis, non, ça n'influencera pas parce que je me dis qu'il y a des
 171 protocoles de douleur. Si une molécule ne passe pas, tu passes à l'autre molécule. Si ça ne
 172 passe vraiment pas, tu donnes le relais au médecin.

173 Après, le médecin va te dire, « Est-ce que toi, tu estimes », parce qu'il a tous fait les
 174 examens, « Est-ce que tu estimes que c'est trop exagéré ou est-ce qu'il a mal ou est-ce qu'il
 175 n'a pas mal ? »

176 Et nous, en fonction de notre observation, par exemple, si tu passes dans sa chambre et
 177 qu'il dort, c'est qu'il n'a pas mal. Quand tu rentres dans sa chambre et qu'il crie (imite un

178 patient algique) « haaaaa », c'est qu'il y a de l'exagération. Tu vois ce que je veux dire ?
 179 Après, il faut observer le patient, sa position, s'il a un fœtus au niveau du visage.

180 Si tu le vois en train de téléphoner pendant des heures et deux heures, c'est des fois que tu
 181 passes dans le couloir. Et quand tu passes dans la chambre, « Ah ah, j'ai mal ! » Je dis,
 182 « monsieur, je suis passé deux fois dans votre chambre, je vous vois discuter, je vous vois
 183 dans une posture où vous n'avez pas très mal ». Après, tu fais l'échelle de la douleur, tu dis
 184 entre 0 et 10 à combien vous avez mal ? » 10, c'est les grands brûlés, c'est les grandes
 185 fractures. Il me dit « 7 ». Je dis, enon, vous n'avez pas une posture de 7". Après, tu leur
 186 parles. Et après, ils disent, « oui, finalement, j'ai deux. ». Tu vois, c'est... Tu es par palier.

187 **A : Est-ce que ton vécu, ton histoire, par rapport à la douleur, ça peut influencer**
 188 **comment tu vas prendre en charge...**

189 **Y :** (Prend la parole) ...Non, pas du tout. Parce que leur douleur, je ne l'ai peut-être pas
 190 vécue.

191 **A : Tu différencies ?**

192 **Y :** Oui, parce que ma douleur à moi, j'ai un mal de dos, mais quand tu vois que quelqu'un
 193 a une fracture ouverte, ce n'est pas la même douleur que toi. C'est différent.

194 **A : Il ne reste pas beaucoup de questions, je te rassure. Donc... Est-ce que tu as**
 195 **déjà rencontré des situations où la douleur était difficile à évaluer ? Et est-ce que tu**
 196 **peux me donner un exemple ?**

197 **Y :** Oui, par la barrière de la langue.

198 **A : Et ça arrive souvent ?**

199 **Y :** Moi, je ne l'ai pas vue ici, mais où j'ai rencontré, ça arrivait. On ne savait pas trop.

200 Par exemple, on a eu un patient, je pense que c'était un cormorien, et il y avait vraiment la
 201 barrière de la langue et on n'arrivait même pas à trouver quelqu'un. Et je pense qu'il a été
 202 drépanocytaire. Les drépanocytaires, ils ont des douleurs intenses.

203 C'est en fait l'hémoglobine, la molécule qui se divise en plusieurs. Et ça fait très, très mal.
 204 Et en fait, ça peut enchanter aussi des insuffisances cardiaques par la suite.

205 Mais comme il était en position pliée, on se disait au début, vu que c'est pareil, c'est peut-
 206 être un toxico. On a vu qu'il n'y avait pas de piqûres, il n'y avait rien. Et finalement, on
 207 avait trouvé au bout de deux heures quelqu'un pour nous faire la traduction et il s'avérait
 208 que c'était un drépanocytaire.

209 Et là, il faut lui mettre de la morphine. Et par contre, ça fait mal. Tu regarderas un
 210 drépanocytaires, tu verras ce que c'est.

211 **A : Je regarderai, je ferai des recherches là-dessus.**

212 **Y :** Même sur Internet, tu verras, ça fait très, très mal. C'est des molécules qui se divisent
213 en plusieurs. Ah oui, ça fait mal à tous les organes en fait. Du coup, dans ces cas-là, quels
214 éléments peuvent t'aider à évaluer la douleur quand le patient a des difficultés à les
215 communiquer ? De toute façon, là, du moment qu'on a su que c'était un drépanocytaires,
216 on a mis tout de suite la morphine. Mais quand il y a une barrière, déjà, tu ne sais pas ses
217 antécédents, à quoi il est allergique. Donc, tu ne peux pas tout mettre. Qui te dit que... Qui
218 te dit qu'il n'est pas allergique au paracétamol ?

219 **A : Oui, c'est vrai.**

220 **Y :** Donc, tu ne sais pas. Peut-être que tu peux avoir une interaction avec les médicaments
221 que tu vas lui donner. Donc, la recherche de la personne traductrice est très importante.
222 Donc, on commence par le palier 1 doliprane Des fois, on ne sait pas s'il est allergique.
223 C'est pour ça que nous, aux urgences, on refusait tout de suite que s'il avait une allergie, tu
224 balançais l'antidote.

225 **A : Donc, tu m'as parlé tout à l'heure des faciès, des choses comme ça. Il y a d'autres**
226 **choses que tu regardes quand ils ont mal pour savoir s'ils ont vraiment mal ?**

227 **Y :** De toute façon, c'est que le faciès, c'est la position du corps. Autrement, tu ne peux pas
228 juger.

229 **A : (Suggère) Tu n'appuies pas d'autres choses, des outils où ?**

230 L'échelle de douleur. Oui, l'échelle de douleur. Quand la personne parle français, sur une
231 échelle de 0 à 10, à combien vous évaluez la douleur ?

232 **A : Mais si l'échelle ne marche pas parce qu'il ne parle pas, là c'est compliqué ?**

233 **Y :** (Acquiesce) C'est compliqué. C'est compliqué. Tu regardes le faciès. L'objectif, c'est le
234 traducteur en fait.

235 **A : Du coup, la dernière question, c'est, selon toi, comment la difficulté à**
236 **communiquer peut influencer la prise en charge ?**

237 **Y :** La prise en charge est difficile. Quand la communication, tu ne l'as pas, elle est très,
238 très difficile. Parce que tu ne peux pas... Par rapport à la douleur, tu veux dire.

239 **A : Oui, bien sûr.**

240 **Y :** Quand je te dis que tu ne sais pas ses antécédents, s'il est allergique à certains
241 médicaments, elle est très difficile. Nous, en tant qu'infirmière, on passe après le relais au
242 médecin.

243 **A : Et quand c'est difficile, ça peut amener à quoi dans ta pratique ? Par exemple, si**
244 **tu n'arrives pas à...**

245 **Y :** (Prend la parole) ...Déjà, rien que communiquer pour lui dire qu'on va le perfuser, c'est
246 difficile de dire piqure, médicaments, on essaye. Des fois, on essaye par des schémas.

247 Nous, on avait... Comment on appelle ça ? Une ardoise. Parce qu'on dessinait des fois. Des
248 schémas ? Du style médicaments. On essayait en anglais "Pain". On essayait comme on
249 pouvait. Mais cette ardoise, on l'avait demandé surtout pour des patients qui étaient sourds.

250 **A : Ah oui, d'accord.**

251 **Y :** On communiquait comme ça, en écrivant.

252 **A : (Suggère) Des fois, ça crée de la frustration.**

253 **Y :** Qui ? Le patient ?

254 **A : Je ne sais pas, a toi de me dire.**

255 **Y :** Nous ? Non, parce qu'on essaye de trouver au mieux. Ce n'est pas de la frustration.

256 Justement, c'est un peu motivant en se disant on va essayer. La frustration, non, on ne l'aura
257 pas. Le but, c'est de soulager le patient. Quand on y arrive, on est contentes.

258 **A : Est-ce que tu voudrais aborder par rapport à ce sujet des choses qu'on n'a peut-**
259 **être pas évoquées ?**

260 **Y :** Non, juste quand tu as la barrière de la langue, il faut chercher un moyen. Soit la
261 famille, soit des ressources de la clinique, voire même à l'hôpital. Nous, on avait des
262 numéros de téléphone d'interprètes. Mais après, c'est très bien qu'ils soient là. Après, c'est à
263 toi de chercher dans ta tête comment je peux... Regarde, la dernière fois, j'ai eu une
264 Portugaise, j'ai demandé à la salle d'attente s'il y avait quelqu'un qui parlait portugais. Elle
265 nous a expliqué 2-3 trucs, mais on n'a pas poussé la conversation au loin parce qu'il y a le
266 secret médical de la dame. On lui a dit :

267 « Est-ce que vous pouvez lui demander si elle n'a pas le numéro de téléphone de sa fille ? »

268 Après, je ne sais pas comment elle lui a dit, je pense qu'elle se connaissait, j'en sais rien si
269 c'était de la même famille. Elle lui a dit le nom de famille. Elle lui a dit, oui, je connais sa
270 fille. Elle nous a donné le numéro. Après, il faut juste savoir mettre les limites pour ne pas
271 que le secret médical, que la personne qui nous aide ait la pathologie de la patiente. Voila.

272 C'était intéressant ce que tu fais.

273 **A : C'est vrai ?**

274 **Y :** Ouais.

275 **A : C'est cool, merci pour le retour. Ça fait plaisir.**

276 **Y :** T'es en 3ème année ?

277 **A : Oui, c'est sujet de mon mémoire, c'est la barrière de la langue. J'ai eu une**
278 **situation, on avait une infirmière qui a retardé la prise en charge d'une patiente qui**
279 **avait mal mais qui ne parlait pas bien. Elle n'arrivait pas à exprimer sa douleur.**

280 Y : Elle n'a pas cherché euh ?

281 A : Je lui ai dit, on lui donne un Doliprane. Elle m'a dit, « non, on attend jusqu'à
282 midi. » « Pourquoi tu ne lui donnes pas le Doliprane ? »

283 Elle me dit, « cette patiente a un syndrome méditerranéen, je ne préfère pas lui
284 donner le Doliprane parce qu'elle exagère un peu sa douleur. » Elle avait mal à la
285 cheville, elle boitait, elle avait un hématome un petit peu.

286 Y : Le jour où elle a une cheville comme ça (mime une cheville gonflée), qu'elle va boiter,
287 tu as le syndrome méditerranéen.

288 A : Du coup, c'était ma situation dès le départ et c'est ça que j'ai analysé.

289 Y : Alors qu'elle n'a même pas cherché à savoir s'il y avait des personnes ressources
290 susceptibles de... En fait, les gens on emploie le syndrome méditerranéen pour ne pas
291 prendre en charge.

292 Tu verras dans ta carrière, tu vas voir entre les infirmières qui sont très bien, qui exercent
293 aussi... Moi, j'exerce mon métier avec de la valeur. Même une petite mamie, elle peut être
294 ce que tu veux, raciste, de tout. Moi, j'en ai eu des, une petite mamie raciste hein aux
295 urgences. Je l'ai prise en charge quand même. Par contre, j'ai recadré. Elle avait dit à mon
296 aide-soignante que c'était une "nègre" et moi, quand je vois elle-même, elle me dit, toi,
297 l'arabe. Je regardais dans son dossier, je me suis dit, elle est peut-être démente, on ne sait
298 jamais. Puis de l'autre côté, aux urgences, parce que nous, on avait les urgences portes,
299 j'appelle mon soignant, je lui dis,

300 « Elle est démente ? » ; Parce que je vois dans son dossier qu'il n'y a pas de notion de
301 démence.

302 Il me demande « pourquoi ? »

303 « Je vois qu'elle nous a traités de négresse, de maghrébine. »

304 Il est venu, il lui a dit, « écoutez, si vous n'êtes pas contentes, on vous prend une
305 ambulance et on vous met ailleurs. ».

306 Elle s'est calmée. Et après, elle avait la Bible sur sa table de chevet.

307 Je lui ai dit, « madame, Dieu n'a pas dit aimez-vous les uns les autres ? ». (Rit) Hahaa.

308 Et après, je lui ai dit, « demain, en attendant, madame, sachez que le nursing, ce sera ma
309 collègue et puis moi qui allons le faire, donc vous n'avez pas le choix. On va vous toucher,
310 même si vous n'aimez pas notre peau, on va vous toucher. ».

311 « Ce sera une arabe, ou un africain qui va vous nettoyer, madame. ». On l'a nettoyé comme
312 n'importe qui. Si tu veux.

313 « De toute façon, vous n'irez pas au paradis hein ». (rit) Hahaa Mais tu vois, après à toi de
 314 faire ton travail avec ces... Tu sais pas parce qu'il y en a qui vont dire qui vont qui vont
 315 qu'ils vont faire mal le nursing, que tu dois faire pareil. Après, tu seras mis à part.

316 Du moment que j'aime bien travailler, parce que je faisais mon mon travail et ça
 317 dérangeait. On me disait que j'étais psychorigide. Pareil, c'est une étiquette pour te réduire
 318 un peu. En fait, si tu travailles bien, la direction et les médecins... De toute façon, le
 319 directeur me dit, « quand vous parlez comme ça, c'est que vous avez vu des trucs qui vous
 320 ont choqué ». J'ai dit « oui, tout à fait. ».

