

Introduction

Ce travail de fin d'études, est basé sur le thème de la piqûre et sur la peur qu'elle occasionne. J'ai centré ce travail sur la relation, élément essentiel de notre profession.

J'ai choisi ce thème, car j'aime piquer : je couds, et parce que je n'aime pas faire mal en réalisant un soin contre la volonté de quelqu'un, comme c'est le cas quand il a peur. Je voulais donc comprendre ce problème pour trouver ensuite des solutions dans ma pratique professionnelle.

Pour développer ce thème de la relation soignant-soigné dans le cadre de la piqûre, j'ai fais des recherches documentaires sur la piqûre, la peur et la relation soignant-soigné. J'aurais voulu réaliser mes entretiens avec des enfants : ils sont nombreux à avoir peur de la piqûre. Mais cela s'est révélé trop compliqué. J'ai donc exploré mon sujet de recherche, grâce à 5 entretiens auprès d'adultes, que j'ai ensuite analysés.

Cette étude m'a révélé tout le travail qui me reste encore à faire ! Il me faudra en effet la continuer encore, tout au long de ma future profession ou alors en faire une étude plus complète et plus longue.

Questionnement

Au cours de mes expériences de stage, j'ai observé et constaté par moi-même des situations qui m'ont amenée à réfléchir. Ainsi, pendant certains soins, il peut y avoir un refus et un rejet de ceux-ci, et parfois des difficultés dans la prise en charge, lorsque la personne a peur du soin. De plus, dans ma vie et notamment lorsque j'étais au contact des enfants, j'avais eu l'impression que certains soins comme la piqûre, avaient une image négative.

Ce constat, m'a interrogée dès le début de ma formation. Cette peur est-elle fréquente ? Ou alors y suis-je particulièrement sensible ? D'où vient cette peur, à quoi est-elle due ? Quel rôle jouent l'infirmière ? Et quelles sont les répercussions de cette peur dans la prise en charge, c'est à dire dans le soin et la relation ?

Tout ceci, avait pour moi un intérêt professionnel, puisque j'ai cherché la façon de prendre en charge au mieux ce problème. Ensuite, cela a aussi un intérêt personnel, à cause du malaise et de la culpabilité que j'ai pu ressentir au début de ma formation lors de ces situations, notamment auprès d'enfants.

J'ai décidé de m'intéresser à l'aspect relationnel dans cette peur des soins, parce que le soin, fait partie de la relation. Puis, j'ai choisi la piqûre, car c'est un acte fréquent dans la profession d'infirmière et relativement représentatif de celle-ci dans la population.

Pour mener cette recherche, j'ai donc cherché à savoir si la peur d'un soin comme la piqûre, modifie la relation soignant-soigné.

Démarche méthodologique

Démarche méthodologique

Pour commencer ce travail, j'ai réalisé une recherche documentaire en lien avec ma question de départ. Mes principaux axes de recherche ont été : la piqûre, la peur et la relation soignant-soigné.

J'ai d'abord travaillé sur le concept de peur, d'appréhension et d'anxiété. Ensuite j'ai fait des recherches sur la piqûre et le soin, éléments de stress et générateurs de douleur. Pour finir, j'ai approfondi mes connaissances sur la relation soignant-soigné.

Pour le réalisme de cette étude, j'ai conduit des entretiens semi-directifs. Ceux-ci permettent l'exploration de thèmes choisis préalablement, tout en laissant la personne interrogée s'exprimer librement (en la recentrant sur le sujet si besoin) et pour une bonne objectivité. Pour ceci, je me suis aidée d'une grille d'entretiens. Elle m'a permis d'approfondir des thèmes qui n'avaient pu être développés suffisamment dans mon approche théorique de par leurs caractères subjectifs.

Mon questionnaire a donc essayé de mettre en évidence les éléments propres à chaque individu dans ma question. En effet, j'avais constaté dans mes recherches que notamment les origines, les facteurs influençants et les manifestations de la peur étaient très personnels. De même l'aspect symbolique et les images liées à ce thème sont intimes.

