



BLANC
Carlie
Promotion 2023/2026

Travail de Fin d'Études

“Des mots pour des maux”

I.F.S.I du Gipes d'Avignon

UE 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : Madame TUFFET Blandine

Date de rendu : 26 mai 2026

Note aux lecteurs et lectrices :

“Il s’agit d’un travail personnel ne pouvant faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur.”

Remerciements

Je souhaiterais, en premier lieu remercier Madame Blandine Tuffet d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire et de m'avoir accompagnée tout au long de ce difficile voyage d'écriture, de remises en question et de doutes. Merci pour votre patience, votre bienveillance et votre capacité à apaiser mes moments de stress avec vos paroles toujours rassurantes.

Je tiens à remercier Monsieur Flavien Bonifazzi, mon référent pédagogique, pour son accompagnement.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Corinne Bellamy, à l'incroyable cadre qu'elle incarne, qui a toujours cru en moi, bien avant que j'y croie moi-même, qui m'a poussée à entrer à l'école d'infirmière et qui m'a portée durant ces années d'études.

Mes remerciements s'adressent aussi à Madame Lacaze, ma formatrice de première année, qui a toujours été présente à mes côtés et ne m'a jamais laissée douter de moi ; à Monsieur Bugnazet, ses conseils avisés pour la rédaction de ce mémoire ; ainsi qu'à Aïcha Bougadba, qui a su me relever et me redonner l'élan nécessaire chaque fois que l'envie d'abandonner se faisait sentir.

Merci à ma famille, maman, papa, mathis, papi et mami, pour leur soutien inconditionnel, pour leur présence dans chaque moment de doute et d'angoisse, pour m'avoir supportée (même si vous n'aviez pas d'autres choix) et surtout pour n'avoir jamais cessé de croire en moi.

Merci à mes amis, Océane, Manon, Léa, Marco et Flo, pour leurs soutiens, leur écoute et leur fidélité sans faille.

Merci également à mes compagnons de formation, Lola, Nadia, Cloé, Sandra, Kévin et Seb, avec qui j'ai partagé ces années riches en émotions.

Sommaire :

Introduction	1
1. Situation d'appel et questionnements	1
2. Question de départ	7
3. Cadre de référence	7
3.1. La douleur	7
3.1.1 Définition et physiologie	7
3.1.2 Les différents types de douleur	10
3.1.3 Les facteurs influençant le ressenti douloureux	12
3.1.4 L'impact de la douleur	13
3.2. La prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique	15
3.2.1 Évaluation de la douleur chronique chez le patient communiquant	15
3.2.2 Les objectifs de prise en charge de la douleur chronique	16
3.2.3 Rôle de la communication et de l'empathie	17
4. Enquête exploratoire	19
4.1 Méthodologie	19
4.1.1 Présentation de l'outil	19
4.1.2 Population choisie	20
4.1.3 Lieux d'investigation	20
4.1.4 Guide d'entretien	20
4.2 Analyse	21
4.2.1 Présentation échantillonnage	21
4.2.3 Synthèse entretiens	22
4.2.2 Analyse croisée	25
5. Problématique	31
6. Question de recherche	34
7. Limites et critiques de ce travail de recherche	35
Conclusion	36
Bibliographie	37

Introduction

Lors de mon premier stage, je me suis occupée d'un patient enfermé dans sa douleur chronique, et cette situation m'a marquée. Quand j'étais aide-soignante, j'avais déjà été confrontée à la douleur, mais la formation en soins infirmiers m'a permis de mieux la comprendre et de me poser plus de questions. Pendant mes différents stages, j'ai régulièrement pris en charge des patients souffrant de douleurs chroniques. Cela a suscité chez moi de nombreux questionnements.

Depuis la loi du 4 mars 2002, toute personne a le droit d'être soulagée de sa douleur. Les Plans douleur mis en place à partir de 1998, ont permis d'améliorer sa prise en charge et d'en faire une priorité dans les soins.

Malgré cela, la douleur chronique reste très fréquente dans la population : environ une personne sur cinq en souffre. Elle constitue d'ailleurs l'un des premiers motifs de consultation médicale. À l'hôpital, plus d'un patient sur deux présente une douleur. En post-opératoire, la grande majorité des patients en souffre, et en soins palliatifs comme en EHPAD, elle concerne la plupart des patients.

Cette épidémiologie montre que la douleur fait pleinement partie de la pratique soignante. Pourtant, malgré les avancées dans les traitements et les outils d'évaluation, elle reste parfois insuffisamment reconnue ou difficile à soulager.

C'est pourquoi j'ai souhaité orienter mon travail autour de cette thématique, dans le but de répondre à mes interrogations, mais également afin de mieux comprendre la douleur et de pouvoir l'appréhender de façon plus adaptée dans ma future vie professionnelle.

Enfin, je présenterai le cadre de référence, s'appuyant sur des lectures variées me permettant de mieux appréhender les notions en jeu, ainsi qu'une enquête auprès de professionnels. Par la suite, j'ai effectué l'analyse de cette enquête et j'ai confronté mes résultats à mon cadre de référence avant de conclure.

1. Situation d'appel et questionnements

Le point de départ de ma situation d'appel se déroule lors d'un stage de première année, dans un service d'oncologie qui accueille des patients souffrant de cancers et des patients en soins palliatifs. Ce service se compose de 20 lits d'hospitalisation, et 6 lits de soins palliatifs.

Depuis le début de mon stage, j'ai en charge deux patients, dont Monsieur C., 78 ans, atteint d'un cancer du côlon avec de multiples métastases. Les traitements de chimiothérapie ont été arrêtés à la demande du patient et au vu de l'évolution.

Il présente un abcès anal fistulisé au niveau de la fesse lui provoquant des douleurs intenses évaluées à 8/10 sur l'échelle numérique de la douleur, ce qui a conduit à son hospitalisation. Une PCA (patient controlled analgesia) est mise en place avec des morphiniques avec distribution en continu et avec possibilité de bolus, qu'il n'utilise pas systématiquement tous les jours. Par contre, il réclame quotidiennement les séances de résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC) et de snoezelen afin d'apaiser ses douleurs. Ces techniques non médicamenteuses sont réalisées par les soignants formés. Monsieur C apprécie beaucoup ces séances, je le trouve apaisé avec une évaluation de sa douleur à 2/10 sur l'échelle numérique et souriant après chaque session. Je me demande alors comment les techniques non médicamenteuses influencent-elles le vécu de la douleur et l'expérience de l'hospitalisation du patient ? Quels sont les mécanismes en lien ?

Son oncologue référent lui propose une intervention chirurgicale pour drainer son abcès, avec une suite post-opératoire comprenant une stomie de décharge. Monsieur C, autonome et cohérent, refuse catégoriquement. En effet, il a déjà eu une stomie pendant 8 ans à la découverte de son cancer, et l'a très mal vécu. Aujourd'hui âgé de 78 ans, il estime avoir eu une belle vie et ne souhaite pas revivre cette situation. Il est conscient de l'issue de son cancer et souhaite vivre les derniers moments de sa vie sans stomie et sans douleurs. Son oncologue référent est en accord avec son choix, et ne rentre pas en négociation avec lui pour l'opération.

Monsieur C. reçoit chaque jour la visite de sa femme, qui est sa personne de confiance et qui comprend tout à fait la décision de son mari.

Je m'occupe tous les jours de ce monsieur pour sa toilette. Mon statut d'étudiante infirmière me permet de prendre le temps de discuter avec lui. Monsieur C. est très bavard ; il me parle souvent de ses vacances en Espagne où il possède une maison secondaire. Il est très blagueur, il fait beaucoup rire les soignants et nous remercie constamment. Il m'affectionne particulièrement car il me voit chaque jour et je le suis depuis le début de sa prise en charge. Il a toujours un mot pour me motiver et m'encourager dans ma formation. Un matin, alors que je devais lui poser un cathéter, j'ai échoué. Par crainte de le rater une seconde fois, j'ai voulu

laisser la main à ma collègue, mais il a refusé : il tenait à ce que je réessaie et que je réussisse. J'ai fini par réussir ma pose de cathéter et il était autant fière que moi. J'apprends également qu'il a un fils qui vit non loin de l'hôpital, mais je ne l'ai jamais vu et l'équipe non plus. Pendant les congés de son oncologue, c'est un jeune médecin qui s'occupe de Monsieur C afin de lui stabiliser sa douleur et organiser le retour à domicile avec le réseau des soins palliatifs.

Un jour, le fils de Monsieur C. arrive dans le service, sur un ton défensif et exige de rencontrer l'oncologue pour discuter de la prise en charge de son père. L'oncologue remplaçant reçoit donc le fils de Monsieur C. pour lui expliquer les possibilités thérapeutiques et les choix de son père. En effet, une intervention chirurgicale pourrait prolonger de quelques mois la vie de son père mais au prix d'une nouvelle stomie et de soins lourds. Le fils n'est pas en accord avec la décision de son père et exige que l'intervention soit réalisée. Le médecin explique au fils qu'il ne peut pas programmer cette intervention sans l'accord de son père. Je me demande, en quoi l'attitude du fils traduit-elle une difficulté à accepter la réalité médicale ? La famille est l'entité qui connaît le mieux le patient, car nous soignants, l'avons connu uniquement dans sa souffrance. C'est peut-être la raison pour laquelle le fils refuse l'arrêt des soins invasifs. Perdre un être cher est synonyme de grande souffrance et l'idée de ne rien pouvoir faire peut être difficile à accepter.

Le fils, bien décidé à faire accepter l'opération à son père, entre dans la chambre en ma présence, celle de ma tutrice et de l'oncologue, puis dit à son père avec une certaine émotion : *“je te préviens, si tu n'acceptes pas l'opération, je ne viens plus te voir, et tu n'existeras plus!”*. À ce moment-là, j'ai vu la peine et le désarroi dans le regard du patient.

Malgré les nombreuses explications du père à son fils, ce dernier reste convaincu de la nécessité de l'opération. Sa réaction violente de chantage affectif est peut-être le reflet de la violence de la situation. Le fils de monsieur C. fait du chantage affectif pour que son papa accepte l'opération car il est sûrement dans le déni de la situation et l'état de santé de ce dernier. Avant d'accepter l'idée que son père va mourir, il faut qu'il fasse le deuil de la personne qu'il était “avant” et qu'il ne redeviendra plus jamais comme avant même si l'intervention a lieu. Je me demande alors comment accompagner les proches dans le déni ?

À la fin de la journée, le fils a réussi à convaincre son père de subir l'opération et en a profité pour lui faire remplir le formulaire de consentement. Je me suis également interrogé sur le rôle et l'importance de la personne de confiance dans le parcours de soins d'un patient. Pourquoi l'oncologue donne des renseignements au fils qui n'est pas la personne de confiance? Comment accompagner l'ensemble des membres d'une famille surtout quand il y a des divergences entre eux? Pourquoi l'oncologue n'a pas pris en compte la personne de confiance désignée par le patient pour l'assister dans cette démarche ?

À partir de ce moment-là, tout le monde s'est activé pour l'organisation : l'anesthésiste et les chirurgiens digestifs sont passés moins de 30 minutes après la signature du consentement et ont programmé l'opération pour le lendemain à 12h.

Après le départ de son fils et des médecins, je suis allé voir Monsieur C. pour connaître son ressenti sur la situation. Il m'a dit : *"Très mal ! Je suis contraint de faire une opération que je ne veux pas pour continuer à voir mon fils"*, il exprime également une grande souffrance avec une douleur évaluée à 10/10. Je me demande à ce moment-là, si ce conflit a un impact sur sa douleur ? Les mots de mon patient ont raisonné avec beaucoup de férocité dans ma tête alors qu'ils ont été exprimés avec douceur et avec fatalité. En tant que soignante, je dois respecter les choix du patient. Hors, ceux-ci sont dictés par son fils. Dans quelle mesure la famille doit-elle être impliquée dans les décisions médicales, surtout lorsqu'elle entre en conflit avec les choix du patient ?

J'ai ressenti frustration et culpabilité de ne pas avoir aidé le patient à exprimer sa volonté face à son fils, étant donné ma position d'étudiante. Le patient avait exprimé son désir de ne pas subir l'opération, mais la pression exercée par son fils a conduit à une décision opposée. Je me suis retrouvée dans une position où, en tant qu'étudiante, je n'avais ni l'expérience, ni l'autorité pour intervenir. J'aurais voulu en faire plus pour l'aider. Quel est le rôle du soignant lors de conflits familiaux sur des choix thérapeutiques? En quoi l'expérience aide à gérer les sentiments ressentis par les soignants dans des situations complexes ?

L'infirmière en poste, avec qui j'ai déjà travaillé plusieurs fois durant mon stage, est quelqu'un avec qui je me sens à l'aise pour m'exprimer. Je lui fais donc part de mon ressenti, et elle le partage. Elle est aussi démunie que moi, et elle décide d'aller voir la cadre du service pour trouver une solution. La cadre fait alors intervenir la psychologue des soins palliatifs, qui

rédige un rapport sur les propos du patient, qui sont les mêmes que ceux exprimés lors de notre échange. Je pensais donc que l'intervention n'aurait finalement pas lieu.

Le lendemain, je prends mon poste à midi et je suis impatiente d'avoir des nouvelles. À ma grande surprise, Monsieur C. est déjà au bloc. Après avoir discuté avec l'infirmière, j'apprends que le fils de Monsieur C. est venu ce matin pour convaincre son père, avec persuasion et chantage affectif, de se rendre au bloc. Cette annonce me bouleverse et je m'interroge sur la valeur du consentement du patient sous influence ou sous contrainte. En quoi céder consiste-t-il à consentir ?

Dans les textes, la législation paraît simple, mais lorsque la famille n'est pas en accord avec le patient et que celui-ci est vulnérable, c'est plus compliqué. Je n'espérais qu'une chose : retrouver Monsieur C. satisfait de son opération et en accord avec sa décision, ce qui ne fut pas le cas. Lors de son retour du bloc, Monsieur C. a le visage complètement fermé, et je n'arrive pas à engager une conversation avec lui. Il me tient la main très fort, les yeux larmoyants, et je ne réussis pas à le rassurer ; les mots ne viennent pas. A ce moment-là, je ressens un sentiment d'échec et m'interroge sur mes difficultés de communication ?