321 Moi, j'aime bien les gens qui sont dans la bienveillance. Moi, je déteste qu'on me dise « la
 322 vieille de 420 fait chier ». Non, la vieille de 420, elle est caractérielle, elle est peut-être
 323 chiante parce qu'elle est très demandeuse, mais voilà.

324 Par contre, tu vas voir, des patients, ils nous prennent vraiment pour des chiens. Elle sonne,
 325 il y a ça qui est tombé. « Je prévois, je vous le ramasse une fois, pas deux fois. Je ne suis
 326 pas votre bonniche. »

327 Parce qu'elle l'avait fait déjà avec l'aide-soignante, je lui ai dit, « madame... » elle me dit
 328 « vous travaillez pour moi. » ; « Non, je ne travaille pas pour vous. ».

329 Je travaille pour moi-même, déjà. Mais voilà, après... Sois comme tu dois travailler. Après,
 330 on te critiquera, (mime et pointe ses oreilles) ça ne rentre par la, ça ressort par là.

331 Moi, les critiques, je me fous. Du moment que je n'entends pas, si j'entends, par contre, je
 332 peux être ferme. Mais je casse, mais je suis ferme. Je suis ferme, mais je casse des gens.
 333 C'est pour ça qu'ils ne vont pas te dire en face de toi. Non, mais après, ça vient à mes
 334 oreilles, mais ça ne me fait rien. C'est des filles qui vont me taper la bise, ça ne me fait
 335 rien. Après, je ne tape plus la bise quand j'entends un petit peu. Il faut plus d'hommes dans
 336 les services. Mais tu sais que nous, aux urgences, on avait beaucoup d'hommes. Ça se
 337 passait bien. Ça équilibre un peu. Les hommes, vous êtes direct.

338 Quand j'étais aux urgences, quand j'ai commencé, je flippais, mais ça ne se voyait pas.
 339 C'est du bon stress. Tu veux quel poste par la suite ?

340 **A : Franchement, je sais pas. Là, je vais avoir mon diplôme. Si tout se passe bien, en**
 341 **juillet. Après, je ne sais pas. Franchement, je ne sais pas trop. J'aimerais bien un**
 342 **service assez confortable.**

343 **Y : J'aime bien bouger. J'aime bien le service où ça bouge. Tu as déjà fait l'hôpital ou pas ?**

344 **A : Oui, j'ai été en médecine, j'ai été en SSR. Ça ne m'avait plu aussi. J'ai**
 345 **l'impression que ça ne me correspond pas trop. Je n'arrive pas à trouver un service**
 346 **qui me correspond à 100%. Après, je sais que ça n'existe pas.**

- 347 **Y :** Après, attends de faire des vacances et vois le service où ça te plaît. Après, va voir
348 comment les gens... Tu sais, ça va être simple. Tu vas voir comment les gens t'accueillent.
349 Si t'accueilles mal, tu ne reviendras pas. En moins, tu es clair.
- 350 **A : Puis 12h, je trouve ça long dans une journée.**
- 351 **Y :** Quand tu viens tous les jours à 7h, moi, ça me saoule. En moins, tu as des jours de
352 repos. Après, c'est à toi de voir. C'est bon pour toi ?
- 353 **A : Non, c'était tout. Merci beaucoup pour l'entretien.**
- 354 (Fin de l'enregistrement)

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien auprès de Lisa IDE en cabinet libéral

- 1 **Lisa :** Je crois que sur la douleur, ça a été...
- 2 **Ali :** T'as fait des entretiens déjà, non ?
- 3 **L :** Non.
- 4 **A :** C'est vrai ?
- 5 **L :** Enfin, j'ai passé, j'ai passé mon DU, mais c'est vrai que si tu veux, en fait, la douleur, tu
- 6 t'aperçois que ça a été oublié.
- 7 C'est-à-dire que ça a été un grand cheval de bataille pendant plusieurs années, et ensuite on
- 8 l'a oublié. Ça revient, mais en fait on a eu toute une période, toute une toute une tranche de
- 9 soins où en fait on n'a plus fait une priorité. Et ça, tu le vois dans la pratique.
- 10 C'est-à-dire que quand tu dis que les gens avaient mal, on donne un doliprane quoi.
- 11 **A :** Oui, oui, bah oui.
- 12 **L :** Tu vois, c'était ça.
- 13 **A :** Mais justement, c'est pour ça que je trouvais que c'était un sujet intéressant. Et
- 14 même quand je vois des collègues, c'est pas forcément un truc qui... Voilà.
- 15 **Donc attends, je te sors juste le... Moi, j'ai une grille pour pouvoir moi-même**
- 16 **visualiser, après... Voilà, je l'ai construite avec la prof, là, et tout. Elle m'avait aidée et**
- 17 **tout pour les questions.**
- 18 **A :** Du coup, pour la première question, c'est est-ce que tu peux te présenter,
- 19 **présenter ton parcours, la date du diplôme et l'ancienneté dans le service en tant**
- 20 **qu'infirmière libérale.**
- 21 **L :** Euh alors, euh je suis diplômée depuis 2001. En parcours, j'ai un gros parcours
- 22 domicile, vraiment domicile, euh parce que j'ai fait du centre de soins à ma sortie de
- 23 diplôme, tout de suite du domicile, avec un petit peu de limite pour compléter. J'en ai fait
- 24 pendant plusieurs années. Je suis partie aux Antilles où j'ai fait un petit peu de SSR. Et en
- 25 fait, c'est là où j'ai eu mon premier cabinet d'infirmière libérale. Donc, je suis infirmière
- 26 libérale depuis 200...5. Jusqu'en 2012, je suis... En 2010, je suis rentrée. J'ai eu donc un
- 27 cabinet d'infirmière libérale en Guadeloupe, un dans la région (Rhône-Alpes), un à Lorient.
- 28 Et ensuite, pour des raisons familiales, j'ai arrêté quelques années. C'est là où j'ai repris, j'ai
- 29 fait l'ESA de la maison de retraite. Et en 2017, je suis repartie dans le libéral. Et en 2020, je
- 30 suis repartie intégralement dans le libéral. Donc, au total, ça doit faire plus de 15 ans de
- 31 libéral. Derrière moi. Si tu fais le calcul, ça doit faire à peu près plus de 15 ans de libéral
- 32 derrière moi.
- 33 Et après, j'ai exercé sur différents départements, puisque je fais Guadeloupe, le 34 et le 26,
- 34 et un peu l'Ardeche. Voilà.
- 35 **A :** OK. Du coup, la première question, c'est... Comment, dans la pratique, tu perçois
- 36 **la vulnérabilité de certains patients et, ensuite, ça fait partie de la même question,**
- 37 **comment ça peut influencer la façon d'interagir avec eux, d'être en relation avec eux**
- 38 **?**

39 **A : Donc, c'est la vulnérabilité, comment est-ce qu'elle se perçoit et comment ça**
40 **influence le... On peut répondre question par question, si tu veux.**

41 Qu'est-ce que tu appelles de vulnérabilité ? C'est-à-dire faiblesse, pathologie ?

42 **A : Justement, c'est un terme assez large. Qu'est-ce que toi, tu entends un peu dans la**
43 **vulnérabilité ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?**

44 Moi, pour ma vulnérabilité, qu'est-ce que ça m'évoque ? Donc, déjà, ça va prendre en
45 compte toutes les personnes qui sont... Je vais dire, avec des pathologies
46 neurodégénératives, puisqu'eux, ils sont vulnérables parce qu'il y a quelque chose, sur le
47 plan cognitif, qui... Comment dire ? Qui les affaiblit. Voilà. Je aime pas trop le terme,
48 mais... Tu vas avoir tout ce qui est isolement social, toutes ces personnes âgées qui sont
49 seules. Tu vas avoir toutes les personnes, tout ce qui est attiré à la dépendance physique, la
50 dépendance psychique, qui reprend un peu les pathologies neurodégénératives. Et après,
51 tous ceux qui sont socialement... Tous ceux qui ont des difficultés sociales, avec peu de
52 revenus, peu de moyens, où tu sais que la vulnérabilité va être financière, ça va être les
53 familles, le repas, l'accès parfois aux protections. Tout le temps, on parle de... Ça, pour
54 moi, c'est une personne vulnérable. Ça, ça représente pour moi l'ensemble des personnes
55 vulnérables.

56 Donc c'est assez large hein. Ce n'est pas juste une personne qui a tel truc ou tel truc. C'est
57 très, très large. Donc en fait, ça correspond quand même beaucoup à nos personnes âgées
58 parce qu'ils ont au moins forcément tous un secrétaire là, quasiment. Heeeu et après, je
59 dirais que c'est mon quotidien. On a quasiment que des personnes dépendantes et
60 vulnérables dans notre quotidien.

61 **A : (Suggère) Et puis finalement, si on regarde bien, est-ce qu'on va pouvoir qualifier**
62 **d'un patient d'être pas vulnérable, je veux dire. C'est l'impression que c'est...**

63 Du moment où tu as une maladie qui arrive dessus, il y a une vulnérabilité parce qu'il faut
64 qu'ils arrivent à s'approprier... Je parle des maladies chroniques au long cours. Je ne parle
65 pas juste du Rhume (rit) hahaha.

66 D'accord. Mais la perte de la dépendance, la perte de l'autonomie de la dépendance. C'est
67 de la vulnérabilité.

68 Parce que tout ce qu'ils arrivent à faire seuls, ils n'y arrivent plus. Tout ce qui est des
69 pathologies neurodégénératives, je les en bloque toutes. Comme ça, au moins, il n'y a pas
70 de...

71 Euh la vulnérabilité parce qu'ils vont peut-être préserver une autonomie physique, mais
72 derrière, il n'y aura plus le mode de pensée. Et puis l'angoisse que ça génère. L'angoisse, la
73 dépression, l'isolement social. Quand tu as quelqu'un qui est tout seul toute la journée
74 devant sa télé... Enfin au final, tous les patients, pour la plupart, sont vulnérables. Sur le
75 long cours, je parle des chroniques et des personnes âgées hein. Pour moi, c'est très large.
76 C'est pour ça que je dis que j'ai quasiment toute ma patientèle en état de vulnérabilité. En
77 mon quotidien.

78 **A : Est-ce que ça peut influencer la façon d'être en relation avec eux, d'interagir avec**
79 **eux, dans le bien ou dans le mal ? Est-ce que ça influence un peu la pratique de soins**
80 **?**

81 Non, pour tous ceux qui n'ont pas de troubles cognitifs, je te dirais non. Parce que ça reste
82 des personnes à part entière. C'est des... Pour moi, c'est Mme X, Mme Lambda. On essaie
83 de les aider dans cette vulnérabilité pour essayer de tendre vers quelque chose de meilleur
84 ou de compenser pour eux en promouvant en compense ou en palier, si tu veux. Pour moi,
85 pour eux, c'est M. ou Mme Untel. Ce n'est pas une patrouille. C'est une personne avec une
86 histoire de vie, un machin. Et tu viens les aider à compenser quelque chose sur ce niveau-
87 là.

88 Est-ce qu'on s'adapte, par contre, pour tout ce qui est pathologie neurodégénérative ? Oui,
89 parce que tu peux avoir des troubles du comportement. Donc là, forcément, tu vas adapter
90 ton ... ton attitude et ton vocabulaire.

91 Tu vas agir un petit peu différemment, mais je les représente. Pour moi, c'est tous des gens
92 dans leur globalité. Enfin voilà. Pour te donner un exemple, à l'heure actuelle, on a une
93 dame qui fait une distribution de traitements chez une personne qui a une maladie
94 d'Alzheimer atypique. C'est une démence de type Alzheimer. Et en fait, c'est quelqu'un qui
95 qui a qui sait qu'elle oublie. Elle a conscience qu'elle oublie.

96 Mais elle vit avec. Et en fait, des fois, elle euh elle, quand tu arrives chez elle, elle va avoir
97 oublié qu'elle t'avait appelée 10 minutes avant pour te demander si tu passais. Donc en fait,
98 là, on est dans un état de vulnérabilité. Parce que si tu la renvoies à sa faiblesse, elle se
99 rend compte que ça va fondre. Donc en fait, on essaye de soutenir différemment ce type de
100 personne.

101 Donc c'est pour ça qu'on passe matin et soir pour le traitement. Je sais que je sors de mon
102 cadre. Je viens pour les traitements. Mais ça ne m'empêche pas de vérifier le frigo, de
103 vérifier l'hydratation, de regarder l'état cutané. Enfin, tu vas avoir quelque chose de plus
104 global. Et entre l'ouvrir et les frigos, ça m'arrive régulièrement chez cette dame de jeter. Tu
105 sais, la des portages de repas. De jeter le portage de repas perimer. Parce qu'elle oublie.