Dans un souci d'authenticité, je n'ai dévoilé qu'à la fin des entretiens le thème de mon étude : la relation soignant-soigné dans le cadre de la piqûre.

J'ai décidé de ne pas choisir les personnes que j'ai interrogées, pour ne pas fausser le résultat de mon étude. J'ai donc réalisé un mini sondage, recherchant des personnes qui avaient peur des piqûres. Cet été, je me suis présentée dans 50 maisons. J'ai ainsi observé qu'environ 2 personnes sur 10 étaient concernées par ce sujet. Puis, en fonction de la disponibilité de chacun, j'ai pu faire ces entretiens (5 en tout). L'entretien réalisé avec l'infirmière doit me permettre de faire des liens entre ce que j'appellerai l'irrationnel des uns et son réalisme.

Ces entretiens se sont tous déroulés dans une ambiance détendue, puisqu'ils avaient lieu à leur domicile et que j'avais eu leur accord. De plus, ces personnes étaient toutes très intéressées et

motivées par ma démarche. La crainte que j'avais, était que ces rencontres soient l'occasion de vives critiques envers la profession : ça n'a pas été le cas.

Approche théorique

A LA PIQURE

1) Les éléments

objectifs

Ceux-ci viennent du cadre dans lequel se trouve la piqûre

1.1) Le cadre juridique

La loi du 31 mai 1978, définit le statut de l'infirmière et lui permet de réaliser des soins sur prescription médicale. Le décret n°93-345 du 15 mars 1993 (art. 4,5 et 6) précise les actes qu'elle réalise. La piqûre est un acte technique, mais aussi un acte relationnel qui s'inscrit dans une démarche préventive, curative ou palliative et dans la profession d'infirmière. Son diplôme reconnaît sa compétence technique et ses connaissances professionnelles³.

1.2) Le cadre déontologique

Le décret du 16 février 1993 soumet l'infirmière à un contrat moral avec une obligation de moyens, de résultats et de continuité des¹ soins. C'est le premier élément éthique de sa profession.

La loi bioéthique du 29 juillet 1994 a donné un statut au corps. Ainsi, « *la protection de l'intégrité corporelle (est) un devoir de la société et un droit de l'homme.* »⁵⁷ Le corps est inviolable. On doit donc le protéger et il est interdit de lui porter préjudice. Dans ce contexte, « *toute atteinte à l'intégrité physique ... (prend) l'allure de faute grave...* »⁵⁷

La loi prévoit une dérogation par rapport à cet aspect. Car « *les professionnels de santé sont confrontés à des contradictions émergeant de la question juridique du corps.* » En effet, « *ce sont les individus les mieux placés pour protéger et promouvoir l'intégrité corporelle qui se trouvent également les mieux placés de par leurs connaissances pour en abuser* »⁵⁷

Ceci amène un questionnement éthique, à l'infirmière. Elle doit pour y répondre et pour être à l'aise par rapport à ce sujet, « obtenir un consentement » de la part du soigné. Ceci n'est pas évident, lorsque la personne a peur de la piqûre.

1.3) Le cadre pratique

^{1 3} Autorité, DICTIONNAIRE : grand Larousse en 5 volumes (1989) ; ⁵⁷ « Corps ; culture et soins infirmiers », mai 1993, 594 pages

La loi précise que la piqûre est prescrite par le médecin en fonction de certaines indications. L'infirmière suit la prescription et un parfois protocole dans la réalisation de celle-ci. Elle utilise un matériel adapté : aiguille, seringue, tubes, vacutainer et différents produits... Et est amenée à réaliser différentes piqûres: prises de sang, injections, vaccins, prélèvements capillaires, mise en place de cathéter, ou encore bilan gazeux artériel, etc. Tout ceci, à différents moments, différents âges, et dans différents lieux (hôpital , domicile etc.), selon la prescription médicale³⁷.