Mon seul but désormais est de soutenir Monsieur C. lors de ses soins. Il a un pansement d'abcès qu'il faut nettoyer et mécher et cela va mettre des mois à guérir. Les soins sont extrêmement douloureux malgré les prémédications, l'hypnose pendant le soin et malgré les séances de R.E.S.C effectuées avant. Je lui demande à chaque réfection de pansement de me raconter ses séjours de vacances en Espagne pour essayer de concentrer son attention sur autre chose que sa douleur. Mais malgré cela, il pleure et exprime sa colère envers son fils pour lui faire subir de telles souffrances. Il est complètement fermé à la discussion et exprime uniquement de la colère. La communication avec Monsieur C. est inexistante : ni moi, avec qui il était habituellement très bavard, ni les soignants, ni même son épouse n'arrivons à échanger avec lui. Toujours souriant et blagueur, il est soudainement devenu silencieux. Sa douleur semble avoir pris toute la place, jusqu'à éteindre son sourire et sa parole. Je ne savais plus quoi dire. J'avais peur d'être maladroite et d'aggraver son mal-être. Il me prenait la main et la serrait fort en me regardant avec ses yeux larmoyants. Le fait de voir souffrir monsieur C. me fait énormément de peine et je suis impuissante dans mon rôle de soignante. Je me demande alors, quel impact la douleur d'un patient peut-elle avoir sur le vécu émotionnel du soignant et sur notre communication ? Mais aussi, comment cette souffrance peut-elle altérer

la communication habituellement établie ? Cette situation m'a également amenée à me questionner sur la place de la communication non verbale lorsque la douleur rend le dialogue verbal impossible. Comment la communication peut encore exister autrement que par les mots? Mes émotions ont-elles un impact sur le patient ?

Dans un autre stage, j'ai vécu une situation qui m'a confirmé l'importance de la communication dans le soin avec une dame qui présente une sténose du duodénum, ce qui empêche la vidange correcte de son estomac. En attendant une intervention chirurgicale, le médecin prescrit une sonde nasogastrique pour vidanger son estomac et essentielle à son bien être et sa survie.

L'infirmière lui pose une sonde de calibre 16 mais madame D. a très mal vécu ce geste et n'a pas supporté la sonde. Elle finit par s'arracher la sonde elle-même.

Quelques jours plus tard, alors que j'avais en charge madame D, je retrouve la patiente ; douloureuse, nauséuse et vomissant sans arrêt. Elle refuse catégoriquement une nouvelle pose de sonde allant jusqu'à dire qu'elle préférerait mourir plutôt que de revivre cette expérience. J'ai pris le temps de discuter avec elle et je lui explique avec bienveillance l'importance de cette sonde. Elle m'explique qu'elle présente une déviation de la cloison nasale et qu'avec la sonde, elle est obligée de respirer par la bouche et ressent la présence du tuyau trop gros dans sa gorge, ce qui l'empêche de respirer correctement. Je lui montre alors les différents calibres de sonde et après négociation, elle finit par accepter qu'on lui pose la plus petite.

L'infirmière présente ce jour-là avait plus de 30 ans d'expérience en gastroentérologie. Plutôt que de poser elle-même la sonde, elle a accompagné Madame D. pour qu'elle puisse réaliser le geste elle-même, à son rythme. Grâce à sa douceur et une communication adaptée, la pose s'est déroulée dans de très bonnes conditions. Madame D. est désormais soulagée et profondément reconnaissante.

Cette situation m'a fait écho sur ma situation d'appel ; sur l'importance de la communication et sur le rôle des émotions sur le ressenti douloureux.

2. Question de départ

Cette situation m'a permis de me questionner sur plusieurs thèmes ; la douleur, la communication, la relation soignant/patient/famille et les conflits, le consentement mais également la posture professionnelle, le rôle et les émotions du soignant. Après une réflexion autour de ma situation de départ et l'ensemble des questionnements qui ont émergé, j'ai décidé d'orienter mes recherches sur l'importance de la communication dans la prise en charge d'un patient douloureux. C'est pourquoi ma question de départ est :

“En quoi la communication permet-elle d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique lorsque le psychisme majore le ressenti douloureux ?”

3. Cadre de référence

3.1. La douleur

3.1.1 Définition et physiologie

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), la douleur est définie comme *“une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle”*. C'est donc une sensation désagréable que l'on ressent dans le corps ou dans les émotions et cette douleur peut être ressentie même en l'absence de lésion.

D'après Gérard Totor, professeur de biologie, *“La physiopathologie de la douleur est complexe et multifactorielle, impliquant à la fois des mécanismes périphériques et centraux.”*

Entre la stimulation douloureuse périphérique et la perception de la douleur, il existe une cascade électrique et chimique qui se divise en quatre étapes : la transduction, la conduction, la transmission et la perception.

La transduction correspond à la conversion d'un stimulus nociceptif en une activité électrique. En effet, avant la douleur, se produit la nociception. Comme nous l'explique Michel Barrot dans le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) ; *“Quand on se coupe le doigt, il n'y a pas de douleur au bout du doigt. L'information électrique remonte jusqu'au cerveau, et c'est le cortex qui interprète ce signal comme étant douloureux”*. Il précise : *“si on n'est*

pas dans une expérience émotionnellement désagréable, on ne parle pas de douleur mais de nociception”. La douleur commence donc par l’activation de récepteurs appelés nocicepteurs, présents à la surface de la peau et dans les organes. Leur rôle est d’informer le cerveau en cas de danger potentiel ou de menace. L’activité électrique va cheminer à travers la moelle épinière, c’est la conduction. Ceci est possible grâce à un mécanisme synaptique de transfert d’information entre les neurones (c’est la transmission). Différentes fibres sont plus ou moins myélinisées et peuvent transmettre des signaux. Plus la fibre est myélinisée, plus le message est rapide. Les fibres les plus myélinisées répondent aux stimulations telles que le tact et le toucher.

Au niveau du cerveau, les informations sont traitées et analysées. C’est à ce moment-là que le signal est perçu comme douloureux, nous sommes alors dans la perception. Selon le Centre d’Evaluation et de et du Traitement de la Douleur (CETD) ; *“La perception douloureuse est une expérience complexe sensorielle mais aussi (et surtout) émotionnelle, cognitive qui fait intervenir les expériences antérieures”*. La perception de la douleur ne s’arrête donc pas à ce que nous ressentons mais peut être influencée par notre état émotionnel et nos expériences antérieures, c’est pourquoi certains neuroscientifiques ont ajouté une étape dans la physiopathologie de la douleur : la modulation qui augmente ou diminue la perception.

Claire Chauffour-Ader, médecin et Marie-Claude Daydé, infirmière, nous expliquent les différentes modulations dans leur ouvrage *“Comprendre et soulager la douleur”*.

Elles nous rapportent qu’en 1965, Wall et Melzack proposent les contrôles inhibiteurs spinaux : la théorie *“gate control”*. Ils expliquent que la perception de la douleur est modulée par un mécanisme de la moelle épinière, appelé *“porte”* (gate). Ils citent *“Lorsque nous donnons un coup, nous frottons spontanément la zone qui a reçu le coup, ce qui a pour effet de soulager partiellement la douleur”*, donc les grosses fibres véhiculant le tact ont la capacité d’inhiber le message transporté par les fibres fines. Cela peut être mimé sur la plan thérapeutique par l’utilisation de la stimulation électrique transcutanée et la réalisation de massage.

Quelque temps après que Melzack et Wall aient publié leur théorie du portillon, William Reynolds, chercheur américain, a mis en avant les contrôles inhibiteurs supraspinaux descendants, le cerveau peut donc aussi moduler la douleur. Lors d’une stimulation douloureuse, certaines structures du tronc cérébral s’activent et envoient des messages

inhibiteurs vers la moelle épinière. Ces voies libèrent des substances comme la sérotonine, la noradrénaline et les opioïdes endogènes, qui freinent la transmission du message douloureux. Cela entraîne une analgésie, capable de diminuer la douleur. Les auteurs illustrent cette modulation avec l'exemple du soldat qui continue à combattre malgré qu'il soit grièvement blessé, et c'est uniquement lorsqu'il sera en sécurité et que le stress aura disparu, qu'il ressentira la douleur de ses blessures et pourra même souffrir d'une simple injection. Ce mécanisme est aujourd'hui appelé Conditioned Pain Modulation (CPM).

De découverte récente, il y a également la modulation avec les contrôles inhibiteurs diffus descendants induits par une stimulation nociceptive, par lesquels le cerveau diminue la transmission des messages douloureux au niveau de la moelle épinière. Lorsqu'une stimulation nociceptive intense survient, elle active des voies descendantes qui inhibent les neurones impliqués dans la transmission de la douleur, ce qui permet d'une réduire la perception.

Les neuropeptides comme les endorphines et les enképhalines, participent également à la modulation de la douleur. Ils se fixent aux récepteurs opioïdes dans le cerveau et la moelle épinière, ce qui inhibe la libération de la substance P, un polypeptide libéré par les terminaisons des fibres nociceptives. La substance P agit à la fois comme neuromodulateur et neurotransmetteur, et joue un rôle clef dans la transmission des signaux douloureux.

Lorsqu'un signal atteint le cerveau, il est interprété et modulé par certains facteurs biologiques, psychologiques et émotionnels. Cela explique pourquoi la perception de la douleur diffère d'une personne à l'autre, que l'on peut aider à la fois par des traitements médicamenteux et par des approches non médicamenteuses, telles que le toucher, la relaxation ou la communication.

La physiopathologie de la douleur repose donc sur une interaction complexe entre les nocicepteurs, les voies nerveuses centrales et périphériques et le phénomène de la modulation. La douleur résulte de différents mécanismes et est classée en fonction de cela.

3.1.2 Les différents types de douleur

En fonction de la durée, on distingue douleur aiguë et douleur chronique.

Selon la Fondation de la Recherche Médicale (FRM), la douleur aiguë survient brutalement, à une cause identifiable et est facilement reconnaissable (chirurgie, traumatisme, infection) et disparaît après un traitement. Elle est limitée dans le temps car elle dure moins de trois mois. Elle joue un rôle d'alarme et protège l'organisme d'un danger potentiel par un stimuli mécanique, chimique ou thermique.

La douleur chronique est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme "une douleur qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois". La douleur chronique peut être primaire ou secondaire.

La Haute autorité de Santé (HAS), nous indique qu'une douleur chronique primaire est définie comme *"une douleur dans une ou plusieurs régions anatomiques qui persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois et est associée à une détresse émotionnelle importante ou un handicap fonctionnel (des activités de la vie quotidienne ou des activités sociales) non liés à une autre maladie chronique"*.

L'HAS exprime également *"Les douleurs chroniques secondaires sont liées à des maladies sous-jacentes pour lesquelles la douleur peut initialement être considérée comme l'un des symptômes."*

Jacques Grisart, docteur en sciences psychologiques, et Anne Berquin, docteure en sciences biomédicales, indiquent : *"la douleur reste présente et, en persistant pendant plusieurs semaines, mois, voire années, elle entraîne des modifications importantes et durables du fonctionnement du système de la douleur, se traduisant par deux phénomènes très particuliers : la sensibilisation et la mémoire de la douleur."*

Ils complètent cette analyse en expliquant que, chez une personne présentant une douleur chronique, la mémoire de la douleur peut conduire à la persistance d'une sensation douloureuse alors même que la cause initiale a disparu, comme si l'expérience de la douleur était inscrite dans le système nerveux. Ils ajoutent également que le phénomène de sensibilisation a pour conséquence une hyper-réactivité du système nerveux, et que des stimulations habituellement peu ou pas douloureuses peuvent désormais provoquer des douleurs intenses.

Au niveau physiopathologique, trois grands types de douleurs existent selon la Fondation de la Recherche Médicale (FRM).

La plus connue, la douleur nociceptive qui est une douleur aiguë ; résulte d'une stimulation somatique mécanique ou inflammatoire (musculaire, osseuse, cutanée, d'origine infectieuse, dégénérative, traumatique ou viscérale). C'est une douleur que tout le monde va être amené à rencontrer au cours de sa vie.

Ensuite, la douleur neuropathique qui est le plus souvent une douleur chronique, qui est due à une lésion nerveuse ou un dysfonctionnement du système nerveux central (suite accident vasculaire cérébral, paraplégie..) ou périphérique (amputation, zona...). Elle se manifeste par des décharges électriques, un engourdissement ou des picotements nécessitant une évaluation et une prise en charge particulière.

Et enfin, la douleur nociplastique qui est une douleur chronique : nouvellement reconnue en 2017, elle résulte d'un dysfonctionnement des nocicepteurs et du système de contrôle de la douleur, sans lésions tissulaires.

Longtemps, les douleurs pour lesquelles aucune cause identifiable n'était trouvée ont été qualifiées de "douleurs idiopathiques" ou "psychogènes". En effet, la professeur Elisa Arnaudo nous rapporte que *"La douleur psychogène n'est plus considérée comme un diagnostic valide, car elle est perçue comme stigmatisante, suggérant que la douleur du patient est imaginaire"*.

Le mot idiopathique signifie "de cause propre" ou "sans cause connue". Alors, lorsque les examens cliniques, biologiques ou radiologiques ne permettaient pas de confirmer une lésion, la douleur était classée dans cette catégorie. Cependant, cette classification avait des répercussions psychologiques et sociales, car elle laissait entendre au patient que la douleur pouvait être d'origine psychique ou imaginaire.

En réponse à cela, l'International Association for the Study of Pain (IASP) a proposé en 2017 une nouvelle catégorie : la douleur nociplastique, définie comme : *"Douleur résultant d'une nociception altérée en l'absence de preuve claire de lésion tissulaire réelle ou potentielle activant les nocicepteurs périphériques, ou de maladie ou lésion du système somatosensoriel responsable de la douleur"*.

Cette nouvelle nomination représente un changement important : auparavant considérée comme d'origine psychologique ou imaginaire, elle est désormais comprise comme le résultat d'un dysfonctionnement du système de la douleur. La notion de douleur nociplastique

reconnait donc la réalité de la souffrance du patient. Mais la douleur ne se limite pas à un simple phénomène physiologique ; son intensité et son vécu varient selon plusieurs facteurs qui influencent la perception de chaque individu.

3.1.3 Les facteurs influençant le ressenti douloureux

La douleur est une expérience complexe, influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. C'est lors de la modulation que ces facteurs peuvent influencer la douleur. Les comprendre est indispensable pour une prise en charge efficace.

La dimension psychologique joue un rôle majeur ; l'anxiété et la peur majorent le ressenti douloureux et diminuent la tolérance de la douleur du patient. Frédérick Dionne, psychologue, nous le confirme ; *“l'état émotionnel du patient influence fortement la perception de la douleur, indépendamment de la gravité physique de la lésion”*.

Dans l'ouvrage *“Tu comprendras ta douleur”*, Martin Winckler, médecin, et Alain Gagnon, médecin algologue, soulignent le lien direct entre le corps et le psychisme en affirmant que *“nos sensations physiques et nos émotions sont intimement liées”*. Ils précisent également que *“la douleur provoque ou libère des émotions. En retour, les émotions peuvent atténuer ou augmenter la douleur, et parfois même la faire naître”*.

Les auteurs mettent ainsi en évidence la relation étroite entre douleur et émotions : la douleur peut générer de l'anxiété, de la peur ou de la tristesse, tandis que ces états émotionnels peuvent, à leur tour, moduler l'intensité de la douleur perçue par le patient.