106 **A : OK. Du coup, la question, après, c'est comment est-ce qu'on peut prendre en**
107 **compte dans la pratique d'infirmière libérale les singularités, les différences de**
108 **chaque patient dans les soins ? Le fait que chaque patient est un peu différent ou**
109 **singulier. Comment, dans la pratique, on fait en sorte de prendre en compte cette**
110 **singularité-là ?**

111 Moi, je dirais comme à l'hôpital. Pour moi... L'hôpital, c'est le patient qui vient à toi. Là,
112 c'est nous qui allons à eux. Donc, la démarche est un petit peu différente. Et après, je te
113 dirais que... Alors, j'ai pas fait beaucoup d'hospitaliers. Mais pour moi, un patient, c'est pas
114 juste une patho c'est pas un numéro de chambre. C'est une personne dans sa globalité. Et
115 donc, à domicile, c'est la même chose. À part que là, en plus, tu évolues dans leur univers.
116 T'es chez eux. C'est toi qui viens chez eux. Alors après, tu rentres dans l'intimité des gens.
117 Tu vas rentrer dans leur histoire. Tu vas rentrer dans les liens. Et euh pour moi, c'est une
118 manière de soigner qui est globale. Je sais pas comment t'expliquer. C'est compliqué parce
119 que dans ma manière de voir le soin, si tu veux, je soigne dans le global. C'est-à-dire que je

120 vais venir pour une distribution de traitement. Mais si la personne, elle te montre un truc où
121 elle s'est fait mal, je vais quand même aller regarder.

122 Je vais pas leur dire que je suis pas payée pour ça. On a des gens pour qui tu vas les faire
123 juste un pansement. Qu'est-ce qui va t'empêcher de discuter prévention, de discuter
124 surveillance. Et puis après de, tu vois, ils vont te parler d'autre chose et tu vas forcément,
125 comme tu es en lien avec eux, si t'as leur confiance, ils vont venir te raconter des choses et
126 tu vas rentrer dans autre chose. Mais ça fait partie de la globalité du soin. Voilà. Je sais pas
127 si ça répond à ta question. Si tu veux, moi, je vais pas dire, je vais faire un pansement. Il y
128 a des gens chez qui tu ne fais que le pansement, tu vas discuter de l'appui, du bouton, tout
129 ça. Puis il y a des gens que tu as régulièrement dans la chronicité, dans tout ça. Et tu sais
130 des gens qui, au final, après, je dirais pas, tu es intégré dans leur quotidien. Donc, c'est
131 global voilà. Il y a des gens qui connaissent très bien les enfants, tout ça et tout. Mais en
132 fait, quelque part, tu es dans un cercle beaucoup plus large et tu vas être là pour eux, dans
133 leur globalité. Tu vas pas venir juste faire une toilette. Tu vas faire une toilette, une
134 prévention cutanée, tu vas regarder le moral, tu vas regarder la mobilité. Là, on a une autre
135 dame, on se bat pour l'aménagement, pour qui, qu'ils changent leur environnement pour
136 mieux vieillir et pour pouvoir rester plus longtemps à la maison. Et on est aidé par les
137 enfants. Donc, c'est global.

138 **A : Donc, si je comprends bien, quand je vais aller voir un patient, je m'adapte en fait**
139 **au patient, à ses aspects un peu individuels.**

140 Oui.

141 **A : Mais c'est quelque chose que je fais automatiquement ou est-ce que c'est quelque**
142 **chose que tu fais automatiquement ou est-ce que c'est quelque chose que des fois tu**
143 **réfléchis pour essayer de t'adapter au patient ? C'est spontané.**

144 Oui. J'ai 25 ans de carrière. (rit) Haha

145 **A : Oui, bien sûr.**

146 J'ai 25 ans de carrière, vraiment. Au début, tu tâtonnes, tu te dis comment je me place, tout
147 ça et tout. Et puis après, ça devient naturellement.

148 **A : Avec la position professionnelle.**

149 Voilà. Le positionnement professionnel te vient. Après, c'est moins évident parce qu'à
150 l'hôpital, le cadre est lié. À l'hôpital, tu as ton cadre, tu rentres dans ta chambre. « Bonjour,
151 monsieur. Je viens faire votre pansement, votre changement de sonde. » Enfin, tu vois, ton
152 cadre est lié. Là, le cadre, il s'adapte à chaque personne. Et tous les jours, ce n'est pas la
153 même chose.

154 **A : C'est vrai qu'en plus, est-ce qu'à domicile, du coup, il y a des patients qui ont un**
155 **peu des repères de soignants et du coup, on a l'impression que, je ne vais pas dire,**
156 **mais chaque soignant soigne un peu à sa manière. Donc, c'est très différent d'un**
157 **soignant à l'autre.**

158 Alors nous, on a la particularité d'être trois qui travaillons depuis très longtemps ensemble
159 et une quatrième qui vient d'arriver, mais qui s'est très bien adaptée. Et en fait, c'est le
160 patient qui va te le dire. Tu verras, c'est assez drôle. Chacune a son caractère et chacune a

161 sa manière, tu sais, d'aborder le soin. Chacune a son relationnel avec le patient. Le plus
162 important, dans le libéral en tout cas, c'est de trouver des personnes qui partagent les
163 mêmes valeurs professionnelles. Le plus important, c'est la base, c'est les valeurs. C'est, toi,
164 qu'est-ce que tu veux plus dans ton soin libéral ? Est-ce que c'est rentrer et sortir ?

165 Est-ce que c'est une prise en charge globale ? Est-ce que c'est juste faire ce qui est marqué
166 sur l'ordonnance ? Et c'est vachement important d'être, d'avoir ce socle-là, d'avoir ce truc
167 de valeurs partagées. Et de là, ça te permet, même si tu es différente, chacune va amener un
168 petit truc que toi, auquel tu ne penseras pas. Et ça te fait quelque chose de complet.

169 **A : Ouais c'est complémentaire, en fait.**

170 Et c'est très important. Moi, j'ai bossé dans plusieurs cabinets. J'ai bossé pendant 4-5 ans en
171 Guadeloupe avec quelqu'un avec qui j'avais les mêmes valeurs. On était vraiment très
172 complémentaires. Quand je suis revenue en métropole, j'ai bossé avec quelqu'un avec qui
173 ça n'était pas du tout. Et là, pour moi, je parle personnellement, ça a été horrible. C'est pour
174 ça, d'ailleurs, que j'ai arrêté le libéral pendant quelques années. Je suis revenue au salariat.
175 Au-delà d'avoir des enfants en bas âge, c'est aussi que je me suis dit beh si tu partages pas
176 ces valeurs, ta vie de cabinet, c'est pas possible. Voilà. Parce que... Tu peux pas... Tu peux
177 pas soigner correctement les gens si toutes les parties...

178 **A : (Suggère) Ne font pas le même effort ?**

179 Ne font pas le même effort, mais ne voient pas les choses de la même manière.

180 **A : D'accord. Voilà. Ça peut freiner un peu dans la pratique...**

181 Ça peut... C'est compliqué. Par exemple, si tu as quelqu'un qui est dans le mode ce qu'on
182 appelle rentrer-sortir. Je rentre, je fais mon soin, je sors. D'accord. Et que tu as quelqu'un
183 qui rentre et qui fait son soin, mais qui...

184 Alors, quand on a le temps, parce que des fois, on a moins le temps, on va prendre le temps
185 d'un café et de discuter tout ça et tout. Ta charge de travail, elle est pas la même. Tu peux
186 pas faire le même nombre de patients dans la même journée et ta prise en charge, elle va
187 pas être la même. Tu vas pas amener les mêmes choses. Donc, il y en a une qui va s'épuiser
188 plus vite que l'autre. Et quand... Là, c'était le cas pour ce cabinet-là. On avait tant de
189 patients la journée, on me disait, « on peut encore en rajouter 4 ou 5. Non ? »

190 « Non, parce que... Toi, tu commences à telle heure, tu finis à telle heure... » Mais moi, je
191 commence à telle heure et j'avais déjà une heure, une heure et demie d'écart avec elle.

192 **A : Oui, bien sûr.**

193 Tu vois ce que je veux dire ?

194 **A : Oui, bien sûr.**

195 Après, on parle aussi d'épuisement physique, parce que... Voilà. Mais...

196 **A : Puis au final, tu vois que... Au niveau de ta prise en charge, toi, tu vas t'adapter**
197 **un peu plus au patient, prendre le temps, rentrer en relation.**

198 Et puis après, tu as voilà ce que tu partages avec ta collègue, parce que... Même si,
199 malheureusement, on ne se voit pas toujours autant qu'on l'aimerait, tu partages quand
200 même quelque chose avec elle. Voilà. Et ça, ce sont les patients qui te le renvoient en te
201 disant, par exemple, par rapport à l'organisation de tournée, les horaires. La prise en
202 charge, par contre, la qualité de prise en charge, c'est la même pour toutes. Ils te le diront
203 toutes. Ils te le diront tous. Les trois, c'est pareil.

204 Mais chacune avec...

205 **A : Sa manière de faire.**

206 Sa manière de faire, sa manière d'être avec eux. Il y en a une, elle n'a plus cette quantité,
207 sur ça, l'autre sur ça, moi sur ça. Et en fait, le tout fait que...

208 **A : Ça devient complet.**

209 Et ça fait quelque chose de global.

210 **A : OK. Du coup, on passe sur une autre question. Après, c'est sur un autre sujet, sur**
211 **cette question. Est-ce que tu as déjà pris en charge des patients avec qui c'était**
212 **difficile de communiquer en raison de la langue ?**

213 Oui.

214 **A : Ça arrive fréquemment dans ta pratique ?**

215 Ça arrive. Ça arrive, ça arrive. Que ce soit langue étrangère ou sourire muet.

216 **A : D'accord, tu englobes les deux.**

217 Ouais. Parce que sourire muet, il faut vraiment y communiquer. Et je me rappelle, alors,
218 deux couples sourire muet, on en a deux en patient.

219 **A : Des couples ?**

220 Deux couples. Deux couples différents.

221 Voilà. Et il y a un couple qu'on a eu pris en charge avec une antibiothérapie pendant le
222 Covid. Donc, on va communiquer avec des gens sourire muet avec un masque.

223 **A : Waouh ! Ça devait être compliqué.**

224 Après, alors, c'était les rares personnes où on savait qu'on était négatif, on savait qu'ils
225 étaient négatifs où j'ai enlevé mon masque pendant le Covid. Mais je le dis, je l'assume,
226 parce que pour moi, communiquer était plus important que le masque, que la prévention.
227 Enfin, voilà.

228 Parce que je savais que j'étais négative et que vous aussi, il n'y avait que une
229 antibiothérapie chez elle. Il n'y avait personne. Donc, voilà. Et pareil pour tout ce qui est
230 langue étrangère. On avait une dame ukrainienne. Voilà. On a eu des gens aussi qui ne
231 parlaient qu'arabe. Quand tu ne parles pas l'arabe...

232 **A : C'est difficile, bien sûr.**

233 Après, tu trouves toujours d'autres moyens. Tu vas tu vas utiliser, par exemple, chez les
234 sourds et muet, on avait une ardoise. Pour écrire. Moi, j'ai commencé à apprendre quelques
235 mots de la langue des signes. Voilà. Et puis après euh, quand, pour les langues slaves, tout
236 ça, tout ce monde, tu as des enfants. Quand il y a un problème de langue, souvent, tu as la
237 famille qui vient t'aider hein, qui vient t'aider. Je pense à la dame ukrainienne. C'était sa
238 fille qui faisait la transmission. Alors, ça complique les choses.

239 **A : Justement, c'était la question. C'est quoi l'impact dans la pratique ?**

240 Ça complique les choses pour obtenir des informations. Ça complique les choses. Voilà.

241 Euh... Ça complique les choses pour obtenir, pour savoir s'ils ont mal. Pour savoir, par
242 exemple, si tu as une plaie qui est rouge, depuis combien de temps elle est rouge ?

243 Ça complique les choses pour obtenir, pour savoir s'ils ont mal. Hum. Par contre, après, ça
244 t'oblige d'être imaginatif et inventif pour pouvoir rester en communication avec les gens.
245 Ça te développe d'autres qualités chez toi. Hum. D'adaptabilité. Voilà. Et euh... Mais après,
246 si tu arrives à trouver ce moyen-là pour compenser, je trouve que la langue, ça peut être
247 une barrière. Je dis ça peut être. Oui, bien sûr. Ça peut être une barrière. Mais, tu peux
248 arriver à passer au-dessus si tu as vraiment envie d'entrer en communication et d'entrer en
249 soin. Enfin, quand tu es dans une prise en charge globale, tu arrives.

250 **A : Hum. Ça demande de l'effort et de...**

251 Ça demande de t'adapter. De l'adaptabilité, c'est tout. Pas des efforts, juste de l'adaptabilité.
252 Ne pas juste faire ta zone de confort à toi. D'aller, de rentrer dans une zone de confort,
253 enfin, dans une zone d'inconfort pour quand même continuer à soigner les gens.

254 **A : Du coup, ça retire de cette zone de confort, ça peut prendre le risque aussi de... de
255 pas y arriver ou de...**

256 Ah oui, ça peut te ramener à un échec hein, de pas se faire comprendre ou d'être mal
257 comprise et d'emmener d'équipe au co. Voilà. Ou de mal comprendre les choses et de mal
258 évaluer la situation.