Mais la piqûre n'est pas un acte « réservé » à l'infirmière. Le corps médical (médecins, chirurgiens, dentistes, ou anesthésistes), et les techniciens (de laboratoire, manipulateur radio etc.) peuvent également être amenés à réaliser certaines piqûres.²

2) Les éléments subjectifs

2.1) le monde médical

La piqûre en fait partie. Le monde médical, c'est un lieu, comme l'hôpital par exemple, «*empreint d'une image de souffrance et de mort* » et pouvant donc « *générer de l'anxiété* »³⁹. Mais il rentre aussi parfois au domicile du soigné. Ce sont aussi des conditions de vie inhabituelles pour lui, alors « *objet de soins mystérieux, confiés à des mains étrangères* »⁵². C'est un monde, qu'il ne le connaît pas en général.

Ensuite, il symbolise la santé ou la maladie Et ces représentations, selon les personnes sont plus ou moins angoissantes. Tout changement dans l'image corporelle, tout enjeu pour la vie, la maladie, l'idée de la mort ou encore l'attente d'un diagnostic peuvent être sources de peur. « *Etre malade ou le redouter est angoissant* »³⁹. Il existe donc dans le monde médical des conditions favorables à la peur.

L'infirmière, qui elle aussi fait partie de cet univers, est perçue de différentes façons, liée au ressenti du soin par le soigné. Tout d'abord, c'est la mère, « *celle qui donne les soins* »¹⁶, qui caresse et rassure. Elle est aussi l'amie, la confidente, celle qui est proche du soigné. Le soin comme la piqûre est alors une réparation, une voie vers la guérison, un moment de bien-être et de réconfort. Elle et ses instruments nous accompagnent dans les différentes étapes de notre vie¹⁴.

Elle est aussi la femme, objet de fantasmes, de désirs. Il existe alors parfois une gêne liée à la nudité et aux corps qui se touchent dans le soin.

² ¹⁴ Tatouage, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁶ Anzieu didier, *Le Moi Peau*, édition Dunod, Paris 1997, 291 pages³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", *Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle*, *IDE Magazine*, ° 137, avril 1999. ³⁷ Garcia Ximena : " la douleur liée aux gestes invasifs ", *soins* n° 568, janvier 1993, pages 21 à 23 ³⁹ Jacobi D. : " l'anxiété dans les salles d'attente ", *revue des professions de santé* n° 53, mars avril 1987, pages 27 à 34 ⁵² *Page web : www.mémoirecommuniquer.html* : " Communiquer pour mieux soigner ", mémoire de Nadège Bertrand, IFSI du blanc-indre, 1995, 24 pages.

Enfin, « un petit nombre n'a jamais conscience de l'existence de l'infirmière dans sa corporéité, elle se résume à une gestuelle, à un mouvement, une odeur quelquefois. » et « un nombre non négligeable(la) vit comme sujet de castration... »⁵⁷. Le soin, c'est la technique, avec ses difficultés et ses contraintes. Mais c'est aussi la violence : une agression, une blessure, une menace³⁶. Car « certaines activités médicales et certains soins infirmiers (ou) procédés diagnostics » sont en effet « virtuellement menaçants.... »¹⁹. De plus, « la piqûre est une atteinte à l'intégrité (du) corps » tant au niveau symbolique que réel. ⁵³

2.2) La peau

Par rapport à cela, la peau, « c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets. »¹⁶. Elle garantit donc l'intégrité du corps grâce à ses fonctions de protection, de sécurité, et de frontière entre le dedans et le dehors, et le bon et le mauvais¹⁶. C'est une « carcasse »²⁴, une « enveloppe »¹⁶, une « carapace », etc.

De plus « la peau, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes. » Elle entre en jeu dans les échanges. « Le corps est ... l'intermédiaire obligatoire entre la personne et le monde »⁵⁷. La peau est enfin « une surface d'inscription »¹⁶, par sa fonction de stockage.