Les facteurs sociaux et culturels influencent également le ressenti et la tolérance de la douleur, comme l'exprime l'OMS, *“la douleur est vécue différemment selon les cultures, qui déterminent la manière dont elle est exprimée, partagée ou tue”*. Dans certaines cultures, la douleur est vue comme signe de vulnérabilité et il est encouragé, d'exprimer ses souffrances pour avoir du soutien familial. À l'inverse, d'autres cultures valorisent la retenue, incitant les individus à cacher leur douleur, ce qui peut compliquer son évaluation et retarder l'accès à une prise en charge adaptée. Enfin, la relation soignant-soigné a un rôle clef dans la prise en charge de la douleur, comme le souligne le Centre National Ressource Douleur (CNRD) ,

“l’écoute et la reconnaissance de la plainte douloureuse sont des éléments essentiels de la prise en charge, car le déni de la douleur majore la souffrance”. Cela nous indique qu’un soignant à l’écoute de la douleur va déjà apaiser son patient car il va se sentir écouté et compris. La douleur ne se limite pas à une sensation physique car elle est influencée par le psychisme, l’entourage, l’écoute et le vécu.

L’expérience personnelle antérieure du patient module aussi le ressenti de la douleur : un patient ayant déjà subi une douleur non soulagée risque d’anticiper et d’avoir un ressenti douloureux plus intense qu’un autre patient. Dionne renforce ce constat en précisant que *“la mémoire douloureuse d’un patient joue un rôle central dans la manière dont il perçoit et exprime la douleur, pouvant accroître l’anxiété et la détresse émotionnelle associées”*. Ainsi, le passé douloureux d’un patient ne doit pas être négligé, car il influence directement la réponse physiologique et psychologique de la douleur.

3.1.4 L’impact de la douleur

Dans l’ouvrage *“Tu comprendras ta douleur”* de Martin Winckler, médecin, et Alain Gagnon, médecin algologue, ils expliquent que la douleur aiguë est l’un des motifs les plus fréquents de consultation en service d’urgence et qu’elle est souvent intense et mal soulagée. Mais la douleur aiguë est utile et nous protège car elle nous alerte d’un changement de l’état du corps qui pourrait signaler une menace. Elle n’a pas les mêmes impacts que la douleur chronique mais le risque c’est qu’elle le devienne.

En revanche, la douleur chronique ne se limite pas à une simple sensation physique : elle exerce des répercussions sur l’individu et son entourage. Elle doit être prise en charge dans sa globalité, elle impacte donc autant le physique que le côté psychologique, social et économique comme nous le confirme la Haute Autorité de Santé (HAS), *“la douleur chronique altère durablement la vie quotidienne, l’état psychologique et les relations sociales”*.

Sur le plan physique, la douleur peut entraîner de nombreuses comorbidités comme des troubles du sommeil, une asthénie intense, une perte d'appétit mais également une altération de la mobilité. Ses symptômes ont un lourd impact sur la vie quotidienne du patient, entraînant une incapacité fonctionnelle qui limite les activités de la vie quotidienne. L'ouvrage

“Médecine de la douleur pour le praticien”, d’Alain Serie, le confirme ; “la douleur chronique est un facteur majeur de perte d’autonomie fonctionnelle”.

Jacques Grisart, docteur en sciences psychologiques et psychothérapeute, indique que *“la douleur persistante peut altérer l’équilibre émotionnel et la perception de soi”.*

Il nous explique qu’elle est également associée à des troubles tels qu’une baisse de l’estime de soi, de l’anxiété et peut même aller jusqu’à la dépression. La douleur peut donc avoir également des conséquences psychologiques importantes.

Une étude de Vania Apkarian, neuroscientifique, explique que la douleur chronique partage des mécanismes communs avec la dépression : elle active les mêmes circuits cérébraux, impliqués dans la régulation des émotions. Ce lien explique que la douleur peut devenir un facteur déclenchant ou aggravant de troubles psychiatriques et en particulier les états dépressifs et anxieux.

Dans l’ouvrage *“Tu comprendras ta douleur”*, Martin Winckler, médecin, et Alain Gagnon, médecin algologue, expliquent ; *“Si le mouvement accentue la douleur, il ne sera pas surprenant que vous soyez attentif à le limiter ; du coup, vous aurez moins d’activités physiques, vous sortirez moins, donc vous rencontrerez moins de gens...[...] Un arrêt de travail sera parfois nécessaire, peut-être même de longue durée, ce qui peut entraîner une perte de revenus.”*

La douleur affecte donc également la vie sociale des individus. Elle peut entraîner un isolement social, des difficultés relationnelles et une perte de rôle familial et amical.

L’impact économique est également considérable. Elle entraîne des coûts directs liés aux soins médicaux (prix des consultations chez le spécialiste et des traitements) et des coûts indirects dus à la perte de salaire des arrêts de travail.

La douleur chronique impacte le patient dans sa globalité, touchant le physique, le psychique, la vie sociale et économique et peut provoquer isolement, une perte de productivité et même conduire à la dépression. Elle engendre un cercle vicieux où la douleur et la détresse psychologique se renforcent mutuellement, d’où la nécessité d’une prise en charge globale.

3.2. La prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique

La prise en charge de la douleur chronique comprend différents types de traitements. Cependant, dans ma réflexion, j'ai choisi de m'intéresser davantage aux approches non médicamenteuses, en particulier à la place de la communication et de l'empathie.

Avant d'aborder cela, il me semble important de revenir sur un point essentiel : l'évaluation de la douleur. Elle constitue la première étape indispensable pour proposer une prise en charge adaptée et efficace.

3.2.1 Évaluation de la douleur chronique chez le patient communiquant

L'évaluation de la douleur est une étape essentielle pour une prise en charge personnalisée de chaque patient. La douleur est une expérience subjective et multifactorielle, donc elle ne peut être comprise qu'avec une évaluation rigoureuse.

Dans l'ouvrage *“Tu comprendras ta douleur”*, Martin Winckler et Alain Gagnon expriment ; *“La douleur chronique ne se traite pas comme une douleur aiguë ; même si elles ont toutes deux en commun de faire mal”*.

De plus, Frédérick Dionne, psychologue clinicien, professeur et chercheur canadien spécialisé dans la douleur, particulièrement dans la douleur chronique, explique que l'évaluation clinique de la douleur chronique ne se limite pas à mesurer l'intensité par des échelles simples comme l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN), comme dans la douleur aiguë, mais s'appuie également sur des questionnaires multidimensionnels, comme le questionnaire douleur de Saint-Antoine, et des entretiens structurés pour comprendre l'impact sur la vie quotidienne du patient. Il existe aussi des outils spécifiques comme le DN4, qui permet de repérer les douleurs neuropathiques. La prise en charge doit alors comprendre des stratégies pharmacologiques, physiques et psychologiques mais aussi mobiliser une équipe pluridisciplinaire afin de répondre à toutes les dimensions de la douleur.

En résumé, l'évaluation de la douleur chronique est complexe et doit prendre en compte également l'impact qu'elle a sur le patient. Elle ne se limite pas seulement à l'utilisation des échelles de mesure de la douleur mais d'une évaluation multidimensionnelle qui comprend également l'écoute du patient et l'observation des signes non verbaux.

Cette approche permet de mieux comprendre la douleur dans toutes ses dimensions et de proposer une prise en charge adaptée et personnalisée.

3.2.2 Les objectifs de prise en charge de la douleur chronique

Le rapport de Geneviève Laroque, Présidente de la fondation nationale de gériatrie en 1985 ; *“soigner et accompagner jusqu’au bout”*, peut-être considéré comme la première prise de conscience officielle de la nécessité de prendre en charge la douleur, d’après le médecin Bernard Cassou.

Comme le rappelle l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; *“soulager la douleur est un droit fondamental de l’être humain”*. Tous les patients exprimant une douleur, qu’elle soit aiguë ou chronique, doivent être soulagés même si d’après le médecin Brigitte George ; *“La prise en charge de la douleur aiguë a largement bénéficié ces dernières années de l’attention nouvelle que les soignants lui portent, et elle en a été nettement améliorée bien qu’il existe toujours des inégalités selon les services, les structures de soins et les régions. La prise en charge de la douleur chronique est plus problématique car elle demande une approche holistique, pluridisciplinaire, dont la médecine n’a guère l’habitude”*.

Dans l’ouvrage *“La douleur ne me lâche pas”*, Jacques Grisard et Anne Berquin expriment également *“Dans un contexte de douleur chronique, même le meilleur effet d’une médication antalgique laissera toujours un goût de trop peu. Aucun n’agit comme un interrupteur coupant la douleur”*.

A travers ces propos, je comprends qu’il n’y pas les mêmes objectifs de prise en charge lorsqu’il s’agit d’une douleur aiguë ou chronique. Pour une douleur aiguë, l’objectif est d’apaiser le ressenti douloureux tandis que pour la douleur chronique c’est d’améliorer les conditions de vie afin de “bien” vivre avec la douleur. En effet, au vu de la complexité de la physiopathologie de la douleur chronique, des différents facteurs pouvant l’influencer, et du phénomène de modulation, elle peut être plus difficile à soulager. Elle nécessite une approche globale et implique la collaboration de plusieurs professionnels.

La Haute Autorité de Santé souligne que *“les approches non médicamenteuses constituent un élément fondamental de la prise en charge de la douleur chronique”*. Ces techniques, comme la relaxation, l’hypnose, la résonance sous-cutanée (RESC) ou encore la stimulation multisensorielle comme le Snoezelen, permettent de réduire la souffrance, de diminuer

l'anxiété associée à la douleur et de favoriser l'autonomie du patient. Toutes ces techniques placeront le patient dans un état de bien-être susceptible d'atténuer sa douleur.

Dans la prise en charge de la douleur chronique, la qualité de la relation entre le soignant et le patient est essentielle. Comme l'indique une étude universitaire sur la douleur et la relation soignant-soigné ; *“de la relation établie va dépendre la qualité de la prise en charge de la douleur”*. Donc la manière dont le soignant se positionne face aux patients et son écoute attentive influence directement la perception de la douleur. Cela nous appelle à penser que la relation soignant-soigné est indispensable dans la prise en charge de la douleur, car elle favorise la confiance, la sérénité, la sécurité et l'adhésion aux traitements, indispensable dans la prise en charge de la douleur. La qualité de la relation soignant-soigné est donc autant importante que la prise médicamenteuse et des techniques non médicamenteuses, car c'est dans cette alliance que le patient peut trouver l'apaisement qu'il attend. Prendre en charge la douleur chronique relève donc de compétences techniques mais surtout humaines et relationnelles.

3.2.3 Rôle de la communication et de l'empathie

Il me semble essentiel de définir ce qu'on rapporte de la communication ; *“La communication est une conduite sociale visant à transmettre un message par la parole (communication verbale) mais aussi par des gestes, des attitudes ou des mimiques (communication non verbale)”*, d'après Martine Mazoyer, psychologue clinicienne. Cette définition me fait comprendre que la communication ne passe pas uniquement par la parole. Elle permet de transmettre un message, soit avec des mots, soit par des gestes, des attitudes ou des expressions du visage. Donc même sans parler, une personne peut communiquer.

Dans le soin, on parle de communication thérapeutique ou de discours hypnotique, d'après Armand Tanner, médecin, la communication thérapeutique est : *“une interaction en présentiel, entre un soignant et un patient qui vise à améliorer le bien-être émotionnel et physique du patient”*. J'en comprends que c'est le lien qui se crée entre un soignant et un patient. Grâce aux échanges et à la présence du soignant, cela peut aider le patient à se sentir mieux, tant physiquement que émotionnellement.

Dans la prise en charge des patients et de leurs douleurs, la communication occupe donc une place centrale. En effet, l'article *“Douleur, émotion et communication”* de Jacques Cosnier,

médecin, souligne l'importance de la communication qui aide le patient à mettre des mots sur sa souffrance pour mieux gérer la douleur et les émotions qui y sont associées.

Corine Cliquet, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique du patient, dans son article *“Douleur et la communication : 1 équilibre”* nous rapporte ; *“La douleur chronique, les variations émotionnelles, et le manque de reconnaissance du vécu du patient peuvent créer des barrières relationnelles. Pourtant, même un petit effort de communication, bien ciblé, peut produire des effets thérapeutiques significatifs”*. Je trouve cette idée très juste. Le patient, souvent emprisonné dans sa douleur et en manque de lien social, ressent un manque de considération de ses douleurs. Le simple fait d'écouter de manière empathique et de communiquer avec bienveillance peut déjà apaiser, car le patient se sent compris et considéré.

De même manière, il me semble indispensable de définir ce qu'est l'empathie. D'après Aurore Bavelot, psychologue, *“L'empathie est donc la capacité à ressentir la douleur, la souffrance ou, plus généralement, tout autre sentiment éprouvé par autrui. Finalement, l'empathie est la capacité à se mettre à la place d'une autre personne et à éprouver ce qu'elle ressent”*.

Les soignants mobilisent l'empathie pour écouter, comprendre et répondre au patient, ce qui favorise une meilleure qualité de soins et l'installation d'une relation de confiance. Selon l'article *“L'empathie et le sens de la relation dans le soin”* de Philippe Thomas, chercheur en empathie et soins ; *“l'empathie du soignant envers un malade et sa famille est une condition nécessaire à la création de soins fondés sur une confiance réciproque”*, soulignant ainsi l'importance de l'empathie dans la prise en charge d'un patient. L'empathie constitue donc une dimension essentielle de la relation soignant-soigné, et particulièrement dans la prise en charge de la douleur, car elle permet aux soignants de mieux comprendre la souffrance.

Une étude menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, prouve que l'empathie des soignants peut réellement réduire la douleur ressentie par les patients. Des études montrent que des paroles empathiques peuvent diminuer la perception de la douleur d'environ 12 %, ce qui est un effet comparable à certains médicaments, en agissant sur certaines zones du cerveau liées aux émotions et à l'attention. Ainsi, l'attitude et les paroles des soignants peuvent influencer la perception de leur douleur.

D'après l'article *“Partager le souci de la douleur dans l'interaction du soin”* de Jean-pierre Bénézech, médecin en soins palliatifs : *“L'écoute empathique du patient est une composante*

essentielle dans son adhésion au projet thérapeutique et favorise la collaboration avec l'équipe soignante”

Cette citation nous explique que l'écoute empathique renforce l'implication du patient dans ses soins et facilite sa prise en charge, efficace et adaptée à sa douleur. Ces travaux montrent que l'empathie n'est donc pas seulement une attitude bienveillante : elle sert de véritable outil clinique dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. L'empathie et la communication se rejoignent donc et s'assemblent, et leurs forces aident à la prise en charge de la douleur chronique.

4. Enquête exploratoire

4.1 Méthodologie

Pour répondre à la question de départ et approfondir la réflexion des soignants sur le terrain, j'ai réalisé une enquête exploratoire. Cette démarche a pour objectif de recueillir des données qualitatives en interrogeant des professionnels de santé pour analyser leurs perceptions et leurs pratiques, concernant la place de la communication dans la prise en charge des douleurs chroniques.