259 **A : Oui. Ça peut. Ça peut créer de la... Certaines émotions aussi chez le soignant
260 comme chez le patient.**

261 Ça peut...

262 **A : (Suggère) Engendrer des sentiments un peu négatifs ?**

263 Du stress. Du stress. Le... Alors, je repars sur quelque chose... Sur le couple du... Sur notre
264 couple de sourds et muets. On est trois. Donc je disais, on est trois. Le changement de
265 soignant a été... Difficile. En me disant, « est-ce qu'elles vont réussir à nous
266 comprendre ? ». Tu vois, dans la compréhension, tout ça et tout. Et puis, en fait, les enfants
267 aussi, ça les inquiète. Parce que c'est leurs parents, ils ont envie qu'on en prenne soin.
268 Donc, je sais que, par exemple, sur le premier couple de sourds et muets, il y a eu
269 beaucoup les enfants. Puis après, une fois qu'ils nous ont vus toutes les trois, qu'on a
270 trouvés, voilà. Et bien, les enfants, ils ont lâché prise et on est restés juste en relation avec
271 les parents. Et puis, parfois, quand on avait des choses très compliquées à expliquer ou que
272 tu peux pas écrire sur une ardoise pendant... Enfin, tu peux pas faire... Voilà. Là, on me

273 demandait, moi, je sais que ça m'est déjà arrivé de demander à la fille ou au fils d'être là
274 pour qu'elle puisse...

275 **A : Traduire en langage des signes ?**

276 ...Aux parents, pour leur expliquer exactement ce qu'on voulait ou s'il y avait quelque
277 chose, tout ça et tout. Ou alors, d'appeler les enfants quand tu sortais du soin, s'ils
278 pouvaient pas être là, d'appeler les enfants pour leur expliquer pour qu'ils puissent
279 retraduire, d'être sûrs que les parents avaient bien compris.

280 **A : OK. Du coup, justement, c'était la question d'après. Quelle stratégie on peut**
281 **utiliser dans ces cas-là où on a des barrières de la langue, où c'est un peu compliqué,**
282 **où on n'arrive pas trop à communiquer avec ces patients. Donc, on en a un peu parlé,**
283 **mais si jamais il y en a d'autres que tu as déjà pu utiliser...**

284 Barrière de la langue... Ben... Tu vas utiliser des supports matériels, comme des ardoises,
285 des choses comme ça.

286 **A : Des ardoises, par exemple, pour...**

287 Tu sais, les ardoises magiques, les ardoises... Tu sais, les ardoises blanches ?

288 **A : Ah oui, d'accord, OK.**

289 Tu sais, ardoises... Pour écrire dessus, par exemple, ouais.

290 Les ardoises d'école, Le couple de sourd et muet, lui, il savait lire. Donc, il y a des choses
291 que tu as demandé, par exemple, où est-ce que vous avez mal, si je ne comprenais pas,
292 comment... Si tu as besoin de renseignements, par exemple, depuis quand est-ce que c'est
293 rouge ?

294 Pour, voilà, quand est-ce que ça a commencé ? Ou s'ils veulent te raconter comment la
295 douleur est arrivée, enfin... Et tu l'écrivais. Voilà. Il y a un autre... On a un autre couple, par
296 exemple, pour leur dire qui vient la prochaine fois. Sa fille nous a laissé une ardoise, on lui
297 dit, Par exemple, jeudi prochain, ce sera Lucie pour telle heure. Et en fait, disons comme
298 ça. Et avec les auxiliaires de vie aussi, ils fonctionnent comme ça. Ou alors, je sais que la
299 famille fonctionne par fax. Par exemple, si on avait besoin de quelque chose de leur dire, la
300 famille envoie un fax aux parents pour qu'ils aient des informations. Sur la barrière de la
301 langue, tu vas beaucoup être dans le mimétisme.

302 Ou dans le... (montre sa tasse de café).

303 **A : Montrer les objets !**

304 Voilà. Tu vas montrer les objets, leur demander s'ils ont bien bu. Enfin, tu vois, des trucs...

305 **A : Des mimes, en fait.**

306 Oui, le mime. Ça va être ça. Utiliser les enfants, la famille. Enfin, voilà.

307 **A : La femme m'a parlé un peu d'autres outils. Tu sais, avec le téléphone, par**
308 **exemple. Un peu des choses comme ça.**

309 Pas cette génération-là. Voilà. Pas cette génération-là. Déjà, cette génération-là, quand ils
 310 arrivent à avoir un téléphone portable et qu'ils l'utilisent...

311 **A : C'est vraiment... On a réussi quelque chose.**

312 C'est qu'on a réussi quelque chose. Après, on a des gens qui sont ultra connectés, qui ont
 313 un ordinateur et tout.

314 **A : Oui, ça m'a surpris aussi d'avoir un domicile.**

315 Il y en a qui en ont hein. Il y en a qui en ont hein. Mais pas tous. Quand tu vois qu'il y a des
 316 fois, il y a des gens, 80, 90 ans, s'ils arrivent déjà à envoyer un SMS ou à lire le SMS, c'est
 317 déjà... Ouah !

318 **A : Oui, c'est vrai.**

319 C'est déjà beaucoup. Parce que tu te rends compte, l'âge qu'ils ont, toute la progression et la
 320 capacité d'adaptation qu'ils ont. Oui, bien sûr. Voilà. Ça, c'est encore autre chose. Oui,
 321 donc après, l'écrit, prendre une feuille, le mimétisme, puis tout ce qui va être
 322 communication non-verbale.

323 **A : Non-verbale, d'accord. C'est vrai qu'on n'en a pas parlé du non-verbal.**

324 Le non-verbal est super important.

325 **A : Pour interpréter et se faire comprendre ?**

326 Oui. Et puis, la confiance passe aussi par ça. Il y a des fois, il y a des gens que tu vas juste
 327 les regarder et tu vas arriver à capter, par exemple, tous ceux qui sont non-communicant.
 328 Puisqu'on a parlé de la barre à la langue, tous ceux qui sont non-communicant.

329 **A : Oui, bien sûr.**

330 Tu vas passer par le toucher, le regard, le son de la voix. Moi, je sais que... Je pense à un
 331 monsieur qui était algérien, fin de vie. Je sais qu'il ne communiquait plus avec nous, mais il
 332 y a des choses où je sais qu'il aimait. Et quand je faisais les soins, je mettais, par exemple,
 333 les prièreseuh, tu vois. Pour qu'il l'écoute. Pour qu'il l'écoute pendant que je faisais les
 334 soins.

335 **A : Et ça l'apaisait.**

336 Oui.

337 D'accord. Tu vois, tu recherches autre chose, tu fais autrement. C'est vrai que les enfants
 338 faisaient ça pour qu'ils entendent les appels à la prière. Puis un jour, je suis arrivée et tout.
 339 J'ai vu comme il était apaisé. Il m'a dit, « attendez, je vais le couper ». J'ai dit, mais « Non,
 340 laissez-le. ». On va essayer de faire le soin comme ça. Tu vois, tu cherches autrement la
 341 communication. Il n'y a pas que le verbal, il n'y a pas que... Il y a aussi tout cet aspect, le
 342 non-verbal, le toucher, les massages et le regard.

343 **A : D'accord. Je trouve que... Oui, c'était un peu à ça que... Là où je voulais**
 344 **t'emmener sur cette question. Et du coup, la question d'après, c'est... Donc là, c'est un**
 345 **peu plus sur euh la douleur, du coup.**

346 **A : Comment la culture et l'histoire personnelle du patient peut influencer**
347 **l'expression de la douleur ? Donc quelqu'un qui a mal, est-ce que... Son histoire ou sa**
348 **culture, ça peut influencer la façon dont... Il va nous dire qu'il a mal, par exemple.**

349 Oui, oui. Il y a des cultures où la douleur, on est bien d'accord, que ce soit dans toutes les
350 religions, il y a toujours une notion de rapport à la douleur. Que ce soit dans le
351 christianisme, dans la religion musulmane, dans la religion juive, dans les différents
352 mouvements chrétiens. Moi, j'ai travaillé aux... Comme tu disais, j'ai été infirmière libérale
353 aux Antilles. Et aux infirmières aux Antilles, on a beaucoup de mouvements qui sont peu
354 connus en métropole, mais qui existent, qui sont les mouvements adventistes,
355 pentecôtistes, évangélistes et catholiques.

356 **A : Du christianisme.**

357 Donc on est dans le christianisme. Beaucoup de chrétiens aux Antilles.

358 Et par exemple, les adventistes ou les témoins de Jéhovah. Et par exemple, les témoins de
359 Jéhovah, on avait un monsieur qui avait mal, mais la douleur faisait partie des choses, tu
360 sais, envoyées un peu par...

361 **A : Le spirituel et tout ça.**

362 Par le spirituel et tout ça. Prendre des médicaments, voilà. C'est cette notion un peu de
363 douleur, de repentir dans la vie. Et ces gens, par exemple, ça a été très difficile parfois de
364 les accompagner sur la douleur, la morphine, les choses comme ça, parce que c'était un
365 petit peu à contre-courant de leur croyance. Voilà. Et ils exprimaient peu. C'était des gens
366 très fermés, très durs.

367 Au contraire, tu vas avoir tous qui vont être méditerranéens. Alors là, j'englobe les Italiens,
368 les Espagnols, les Portugais, le Maghreb, voilà. Qui, eux, vont exprimer cette douleur-là.
369 Et je trouve que parfois, les soignants ont des a priori. Beaucoup d'a priori. C'est-à-dire
370 qu'eux, ils vont l'exprimer, leur douleur. Alors ça peut être de façon très sonore, très
371 expressive, mais c'est leur culture. Je trouve que ça, ça se respecte. Voilà. C'est pas qu'ils
372 ont plus mal que le voisin d'à côté, c'est qu'ils ont juste pas la même manière de le
373 verbaliser, non pas la même manière de l'exprimer. Et oui, la culture, la religion, joue
374 vraiment un rôle dessus.

375 **A : Et justement, dans cette expression, des fois, on a tendance à...**

376 ...À juger. Ouais. Et je trouve qu'on juge trop vite. Et je trouve qu'on juge trop vite. Mais
377 après... Après...

378 **A : Comment ça peut s'expliquer, ce type de... On va dire d'évaluation de la douleur.**
379 **Parce que, si on est bien d'accord, si on part de l'évaluation... Déjà, comment on**
380 **évalue une douleur, c'est plutôt... J'aimerais bien que tu me développes un peu là-**
381 **dessus. Comment tu peux évaluer une douleur ?**

382 Comment j'évalue ? Alors, ça dépend si tu évalues une douleur... Alors, la douleur, moi, je
383 fais... Alors, comme j'ai fait un début douleur, j'ai plusieurs arcs à mon...

384 **A : Bien sûr, justement, c'est pour ça que c'est intéressant.**

385 Voilà. Donc, déjà, j'essaie... Alors, tout le monde parle de l'EVA avec la petite réglette.
386 Moi, je trouve que la petite réglette, elle est gens arrivent pas à se visualiser, tu sais. Voilà.
387 Il faudrait prendre l'EVA pédiatrique qui est plus... Qui est vertical. Je ne sais pas si tu l'as
388 déjà vu. Voilà. Elle est verticale, la pédiatrique. Je la trouve parfois mieux faite, l'EVA
389 pédiatrique, que l'EVA... Personne adulte. Donc, j'ai ma petite réglette. Je crois que je l'ai
390 cassée dernièrement. Mais j'ai ma petite réglette normalement dans mon sac. Voilà. Ça,
391 c'est mon petit truc. J'ai ma petite réglette dans mon sac. Mais bon, voilà. Ce n'est pas
392 forcément celle que j'utilise. J'utilise beaucoup l'échelle numérique. C'est-à-dire... De 0 à...
393 De 0 à 10.

394 C'est celle que j'utilise le plus souvent. Tu verras, souvent, je marque... Alors, je marque...
395 Je suis comme mes collègues. Je marque EVA, mais ce n'est pas une EVA. C'est une
396 échelle numérique. J'essaye de me corriger là-dedans. C'est toujours amusant. J'utilise
397 l'échelle numérique. De 0 à 10. 0, pas douleur. 10, douleur telle que... Voilà. Une douleur
398 tel que vous ne l'avez jamais imaginé. Tout ça et tout. Et avec l'échelle numérique, moi, je
399 mets toujours en parallèle le comportement. Je mets toujours quelque chose qui
400 ressemblerait à de l'ALGO. Tu sais pour les non communiquant. Voilà. Parce que parfois,
401 les gens, ils vont te dire « J'ai 3. » Mais tu vas les répondre.

402 C'est une position antalgique, ils ne vont pas vouloir bouger, tu vas les retrouver fermés,
403 repliés sur eux-mêmes, tu vas trouver les yeux plissés, tu reprends les 5 items de l'algo et
404 en fait, tu observes tes gens et tu regardes, moi je fais les deux, c'est-à-dire que quand je
405 prends une douleur, je mets une douleur à 3, mais s'il est alerte, il me dit « ça me tiraille un
406 peu », mais c'est pas par exemple comme hier, hier il n'arrivait pas à porter une casserole, il
407 n'arrivait pas à machiner, et je mets mon corrélation les deux, ça me donne à peu près une
408 idée de la... douleur de la personne.