2.3) La douleur

Elle est appréciée en fonction de la culture et souvent de la religion des personnes. Ainsi par exemple, « toute souffrance consentie (peut être) une preuve d'amour, une marque de dévotion... » Mais « la douleur est (aussi) une voie de rédemption... » pour les chrétiens et les musulmans, alors qu'elle est « pure violence » pour les protestants. ²⁴

« Dans les peuplades primitives, la douleur... (est) due à la pénétration du corps par un démon, un fluide magique ou un objet maléfique tel une flèche ou un poignard invisible (une aiguille ?),.. (traduisant) la présence d'un mauvais esprit à l'intérieur de l'individu. »⁵⁵.

3) Les éléments individuels et personnels

3.1) La perception

Elle correspond à la réception et au traitement d'une information reçue par les sens. La peau, organe de sens⁵⁷, possède « quatre sensibilités élémentaires (tact, chaud, froid, douleur) »¹¹.

³ . ¹¹ Somesthésie, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁶ Anzieu didier, Le Moi Peau, édition Dunod, Paris 1997, 291 pages¹⁹ Carlson- Blackwell C. Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers 1982, 470 pages ²⁴ Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, ° 137, avril 1999. ⁴⁵ Pissondes André e : " La perception de la douleur selon que l'on est patient ou soignant... " , Profession infirmière, septembre 1998 n° 73, pages 6 et 7 ⁵⁵ Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm : " la douleur ", 14 pages ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

La piqûre, comme stimulus nociceptif, « agit sur les récepteur ». Ceci provoque l'envoi d'un « influx (qui) se transmet ensuite le long des voies afférentes (vers le) système nerveux central, (où) il (atteint) le cortex somato-sensoriel, responsable de la perception et le cortex préfrontal pour préparer les réponses motrices »²⁵. Par rapport à cette perception, il existe un seuil²⁵, celui-ci dépendant de l'intensité et de la fréquence du stimulus et de l'influx^{11,4}.

« La peau est en étroite connexion avec les autres organes des sens (ouïe, vue, odorat, goût) »¹⁶. Ses récepteurs sensitifs, varient selon la région du corps, la texture de la peau, l'âge¹¹, le sexe²⁴... S'ajoutent à ça l'expérience, l'éducation, la culture, le groupe ethnique²⁵ et la connotation agréable ou désagréable. Et on comprend facilement que la perception puisse varier d'une personne à l'autre. Par exemple, « les Irlandais ont tendance à minimiser leurs troubles tandis que les Italiens sont prolixes sur l'intensité et l'étendue de leurs maux... »²⁴.

3.2) La douleur ⁴

C'est « une expérience sensorielle et émotionnelle... subjective,... désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ... »²⁵. Elle a « un rôle important de protection et d'alarme..., essentielle à la survie. »²⁵. En effet, elle « signale une atteinte de l'intégrité physique »⁵⁵. Ce stimulus⁵⁵ permet donc par son signal la mise en jeu de mécanisme de défense. La piqûre, comme les geste invasifs, provoque, « une douleur aiguë, iatrogène et de durée limitée »³⁷. On mettra en évidence principalement deux types de douleur dans ce soin : une brûlure et une piqûre.

Mais « des filtres accentuent ou diminuent son intensité.. (et les) autres perceptions sensorielles entrent en résonance avec elle et contribuent à la moduler» De plus, « certaines conditions l'inhibent (concentration, relaxation, diversion, ...) »²⁴ et d'autres facteurs de variation encore entrent en jeu. Ainsi, « d'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure identique... La relation intime à la douleur dépend de la signification (de) celle-ci au moment où elle touche l'individu »²⁴. Cette douleur dépend de l'histoire, de la culture, etc. et donc de l'individu.