4.1.1 Présentation de l'outil

L'outil principal que j'ai utilisé pour cette enquête est l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien est particulièrement adapté pour explorer des thématiques complexes comme celles qui sont abordées dans cette recherche. Il permet d'orienter la discussion autour de thèmes précis tout en laissant la liberté aux soignants d'exprimer pleinement leurs idées et de partager leurs expériences personnelles. Concrètement, chaque entretien comporte une série de questions ouvertes, conçues pour encourager des réponses détaillées. Ces questions servent de guide tout en permettant aux infirmier(e)s d'aborder des réponses qu'ils jugent pertinentes. Chaque entretien dure entre quinze et vingt minutes afin de garantir un échange approfondi tout en respectant les contraintes de temps des soignants. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, dans un lieu calme et confidentiel. Cela peut inclure une salle de repos ou un bureau isolé, afin de garantir une discussion libre et sans interruption. De plus, les entretiens

sont enregistrés avec le consentement des infirmiers, ce qui permet de rester attentif à l'échange et d'éviter de perdre des éléments importants qui sont ensuite retranscrits pour permettre l'analyse.

4.1.2 Population choisie

J'interroge quatre infirmières pour avoir un contenu riche à petite échelle que je vais pouvoir comparer. Je m'oriente sur ce corps de métier car mon souhait est de devenir infirmière et cela va me permettre de me projeter dans cette future posture.

J'ai interrogé deux infirmières d'ancienneté de diplôme de moins de 5 ans et deux autres avec une ancienneté supérieure à 5 ans, afin de différencier leurs argumentations selon leur année d'expérience et de voir l'impact de l'ancienneté sur la prise en charge de la douleur chronique.

Ces entretiens me permettent de mieux comprendre leur réflexion sur la prise en charge des patients.

4.1.3 Lieux d'investigation

Les entretiens sont menés dans des lieux où la prise en charge de la douleur chronique est un enjeu quotidien. Premièrement, le service de rhumatologie et le service d'oncologie car dans ces unités, les personnes souffrant de douleur chronique sont nombreuses. Ainsi, ces lieux d'investigation permettent de confronter les approches et les stratégies adoptées dans des milieux qui ont des conditions différentes mais où la prise en charge de la douleur chronique est essentielle.

4.1.4 Guide d'entretien

Un guide d'entretien (cf. Annexe I) structuré a été élaboré pour orienter les échanges tout en laissant une place à la liberté et aux choix de réponses des soignants. D'abord, il y a le talon sociologique, qui permet de mettre à l'aise l'interrogé et de recueillir des informations utiles

pour l'analyse. Il sert aussi à situer les réponses dans un cadre social et contextuel plus large, ce qui est essentiel pour comprendre les dynamiques de travail et les interactions professionnelles. L'utilisation de questions ouvertes est également privilégiée pour encourager les soignants à exprimer librement leurs expériences et leurs points de vue, sans être limités par des choix prédéfinis. Des relances sont également utilisées pour approfondir certains aspects spécifiques, afin d'explorer plus en détail des éléments évoqués ou de clarifier certaines réponses. L'intérêt de ces relances est de donner aux participants l'opportunité d'ouvrir davantage leurs réflexions et d'explorer des dimensions parfois inattendues de leurs expériences.

4.2 Analyse

4.2.1 Présentation échantillonnage

Pour mon enquête exploratoire, j'ai réalisé mes entretiens dans deux services susceptibles de prendre en charge des douleurs chroniques ; l'oncologie et la rhumatologie. J'ai pu respecter mon choix de deux infirmières ayant plus de 5 ans d'expérience et deux en ayant moins de 5 ans. En revanche, aucune n'avait de formation approfondie sur la douleur ou de DU douleur, mais trois d'entre elles avaient suivi une formation institutionnelle premier niveau.

IDE	Service	Date DE	Ancienneté	Age	Formation douleur
Carine	Oncologie	2012	11 ans	36	Douleur palier 1
Chloé	Oncologie	2022	3ans et demi	25	Douleur palier 1
Marine	Rhumatologie	2019	6ans et demi	30	Douleur palier 1
Coralie	Rhumatologie	2025	7 mois	22	/

4.2.3 Synthèse entretiens

Avant de commencer l'analyse, je vais présenter succinctement les quatre entretiens infirmiers réalisés. Cela va me permettre par la suite de croiser les données et de m'aider à l'élaboration de mon travail d'analyse.

Premier entretien (Carine) :

Pour mon premier entretien, j'ai choisi d'interroger Carine, qui travaille en service d'oncologie et qui a 11 ans d'expérience dans ce service. Elle prend principalement en charge des douleurs chroniques. Elle connaît également les douleurs aiguës, chroniques et la douleur neuropathique mais semble en difficulté sur les autres classifications.

Pour évaluer la douleur, elle utilise l'EN ou l'EVA, mais précise que ces outils sont parfois insuffisants pour les douleurs chroniques nécessitant une évaluation plus approfondie mais sans m'en expliquer davantage.

Elle identifie plusieurs facteurs influençant la douleur comme les complications de la maladie, mais surtout l'anxiété et plus particulièrement la nuit.

Concernant les impacts, elle évoque des difficultés de mobilisation, une baisse de l'appétit et des apports alimentaires et des répercussions sur le moral. Elle conclut en m'indiquant que la douleur chronique peut avoir des impacts un peu sur tout.

Pour agir sur ces différents facteurs, elle évoque en premier temps l'utilisation des antalgiques et la mise en place de soins de support comme la RESC, pour laquelle elle est formée. Elle cite aussi l'importance d'être présent auprès du patient, de le rassurer et de prendre le temps de comprendre l'origine de sa douleur.

Deuxième entretien (Chloé)

Pour ce second entretien, j'ai interrogé Chloé, une infirmière de 25 ans. Elle est diplômée depuis août 2022 et exerce dans ce service d'oncologie depuis l'obtention de son diplôme.

Chloé prend principalement en charge des douleurs chroniques, des douleurs neuropathiques et nociceptives.

Concernant l'évaluation de la douleur, elle utilise principalement l'EN (échelle numérique), et parfois l'EVA. Elle précise qu'elle utilise la même échelle pour évaluer la douleur aiguë et chronique, même si elle ne va pas être classifiée de la même façon sur les chiffres, sans m'en expliquer davantage.

Elle explique que l'outil en lui-même peut suffire pour évaluer une douleur chronique. Cependant, elle dit que les soignants sont parfois "un peu enfermés dans les chiffres". Elle estime que la limite ne vient pas forcément de l'échelle mais de la prise en charge de la douleur, qui pourrait être améliorée, même dans son service habitué à traiter la douleur.

Concernant les facteurs qui peuvent influencer la douleur, elle cite l'angoisse. Selon elle, certains patients peuvent se crispier simplement au moment où on les touche, avant même d'avoir réellement été mobilisés. Pour elle, l'angoisse joue donc un rôle important dans l'intensité de la douleur. Elle dit ne pas en voir d'autres.

Chloé souligne l'impact psychologique très important qu'a la douleur, certains patients n'en peuvent plus et il arrive que certains demandent à mourir tellement elle est insupportable. Elle évoque également l'impact physique, qui peut rendre les patients invalidants.

Concernant les moyens d'agir sur ces facteurs, elle explique qu'il existe l'outil chimique mais souligne les soins de support comme la RESC, les massages ou Snoezelen même si elle précise ne pas être formée.

Enfin, lorsque je lui demande ce qu'elle peut faire personnellement sans formation spécifique, elle explique que le plus important reste parfois de prendre du temps avec les patients, de discuter avec eux, les écouter et leur permettre d'exprimer leurs inquiétudes peut déjà les soulager. Elle précise que cela ne fait pas disparaître une douleur très intense, mais que dans certaines situations, le fait de parler et de se sentir écouté peut aider les patients à aller un peu mieux.

Troisième entretien (Marine)

Pour ce troisième entretien, j'ai interrogé Marine, une infirmière âgée de 30 ans. Elle est diplômée depuis juin 2019 et exerce dans ce service de rhumatologie depuis l'obtention de son diplôme, donc depuis environ six ans et demi.

Elle me dit, qu'en rhumatologie ils sont amenés à prendre en charge des douleurs aiguës et chroniques, mais aussi des douleurs neuropathiques et des douleurs nociceptives.

Elle explique qu'elle utilise généralement l'EN ou l'EVA, pour évaluer la douleur. Elle précise qu'elle n'a jamais vraiment réfléchi au fait d'évaluer différemment la douleur aiguë et chronique, et qu'elle utilise les mêmes échelles pour les deux.

Elle pense que les outils d'évaluation ne suffisent pas et que la prise en charge de la douleur reste encore insuffisante. Elle a l'impression que les équipes ne répondent pas toujours totalement à la douleur des patients. Pour elle, les protocoles sont trop généraux et comme la douleur est propre à chaque personne, le fait de ne pas avoir de protocoles vraiment personnalisés limite l'efficacité des soins.

Malgré tout, elle explique que son équipe essaie de s'améliorer en réévaluant la douleur et en adaptant les traitements. Elle insiste aussi sur le fait que le travail avec d'autres professionnels comme la psychologue ou l'assistante sociale est essentiel.

Lorsque je lui parle des questionnaires spécifiques pour évaluer la douleur chronique, elle me cite le DN4 et explique qu'elle sait qu'il y en a d'autres, mais qu'ils ne sont pas utilisés car ces outils sont souvent longs à remplir.

Elle explique que le ressenti de la douleur est influencé par le vécu du patient. Les expériences douloureuses passées peuvent majorer la douleur, tout comme certains événements de vie (mauvaises nouvelles, problèmes familiaux ou professionnels). Elle souligne ainsi que de nombreux facteurs psychologiques, familiaux et professionnels peuvent influencer la douleur.

Elle explique que la douleur chronique est souvent associée à un syndrome dépressif, sans qu'il soit toujours facile de savoir si la dépression est une conséquence ou un facteur qui entretient la douleur. Elle me dit aussi que la douleur a des impacts importants sur la vie quotidienne ; sur le travail, la vie familiale et les relations sociales, pouvant aller jusqu'à un isolement des patients.

Enfin, lorsque je lui demande ce qu'elle peut faire en tant qu'infirmière, en dehors des traitements ou des techniques avec une formation spécifique, elle insiste sur l'importance de la communication. Elle explique que la relation soignant-soigné doit être au premier plan. Selon elle, prendre le temps de parler avec le patient permet de mieux comprendre sa situation, son vécu et les difficultés qu'il rencontre. Elle conclut en rappelant que cette relation est au cœur du métier infirmier.

Quatrième entretien (Coralie)

Pour ce quatrième entretien, j'ai interrogé Coralie une infirmière âgée de 22 ans. Elle est diplômée depuis juillet 2025 et exerce dans ce service depuis août 2025.

Dans le service, elle explique prendre principalement en charge des douleurs chroniques. Concernant les classifications de la douleur, elle évoque les douleurs aiguës et les douleurs chroniques mais reconnaît ne pas connaître les différentes classifications, comme les douleurs neuropathiques, avant que je lui en parle.

Lorsqu'on aborde l'évaluation de la douleur, elle explique utiliser principalement l'EN ou parfois l'EVA. Elle précise utiliser les mêmes échelles tout le temps. Mais selon elle, ses échelles ne suffisent pas toujours pour évaluer correctement une douleur chronique car les patients ont tendance à minimiser leur douleur, car ils y sont habitués depuis longtemps.

Concernant les facteurs pouvant influencer la douleur, elle me répond que les phases aiguës de leurs pathologies influencent la douleur et qu'elle ne voit pas d'autres facteurs.

Selon elle, la douleur chronique a un impact important sur le moral des patients. Elle me parle également d'un impact important sur le physique.

Enfin, elle souligne l'importance en tant qu'infirmière, de prendre les patients au sérieux et de transmettre aux médecins les informations observées. Elle insiste aussi sur l'importance de la communication. Selon elle, prendre le temps de parler avec les patients, de leur demander comment ils vont ou comment ils ont dormi permet de créer une relation de confiance et de mieux comprendre leur douleur.

4.2.2 Analyse croisée

J'ai découpé les discours des infirmières pour déterminer des thèmes en fonction des questions.

Par la suite, j'ai identifié cinq thèmes. En première partie, le thème choisi est celui des douleurs prises en soins et la connaissance des différentes classifications des douleurs, en seconde partie les connaissances sur la différence d'évaluation entre la douleur aiguë et douleur chronique. Ma troisième partie concerne les connaissances sur les facteurs influençant le ressenti douloureux, puis une autre partie sur la connaissance des impacts que peut avoir la

douleur chronique pour finir sur la connaissance sur les effets de la communication et de l'empathie.

Thème n°1 : La connaissance des classifications des douleurs

À travers les entretiens réalisés, on peut observer que les infirmières ont des connaissances différentes concernant les classifications de la douleur. Leurs réponses montrent qu'elles identifient plus facilement certaines classifications que d'autres.

Dans un premier temps, les quatre infirmières parlent surtout de la douleur chronique, qui semble être la classification la plus connue et la plus rencontrée dans leurs pratiques. Pour la douleur aiguë, uniquement Coralie et Marine en parle, Coralie distingue clairement ces deux types de douleurs en expliquant qu'il y a "*les douleurs aiguës et les douleurs chroniques*" (E4-L19). Dans un second temps, concernant les classifications basées sur les mécanismes de la douleur, les réponses sont plus variables et souvent hésitantes. En effet, Carine, Marine et Chloé me disent connaître les douleurs neuropathiques. Marine me cite également et clairement les douleurs nociceptives tandis que Chloé est plus hésitante : "*les douleurs nociceptives, je crois que c'est le mot*" (E3-L12,13).

En ce qui concerne la douleur nociplastique, aucune infirmière ne m'a parlé de cette dénomination. Chloé me dit toutefois savoir qu'il existe une troisième classification, mais elle ne connaît pas son nom ; "*Après l'autre, c'est quoi? Putain c'est trop vieux, c'est sensoriel, c'est ça?*" (E2-L15,16). Après avoir demandé à Marine si elle connaissait la troisième classification, elle me répond "*sensitive.. Je sais pas...*" (E3-L28,29).

Enfin, Coralie ne parle pas des classifications et se limite à la douleur aiguë ou chronique. Cela s'explique par le fait que Coralie manque peut-être d'expérience, car elle a moins d'un an de diplôme et d'expérience.

Ainsi, cette analyse montre que les infirmières interrogées connaissent globalement la distinction entre douleur aiguë et douleur chronique, qui semble être la classification la plus utilisée dans leur pratique. En revanche, les classifications basées sur les mécanismes de la douleur semblent moins bien maîtrisées notamment la douleur nociplastique qui est une notion récente de 2017 et encore peu connue, malgré le fait que trois d'entre elles soient diplômées après cette date.

Thème 2 : connaissance sur la différence d'évaluation entre la douleur aiguë et douleur chronique

À travers les entretiens, on peut observer que les infirmières ont des connaissances différentes concernant l'évaluation de la douleur aiguë et de la douleur chronique. Leurs réponses montrent qu'elles utilisent globalement les mêmes outils pour évaluer la douleur, même si certaines mettent en évidence certaines limites.