409 Des douloureux chroniques, on en a quand même pas mal, parce que mine de rien, en vie,
410 ils sont arthroses, les pathologies chroniques, la polyarthrite rhumatoïde, il y en a quand
411 même beaucoup qui sont quand même très douloureux, et euh donc euh on fait des
412 évaluations quotidiennes. Après, j'utilise très peu les chaînes verbales simples, c'est-à-dire
413 faibles, intenses, modérées, insupportables, je ne sais pas si tu la connais celle-ci.

414 **A : Oui, je l'ai déjà entendue quelques fois.**

415 Parce que c'est compliqué pour les gens de dire si c'est faible, si c'est modéré, donc je fais
416 beaucoup l'échelles numériques. Ensuite, pour les non-communicants pour ceux que tu
417 sais que c'est difficile d'évaluer, j'utilise l'algo et la Dolo.

418 L'algo, je l'ai fait sans grille, je prenais tous mes items, ça va vite dans ma tête, et il y a des
419 fois où j'ai à mettre algo à temps, il n'y a pas de grille. C'est d'ailleurs peut-être un gros
420 défaut, par métro, pour les collègues, et on essaie toujours d'être le plus réactif possible.

421 Une douleur à 3-4, je ne la laisse pas monter, je mets quelque chose en place, direct, on
422 n'attend pas, et toutes les 3, tu vois, c'est notre...

423 On a un monsieur là, il a une grosse pathologie arthrosique et tout, et il a de l'ActiSkenan,
424 il ose pas le prendre, on passe, on voit un algo par exemple à 5-6, on lui dit il y a de
425 l'ActiSkenan à midi là, tout de suite, et puis il y a du Doliprane et on alterne, et on essaie
426 toujours d'avoir des traitements qu'on puisse donner quand les médecins nous suivent.

427 **A : Avoir un arsenal le plus large possible.**

428 Oui, voilà, il a un patch de l'ActiSkenan et du Doliprane, tu vois, pour ce monsieur là. On a
429 une autre dame, là on se pose beaucoup beaucoup de questions, et on se demande par
430 exemple si on ne va pas appeler les EMASP, parce que le médecin est très dépassé.

431 On a des patchs, on a essayé le..., il y a des traitements en per os, mais les soins sont
432 douloureux.

433 **A : C'est une équipe de quoi que tu...**

434 ...L'unité mobile de soins palliatifs.

435 **A : Ah oui d'accord, ok.**

436 C'est l'unité mobile de soins palliatifs. On en discutait hier en se disant, si on avance plus
437 dans la douleur, qu'est-ce qu'on va faire, HAD, soins palliatifs, parce que moi je disais
438 qu'on pourrait peut-être appeler une unité mobile de soins palliatifs qui peuvent déjà venir
439 nous aider avant qu'il y ait une HAD, tu vois.

440 **A : Ils font, comment on dit, une évaluation quoi.**

441 Une évaluation douleur avec une aide à mettre en place des protocoles, des choses comme
442 ça, voilà.

443 **A : Du coup, si on reprend un peu, t'as d'un côté ton évaluation que le patient il va**
444 **t'aider à formuler, donc c'est l'évaluation que lui-même il évalue sa douleur, donc de**
445 **lui-même, on va dire. Et après de l'autre côté, on a l'évaluation que toi tu fais en tant**
446 **que soignante par rapport à sa douleur à lui. Et du coup, des fois, ça peut arriver par**
447 **exemple qu'on ait un patient, tu m'as dit que, par exemple, il dit 3, mais quand tu vois**
448 **sur le non-verbal, il exprime une douleur un peu...**

449 Ils la sous-estiment.

450 **A : Ils la sous-estiment ?**

451 On a un gros problème de sous-estimation de la douleur.

452 Les gens même eux ils sous-estiment parce que, ben voilà.

453 **A : Et ça peut arriver aussi le contraire ? Des gens qui surestiment leur douleur ?**

454 Oui. (rit)

455 **A : Et dans ces cas-là, comment ça se passe un peu en pratique ? C'est un peu plus**
456 **délicat ?**

457 Ça dépend. Ça dépend. Ça dépend du patient, ça dépend de la pathologie, ça dépend du
458 contexte, parce que ça dépend. Ça nous est arrivé. A l'heure actuelle, j'en ai pas de... Je
459 pense à une dame. Une dame, il y a quelques années, c'est vieux. Et elle, elle surestimait...
460 Enfin, on se demandait s'il n'y avait pas une accoutumance, tu sais, aux... antalgiques. Et
461 donc elle surestimait tout le temps sa sa douleur. Donc on était toujours avec les
462 traitements... On savait qu'elle pouvait avoir mal, donc on était toujours avec un traitement

463 à minima. Parce que le problème, c'est qu'elles montent tellement des doses et qu'on se
 464 demandait s'il n'y avait pas une accoutumance. C'est une addition au traitement antalgique.
 465 Donc ça, ça se peut. Donc là, tu vois, c'était typiquement le cas de la personne... C'était
 466 typiquement le cas de la personne accro aux médicaments.

467 Et puis, il y a des gens, ça peut être aussi un moyen de dire « j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal. ».
 468 Ça peut être aussi un moyen d'attirer l'attention, que les enfants fassent plus souvent. On
 469 est probablement sûr de la rupture de l'isolement social, tu vois. Enfin, ça peut enclencher
 470 une chose derrière. La surestimation, il y a toujours quelque chose de caché derrière. Il y a
 471 quelque chose, c'est pour te laisser... C'est pour que tu restes 5 minutes de plus, pour que
 472 les enfants fassent un peu plus, pour qu'on l'écoute, qu'il y ait du monde qui passe. On est
 473 souvent sûr de la rupture d'isolement dans la surestimation de la douleur.

474 C'est un sentiment de solitude énorme et en fait, c'est un appel à... Venez me voir, je suis
 475 là.

476 Enfin, je sais pas si...

477 **A : Oui, je saisis plus de moi, donc c'est comme un appel à... Venez me visiter, quoi.**
 478 **C'est un peu ça.**

479 Faites attention à moi.

480 **A : Ouais, ok.**

481 Tu comprends. Et en passant par la douleur, on y arrive.

482 **A : Ok. Et du coup, je pensais aussi, parce qu'on en a un peu parlé, la culture,**
 483 **l'histoire, tout ça. Et justement, on vient de parler de l'exagération de la douleur. Et**
 484 **tu m'en as un peu parlé quand tu m'as dit que des fois, dans le pôle méditerranéen, on**
 485 **a des gens qui, dans leur culture, ils ont cette tendance-là à beaucoup exprimer leur**
 486 **douleur. Dans la pratique, on voit certains soignants aussi qui, face à cette**
 487 **exagération un peu ou cette expression très particulière de la douleur, ils ont tendance**
 488 **à, des fois, on va dire... Je sais pas un peu comment l'amener, mais tu sais, étiqueter**
 489 **certains patients justement à cause de ce trait-là et...**

490 C'est ce que je te disais, on a beaucoup de préjugés. On a beaucoup, beaucoup de préjugés
 491 là-dessus. On va les étiqueter et on va... Et je trouve qu'on... Alors, je me mets dedans
 492 parce qu'on est tous pareil. Ça nous est tous arrivé au moins une fois d'avoir sous-estimé...
 493 une douleur ou d'avoir forcé un jugement en disant non, c'est pas vrai, il n'a pas mal.

494 **A : Donc où notre jugement, il confronte le ressenti du patient finalement.**

495 Voilà. Et ça, c'est... Voilà. Mais... Et puis après, il y a une autre chose aussi, c'est que
 496 souvent, dans ces gens qui verbalisent beaucoup, derrière, il y a la douleur et puis derrière,
 497 il y a la souffrance.

498 **A : Ce qui est encore autre chose. C'est... Voilà. Est-ce que tu pourrais un peu plus...**

499 La souffrance, elle est plus psychologique. C'est-à-dire qu'ils vont te dire qu'ils ont mal,
 500 qu'ils ont mal, qu'ils ont mal, mais derrière, ça va cacher une souffrance soit d'isolement,
 501 soit de perte d'autonomie, de deuil, de dépression. Donc voilà. Tu as douleur et souffrance

502 qui sont deux choses différentes. Et parfois, en disant j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal, mais en
503 fait, c'est pas j'ai mal, c'est JE... SUIS... MAL. Tu vois, c'est pas la même chose. Voilà.

504 Et après, sur le... Ce que j'appelle le syndrome méditerranéen. Voilà. Mais c'est pas... Et il
505 n'y a pas de jugement. Voilà. Je pense qu'il faut arriver à calmer aussi les angoisses, les
506 peurs, les écouter. Faut pas oublier que voilà. Et après, c'est de trouver parfois des
507 solutions. Mais après, je te dirais que ça se respecte aussi parce que c'est leur manière de
508 faire. C'est leur manière d'être.

509 **A : Mais en pratique, on retrouve ce type, on va dire, ce syndrome-là de gens, on peut**
510 **le retrouver.**

511 Oui. Oui, tu en as.

512 Mais ça dépend vraiment de ta... De la culture et de ta manière familiale d'exprimer la
513 douleur.

514 **A : OK. Franchement, c'est intéressant qu'on en revienne à... J'y pensais pas au**
515 **départ, tu vois.**

516 **A : Ouais. Donc voilà. Mais du coup, au final, quand on a... Qu'est-ce que... Dans ta**
517 **pratique, qu'est-ce que tu vois au final avec ce syndrome, j'ai envie de dire ? Qu'est-**
518 **ce qu'il se passe en fait ?**

519 Qu'est-ce qu'il se passe ? C'est compliqué. C'est compliqué parce que... Comment dire ?
520 C'est...

521 **A : Tu la rattaches à quoi, en fait, au final, ce syndrome ?**

522 À une histoire familiale, à la culture, si tu veux, et à ta manière, toi, d'exprimer ta douleur.

523 **A : Parce que finalement, d'un individu à l'autre, des fois, j'ai tendance à entendre...**
524 **Comment te dire ? Certaines descriptions de ce syndrome et des fois, il peut y avoir**
525 **des différences un peu...**

526 C'est propre à chacun.

527 **A : Au niveau de la façon de l'amener, tu vois ce que je veux dire ?**

528 C'est propre à chacun. C'est quelque chose de plus basse sur la manière démonstrative de
529 verbaliser sa douleur ou sa peine. C'est aussi dans les deuils, tu les vois beaucoup. Il y en a
530 qui... Ça va beaucoup avec le deuil, la peine. Mais j'ai pas de... Il n'y a pas de type. Parce
531 que chacun est unique. Chacun verbalise sa douleur différemment. Et j'ai pas de... Ça va
532 dépendre du contexte. T'as un monsieur qui a un cancer en fin de vie et qui hurle parce
533 qu'il a mal. Tu crois qu'il a vraiment pas mal, toi ?

534 **A : Ouais, je comprends ce que tu veux dire.**

535 Malgré la morphine, le machin, parce que... Mais après, est-ce qu'il hurle parce qu'il a mal
536 ou parce qu'il souffre, parce qu'il sait qu'il va mourir ? Et puis, tu as la personne qui s'est
537 cognée le genou et qui va t'en faire tout... Toi, qui va te faire tout un truc et tout, et là, c'est
538 plus pour attirer l'attention.

539 **A : Donc, dans ces cas-là, on va plutôt tendre vers ce syndrome-là, dans cette**
540 **situation-là, ou...**

541 Je sais pas. Je pourrais pas te le dire parce que c'est très...

542 **A : C'est un peu abstrait ?**

543 C'est abstrait. Ça va être à chaque situation. Hum, OK. Pour moi, c'est vraiment... Là, j'ai
544 pas un truc en particulier. J'ai un truc, mais c'est lié aux deux.

545 (Quelqu'un toque à la porte)

546 *Oui ?*

547 *(Coucou, désolée. On va commencer la réunion.)*

548 **A : OK.**

549 *C'est déjà l'heure ?*

550 *Hé ! C'est pour ça.*

551 **A : Merci. On finit vite.**

552 Non, mais ne t'inquiète pas.

553 **A : Excuse-moi.**

554 Oh ben non, mais écoute, je...

555 **A : On va faire vite, d'accord ?**

556 Non, mais t'inquiète.

557 **A : Du coup, la question d'après, c'était... Est-ce que le comportement du patient, il**
558 **peut influencer la prise en charge de la douleur, d'après toi ?**

559 C'est-à-dire ?

560 **A : Donc, est-ce que certains comportements d'un patient, quand je vais lui évaluer la**
561 **douleur, ça peut influencer la façon dont je vais prendre en charge la douleur ? Donc,**
562 **des fois, on a des patients, peut-être à domicile, qui vont avoir certains**
563 **comportements, et du coup, peut-être que je vais mettre un antalgique un peu plus**
564 **puissant, un peu moins puissant, ou est-ce que je vais peut-être prendre en charge sa**
565 **douleur différemment ?**

566 J'allais dire... Oui et non. Ça dépend si tu parles de douleur aiguë ou de douleur chronique.
567 D'accord. Il faut distinguer les deux. Et il faut voir, parce que dans la douleur chronique, tu
568 ne prends pas une douleur chronique en charge comme tu prends une douleur post-
569 opératoire. Quelqu'un qui va avoir, qui va être opéré d'un genou, c'est douloureux, donc tu
570 vas tout de suite lui dire, vous prenez le maximum du traitement, enfin, vous prenez bien le
571 traitement prescrit, pensez à ceci, pensez à cela, tu vois, tout le machin. Et un douloureux
572 chronique, il vit déjà avec un fond douloureux. Donc tu vas plus pallier les montées et tu
573 vas essayer de ramener un rendement ou un niveau de douleur acceptable et pour lequel il

574 va pouvoir avoir un quotidien normal. Donc oui, tu t'adaptes forcément à ton patient, parce
575 que ça dépend sur quel type de douleur tu es.