De toutes façons, les conséquences de la douleur sont toujours néfastes.⁵¹ Car « même si (elle) touche seulement une partie du corps,... (elle) ne se contente pas d'altérer la relation de

⁴⁴ Douleur, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹¹ Somesthésie, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁶ Anzieu didier, *Le Moi Peau*, é dition Dunod, Paris 1997, 291 pages ²⁴ Le Breton David : *Anthropologie de la douleur*, é dition Mé taillé, Paris 1995, 233 pages ²⁵ Marchand serge : *Le phénomène de la douleur*, é dition Masson, Paris 1998, 311 pages³⁷ Garcia Ximena : " la douleur liée aux gestes invasifs ", *soins* n° 568, janvier 1993, pages 21 à 23 ⁵¹ Page web : www.P190199.htm : " l'enfant face à sa douleur : quoi de neuf ? ", colloque du mardi 19 janvier 1999 hôpital cantonal de Genève. (compte rendu du Dr Vincent Liberek), 5 pages. ⁵⁵Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm : " la douleur ", 14 pages ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

*l'homme à son corps, (et) diffuse au-delà,...(contaminant) la totalité du rapport au monde ».*²⁴ La douleur est un stress pour le corps.

3.3) Le stress¹³

Normalement, le corps vit en homéostasie. Ceci « *parce que l'organisme dispose de mécanismes capables de gérer l'excès tout comme l'insuffisance* ». Le stress apparaît « *quand les exigences de la situation sont disproportionnées avec les possibilités du sujet* ». L'individu a alors des difficultés à s'adapter, parce les perturbations sont trop rapides, qu'il n'a pas de repères, ou encore qu'il ne dispose pas de ressources pour y faire face. « *Syndrome général d'adaptation* », il se déroule en plusieurs phases : « *d'alarme, de résistance et d'épuisement* »¹³

« *Le stress dépend des perceptions du sujet (et) de ses représentations mentales .* »¹³ Il existe donc des variations individuelles.⁵⁴ Mais il existe aussi des caractéristiques propres à l'espèce humaine. Ainsi, « *l'organisme reconnaît l'agression, se prépare à agir (soit à combattre, soit à fuir)* », se met en tension,⁵⁵ « *puis met en œuvre la défense.* »⁵

A ce moment là, ont lieu des réactions physiologiques. « *Les glandes endocrines libèrent des hormones qui accélèrent les rythmes cardiaques et respiratoires, élèvent la glycémie, augmentent la sudation, dilatent les pupilles ...L'organisme s'adapte à un agent agresseur* »⁵⁶.

S'il y a « *un trouble de l'adaptation des conduites* »⁵, celui-ci se manifeste par des émotions.¹² Il peut s'agir de peur, de colère, d'un « *d'intolérance à l'égard d'autres personnes, d'irritabilité...* »⁵⁶. Certains comportements apparaissent alors, « *tentatives maladroites d'adaptation* »¹³ : perte de contrôle¹³, refus²⁵, et souvent en lien avec la relation. Toutes ces expériences, sont bien sûr conservées en mémoire¹⁵ par le sujet pour poursuivre son évolution.

3.4) Trace mnésique

Le processus de mémorisation, se déroule en « *quatre étapes successives : une phase sensorielle très brève, la mémorisation à court terme, (celle) à long terme, (et) le processus de rappel.* »⁸

Tout ce qui est vécu par le corps lui laisse une empreinte¹⁸ Ainsi, « *l'enfant au niveau de son corps, mémorise surtout les notions de mal, (de douleur), de chaud, (de) froid,... De même, l'adulte (mémorise) davantage les vécus corporels insatisfaisants, tendus, douloureux...* »²² Normalement,