Dans un premier temps, on remarque que les quatre infirmières utilisent principalement les mêmes échelles d'évaluation, notamment l'échelle numérique (EN) et l'échelle visuelle analogique (EVA). Chloé explique que dans son service *“on utilise beaucoup l'EN ici, l'EVA, mais souvent l'EN quand même”* (E2-L23,24). Marine indique également qu'elle utilise *“l'EN en général, ou l'EVA, ça dépend ce qui est adapté pour le patient”* (E3-L40,41). Coralie et Carine confirment aussi utiliser ces deux échelles pour évaluer la douleur.

Dans un second temps, lorsque je leur demande si elles évaluent différemment les douleurs aiguës et les douleurs chroniques, la plupart me répondent qu'elles utilisent les mêmes échelles. Chloé explique par exemple *“on les évalue quasiment de la même manière”* (E2-L24). Marine dit *“je ne me suis jamais posé la question, mais oui, je fais l'EN ou l'EVA”* (L40). Carine et Coralie me disent également utiliser les mêmes échelles. Cela montre que dans leur pratique, la manière d'évaluer la douleur reste la même, qu'elle soit aiguë ou chronique.

Cependant, certaines infirmières apportent des éléments de réflexion. Coralie explique par exemple que les patients qui souffrent de douleurs chroniques ont tendance à minimiser leur douleur parce qu'ils y sont habitués. Elle explique que certains peuvent dire qu'ils ont une douleur *“à 3 ou 4”*, alors qu'on peut voir qu'ils souffrent beaucoup plus. Cela montre qu'elle comprend que l'évaluation avec un chiffre peut parfois être limitée dans le cas des douleurs chroniques.

Enfin, lorsque je leur demande si ces échelles suffisent pour évaluer la douleur chronique, plusieurs infirmières expliquent que ce n'est pas toujours suffisant. Marine dit par exemple *“Non, je pense qu'on est très mauvais dans la prise en charge de la douleur”* (E3-L44) et ajoute *“la douleur est toujours individuelle”* (E3-L50). Elle exprime également, sans parler de questionnaire *“on essaye de réévaluer quotidiennement la douleur, plusieurs fois par jour, même si on essaye d'adapter les antalgiques au vu du type de douleur, même si on essaie*

d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire en essayant de questionner la cause de la douleur, pourquoi se passe-t-il dans cette douleur, est-ce que c'est vraiment organique, est-ce qu'il y a une composante psy, est-ce qu'il y a une composante autre" (E3-L54 à 58).

Coralie pense également *"qu'il faudrait qu'il y ait quelque chose d'autre"* (E4-L45) pour mieux évaluer ces douleurs. Carine dit *"non, ça ne suffit pas forcément"* (E1-L49) et qu'elle utilise ses échelles *"surtout pour tracer"* (E1-L48) mais explique qu'il faut parler avec le patient pour comprendre davantage sa douleur. En revanche, Chloé explique *"je pense que l'échelle, elle suffit"* (E2-L33). Cela montre que les connaissances concernant l'évaluation de la douleur chronique restent encore limitées. En effet, seule Marine explique que la douleur peut avoir plusieurs composantes et qu'elle ne peut pas être évaluée uniquement avec un chiffre. Carine et Coralie expliquent aussi qu'une simple échelle ne suffit pas, mais sans vraiment expliquer pourquoi. À l'inverse, Chloé pense que l'échelle peut être suffisante pour évaluer cette douleur. Ces différences de réponses montrent des connaissances insuffisantes des infirmières sur l'évaluation de la douleur chronique. Cela peut s'expliquer par le fait qu'aucune des infirmières interrogées ne possède de formation approfondie sur la douleur.

Thème 3 : connaissance sur les facteurs influençant la douleur

À travers les entretiens réalisés, on peut voir que les infirmières ont des connaissances différentes concernant les facteurs qui influencent la douleur.

Dans un premier temps, on remarque que l'angoisse est le facteur qui revient le plus. Par exemple, Chloé dit *"l'angoisse, parce que nous, on le voit beaucoup, notamment quand on les mobilise à la toilette, tout ça. Souvent, à la base, ils ne sont pas très douloureux. Rien que le fait de les toucher, ils se crispent, alors qu'en fait, on ne les a pas beaucoup mobilisés. Je pense surtout que c'est l'angoisse"* (E2-L41,42,43,44). De même, Carine explique que *"quand ils sont angoissés, c'est vrai que ça accentue la douleur. Le fait ... Oui, c'est vrai que des fois, la nuit, ils sont angoissés, ils ont plus de douleur parce qu'ils sont plus angoissés"* (E1-L58,59).

Dans un second temps, certaines infirmières évoquent d'autres facteurs. Marine parle du vécu du patient en expliquant que *"si le patient a en mémoire des crises douloureuses, le corps garde en mémoire et du coup forcément, la douleur va se majorer"* (E3-L83,84), elle ajoute également *"une mauvaise nouvelle"* (E3-L85) ou *"ça peut être une composante, comme je te*

disais psychologique, familiale, le travail, ça peut vraiment être beaucoup de facteurs qui entrent en cause”(E3-L85,86,87). À l’inverse, Coralie a plus de difficultés et reste centrée sur des facteurs physiques, en expliquant que c’est “*selon les pathologies*” (E4-L52) ou explique que la douleur varie différemment dans la journée, sans évoquer spontanément d’autres facteurs non physiques. Quand je la relance pour connaître un facteur non physique, elle me dit ne pas savoir. Cela peut s’expliquer par le fait que Coralie n’a pas de formation sur la douleur. De plus, comme elle sort tout juste de l’école, elle n’a peut-être pas encore assez de recul ni d’expérience pour identifier les différents facteurs qui influencent la douleur.

Ainsi, on voit que les infirmières identifient surtout les facteurs psychologiques, notamment l’angoisse. Seule Marine met en évidence d’autres facteurs, ce qui peut s’expliquer par le fait que son diplôme est encore assez récent (6 ans et demi) et qu’elle a le recul nécessaire dans son service, qui prend principalement en charge des douleurs chroniques, pour repérer ces différents facteurs.

Les autres infirmières développent moins l’ensemble des facteurs pouvant influencer la douleur. Cela peut s’expliquer par l’absence de formation approfondie sur la douleur, mais aussi par un manque d’expérience pour Coralie et Chloé, ainsi que par une formation devenue trop ancienne pour Carine.

Thème 4 : connaissance sur impacts de la douleur chronique

À travers les entretiens réalisés, on peut voir que les infirmières ont des connaissances différentes concernant les impacts de la douleur chronique. Leurs réponses montrent qu’elles identifient certains effets, mais que cela reste parfois incomplet.

Dans un premier temps, on remarque que l’impact psychologique est celui qui revient le plus. Par exemple, Chloé explique que “*Les patients, surtout au niveau psychologique, ça a un impact énorme parce que les gens, ils n’en peuvent plus*” (E2-L48,49,50). Marine me dit aussi “*Syndrome dépressif. C’est souvent lié, c’est souvent intrinsèque. On ne sait pas si c’est le syndrome dépressif qui a fait que la douleur s’est chronicisée (...) Est-ce que le fait que le patient ait une douleur chronique qui a provoqué le syndrome dépressif, souvent c’est ce qu’on retrouve*” (E3-L90 à 93). Et pour finir, Coralie me dit simplement que ça a des impacts sur le moral, sans plus développer.

Dans un second temps, certaines infirmières évoquent aussi des impacts physiques et sociaux. Chloé explique que la douleur a *“un impact physique aussi, parce que du coup, la douleur les rend invalidants”*(E2-L52,53). Carine nous explique que ça a surtout des impacts sur la mobilisation et sur le fait qu'ils se nourrissent moins. Marine développe davantage en expliquant *“Quand un patient a mal toute la journée,”H24”, pendant plusieurs jours, pendant plusieurs mois, pendant plusieurs années, forcément, le corps va le garder en mémoire... Les impacts, comme je te dis depuis le début, ils sont assez vastes. Ça peut l'impacter au niveau de son travail, au niveau de sa vie familiale. Des fois, malheureusement, ça peut provoquer des divorces, des ruptures sociales... Du coup, on a mal, on ne sort plus, on ne voit plus ses amis. Le patient se marginalise. C'est assez vaste.”* (E3-L95 à 100).

Ainsi, on voit que les infirmières parlent surtout des impacts psychologiques et physiques de la douleur chronique, mais elles développent peu les autres conséquences, comme sur le plan social. C'est sûrement parce qu'elles voient surtout les patients à l'hôpital et elles savent moins ce qui se passe à domicile. Comme elles n'ont pas de formation approfondie sur la douleur et que les impacts de la douleur sont peu abordés dans leur formation initiale, elles ne connaissent pas toutes les conséquences.

Thème 5 : Connaissance sur les effets de la communication et de l'empathie

À travers les entretiens réalisés, on peut voir que les infirmières ont conscience des effets de la communication et de l'empathie sur la douleur. Leurs réponses montrent qu'elles identifient leur importance, mais sans toujours les développer.

Dans un premier temps, plusieurs infirmières évoquent le fait de parler avec le patient et d'être présent comme un moyen d'agir sur la douleur. Par exemple, Carine explique que *“d'essayer de comprendre vraiment, d'approfondir vraiment d'où vient sa douleur”*(E1-L70,71) mais également *“d'être présent”* (E1,L76) peut aider. Chloé dit aussi que *“le fait de prendre le temps avec eux, de parler, des fois même juste de penser à autre chose ou juste qu'ils nous disent ce qui ne va pas. On voit quand même une amélioration”*(E2-L69,70,71) et elle ajoute également *“Ce n'est pas non plus un patient qui a mal à huit, c'est pas en discutant avec eux, ça ira mieux. Mais des fois, il y a des petites douleurs comme ça qui peuvent arriver quand même à passer”* (E2-L77,78).

Dans un second temps, certaines infirmières vont un peu plus loin dans leur réflexion. Marine insiste sur l'importance de *“la communication, la relation soignant-soigné, primordiale, au premier plan”* (E3-L104) et explique que sans cela, elle ne peut pas comprendre ce que vit le patient. Coralie évoque également l'importance de *“Être empathique à l'écoute et essayer qu'ils aient confiance en toi”* (E4-L106) et rapporte aussi la communication, même si elle précise *“Après, c'est plus facile à dire qu'à faire. Parce que le tour du soir, des fois, tu n'as pas le temps”* (E4,L89,90). Cela s'explique sûrement car Coralie est une jeune diplômée qui manque encore peut-être d'expérience pour comprendre que la communication est essentielle dans la prise en charge de la douleur du patient.

Cependant, même si toutes reconnaissent l'importance de la communication et de l'empathie, peu d'entre elles expliquent en quoi cela peut influencer la douleur.

Ainsi, on peut voir que les infirmières identifient la communication et l'empathie comme des éléments importants dans la prise en charge de la douleur, mais leurs connaissances restent assez générales. Cela peut s'expliquer, là encore, par le manque de formation spécifique sur la douleur.

5. Problématique

A la suite de l'analyse de mes divers entretiens, il me paraît essentiel de comparer les propos des différents soignants interrogés aux notions recherchées et abordées dans mon cadre de référence. Cela me permettra de confronter mes recherches littéraires à la pratique réelle rencontrée en service.

On retrouve plusieurs points communs entre mon cadre de référence et les propos des infirmières. Premièrement la distinction entre douleur aiguë et douleur chronique, décrite par la Fondation de la Recherche Médicale est globalement connue. Dans les entretiens, cette classification est la plus retrouvée et semble être la plus utilisée en service. Les infirmières identifient facilement la douleur chronique et certaines comme Coralie et Marine évoquent aussi la douleur aiguë. Ensuite, concernant les mécanismes de la douleur, les infirmières me parlent de la douleur neuropathique et certaines de la douleur nociceptive. Ces notions présentées dans mon cadre de référence par la Fondation de la Recherche Médicale, sont connues par plusieurs infirmières, même si elles restent parfois hésitantes.

En revanche, la douleur nociplastique, introduite par l'International Association for the Study of Pain en 2017, n'est pas citée dans le discours des infirmières. Cela s'explique car cette dénomination est assez récente et peu connue. Ensuite, la distinction entre douleur chronique primaire et secondaire, développée par la Haute Autorité de Santé, n'apparaît pas du tout dans les discours ainsi que les notions physiopathologiques apportées par Jacques Grisart et Anne Berquin.

Ainsi, les infirmières apportent des connaissances orientées vers leurs pratiques, en retenant surtout ce qui leur est utile au quotidien.

Après la retranscription de mes entretiens, j'ai pu constater que l'évaluation de la douleur chronique est parfois problématique. Tout d'abord, l'utilisation des échelles d'intensité comme l'échelle numérique (EN) et l'échelle visuelle analogique (EVA) est principalement utilisée. Cela rejoint les recommandations de Frédérick Dionne, psychologue, qui explique que ces outils sont essentiels pour mesurer l'intensité de la douleur même si dans le cas de la douleur chronique, ils ne suffisent pas. Effectivement, les infirmières reconnaissent que cela ne suffit pas, que la douleur doit être évaluée de manière individualisée, ce qui correspond à l'idée développée par Martin Winckler et Alain Gagnon : la douleur chronique ne se traite pas comme la douleur aiguë et nécessite une prise en charge adaptée à chaque patient.

Frédérick Dionne insiste sur l'importance des questionnaires multidimensionnels (comme le questionnaire douleur de Saint-Antoine) et de l'observation des signes non verbaux pour comprendre l'impact de la douleur sur la vie quotidienne du patient. Ces éléments ne sont presque jamais mentionnés par les infirmières. Chez Marine, elle explique savoir qu'il existe d'autres outils mais qu'elle ne s'en sert pas car ils sont trop longs. De plus, l'utilisation de questionnaire pour détecter les douleurs neuropathiques comme le DN4, n'apparaît pas dans leurs discours. La prise en charge doit être pluridisciplinaire intégrant des moyens pharmacologiques et psychologiques, ce qui est rarement appliqué en service sauf partiellement par Marine. On sent chez ses infirmières certaines limites dans la pratique et des hésitations, par exemple quand Chloé pense que l'échelle suffit ou quand Coralie et Carine admettent que les échelles seules ne suffisent pas mais ne savent pas vraiment comment compléter l'évaluation.

Toutes les infirmières interrogées reconnaissent l'importance des facteurs psychologiques comme l'angoisse dans la modulation de la douleur, ce qui correspond aux observations de Frédérick Dionne sur l'influence de l'état émotionnel dans la perception de la douleur. Certaines rapportent que des patients anxieux présentent un ressenti plus intense et une moins bonne tolérance, ce qui rejoint le discours de Martin Winckler et Alain Gagnon sur le lien étroit entre émotions et sensations physiques. Marine va plus loin en expliquant l'impact du passé douloureux ou des mauvaises nouvelles, ce qui rejoint également l'idée de Frédérick Dionne selon laquelle la mémoire de la douleur module la perception de la douleur.

La douleur est multifactorielle incluant les facteurs psychologiques mais aussi biologiques, sociaux et culturels. Les facteurs sociaux et culturels comme le soulignent l'Organisation Mondiale de la Santé et le Centre National Ressource Douleur (CNRD), modulent l'expression de la douleur, sa communication et la tolérance selon les normes culturelles ou le soutien familial. Ces facteurs ne sont pratiquement jamais abordés par les infirmières à part quelques remarques de Marine. Elle évoque aussi des éléments comme le travail, la famille ou un mauvais souvenir ce qui montre qu'elle prend en compte le contexte de la douleur.