576 **A : OK.**

577 C'est pas la même chose.

578 **A : Et est-ce que tu as des exemples des fois de comportements qui ont pu influencer**
579 **ta prise en charge ou qui te viennent à l'esprit ? Ou tu as eu un patient qui s'est**
580 **comporté d'une façon et que toi, tu as adapté ta prise en charge de la douleur. Après,**
581 **s'il n'y a pas d'exemples qui te viennent...**

582 Beaucoup sur les fins de vie. Beaucoup sur les fins de vie ou malgré le... C'est parfois le
583 manque de traitement dans les fins de vie, tu sais. Quand tu fais tes soins, que tu dois faire
584 du nursing et que tu fais hurler les gens de douleur. Tu sais, tout de suite, soit tu appelles le
585 médecin, soit tu rappelles l'HAD, celui qui dit non, c'est pas possible, moi je fais pas des
586 soins comme ça. Dans les détentions de plaies. Un truc très bête, on parle de douleur, on
587 parle tout de suite de la chronicité, mais les soins douloureux, les soins invasifs, euh par
588 exemple le fait que tu dois gratter une plaie et que si t'as... Je pense à un monsieur, il a pas
589 supporté la lidocaïne. Tu sais, il n'a pas supporté le traitement antalgique que tu poses
590 dessus.

591 Et donc en fait, on fait les deux, et là, bah oui, on adapte parce qu'on gratte pas, on peut pas
592 faire une détention correcte, on peut pas faire un... Parce qu'il va avoir mal, quoi, même en
593 ayant pris un traitement avant soin, parce qu'il faudrait vraiment quelque chose de plus
594 local pour venir en dents, venir la plaie. Voilà, donc là, oui, tu adaptes.

595 OK. Je sais pas si ça répond à ta question.

596 Si, si, on était... Si, si, si, si.

597 **A : Du coup, est-ce que t'as eu des situations où la douleur, elle était difficile à**
598 **évaluer, et est-ce que tu peux donner des exemples de patients où la douleur était**
599 **vraiment difficile à évaluer, de façon générale ? Ou dans quel cas, la plupart du**
600 **temps, t'as des patients où c'est dur à évaluer leur douleur ?**

601 Chez les douloureux chroniques, c'est compliqué, puisque t'as un fond douloureux, donc il
602 faut que tu jauges la montée.

603 **A : Ouais.**

604 Le non-communicant. Ouais. Même si t'as des algos, il y a des fois, on fait que des algos,
605 il faudrait qu'on fasse de la douleur au plus pour vraiment ajuster le traitement plus
606 précisément, pour savoir si c'est plus de l'appréhension, du stress ou de la douleur. Et dans
607 le handicap. Et puis, dans le handicap. Et les handicapés, tout ce qui est de l'ordre du
608 handicap, c'est très compliqué.

609 **A : On n'arrive pas à distinguer euh...**

610 Dans le handicap, on a des grilles, mais c'est des grilles qu'on ne maîtrise pas. Mais ça peut
611 être compliqué d'évaluer une douleur chez... Alors, quelqu'un peut-être que tu as connu

612 quand tu es venu travailler au SSIAD, je pense à X. Ou X, qui a encore été communicante,
 613 mais X. Comment tu vas te valider la douleur chez X ?

614 **A : Franchement, c'est dur.**

615 Voilà. Là, c'est dur. Donc, ça va être un changement de comportement. Chez les demandés
 616 ambulants aussi. Très compliqué d'évaluer la douleur chez les déments déambulant. Parce
 617 que tu n'es pas sur une algo. La douleur n'est pas forcément adaptée. Et chez le numérique,
 618 tu en fais quoi ?

619 **A : Oui, c'est compliqué.**

620 Les dément déambulant. Alors, tu vas forcément, chez ces gens-là, te servir de l'algo. Parce
 621 qu'il n'y a plus le verbal complet. Mais l'algo n'est pas tout à fait juste. La douleur non plus.
 622 Je pense, quand j'étais en UP en bas, quand j'étais infirmière en UP en bas, on avait une
 623 dame qui déambulait, qui déambulait, déambulait, déambulait. Enfin, agressive,
 624 déambuler, déambuler. Et jusqu'à ce qu'on comprenne qu'en fait, elle avait mal.

625 **A : Elle était douloureuse.**

626 Elle était douloureuse. Et en fait, quand on m'a fait ça, on a eu des déambulations. Parce
 627 que c'était quelqu'un avec une maladie, comme ça. Mais beaucoup plus sereine, moins
 628 crispée, moins agressive. Et on va dire une déambulation qui... Voire pas de déambulation,
 629 elle arrivait à être plus calme et plus sereine. Mais il y avait un fond douloureux derrière.

630 **A : D'accord. Du coup, on en a parlé, mais il y a des éléments qui peuvent aider à**
 631 **évaluer la douleur. Quand elles sont difficiles à verbaliser. Est-ce que tu... Bah du**
 632 **coup, on en a un peu parlé, je pense qu'on va passer à...**

633 Algo Dolo. Algo Dolo+.. Après, il existe des échelles de la dépression. Il existe d'autres
 634 échelles derrière et tout. Mais moi, je ne les maîtrise pas. Et puis, c'est compliqué de les
 635 utiliser parce que les médecins ne la connaissent pas. Alors qu'Algodolo, on reste sur un
 636 langage...

637 **A : Et ça te sert assez dans la pratique pour pouvoir ne pas forcément...**

638 Ça dépend du médecin. T'as des médecins, t'as des médecins, tu vas leur dire, j'ai une
 639 évaluation de la douleur numérique qui est régulièrement à 7-8. Il va t'écouter. Voilà.

640 **A : J'ai un dolo ou un algo, il ne va peut-être pas te...**

641 Voilà, j'ai une algo à 4 sur 5, c'est pour ça que ça dépend du médecin.

642 **Ok.**

643 Et de la sensibilisation du médecin traitant à l'échelle.

644 **A : À l'échelle, bien sûr. Du coup, la dernière question, je vais essayer de la formuler**
 645 **pour qu'elle soit un peu claire, parce que c'est un peu celle qu'on a du mal un peu à...**
 646 **Donc, comment la difficulté de la communication, elle peut influencer la prise en**
 647 **charge de la douleur ?**

648 La difficulté de communiquer, comment est-ce qu'elle peut influencer la prise en charge de
649 la douleur ? C'est pas facile comme question, mais ça demande un peu de réflexion, c'est
650 sûr.

651 C'est ça, ça demande un peu de réflexion. Difficulté de communication, peut-être.

652 **A : Peut-être si tu as des patients... Des fois, on a des repères comme ça qui nous**
653 **permettent...**

654 On en a parlé de la difficulté de communication. Quelque part, je t'ai répondu à cette
655 question-là. Tu t'adaptes, c'est l'adaptabilité. La difficulté de communication, ça dépend ce
656 que le soignant veut y mettre derrière. Parce qu'on a parlé du problème de langue, on a
657 parlé de ça, puis il y a une chose dont on n'a pas parlé, c'est le patient qui refuse de
658 communiquer. C'est vrai, on a parlé de ça. On a parlé des gens d'incapacité de
659 communiquer, mais il y a des gens qui refusent de communiquer, qui veulent juste qu'on
660 les laisse dans leur bulle. Moi, je te dirais que pour répondre aux problèmes de
661 communication dans la prise en charge de la douleur, c'est au soignant de s'adapter. C'est
662 notre job. C'est à nous de savoir faire attention à ça. C'est à nous de le prendre en compte.
663 Puisque mine de rien, la douleur fait partie, pour moi, d'un besoin fondamental de
664 l'homme. C'est à nous de savoir faire attention, c'est à nous de comprendre. Et c'est à nous
665 de nous adapter. Tu as un patient qui est souvent muet, tu passes par d'autres moyens.
666 Comme je te disais, une ardoise, la version papier, la communication avec la famille. Tu as
667 un problème de langue, tu essaies de l'éliminer, la traduction par la famille. Quand ils sont
668 vraiment non-communicant, comme Caroline, tu vas te fier aux visuels, aux habitudes,
669 aux crispations, aux positions antalgiques, aux replis sur soi. Tu n'as pas le choix. On est
670 d'accord que s'il n'y a pas de communication, c'est compliqué d'évaluer la douleur, c'est
671 compliqué de la prendre en charge, c'est compliqué d'accompagner le patient. Mais d'un
672 autre côté, je te dirais bien que c'est aussi à nous de nous adapter, à être inventif, à essayer
673 de faire des choses pour entrer en communication avec les gens. La communication, c'est
674 vrai, le relationnel, c'est quand même la base du soin infirmier.

675 **A : Bien sûr. Une toute dernière question, Lisa. Est-ce que tu penses que le vécu**
676 **personnel du soigneur et son histoire influence dans la prise en charge de la douleur ?**
677 **Et comment ça peut, dans ces cas-là...**

678 Oui, oui, oui. Moi, c'est le rapport à la douleur qui m'a amenée sur ma voie. C'est mon
679 histoire qui m'a amenée à choisir cette métier-là, et cette problématique-là, pour moi, a eu
680 de l'importance parce que j'ai vu mon parent mourir d'une autre souffrance dans les années
681 80. On est bien loin d'être pris en charge de la douleur de maintenant. Les dernières images
682 que j'ai, c'est un homme crispé, un homme super jovial, super souriant. Après, dans mon
683 histoire, j'ai perdu plusieurs personnes, et c'est quelque chose qui m'a marquée. Parce qu'on
684 a eu des gens bien accompagnés, puis d'autres beaucoup moins bien. Forcément, ton
685 rapport à la douleur te façonne dans ta manière d'apporter les choses. Pour moi, ça a
686 toujours eu de l'importance, même quand j'étais infirmière. Je faisais chier les toubib pour
687 avoir ce que je voulais, sans lâcher. Je me bats avec les gens, parce que parfois, ils ne
688 veulent pas prendre, parce qu'ils ne veulent pas... Parce que c'est supportable. On va
689 essayer de baisser ce taux de supportabilité, pour que justement, votre quotidien soit
690 meilleur. Donc oui, ton histoire, ton vécu, ton rapport à la douleur fait forcément partie de
691 ta manière de prendre en charge. S'il y a quelque chose que tu as eu, où tu sais que c'est
692 douloureux, tu sais que tu vas être beaucoup plus attentif sur ce type de pathologie-là.

693 Moi, je sais que ce qui m'a décidé à faire ce Début Douleur en 2024, c'est quand je dis
694 qu'on a relâché un petit peu, pendant le Covid, on a beaucoup oublié. On était occupés à
695 autre chose, et on a oublié de prendre en charge les gens là-dessus. On a eu fait des fins de
696 vie dans des conditions où je ne me souviens plus jamais.

697 C'est ça qui m'a décidé, pour avoir les arguments, pour avoir les trucs, pour pouvoir aller
698 appeler les toubibs et dire, on est là-dedans. En tout cas, merci beaucoup, c'était très
699 intéressant.

700 **A : Merci d'avoir accordé du temps.**

701 (Fin de l'enregistrement)

Annexe IX : Grille d'analyse croisée des entretiens

Grille d'analyse croisée des entretiens

Relation soignant-soigné				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Vulnérabilité et asymétrie Comprendre comment le soignant perçoit la vulnérabilité du patient et son impact sur la relation de soin.	« Déjà le fait d'être dans un service de personnes âgées, en partant du principe qu'ils sont vulnérables, parce que la personne âgée a tendance à être décrédibilisée d'office. [...] il faut remettre dans le contexte de dire que c'est des personnes et que c'est pas parce qu'ils sont plus entre guillemets « qu'il faut pas prendre en compte leurs paroles ». » L. 16-23. La vulnérabilité est rattachée à l'âge, à la perte de repères et au risque de décrédibiliser la parole du patient.	« les patients quand ils sont au bloc opératoire, ils nous laissent totale confiance puisqu'ils doivent être endormis, donc ils peuvent que s'en remettre à nous [...] les patients sont en état de vulnérabilité beaucoup plus que quand ils peuvent maîtriser les choses », L. 20-27. « [...] dans ces moments de vulnérabilité, c'est les seuls moments où on peut vraiment avoir une action et une relation de confiance rapide avec le patient et il va pouvoir se livrer. » L. 29-31 La vulnérabilité est liée à une situation où le patient ne maîtrise plus ce qui lui arrive et doit faire confiance au soignant. La vulnérabilité engage la relation de confiance du patient vers le soignant.	« Une personne pour moi aux urgences qui était vulnérable, c'est des personnes qui euh n'exprimaient jamais quand ils avaient mal. Ils se taisaient et c'est pour moi les gens qu'il ne faut pas laisser de côté. [...] ceux qui ne demandent jamais rien c'est ceux qui souffrent en silence. » L. 30-35 La vulnérabilité peut être silencieuse, surtout chez les patients qui ne demandent rien malgré la douleur.	« ça va prendre en compte toutes les personnes qui sont... Je vais dire, avec des pathologies neurodégénératives [...] tout ce qui est isolement social [...] la dépendance physique, la dépendance psychique [...] tous ceux qui ont des difficultés sociales, avec peu de revenus, peu de moyens » L.44-55 La vulnérabilité est envisagée de manière large : troubles cognitifs, isolement, dépendance, difficultés sociales et perte d'autonomie.