À travers les entretiens, les infirmières insistent beaucoup sur l'impact psychologique de la douleur chronique. Elles parlent du moral, de la fatigue mentale ou encore de la dépression. Cela rejoint les propos de Martin Winckler et Alain Gagnon ainsi que ceux de Jacques Grisart, qui explique que la douleur chronique peut entraîner de l'anxiété ou une dépression. Marine fait le lien entre douleur chronique et syndrome dépressif, ce qui correspond aux recherches de Vania Apkarian, qui montrent que douleur et dépression partagent les mêmes mécanismes. Ensuite, certaines infirmières évoquent les conséquences physiques comme la perte de la mobilité ou le fait de moins s'alimenter ; donc à une perte d'autonomie, comme nous l'indique également Alain Série. Enfin, elles parlent aussi des impacts sociaux, notamment avec Marine qui parle d'isolement ou de difficultés dans la vie personnelle, en lien avec ce que décrit la Haute Autorité de Santé.

Les impacts sociaux et économiques sont peu présents dans leurs discours. Dans un article de la Haute Autorité de Santé et les travaux de Winckler et Gagnon, on retrouve des notions comme l'arrêt de travail, la perte de revenus ou les difficultés relationnelles, mais ces éléments sont peu abordés dans les entretiens.

À travers les entretiens, on voit que les infirmières reconnaissent que la communication et l'empathie ont un rôle dans la douleur. Elles expliquent que le fait de parler avec le patient, d'être présent ou de prendre le temps peut déjà améliorer certaines petites douleurs. Cela rejoint ce que dit Armand Tanner, qui explique que grâce aux échanges et à la présence du soignant, cela peut aider le patient à se sentir mieux, tant physiquement que émotionnellement. On retrouve aussi l'idée que la relation soignant-soigné est importante. Marine insiste même sur le fait que c'est "primordial", ce qui correspond à la communication thérapeutique décrite par Armand Tanner. Enfin, l'empathie est aussi évoquée par Coralie, qui parle d'écoute et de confiance. Cela rejoint ce qu'explique Philippe Thomas, que l'empathie est indispensable pour créer une relation de confiance réciproque. L'empathie est aussi présentée comme un outil de soin à part entière, notamment avec Jean-Pierre Bénézech qui explique qu'elle favorise l'implication du patient, mais les infirmières n'en parlent pas. Coralie évoque aussi les limites du terrain, comme le manque de temps, qui rend parfois difficile de bien communiquer malgré son importance. Chloé explique également que la communication ne suffit pas toujours, surtout quand la douleur est forte, ce qui montre qu'elles ont une vision réaliste de la pratique.

6. Question de recherche

Lors de mes entretiens, j'ai pu constater que l'évaluation de la douleur chronique est très axée sur l'intensité et très peu sur le retentissement, même si certaines infirmières sentent bien que ça ne suffit pas et essaient d'aller plus loin en discutant avec le patient. En pratique, elles utilisent toutes les mêmes échelles comme l'EN ou l'EVA peu importe le type de douleur, et prennent peu en compte la spécificité de la douleur chronique : le vécu, le moral, la vie quotidienne ou encore l'impact sur la personne.

On voit aussi que certaines identifient des facteurs comme l'anxiété ou le vécu personnel, mais ces éléments ne sont pas intégrés dans l'évaluation. Il y a donc un écart entre ce qu'elles perçoivent de la complexité de la douleur chronique et ce qu'elles mettent réellement en place sur le terrain souvent guidées par des outils, protocoles et des habitudes de service.

Il ressort également de mes entretiens qu'elles agissent sur la douleur en priorité par l'administration d'antalgiques, puis par des soins de support, et seulement en dernier lieu par l'échange avec le patient afin de mieux comprendre l'origine de sa douleur.

C'est ce constat qui m'amène à faire évoluer ma question de départ : **“Comment limiter la banalisation protocolaire de la douleur chronique et développer le rôle du soignant dans la prise en compte des facteurs psychiques ou influençant le ressenti douloureux ?”**

7. Limites et critiques de ce travail de recherche

La rédaction de ce travail n'a pas été simple pour moi. La recherche théorique et documentaire m'a posé des difficultés notamment parce que je n'ai pas l'habitude de lire. De plus, il existe beaucoup d'articles sur la douleur et les connaissances ont beaucoup évolué ces dernières années, ce qui rend certains ouvrages et articles moins à jour. J'ai donc dû faire un tri dans les informations que j'ai recueillies.

Pour la rédaction, j'ai eu beaucoup de difficultés à retranscrire mes idées et à me lancer dans ce travail d'écriture. J'ai donc demandé beaucoup d'aide, notamment au début, pour améliorer la tournure de mes phrases et les fautes d'orthographe.

Concernant la réalisation des entretiens, moi qui suis pourtant de nature très bavarde et à l'aise à l'oral, je pensais que cela serait plus facile mais ça n'a pas été le cas. J'ai eu du mal à relancer les infirmières sur leurs propos, par peur de les mettre mal à l'aise. Certaines paroles auraient mérité d'être approfondies pour développer mon analyse, mais je m'en suis rendu compte lors de la retranscription. Pour mes deux premiers entretiens, j'ai interrogé des infirmières qui m'avaient déjà encadrée en stage, ce qui m'a maintenue dans une posture de stagiaire et m'a empêchée d'être totalement à l'aise. J'avais le sentiment de ne rien avoir à leur apprendre en tant qu'étudiante, face à des infirmières qui m'avaient déjà beaucoup transmis. Cette position m'a parfois freinée dans mes entretiens, car je n'osais pas toujours approfondir ou questionner davantage leurs réponses. Les deux derniers entretiens se sont mieux déroulés, car je ne connaissais pas les infirmières et j'ai su tirer des leçons de mes premières difficultés, notamment en osant relancer pour qu'elles puissent développer.

En plus, mon sujet est très scientifique avec des questions assez fermées : soit les infirmières savent, soit elles ne savent pas. Ça m'a un peu déstabilisée pendant les entretiens, parce que je ne savais pas trop comment relancer. Dès que j'essayais de les aider ou de les orienter, j'avais l'impression de leur donner la réponse, donc c'était compliqué.

Conclusion

Ce travail m'a permis de vraiment prendre conscience de la rigueur que demande une démarche de recherche, que ce soit dans la réflexion ou dans l'analyse.

Il m'a aussi apporté de nouvelles connaissances sur la douleur chronique, et surtout, il m'a aidée à prendre du recul par rapport à ma pratique et à voir les choses autrement, de manière plus globale.

Sur un plan plus personnel, ce travail m'a également permis d'enrichir mon vocabulaire, d'améliorer mes tournures de phrase et m'a appris à formuler à l'écrit ce que je pense et ressens.

Enfin, il m'aide aujourd'hui à me projeter dans ma future pratique, avec l'envie de développer une prise en charge centrée sur le patient, en accordant plus de place au rôle du soignant dans la douleur chronique, notamment en prenant en compte les dimensions psychiques et tout ce qui influence le ressenti de la douleur. J'essaierai de développer l'utilisation de certaines échelles, comme le questionnaire de Saint-Antoine, afin d'être plus efficace dans la prise en charge de la douleur chronique.

Bibliographie

Sites

- CNRS. (2025, 26 mars). *Ce que l'on sait de la douleur*. CNRS Le journal. (consulté le 8 octobre 2025)
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte*. HAS. (consulté le 11 novembre 2025)
- Haute Autorité de Santé. (2023). *Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*. (consulté le 12 novembre 2025)
- Université de Sherbrooke. (s.d.). *Les mécanismes endogènes de modulation de la douleur*. (consulté le 12 février 2026)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2019, 11 avril). *Douleur : comment l'empathie soulage* (consulté le 11 mars 2026)

Articles

- Apkarian, A. V., Hashmi, J. A., & Baliki, M. N. (2011). *Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain*. Nature Reviews Neuroscience.
- Arnaudo, E. (2021). *Psychogenic pain as imaginary pain*. Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia.
- Berquin, A., & Grisart, J. (2016). *Les défis de la douleur chronique*.
- Cassou, B. (2011). *La lutte contre la douleur : priorité de santé publique ?* Douleur et Analgésie.
- Centre National Ressources Douleur. *Centre National Ressources de lutte contre la Douleur*. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
- Cliquet, C. (2025, 9 mars). *Douleur et la communication : 1 équilibre*. Unis pour Évoluer.
- Cosnier, J. (s.d.). *Douleur, émotion et communication*. Douleur et Analgésie.
- Dionne, F. (2018). *Comprendre la douleur chronique pour s'en détacher*. Éditions Payot.
- Dionne, F., & Veillette, J. (2021). *Chapitre 4. L'évaluation de la douleur chronique*. In *Apprivoiser la douleur chronique avec l'ACT : Guide de pratique en 10 modules*.
- Fondation pour la Recherche Médicale. (n.d.). *Douleur : définition et mécanismes*.
- Gaillard, I. (s.d.). *La relation soignant-soigné, le patient face à la douleur*.
- George, B. (2021). *Des mots pour la douleur*. Corps & Psychisme.

- HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève). (2020). *La communication thérapeutique*.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2017). *Nociplastic pain concept*.
- Joly, B. (2009). *La communication*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Mantz, J.-M., & Wattel, F. (2006). *Importance de la communication dans la relation soignant-soigné*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.
- Michelini, C. (2021). *Partager le souci de la douleur dans l'interaction du soin*.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. London: Harrison.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023, 16 juin). *People with medical needs are left behind in pain — WHO report*.
- Serrie, A., Delorme, C., & Navez, M.-L. (2020). *Médecine de la douleur pour le praticien*. Elsevier Masson.
- Thomas, P. (2021). *L'empathie et le sens de la relation dans le soin*. NPG – Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie.

Ouvrages

- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M.-C. (2016). *Comprendre et soulager la douleur*
- Grisart, J., & Berquin, A. (2017). *La douleur ne me lâche pas : Comprendre la douleur chronique pour s'en détacher*. Mardaga.
- Le-Berre, R. (dir.). (2020). *Manuel de soins palliatifs : Clinique, psychologie, éthique*.
- Winckler, M., & Gahagnon, A. (2013). *Tu comprendras ta douleur : Pourquoi vous avez mal, et que faire pour que ça cesse*. Fayard.

Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Autorisation d'entretiens.....	II
Annexe III : Entretien n°1, Carine.....	III
Annexe IV : Entretien n°2, Chloé.....	VI
Annexe V : Entretien n°3, Marine.....	IX
Annexe VI : Entretien n°4, Coralie.....	XIII
Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	XVII

Annexe I : Guide d'entretien

Date de l'entretien :

Lieu d'exercice :

Questions inaugurales :
1. Quel est votre prénom ?
2. Quel est votre âge ?
3. Depuis quand êtes-vous diplômé en soins infirmiers ?
4. Depuis quand exercez-vous dans ce service ?
5. Avez-vous des formations en rapport avec la douleur ?

1. Quel type de douleur prenez-vous en soin ? Connaissez vous les différentes classifications ?
2. Évaluez- vous différemment les douleurs aiguës et chroniques chez le patient communiquant ? Pourquoi ?
3. Quels sont selon vous les facteurs influençant la douleur ?
4. Connaissez-vous les impacts que peut avoir la douleur chronique chez un patient ?
5. Comment agissez-vous sur ces facteurs ?

6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose pour finir cet entretien ?

Annexe II : Autorisation d'entretiens



Direction des Soins

Tél : [redacted]

Affaire suivie par :

[redacted]
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame Carlie BLANC

Carlie.blanc@live.fr

Avignon, le 22 février 2026

OBJET : travail de fin d'études

N/Réf. votre lettre du 19/02/2026

Madame,

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

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

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec

Madame [redacted] Cadre de santé de [redacted] au 04 [redacted]

Madame [redacted] Cadre de santé [redacted] au 04 [redacted]

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

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

[redacted]

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

Annexe III : Entretien n°1, Carine

1 Alors, ton âge ?

2 36

3 Tu es diplômée de quand ?

4 De 2012.

5 Depuis quand tu es dans ce service ?

6 Alors, de jour, je suis passée de jour, parce qu'avant j'étais de nuit, mais en gros de jour
7 depuis 2015.

8 Est-ce que tu as des formations en rapport avec la douleur ?

9 Et bien justement, c'est fou parce que quand même on est vraiment confronté à la douleur, et
10 j'ai eu ma première formation douleur, pourtant que je demande depuis des années, il y a deux
11 ans.

12 Ok, donc c'est la formation douleur minimale ?

13 Oui, la formation minimale.

14 C'est obligatoire, non ?

15 Et bien... Je ne sais plus si elle n'est pas obligatoire. Non, elle n'est pas obligatoire.

16 Ok. Du coup, ici, quel type de douleur tu prends en soin ?

17 Quel type de douleur ? Et bien les douleurs (euh)... Tout ce qui est douleurs neuropathiques,
18 douleurs avec l'échelle numérique (euuh...), on fait beaucoup plus (euh...) tout type de
19 douleurs, (euh) douleurs chroniques, douleurs... Des douleurs tumorales aussi.

**20 Ok, Est-ce que tu connais un peu les classifications ? Tu m'as parlé de douleurs
21 chroniques.**

22 Oui. Les classifications par rapport à quoi ?

**23 Des douleurs chroniques, il existe plusieurs douleurs chroniques. Est-ce que tu les
24 connais ? Tu m'en as dit une, tu m'as dit neuropathique. Il en existe deux autres. Est-ce
25 que tu les connais ?**

26 C'est un piège ?

27 Non, elles sont moins connues.

28 C'est quoi ? (rire)

29 Il y en a une, c'est quand tu te coupes.

30 Ah, les douleurs... Qui sont sur le cou, aigus.

31 Et... Après, il y en a une, c'est...

32 C'est quoi ? (*rire*)

33 **Anciennement, c'était la douleur idiopathique. Maintenant, c'est une nouvelle**
34 **dénomination, c'est la douleur nociplastique. Celle là je savais qu'on n'allait pas me la**
35 **sortir. Est-ce que tu évalues pareil les douleurs aiguës et les douleurs chroniques chez les**
36 **patients communicants ?**

37 Alors, c'est vrai que nous, on fait beaucoup avec l'échelle numérique. Mais du coup, non
38 quand on connaît les patients, enfin si on fait quand même avec l'échelle numérique. À part
39 après, quand ils te parlent de fourmillement, de tout ça, on sait que c'est plutôt les douleurs
40 neuropathiques.

41 **Ok. Est-ce que tu penses que l'échelle numérique suffit pour évaluer les douleurs**
42 **chroniques ?**

43 [*on s'est fait déranger par une patiente qui toquer à la porte*]

44 Oh, j'ai eu peur. Je ne m'y attendais pas du tout.

45 **Moi non plus.**

46 Oui, alors, du coup, si on évalue la même douleur... Et est-ce que ça suffit, c'est ça ?

47 **Oui, est-ce que tu penses que ça suffit ?**

48 Hum... Après, on utilise vraiment ça surtout pour tracer, mais après, c'est vrai qu'on demande
49 plus en profondeur, qu'on demande plus... Oui, non, ça ne suffit pas forcément, mais après, on
50 va plus en profondeur avec le patient dans tous les cas.

51 **OK. Est-ce que tu connais les facteurs qui influencent la douleur ? Chez un patient qui**
52 **a une douleur, quels sont les facteurs qui peuvent influencer sa douleur ?**

53 Les facteurs... Par rapport à la maladie, par exemple... Après, ça dépend vraiment où ils ont
54 mal, si c'est des douleurs "abdos", par exemple, s'ils sont constipés, ça dépend vraiment...

55 **Par exemple, je te donne un exemple, un patient qui a une forte douleur, qu'est-ce qu'il**
56 **peut... pas physique, mais qu'est-ce qu'il peut, qu'il ait plus mal ? Qu'est-ce qu'il peut**
57 **faire pour que sa douleur s'accroisse ?**

58 Quand ils sont angoissés, c'est vrai que ça accroisse la douleur. Le fait... Oui, c'est vrai que des
59 fois, la nuit, ils ont plus de douleur parce qu'ils sont plus angoissés. C'est vrai que ça accroisse
60 un peu. C'est sûr que ça y fait.

61 **Est-ce que tu connais... Il reste deux questions. Est-ce que tu connais les impacts que**
62 **peut avoir une douleur chronique chez quelqu'un ?**

63 La mobilisation, le fait qu'ils se mobilisent beaucoup moins, le fait de ne plus se nourrir...

64 C'est vrai que ça peut vraiment jouer sur tout, le moral ...

65 **Ok, et comment, toi, tu peux agir sur ces facteurs-là ?**

66 Moi, déjà, avec les traitements prescrit, traitement antalgique, après, c'est vrai que , les soins

67 de support, je suis formée à la RESC, du coup, c'est vrai que ça peut aider aussi. Et euh...

68 **Et quelque chose qui nécessite pas de formation ? Quelque chose que toi, tu peux agir**

69 **sur la douleur du patient et qui nécessite vraiment pas de formation, rien ? Rien.**

70 (silence) Le fait d'être présent auprès du patient, d'essayer de comprendre vraiment,

71 d'approfondir vraiment d'où vient sa douleur. En vrai je sais pas..

72 **Et après, autre chose, de toi, quand tu rentres dans une chambre d'un patient qui est**

73 **hyper douloureux, qui pleure de douleur, etc., qu'est-ce que tu vas faire ?**

74 Je vais essayer de le rassurer, d'essayer de le rassurer au maximum, après je ne sais pas...

75 **C'est ça. Vas-y, tu peux développer...**

76 D'être présent, je ne sais pas...

77 **C'est bien déjà. Est-ce que tu as des choses à ajouter par rapport à l'entretien ?**

78 Non

79 **Allez, parfait.En tout cas, je te remercie**

Annexe IV : Entretien n°2, Chloé

1 Alors du coup, quel est ton âge?

2 25 ans, bientôt 26.

3 T'es diplômée de quand?

4 Depuis août 2022.

5 Et t'exerces depuis combien de temps dans ce service?

6 Depuis août 2022, direct après le diplôme je suis arrivée ici.

7 Est-ce que tu as des formations en rapport avec la douleur?

8 Alors, formation spécifique, j'ai fait une formation ici à l'hôpital, c'était le palier 1. Mais
9 sinon, après en dehors, non. Et normalement, fin d'année, je devais faire le palier 2 parce
10 qu'ils les ont regroupés, mais du coup, je pars, donc je ne les ferai pas.

11 Ok, ça marche. Quel type de douleurs tu prends en soin, toi, ici dans le service?

12 Nous, on a beaucoup les douleurs neuropathiques. Après, les douleurs nociceptiques, je crois
13 que c'est le mot. Je t'avoue que les mots comme ça, je retiens pas trop (rire). Après nous, c'est
14 vrai, du coup, c'est souvent des douleurs chroniques, dites chroniques, parce qu'en fait, c'est la
15 maladie qui veut ça. Principalement, je pense qu'on a les deux. Après l'autre, c'est quoi?
16 Putain, c'est trop vieux, c'est sensoriel, c'est ça?

**17 Idiopathique. Maintenant, c'est une nouvelle dénomination depuis pas longtemps, je
18 crois 2023, c'est nociplastique.**

19 Ah putain, je ne connaissais pas. En même temps que 2023, j'ai été diplômée après, donc c'est
20 pour ça. Nous, on en a trois, je pense qu'on doit avoir les trois.

**21 Est-ce que tu évalues différemment les douleurs aiguës que les douleurs chroniques chez
22 le patient communicant?**

23 Non, pas forcément. Nous, on utilise beaucoup l'EN ici, l'EVA, mais souvent l'EN quand
24 même. Après, non, on les évalue quasiment de la même manière. Après, on sait très bien que,
25 par exemple, une douleur chronique, elle ne va pas être forcément des fois classifiée de la
26 même façon sur les chiffres par rapport à une douleur aiguë. Mais non, en général, j'utilise la
27 même échelle.

**28 Et est-ce que tu penses que cette échelle, elle suffit, l'EN ou l'EVA, elle suffit pour
29 évaluer les douleurs chroniques?**

30 En soi, oui. Nous, le seul problème, c'est qu'en fait, on est trop, je pense, enfermés dans ce
31 truc de se dire, je dis une connerie ; une EN à 8, morphine, ok, ça marche, ça marche pas.
32 Enfin, on est trop... En fait, en fonction du chiffre, on met direct la morphine, mais des fois, la
33 morphine, elle ne suffit pas, en fait. Donc oui, je pense que l'échelle, elle suffit. C'est peut-être
34 plus la prise en charge de la douleur qui est peut-être moins adaptée à certains moments, mais
35 malgré le fait qu'on soit quand même de l'oncologie et qu'on fasse beaucoup de traitements de
36 la douleur, je pense qu'il y a des moments où on n'est pas forcément optimale au niveau de la
37 douleur.

38 **Ok, ça marche. Selon toi, quels sont les facteurs qui peuvent influencer la douleur? Par**
39 **exemple, chez un patient qui est douloureux, qu'est-ce qu'il peut faire que d'un moment**
40 **à l'autre, il va être plus douloureux?**

41 L'angoisse, parce que nous, on le voit beaucoup, notamment quand on les mobilise à la
42 toilette, tout ça. Souvent, à la base, ils ne sont pas très douloureux. Rien que le fait de les
43 toucher, ils se crispent, alors qu'en fait, on ne les a pas beaucoup mobilisés. Je pense surtout
44 que c'est l'angoisse. Moi, j'aurais dit plutôt l'angoisse.

45 **Tu en vois d'autres?**

46 Là, spontanément, non.

47 **Est-ce que tu connais les impacts que peut avoir une douleur chronique chez quelqu'un?**

48 Alors, les connaître de base, en les ayant appris, non, mais après, on le voit. Les patients,
49 surtout au niveau psychologique, ça a un impact énorme parce que les gens, ils n'en peuvent
50 plus. Nous, on a plein qui nous demandent de mourir en permanence parce que la douleur est
51 tellement intense que c'est insupportable.

52 Moi, je pense qu'il y a surtout un impact psychologique. Après, un impact physique aussi,
53 parce que du coup, la douleur les rend invalidants. Ce qu'on a, par exemple, pour ceux qui ont
54 des métas au niveau vertébro, par exemple, quand la radiothérapie n'a pas eu lieu ou qu'il n'y a
55 pas eu encore de gestes au niveau neurochir, ça les rend invalidants. Du coup, à cause de la
56 douleur, ils ne peuvent plus se lever, ils ne peuvent plus rien faire.

57 **Et toi, comment tu peux agir sur tous ces facteurs-là, sur les impacts, sur ce qui**
58 **influence la douleur?**

59 Alors nous, je sais que par exemple, sur l'angoisse, on a effectivement l'outil chimique, mais
60 ce n'est pas forcément toujours le plus adapté et le mieux. Nous, on utilise beaucoup avec les
61 soins de support, notamment la RESC. Alors moi, je ne suis pas formée, mais je sais que les

62 filles... l'infirmière que tu as interrogée avant, elle a fait de RESC. Il y en a beaucoup avec le
63 SNOZELEN aussi. Les patients, on leur met pas mal la machine du SNOZELEN, je ne sais
64 pas si tu l'as vu. Ça marche très bien. On a les massages. Je sais qu'on a quand même pas mal
65 de soins de support en onco qui sont bien pour prendre en charge ce type d'angoisse et de
66 douleur.

67 **Et sans formation, sans rien, juste toi, ta personne, comment tu peux faire?**

68 Alors c'est plus compliqué parce que du coup, souvent quand on leur parle, moi je vois bien
69 que des fois chez certains patients, le fait de prendre le temps avec eux, de parler, des fois
70 même juste de penser à autre chose ou juste qu'ils nous disent ce qui ne va pas. On voit quand
71 même une amélioration, mais après sinon, l'outil principal, ça reste quand même l'utilisation
72 de la morphine chez nous, notamment pour les douleurs. Mais c'est vrai que moi, mon seul,
73 comme je n'ai pas la RESC, même le SNOZELEN, pour l'utiliser, il faut une formation. Donc
74 c'est avec moi, je leur parle. En fait, on essaie de voir avec eux ce qui ne va pas, leurs
75 angoisses, d'essayer de discuter un peu, de tout démêler. Et des fois, c'est vrai que ça leur fait
76 du bien.

77 Ce n'est pas non plus un patient qui a mal à huit, c'est pas en discutant avec eux, ça ira mieux.
78 Mais des fois, il y a des petites douleurs comme ça qui peuvent arriver quand même à passer.

79 **Ok, ça marche. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter pour finir cet entretien? Non,**
80 **pas spécialement.**

81 Parfait, je te remercie

Annexe V : Entretien n°3, Marine

1 Alors, du coup, quel est ton âge ?

2 J'ai 30 ans.

3 T'es diplômée depuis quand ?

4 Depuis 2019. Juin 2019.

5 T'exerces dans ce service depuis combien de temps ?

6 Depuis 6 ans et demi.

7 6 ans et demi? Du coup, depuis que t'es diplômée?

8 Oui, depuis le diplôme.

**9 Donc, directement t'es arrivée ici ok. Est-ce que t'as des formations en rapport avec la
10 douleur ?**

11 Oui, j'ai fait la formation douleur que propose le CH niveau 1. Et le niveau 2, je n'ai jamais pu
12 le faire, parce qu'il n'y avait pas suffisamment de participants.

13 [On s'est fait déranger par un appel]

14 Merci. OK. Donc, douleur minimale.

15 Oui, c'est ça.

16 Dans ton service, quel type de douleurs tu prends en soin ?

17 Alors, nous, sur la rhumato, on a plusieurs types de douleurs. On fait un peu de tout.

18 On fait les douleurs neuropathiques, on fait les douleurs chroniques, les douleurs aiguës. Ça
19 dépend du motif d'hospitalisation du patient, mais en règle générale, on prend toute douleur en
20 charge. À partir du moment où le patient présente une douleur, peu importe le type de douleur,
21 on la prend en charge. Les douleurs nociceptives, neuropathiques, si c'est en phase aiguë, si
22 c'est du chronique, peu importe la douleur.

**23 OK, ça marche. Donc, tu réponds déjà à ma question d'après. Connaissez-vous les
24 classifications, tu m'as parlé des douleurs chroniques, nociceptiques, neuropathiques. Il
25 y en a une troisième qui existe, est-ce que tu la connais ? Elle est moins connue.**

26 Neuropathique.... Euh

27 Nociceptive, neuropathique, il y en a une troisième. Elle est beaucoup moins connue.

28 [elle me fait un signe avec les épaules comme quoi elle ne connaît pas] sensitive... je sais
29 pas...

30 c'est la douleur nociplastique. C'est auparavant la douleur idiopathique.

31 OK, idiopathique, oui.

32 De toute façon, c'est là que je savais qu'on allait faire ma sortie, et c'est ce que
33 j'attendais.

34 parfait

35 Est-ce que tu évalues différemment les douleurs aiguës que les douleurs chroniques chez
36 le patient qui communique ?

37 Chez le patient qui communique, les douleurs chroniques et les douleurs aiguës ?

38 Oui, est-ce que tu les évalues pareil ? Un patient qui rentre avec une douleur aiguë et
39 l'autre qui rentre avec une douleur chronique, est-ce que tu évalues sa douleur pareil ?

40 Je ne me suis jamais posé la question, mais oui, je fais l'EN en général, ou l'EVA, ça dépend
41 ce qui est adapté pour le patient. Mais oui, en mode général, je ne me suis jamais posé cette
42 question, c'est très pertinent.

43 Est-ce que tu penses que ça suffit ?

44 Non, je pense qu'on est très mauvais dans la prise en charge de la douleur. Justement,
45 normalement, on a un projet qui doit se mettre en place sur la douleur. Ça fait des années que
46 j'en entends parler, mais voilà, j'attends encore.

47 Et pourquoi, du coup, tu penses que ça ne suffit pas ?

48 De toute manière, j'ai toujours estimé qu'on était nuls dans la prise en charge de la douleur
49 parce qu'on ne répond jamais suffisamment à la douleur du patient, parce que la douleur est
50 toujours individuelle. Peu importe, tant que je ne mettrai pas en place un protocole de soins
51 personnalisés pour nos patients sur la douleur, je pense que je ne serai jamais efficace. Et
52 pourtant, on essaye de faire, mais ce n'est pas parfait. En fait, on a des protocoles qui sont mis
53 en place, mais qui sont un peu à l'emporte-pièce, qui ne sont pas forcément adaptés, même si
54 on essaye de réévaluer quotidiennement la douleur, plusieurs fois par jour, même si on essaye
55 d'adapter les antalgiques au vu du type de douleur, même si on essaie d'avoir une prise en
56 charge pluridisciplinaire en essayant de questionner la cause de la douleur, pourquoi se
57 passe-t-il dans cette douleur, est-ce que c'est vraiment organique, est-ce qu'il y a une
58 composante psy, est-ce qu'il y a une composante autre. On essaye de creuser et on essaye de
59 faire intervenir pour le coup, sur la rhumato, tous les soignants qui gravitent autour du patient.
60 Nous, on fait appel très facilement à la psy, à l'assistance sociale, à la diète. Prendre en charge
61 la douleur, c'est vraiment une... Oui, c'est pluridisciplinaire, c'est vraiment transversal, ça va

62 prendre en charge... On ne peut pas prendre en charge le patient sans prendre en charge sa
63 douleur.