Relation soignant-soigné				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Singularité et individualisation Comprendre comment le soignant adapte sa prise en charge à la singularité du patient.	« Alors j'essaie vraiment de me remettre souvent en question, justement à me dire que non, je m'adapte à la personnalité de la personne » L. 33-34 « Oui forcément. Forcément, beh si c'est une personne qui est dans le refus par exemple, je vais m'adapter, je vais faire, je vais essayer de négocier euh, et si par contre euh il est vraiment dans le refus, je m'adapte. Je vais pas soigner comme quelqu'un qui me dira oui à tout. » L. 60-63 L'adaptation passe par la négociation et par une prise en compte de la personnalité du patient.	« C'est spontané en fait, je sais pas après ça fait pratiquement 20 ans que je travaille et du coup quand j'aborde le patient selon sa réponse, son attitude, je ne vais même pas réfléchir, je vais adopter une certaine attitude, des mots de voix, des paroles plus rassurantes que d'autres. Ça se fait de manière intuitive. » L. 43-46 « Parce que sans relation de confiance, on est dans le conflit avec n'importe qui et ça n'avance pas et le vécu il n'est pas bon et en salle de réveil ça fait pas un super réveil non plus. Sur tout dans le parcours bloc, si on ne s'adapte pas et qu'on ne met pas de relation de confiance en place dès le départ, on n'arrivera pas à faire des soins de qualité. » L. 60-64 L'adaptation se fait de manière intuitive, selon le type de patient, l'attitude et la réponse du patient pour créer une relation de confiance avec le patient.	« chacun a ses différences et tu dois les prendre en charge par elles. Mais il y en aura peut-être qui vont exprimer trop [...] à un moment donné je vais voir le médecin en me disant on va le réévaluer parce que je ne le vois pas. » L.51-52 La singularité est reconnue, mais elle peut aussi demander un recadrage lorsque la demande devient trop insistante. À domicile, la singularité est liée au fait d'entrer dans l'univers du patient et de le prendre dans sa globalité.	« pour moi, un patient, c'est pas juste une patho, c'est pas un numéro de chambre. C'est une personne dans sa globalité. Et donc, à domicile, c'est la même chose. À part que là, en plus, tu évolues dans leur univers. T'es chez eux. » L.133-116

Représentations culturelles				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Communication et barrière de la langue - impact Explorer l'impact des difficultés de communication sur la relation et la pratique.	« c'est très compliqué. Déjà pour avoir un consentement libre et éclairé, c'est beaucoup plus difficile. [...] Des fois ils comprennent pas [...] Donc s'il est dans le refus, il nous le fera comprendre. Mais c'est peut-être parce qu'il a pas compris ce qu'on voulait faire ». L. 95-99 La barrière de la langue complique la compréhension du soin et le consentement.	« les personnes qui ont... qui parlent des langues étrangères, on prend Google traduction, souvent ça les fait rire parce que c'est pas tout à fait... Mais du coup on arrive quand même à rentrer en relation et puis sans parler de la communication, la communication tactile, ça c'est universel, les regards, il n'y a pas besoin de parler des fois pour se dire des choses, le corps peut parler, le non-verbal... » L. 66-71 La relation ne se base pas que sur le langage. La communication est décrite comme plus large que le langage. « si on ne peut pas communiquer avec lui, on ne pourra pas lui expliquer et du coup, il ne sera pas rassuré. La douleur va continuer à augmenter nous en salle de réveil c'est vraiment ça, où les patients peuvent être en état de panique, ils ne comprennent pas ce qui se passe, pourquoi ils ont mal, pourquoi ils ressentent certaines choses et le fait de passer sur le Google Traduction en général, ça apaise de suite le patient, il a compris, il est OK, il sait un peu plus à quoi s'attendre et c'est plus ouvert comme communication. Mais on est obligé de passer par un outil ... » L.79-85 En salle de réveil, l'absence d'explication peut majorer l'anxiété et la douleur.	« Nous aux urgences, des fois on faisait appel à des interprètes parce qu'on avait beaucoup de populations slaves et des fois » L.68. La barrière de la langue impose de chercher des ressources pour ne pas rester bloqué dans la prise en charge.:	« Ça complique les choses pour obtenir des informations » L. 240 « Ça complique les choses pour obtenir, pour savoir s'ils ont mal. Pour savoir, par exemple, si tu as une plaie qui est rouge, depuis combien de temps elle est rouge ? » L. 241-242 La barrière de la langue complique le recueil d'informations utiles au soin.

Représentations culturelles				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Communication et barrière de la langue – stratégies	« Euh le, le mime ! J'essaie de lui montrer euh mes soins que je vais lui faire en lui mimant euh ce que je vais lui faire. Et après j'essaie d'avoir quand même recours à des collègues enfin qui [...] peuvent parler la langue éventuellement. » L. 108-112	« Dans les barrières de la langue, nous, on utilise exclusivement Google Traduction et j'ai déjà eu des sourd et muet, on utilise une tablette. La langue des signes, concrètement, il y a quelques motsseuh, c'est facile à apprendre, et le patient est aussi content » L. 90-92	« soit le langage des signes, soit faire appel, si on regarde dans son dossier, s'il est déjà venu, la personne de confiance ou la personne à prévenir et si ce n'est pas le cas, tu tu demandes au médecin que tu as autour. » L.85-86	« tu trouves toujours d'autres moyens. Tu vas tu vas utiliser, par exemple, chez les sourds et muet, on avait une ardoise. Pour écrire. Moi, j'ai commencé à apprendre quelques mots de la langue des signes. » L. 233-235
Repérer les stratégies mises en place pour communiquer et comprendre le patient.	« On a eu là, c'était des... des photocopies en faite avec des... des personnages, où ils montraient quelqu'un qui avait mal, ou manger, ou des choses comme ça. » L. 114-115 Les stratégies reposent sur le mime, les collègues et des supports visuels.	« Oui, mais c'est beaucoup plus pratique sur la langue des signes, pour quelqu'un qui est sourd et muet, il y a trois gestes à savoir et c'est facile de dire « ça va ? » « vous avez mal ? » et le patient se sent compris ». L.95-102 Les outils numériques et la langue des signes sont utilisés comme moyens de communication. Le soignant s'adapte à la langue parlée par le patient.	Les stratégies passent par le langage des signes, les ressources du service, les proches, les médecins ou les professionnels parlant une langue commune. Les supports écrits, le mime, la famille et le non-verbal servent à maintenir la communication.	

Représentations culturelles				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Culture, histoire personnelle et expression de la douleur Comprendre l'influence de la culture et de l'histoire du patient sur l'expression de la douleur.	« Certainement, mais ils m'en ont jamais parlé. Directement. [...] ils vont tous réagir différemment à la douleur, mais généralement j'ai pas d'explication [...] Mais voilà, après, moi, j'avais pas d'explication de la part du patient. » L. 127-124 L'influence de l'histoire du patient est reconnue, mais l'IDE reste prudente sur l'interprétation.	« la culture c'est ce qu'on te donne depuis que tu es enfant. Tout ce qu'on inculque dans l'éducation vis-à-vis de l'expérience douloureuse. Et ça fait partie de toi. Donc chacun vit sa douleur avec ses propres expériences. » La culture est liée à l'éducation, aux expériences douloureuses et à la manière d'exprimer ou de taire la douleur.	« Non , pour moi, chacun exprime sa douleur de sa manière, mais je ne veux pas entendre le syndrome méditerranéen. [...] C'est SA manière a elle d'exprimer la douleur, même si elle est exagérée, mais je ne veux pas qu'on englobe tout le monde. » L. 94-95 Yousra refuse de réduire l'expression de la douleur à une origine culturelle.	« Il y a des cultures où la douleur, on est bien d'accord, que ce soit dans toutes les religions, il y a toujours une notion de rapport à la douleur. [...] Au contraire, tu vas avoir tous qui vont être méditerranéens [...] Qui, eux, vont exprimer cette douleur-là. » L.349-350 La culture, la religion et l'histoire familiale peuvent modifier le rapport à la douleur.

Représentations culturelles				
Sous-thème	Cécia IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Représentations du soignant / stéréotypes	« Beh si un patient me dit en souriant qu'il a mal, par exemple, j'aurais plus de difficultés à le croire, entre guillemets, on va dire. [...] Il me dit qu'il a mal, même si je le crois pas. C'est pas mon rôle de croire ou de pas croire à un patient. Je fais en fonction de mes prescriptions. Je lui demande son échelle de douleur, s'il arrive à me répondre hein. Et en fonction, et beh je lui donne ce que je peux lui donner. Parce que, pour ça, on a des protocoles. Donc, s'il me dit qu'il a 8, et beh je lui donne le souvent, le doliprane, la morphine, ou d'autres médicaments. » L. 150-157	« Oh beh souvent, ici, on parle du syndrome méditerranéen. C'est une culture qui ose, qui exprime sa douleur. » L. 193-194 Elle associe manière d'exprimer la douleur à la culture du patient. « Mais après, franchement, c'est extrêmement complexe la douleur. Donc qu'ils disent « syndrome méditerranéen » ou pas, entre guillemets. En ayant fait des études sur la douleur, ça m'importe peu. ». « Ils disaient que c'est des personnes qui sont plus sensibles. » L. 213-215 et 218 « Qu'ils ont un seuil de tolérance moins élevé. Alors, est-ce qu'ils ont un seuil de tolérance moins élevé? Est-ce que c'est génétique? Est-ce que c'est culturel ? » L. 220-2021 « Ce n'est pas parce qu'elle est plus forte ou moins forte (la douleur). C'est une culture qui l'exprime. Du coup, ils expriment leur douleur et ils la, ils la, ils la verbalisent et le disent. Du coup, est-ce que ça fait d'eux qu'ils ont plus mal qu'un autre? Non, c'est pas parce que c'est pas parce qu'il y a une culture à exprimer sa douleur que le patient aura plus mal, qu'une personne ou d'une autre. C'est ça que je veux dire. » L. 195-199 « Donc on évalue différemment, beh non, en fait, pour moi, non, pas à mon sens. [...] on pourra dire que de lui aussi, qu'il exagère, mais pourtant, son vécu, lui, il le vit comme quelque chose de très douloureux. » L. 225-230 Sara refuse l'idée d'évaluer différemment à partir du « syndrome méditerranéen » et met en avant le vécu du patient au premier plan. Elle associe la douleur à la culture individuelle du patient. Elle explique qu'un patient d'une même culture qu'un autre exprimera sa douleur différemment. La douleur est complexe et dans la prise en charge son expression de la douleur d'après elle ne doit pas influencer la prise en charge.	« C'est du racisme pour moi. Pour moi, je le ressens comme ça, c'est mon ressenti. L. 122 « Tu as un Français qui veut faire un petit "heee". Ben non. On ne va pas lui dire le syndrome français, non ? » L. 127-128 Le « syndrome méditerranéen » est perçu comme une étiquette discriminante.	. « Ça nous est tous arrivé au moins une fois d'avoir sous-estimé... une douleur ou d'avoir forcé un jugement en disant non, c'est pas vrai, il n'a pas mal. » L. 490-493 Les soignants peuvent étiqueter ou sous-estimer une douleur lorsque l'expression paraît trop démonstrative.
Explorer l'influence des comportements du patient et des représentations du soignant sur la prise en charge de la douleur.	Le comportement peut influencer la crédibilité accordée à la plainte, mais l'IDE rappelle qu'elle doit prendre la douleur en compte.			