64 **Super. Il existe un questionnaire pour l'évaluation de la douleur chronique, est-ce que tu**
65 **le connais ?**

66 Il y en a plusieurs, des questionnaires. Sur la chronique, je... C'est pas le DN4, un truc comme
67 ça ?

68 **DN4, c'est pour les douleurs neuropathiques.**

69 Ok. C'est vraiment spécifique aux douleurs chroniques. Il y a tellement d'échelles. J'avoue que
70 quand j'avais fait la formation douleurs, il y a beaucoup d'échelles qu'on n'utilise pas au
71 quotidien parce que c'est vrai qu'elles sont longues à remplir. Elles sont très longues et dans la
72 pratique courante, ce n'est pas utilisé. Donc honnêtement, je ne retiens pas le nom des
73 questionnaires.

74 **Est-ce que tu connais les facteurs qui peuvent influencer le ressenti douloureux des**
75 **patients ? Par exemple, je te donne un exemple. Tu as un patient qui a une douleur à 5**
76 **sur 10. Pourquoi d'un moment à un autre, il peut avoir une douleur à 10 sur 10 ?**
77 **Qu'est-ce qui peut influencer sa douleur ?**

78 Ça dépend déjà du type de douleur, comme tu le disais. Si c'est des douleurs type
79 paroxystique, ça peut se manifester par crise. Et là, je peux passer 5 minutes avant, le patient
80 n'a pas de douleur, et repasser après, le patient a une douleur qui est somatique.

81 **Quand on ne parle pas de physique, qu'est-ce qui peut faire qu'il y ait quelque chose qui**
82 **va se passer et qu'il va être plus douloureux après ?**

83 Le vécu. Si le patient a en mémoire des crises douloureuses, le corps garde en mémoire et du
84 coup forcément, la douleur va se majorer. Ça peut passer de 5 à 10 comme tu le disais. Le
85 patient entre temps a appris une mauvaise nouvelle et ça peut être une composante, comme je
86 te le disais psychologique, familiale, le travail, ça peut être vraiment beaucoup de facteurs qui
87 rentrent en cause. Un mauvais souvenir, une mauvaise nouvelle.

88 **Est-ce que tu sais un peu les impacts que peut avoir la douleur chronique chez quelqu'un**
89 **?**

90 Syndrome dépressif. C'est souvent lié, c'est souvent intrinsèque. On ne sait pas si c'est le
91 syndrome dépressif qui a fait que la douleur s'est chronicisée. Là, je parle pour la rhumato ou
92 l'inverse. Est-ce que le fait que le patient ait une douleur chronique qui a provoqué le
93 syndrome dépressif, souvent, c'est ce qu'on retrouve. La question, c'était les impacts ?

94 Oui, les impacts que peut avoir la douleur chronique.

95 Quand un patient a mal toute la journée, "H24", pendant plusieurs jours, pendant plusieurs
96 mois, pendant plusieurs années, forcément, le corps va le garder en mémoire... Les impacts,
97 comme je te dis depuis le début, ils sont assez vastes. Ça peut l'impacter au niveau de son
98 travail, au niveau de sa vie familiale. Des fois, malheureusement, ça peut provoquer des
99 divorces, des ruptures sociales... Du coup, on a mal, on ne sort plus, on ne voit plus ses amis.
100 Le patient se marginalise. C'est assez vaste. Je ne sais pas si il faut que je développe plus.

101 C'est très bien. Et toi, comment tu peux agir sur ces facteurs ? Sans parler de
102 médicaments, sans quelque chose qui nécessite une formation, comment toi, tu peux
103 aider sur ces facteurs-là ? Et sur son ressenti de douleur ?

104 La communication, la relation soignant-soigné, primordiale, au premier plan. Si je ne parle
105 pas avec mon patient, je ne peux pas savoir ce qu'il se passe. Si je ne parle pas avec lui, je ne
106 vais pas savoir ce qu'il se passe dans sa vie personnelle, s'il y a des problématiques
107 particulières. Je ne vais pas être en capacité de poser un diagnostic infirmière. Et ça, du coup,
108 c'est la base de toute prise en charge des patients et au cœur de notre métier en tant
109 qu'infirmière.

110 Super. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

111 Non, mais c'est hyper intéressant le sujet.

112 Voilà, merci.

Annexe VI : Entretien n°4, Coralie

1 Alors du coup, quel est ton âge?

2 J'ai 22 ans.

3 T'es diplômée depuis quand?

4 Depuis juillet 2025.

5 T'exerces dans ce service depuis quand?

6 Depuis août 2025.

7 Directement après?

8 Oui, je me suis laissé un peu de vacances. Le temps de passer les entretiens et j'ai commencé

9 direct ici.

10 Ok, est-ce que tu as des formations en rapport avec la douleur?

11 Non, pas encore. J'en ai demandé là.

12 Tu as demandé quoi ducoup ?

13 J'ai demandé sur la douleur, gestion de la douleur et après d'autres formations.

14 OK, quel type de douleurs prenez-vous en soins dans le service?

15 C'est surtout des douleurs chroniques.

16 OK. Est-ce qu'il y a des classifications pour les douleurs? Est-ce que tu les connais?

17 Ouf... euh...

18 Tu me parles de douleurs chroniques, donc t'as des douleurs...

19 Oui, les douleurs aiguës, les autres et les douleurs chroniques.

20 Et dans les douleurs chroniques, il y a plusieurs classifications du coup, est-ce que...

21 Ça, je ne sais pas du tout.

22 Non, tu ne sais pas?

23 Non.

24 Il y a en à qui sont connue, les fourmillements, tout ça...

25 Ah, celle-là, OK, d'accord, je n'étais pas du tout sur ça, oui.

26 C'était la neuropathique.

27 Oui, oui, OK, oui.

28 Est-ce que tu évalues différemment les douleurs aiguës et les douleurs chroniques?

29 Oui, oui, oui.

30 C'est-à-dire?

31 Parce que les douleurs chroniques, c'est des gens qui sont habitués, entre guillemets. Donc,
32 moi, je... Comment dire? Je pense qu'il y en a beaucoup qui sous-évaluent, qui nous disent
33 non, non, ça va. Mais tu vois que c'est des gens qui souffrent vraiment et qui te disent... Je ne
34 sais pas, moi, je vais leur demander sur une échelle de 1 à 10 combien ils ont mal. Ils vont
35 avoir mal à... Je ne sais pas, moi, ils vont te dire non, ça va, 3, 4. Mais quand tu regardes le
36 dossier, ils ont tout plein d'antécédents, tout plein de choses... Et tu te dis, lui, il doit vraiment
37 avoir mal. Mais ils sous-estiment pour te dire non, ça va.

38 Du coup, tu utilises quelle échelle pour les évaluer?

39 Soit l'échelle, enfin, l'EN, quoi, et sinon, l'EVA.

**40 Ok. Donc ça, pour douleurs aiguës et pour douleurs chroniques, tu utilises la même
41 échelle?**

42 Oui, oui,

**43 OK. Est-ce que tu penses que ça suffit, cette échelle, pour évaluer les douleurs
44 chroniques?**

45 Non. Je pense qu'il faudrait qu'il y ait quelque chose d'autre. Je ne saurais pas dire quoi,
46 inventer quoi. Mais autre chose pour qu'ils réussissent mieux, qu'ils puissent mieux classer
47 leurs douleurs.

**48 Est-ce que tu connais les facteurs? Est-ce que tu penses qu'il y a des facteurs qui peuvent
49 influencer la douleur? Surtout la douleur chronique. C'est-à-dire un patient qui a, par
50 exemple, un patient qui souffre d'une douleur chronique, il a mal à 5, et le soir, il va
51 avoir mal à 10. Qu'est-ce qu'il peut faire que sa douleur s'accroisse?**

52 Selon les pathologies, tu as les douleurs inflammatoires, c'est plus... le soir, ça leur fait plus
53 mal. Il y en a, c'est le matin, en se levant, c'est compliqué. C'est compliqué. Et après, au fur et
54 à mesure, quand ils bougent, ça va mieux. Même toi, tu vois vraiment la différence. Le matin,
55 ils sont cloués au lit, ils ont mal, et après, dès qu'ils se lèvent, qu'ils commencent à bouger, tu
56 les vois beaucoup mieux.

**57 Et quelque chose qui n'est pas physique, c'est-à-dire quelque chose qui peut faire que
58 leurs douleurs peuvent s'accroître, qui n'a rien à voir avec leur pathologie.**

59 Bonne question.

60 Est-ce que tu connais les impacts que peut avoir la douleur chronique chez quelqu'un?

61 Sur le moral.

62 Sur le moral?

63 Oui, sur le moral. Tu le vois, ceux qui ont mal depuis longtemps, comme je te disais, ils vont
64 plus minimiser, te dire non, ça va. Mais quand tu creuses un peu, tu vois que ça ne va pas du
65 tout. Tu restes un peu plus parlé avec eux, tu vois que c'est des gens vraiment en souffrance et
66 soit on ne les avait pas vraiment pris au sérieux et bon, il faut plus les prendre au sérieux ou
67 alors, je ne sais pas comment te dire.

68 Et du coup, tu penses que ça n'a que des impacts sur le moral?

69 Le moral et physique aussi. De supporter de la douleur pendant des mois, des années,
70 forcément physiquement, c'est assez conséquent.

71 Tu vois autre chose?

72 Euh... non.

**73 Apres, tu m'as dit les deux plus courant. Comment toi, sans formation, sans rien juste de
74 ta personne, comment tu peux agir sur ces facteurs-là?**

75 Déjà les prendre au sérieux, pas minimiser. Quand tu vois que c'est des gens qui rentrent et
76 qui n'ont pas d'antidouleurs mais qui souffrent, on parle aux médecins. Parce que les
77 médecins, nous et les aides-soignants, on est le plus auprès des patients et on voit plein de
78 choses que les médecins ne voient pas. Et les médecins, quand ils passent, ils vont parler un
79 peu avec les patients mais ils ne vont pas voir que toute la journée, je ne sais pas, ils sonnent
80 parce qu'ils ont mal. Dès que tu passes dans le couloir, ils t'attrapent pour te dire que tu as
81 vraiment mal. Tu dois rapporter aux médecins qu'ils ont vraiment mal et qu'il faut prendre en
82 charge leur douleur.

**83 Par exemple, il est 18h, il n'y a plus de médecin. Tu as un patient qui a vraiment très mal
84 dans sa chambre. Tu as déjà donné tout ce qu'il y avait à donner. Toi, qu'est-ce que tu
85 vas faire avec ce patient?**

86 Si jamais... Il y en a certains, par exemple, si c'est des zones comme le genou, on peut
87 proposer des poches de glace ou des poches de chaud.

88 Sans aucun moyen matériel. Juste toi et ta personne.

89 Après, discuter avec eux. Après, c'est plus facile à dire qu'à faire. Parce que le tour du soir,
90 des fois, tu n'as pas le temps. C'est là où il t'arrive plein de choses. Tu dois faire plein de
91 choses "et tout". Mais quand on a le temps, discuter avec eux et essayer de comprendre d'où
92 ça vient. Des fois, il y en a qui vont dire j'ai mal, j'ai mal. Mais en vrai, ils n'ont pas... C'est
93 pas plus une douleur physique, c'est plus une douleur psychique ou morale.

94 C'est ce qu'on venait de parler tout à l'heure, la douleur physique qui pouvait accentuer
95 le moral. Est-ce que tu vois autre chose que toi, tu pourrais faire? Tu m'as parlé, tu m'as
96 dit de la communication, tu m'as dit de les prendre au sérieux. Est-ce que tu vois autre
97 chose dans toi, ton comportement?

98 Euh...

99 De toute façon, tous relient un petit peu.

100 Bah ouais, non. Qu'est-ce que je pourrais dire d'autre?

101 Il y en a qui associent des concepts ensemble. Donc, la communication, si tu
102 communique aussi, ça t'écoute.

103 Ah oui, bah oui.

104 Mais après, il y en a d'autres aussi. Mais en fait, quand on fait... Voilà, c'est
105 naturellement que tu le fais. Tu utilises l'empathie.

106 Ah ok, oui, oui. Être empathique à l'écoute et essayer qu'ils aient confiance en toi. Tu vois,
107 que tu passes, tu donnes les cachets, tu t'en vas.

108 Ça, c'est pertinent parce que t'es la première qui me le dit et ça fait que c'est important
109 aussi.

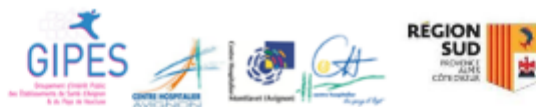
110 Oui, parce que si ils se disent en face t'en as une juste, elle te pose des cachets, elle s'en va,
111 t'as pas envie de lui parler. Alors que si le matin, j'arrive, comment ça va, comment vous avez
112 dormi, c'est bateaux. À la base, le tour du matin, je répète douze fois, alors ça va ? vous avez
113 bien dormi ? Le lundi matin, alors ; comment vous avez passé le week-end ? Mais au moins,
114 ils se disent ; elle en a quelque chose à faire. Je leur dis pas juste, tenez, vos cachets et à tout à
115 l'heure.

116 Est-ce que tu souhaites rajouter quelque chose ?

117 Non.

118 En tout cas, je te remercie.

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



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) :

Promotion :

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

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

(Titre du TFE)

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 03/03/2026 Signature :

Des mots pour des maux

Résumé :

Lors de mes différents stages, j'ai plusieurs fois dû faire face à des patients prisonniers de douleurs chroniques, dont la souffrance dépassait largement la seule dimension physique. Comment en tant que soignants et dans les limites de notre rôle propre, pouvons-nous accompagner et soulager ces patients ? Ma situation m'incite alors à me questionner sur le rôle de la communication et de l'empathie dans la prise en charge de la douleur chronique.

Ce mémoire répond à la question : **“En quoi la communication permet-elle d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique lorsque le psychisme majore le ressenti douloureux ?”**

Au travers d'entretiens semi-directifs, j'ai mené une enquête exploratoire auprès de quatre infirmières issues de différents services. J'ai ainsi pu recueillir de nouvelles informations répondant à ma question de recherche. Ce travail de recherche m'a démontré l'importance de la communication et de l'empathie dans notre rôle de soignant lors de la prise en charge d'un patient présentant une douleur. Ainsi, au-delà des soins techniques, la communication est un véritable outil thérapeutique, permettant d'apaiser la souffrance et de remettre l'humain au cœur de notre pratique infirmière.

Nombre de mots : 188

Mots clés : douleur chroniques, communication, empathie, améliorer, prendre en charge

Words for the evils

Abstract :

During my various work placements, I often had to deal with patients suffering from chronic pain, whose suffering went far beyond the physical dimension alone. How, as caregivers and within the limits of our role, can we support and relieve these patients? This situation led me to question the role of communication and empathy in the management of chronic pain.

This dissertation answers the following question : **"To what extent does communication improve the chronic pain management when the psyche exacerbates the sensation of pain?"**

Through semi-directive interviews, I conducted an exploratory investigation with four nurses working in different departments. This enabled me to gather new information answering my research question. This research demonstrated the importance of communication and empathy in our role as caregivers when treating patients in pain. Thus, beyond technical care, communication is a true therapeutic tool, allowing us to alleviate suffering and put people back at the heart of our nursing practice.

Number of words : 156

Key-words : chronic pain, communication, empathy, improve, to take care of