Douleur				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Situations où la douleur est difficile à évaluer Explorer les situations où la douleur du patient est difficile à évaluer.	« Oui. C'est des patients qui communiquent à moitié. [...] il y a des fois, il va pouvoir te répondre. Et il y a des fois, il pourra pas te répondre. [...] le patient qui te dit « Oui, j'ai mal. » Et quand tu essayes d'en savoir un peu plus, silence radio ». L.176-181 La douleur devient difficile à évaluer lorsque la communication est fluctuante.	« les seuls vraiment, vraiment, ce seraient les personnes qui ont des handicaps... [...] Le trait qui peut déranger, c'est quand ils gémissent, mais qu'ils gémissent tout le temps, en fait. Donc souvent, on fait appel à la famille. » L. 326-329 Les situations les plus difficiles concernent surtout les patients avec handicap ou dont le comportement habituel est difficile à interpréter. Dans le cas ou le non verbal est difficile à comprendre.	« Oui, par la barrière de la langue. » L. 197 on a eu un patient, je pense que c'était un comorien, et il y avait vraiment la barrière de la langue et on n'arrivait même pas à trouver quelqu'un. Et je pense qu'il a été drépanocytaire. Les drépanocytaire, ils ont des douleurs intenses » L. 200-202 La barrière de la langue peut faire retarder la compréhension de la douleur et de la pathologie.	« Chez les douloureux chroniques, c'est compliqué, puisque t'as un fond douloureux, donc il faut que tu jauges la montée. » L.601 « Le non-communicant. [...] Et dans le handicap. » L ;604-607 « Très compliqué d'évaluer la douleur chez les déments déambulant. » L.616 Les douloureux chroniques, les patients non communicants, le handicap et les démences peuvent rendre l'évaluation difficile.

Douleur				
Sous-thème	Cléa IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Éléments d'évaluation de la douleur Repérer les éléments qui aident à évaluer la douleur lorsque le patient a des difficultés à la verbaliser.	« S'il va pas plus loin dans sa réponse, bah moi, je pars sur un ALGO. » L.185-186 « [...] s'il me dit qu'il a mal et que l'ALGO, il a zéro, je vais quand même prendre en compte le fait qu'il me dit qu'il est mal. » L. 190-192 « Normalement, je me sers de l'ALGO. Après, je questionne mes collègues, généralement, si c'est pareil avec eux, mais sinon, je me sers de l'ALGO. » L. 215-216 L'évaluation passe par l'ALGO, la parole du patient et l'avis des collègues.	« C'est-à-dire qu'on utilise l'échelle numérique, ou l'échelle verbale simple. Mais si le patient a du mal à évaluer, on peut prendre l'échelle des visages. Et sinon, si vraiment on n'y arrive pas, on prend l'hétéroévaluation, l'ALGO+. Et l'ALGO+, elle nous permet d'avoir une référence et de voir si le patient s'améliore, s'il a un comportement plus adapté. S'il a les traits moins tirés, si son attitude corporelle est plus détendue, ou est-ce qu'il est en protection. » L. 315-320 « A oui quand le patient comprend pas bien on fait des euh des schémas » L 372 Plusieurs outils sont mobilisés : échelles, schéma, hétéroévaluation, constantes, observation et famille.	« De toute façon, c'est que le faciès, c'est la position du corps. Autrement, tu ne peux pas juger. » L . 227 « [...] <i>Mais si l'échelle ne marche pas parce qu'il ne parle pas.</i>) . C'est compliqué. Tu regardes le faciès. L'objectif, c'est le traducteur en fait. » L.233-234 L'observation clinique et le recours à un traducteur sont centraux lorsque l'échelle ne suffit pas.	« J'utilise beaucoup l'échelle numérique. » L. 392 « Et avec l'échelle numérique, moi, je mets toujours en parallèle le comportement » L.398-399 « Ensuite, pour les non-communicant, pour ceux que tu sais que c'est difficile d'évaluer, j'utilise l'algo et la Dolo. » L.416-417 Lisa associe l'échelle numérique à l'observation du comportement et aux échelles d'hétéroévaluation.

Douleur				
Sous-thème	Clea IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Communication et prise en charge de la douleur Comprendre comment la difficulté de communication influence l'évaluation et la prise en charge de la douleur.	« Ce sera le patient qui a mal, mais qui a le sourire et qui me le communique avec la barrière de la langue que je comprends pas. Oui, je vais pas comprendre qu'il a mal, donc forcément, je vais pas prendre en charge sa douleur comme il faut. » L. 241-245. « <i>(Le risque)</i> C'est de passer à côté de sa douleur et de pas la traiter, du coup. » L. 247 Le risque principal est de ne pas comprendre que le patient a mal et de ne pas traiter la douleur.	« on va sous évaluer sa douleur et moins prendre en considération parce que on aura pas forcément la bonne évaluation, donc tout évaluation ou hétéroévaluation est toujours sous évalué ». L. 381-383 La difficulté de communication expose à une sous-évaluation de la douleur.	« Quand la communication, tu ne l'as pas, elle <i>(la communication)</i> est très, très difficile. » L.237-238 « [...] tu ne sais pas ses antécédents, s'il est allergique à certains médicaments, elle est très difficile. Nous, en tant qu'infirmière, on passe après le relais au médecin. » L.240-242 La prise en charge devient difficile car le soignant manque d'informations essentielles.	« On est d'accord que s'il n'y a pas de communication, c'est compliqué d'évaluer la douleur, c'est compliqué de la prendre en charge, c'est compliqué d'accompagner le patient. [...] c'est aussi à nous de nous adapter, à être inventif ». L.669-672 L'absence de communication complique l'évaluation, le traitement et l'accompagnement.

Éléments inattendus

Sous-thème	Clien IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Place de la famille / proches / ressources		«le fait qu'eux (<i>la famille</i>), ils soient là, ils vont nous dire, non, en fait, son comportement, il gémit comme ça tout le temps, c'est habituel. Du coup, c'est pas un trait à prendre en considération maintenant. La famille peut être vraiment une ressource. Donc, on peut trouver des astuces pour évaluer les patients. » L. 340-343 La famille peut aider à comprendre le comportement habituel du patient et à distinguer douleur et habitudes.	« si on regarde dans son dossier, s'il est déjà venu, la personne de confiance ou la personne à prévenir et si ce n'est pas le cas, tu tu demandes au médecin que tu as autour. [...] Donc on fait appel [...] aux gens qui parlent les différentes langues. » L. 84-85 Yousra mobilise les personnes de confiance, la famille, les médecins ou les professionnels ressources.	« C'était sa fille qui faisait la transmission. » L.236-237 « d'appeler les enfants pour leur expliquer pour qu'ils puissent retraduire, d'être sûrs que les parents avaient bien compris. » L.278-279 La famille devient une ressource pour traduire ou vérifier que les informations ont été comprises.
Douleur et souffrance		« Quand tu as mal, en premier lieu, on a mal avec son corps. [...] Mais elle passe le filtre thalamique et elle va dans la zone des émotions. » L. 128-133 « Et après, si ça fait longtemps qu'on a mal [...] c'est tout cet engrenage de comportement social. C'est le comportement que va nous donner la douleur. » L.160-161 Sara décrit une douleur à la fois physique, émotionnelle, cognitive et sociale.	« Et t'avais des gens qui ne demandaient jamais rien. Et ceux qui ne demandent jamais rien c'est ceux qui souffrent en silence. [...] les personnes qui ne disent rien en général c'est eux qui souffrent le plus ». L.34-35 L'entretien aborde surtout la douleur silencieuse, qui peut être moins visible mais importante.	« souvent, dans ces gens qui verbalisent beaucoup, derrière, il y a la douleur et puis derrière, il y a la souffrance. » L.496-497 « La souffrance, elle est plus psychologique. [...] parfois, en disant j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal, mais en fait, c'est pas j'ai mal, c'est JE ... SUIS ... MAL. » L. 499-503 Lisa distingue clairement douleur et souffrance psychique.

Sous-thème	Chloé IDE 1	Sara IDE 2	Yousra IDE 3	Lisa IDE 4
Vécu personnel et posture du soignant Classer les éléments concernant l'histoire du soignant, ses valeurs professionnelles ou son rapport personnel à la douleur.	« Ça permet d'être plus... Empathique, je pense. Le fait d'avoir vécu des choses douloureuses, quand tu sais que ton patient, il vit la même chose, t'arrives à savoir quel type de douleur il peut avoir, et dans ces cas-là, tu sais ce qui peut soulager au mieux. » L. 265-268 Le vécu du soignant peut augmenter l'empathie et orienter la manière de soulager.	« On est sur un plan émotionnel, donc ça peut renvoyer des émotions chez les autres. Le patient peut renvoyer des expériences au personnel. On arrive chacun avec une culture, chacune une façon de penser. [...] La personne que tu es dans ta relation avec le patient, elle jouera à un moment donné tes expériences de vie. Elles vont forcément jouer sur ta relation avec le patient. » L. 237-241 Sara estime que chaque soignant arrive avec son histoire, ses valeurs et ses expériences.	« Non, pas du tout. Parce que leur douleur, je ne l'ai peut-être pas vécue. [...] Oui, parce que ma douleur à moi, j'ai un mal de dos, mais quand tu vois que quelqu'un a une fracture ouverte, ce n'est pas la même douleur que toi. C'est différent. » L.189 Yousra dit au contraire différencier sa douleur personnelle de celle du patient.	« c'est le rapport à la douleur qui m'a amenée sur ma voie. C'est mon histoire qui m'a amenée à choisir cette métier-là [...] J'ai vu mon parent mourir [...] Les dernières images que j'ai, c'est un homme crispé, un homme super jovial, super souriant. » L. 678-682. Le rapport personnel à la douleur a marqué le choix professionnel et la posture de Lisa.

Sous-thème	Clém IDE 1	Sara IDE 2	Youna IDE 3	Lisa IDE 4
Organisation du soin / contraintes du terrain Classer les éléments liés aux contraintes de service, du domicile, du temps ou de l'organisation.	« si je sais que la personne parle beaucoup, qu'elle est logorhémique, à ce moment-là, je vais décider d'y aller en dernier. [...] pour pas prendre de retard dans la prise en charge de mes autres patients, et euh et de savoir que là vraiment je serai plus pressé euh. » L. 85-88. L'organisation du service influence le temps accordé au patient.	« nous en salle de réveil c'est vraiment ça, où les patients peuvent être en état de panique, ils ne comprennent pas ce qui se passe, pourquoi ils ont mal, pourquoi ils ressentent certaines choses ». L. 81-85 Le contexte de salle de réveil impose une prise en charge rapide et l'utilisation d'outils pour expliquer et rassurer.	« des fois on faisait appel à des interprètes [...] c'était très très dur d'avoir un traducteur parce que le temps qu'il arrive parce qu'il n'est pas d'astreinte, on essayait de soigner comme on pouvait ». L.68-71 Le recours aux interprètes peut être limité par l'organisation de la structure.	« À l'hôpital, tu as ton cadre » L.150. « Là, le cadre, il s'adapte à chaque personne. Et tous les jours, ce n'est pas la même chose ». L.152-153 « Le plus important, dans le libéral en tout cas, c'est de trouver des personnes qui partagent les mêmes valeurs professionnelles. » L. 161-163 Le domicile modifie le cadre du soin et demande une organisation fondée sur la globalité et les valeurs communes.

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



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussigné(e) : Ali HARB

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 :

« La douleur, un langage universel? »

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

oui ☒

non ☐

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

oui ☒

non ☐

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

Avignon, le 19/05/2026 Signature :

Résumé

Titre : La douleur, un langage universel ?

Ce travail de fin d'études traite de la prise en charge de la douleur dans un contexte de barrières culturelles et linguistiques. Le point de départ est une situation de stage où l'évaluation de la douleur était difficile à cause de la langue et des représentations culturelles. La question de départ était : en quoi les représentations culturelles influencent-elles la relation soignant-soigné dans la prise en charge de la douleur ? Le cadre de référence aborde la relation soignant-soigné, les représentations culturelles, les stéréotypes, la communication et l'évaluation de la douleur. L'enquête exploratoire repose sur une méthode qualitative, basée sur quatre entretiens auprès d'infirmières exerçant dans différents contextes de soins. Les résultats montrent que la relation de soin demande une adaptation constante au patient et à sa situation. La douleur devient plus difficile à évaluer lorsque la communication est limitée ou lorsque son expression est inhabituelle. Les infirmières mobilisent alors différentes ressources pour maintenir l'échange. La famille apparaît comme une ressource possible pour mieux comprendre le patient, tout en respectant sa parole, son consentement et son autonomie dans la prise en charge.

Mots clés : Douleur, Relation soignant-soigné, Vulnérabilité, Représentations culturelles, «*syndrome méditerranéen*».

Nombre de mots : 180 mots.

Abstract

Title : Pain, an universal language.

This end of course assignment focuses on pain management in situations involving cultural and language barriers. It is based on a situation encountered during a clinical placement where pain assessment was difficult because of language and cultural beliefs and representations. The research question was: how do cultural representations influence the relationship between the caregiver and the patient in pain management ? The theoretical framework explores The relationship between the caregiver and the patient, cultural representations, stereotypes, communication and pain assessment. This reserche relis on a qualitative method, with four interviews with nurses working in different care settings. The findings show that the care relationship requires constant adaptation to the patient and their situation. Pain becomes more difficult to assess when communication is limited or when its expression is unusual. Nurses then use different resources to maintain communication. Relatives may be used as a resource to better understand the patient, while respecting their voice, consent and autonomy in care.

Key-words : Pain, Relationship between the caregiver and the patient, vulnerable position, cultural représentations, « *Mediterranean syndrome* ».

Words : 157 words