⁵ ⁵ Emotion, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹² Souffrance, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹³ Stress, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁵ Trace mnésique, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : [la peur et l'angoisse](#), édition payot, Paris 1985, 215 pages ²⁴ Le Breton David : [Anthropologie de la douleur](#), édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ²⁵ Marchand serge : [Le phénomène de la douleur](#), édition Masson, Paris 1998, 311 pages ⁵¹ [Page web : www.P190199.htm](#) : " l'enfant face à sa douleur : quoi de neuf ? ", colloque du mardi 19 janvier 1999 hôpital cantonal de Genève. (compte rendu du Dr Vincent Liberek), 5 pages. ⁵⁴ [Page web : www.perso.infonie.fr/frankpaillard/anesthésie_douleur_enfant.htm](#) : " la douleur de l'enfant ", 11 pages ⁵⁵ [Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm](#) : " la douleur ", 14 pages ⁵⁶ [Page web : www.ping.be/chaosium/stress.htm](#) : " le stress ", 9 pages

cette trace perd de son intensité avec le temps. Mais elle peut au lieu de s'affaiblir se stabiliser, si l'expérience « *est intense et prolongée* »³³ ou par assimilation à un objet¹⁵, comme la seringue. Elle revient alors plus facilement en mémoire.³³ C'est le cas quand quelqu'un a peur de la piqûre. De plus, la douleur laisse aussi des marques pas toujours conscientes. « *Un matin, lors de sa visite médicale, (le professeur) serra la main (de l'une de ses patiente), une punaise cachée au fond de sa paume. A cette sensation désagréable (elle) répondit par une grimace de douleur. Le lendemain, (il) voulut à nouveau (la) saluer, troublée, (elle) refusa sa poignée de main...* »⁵³. Ces expériences de douleur nous conditionnent donc dans une certaine mesure et ont par la suite des incidences sur la relation.⁶

La piqûre peut donc être définie comme une menace, source de peur.

B La peur

1) Définitions

C'est quelque chose de complexe, puisque c'est à la fois un sentiment, une réaction physiologique, et une émotion. En effet, c'est un « *sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'une menace* »³⁴, et « *un phénomène psychologique et physique qui accompagne la prise de conscience d'un danger, réel ou supposé* ». Mais c'est aussi, « *une émotion* »⁴⁹, une « *réaction émotionnelle causée par la représentation vive et persistante d'une douleur ou d'un mal possible* »¹⁸.

Elle « *aurait une origine naturelle et héréditaire* »⁴¹ et a pour fonction de permettre « *à un être vivant de s'adapter à son milieu* »⁴⁹. Car elle vise à le préserver ou le faire réagir, face à une menace, un danger, « *présent et visible, (ou) suggéré par certains indices* »³⁵. De plus elle se caractérise, par le pouvoir de « *s'étendre imaginativement sur le passé et l'avenir* »¹⁸.

Au cours de sa vie, l'homme connaît différentes peurs qui font partie de son développement. Il y a la peur du 8^{ème} mois, celle des étrangers, puis celle d'être seul, blessé... Ainsi, « *entre 2 et 4 ans, (apparaît par exemple) la peur d'être attaqué, d'avoir mal, la peur pour l'intégrité du corps, la peur d'en perdre des morceaux...* ». D'ailleurs, on constate logiquement que « *l'enfant est plus émotif (sous entendu qu'il a plus peur) que l'adulte* »,³⁴ ceci parce qu'il grandit.

⁶ ⁸ Mémoire, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁵ Trace mnésique, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition Payot, Paris 1985, 215 pages ²² Hermant G : Le corps et sa mémoire, édition Doin, Paris 1986, 331 pages ³³ Boulu Philippe : " Mémoire de la douleur ", Tempo médical, n° 394, juin 1990, pages 7 et 8. ³⁴ Brunshwig H. : " les peurs enfantines ", soins gynécobstétrique n° 108, mai 1990, pages 41 à 44 ³⁵ Coulon Catherine : " Anxiété, peur, angoisse ", Soins n° 627, juillet août 1998, pages 17 à 19. ³⁵ Coulon Catherine : " Anxiété, peur, angoisse ", Soins n° 627, juillet août 1998, pages 17 à 19. ⁴¹ Lararovici R. : " peurs de l'enfant ", Médecine et enfance, juin 1990, pages 227 à 232 ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur ", Emission sur France 2, année 2000. ⁵³ Page web : www.memoire_30.html : " voyage au centre de la mémoire ", l'hebdo n° 30 du 24 juillet 1997 de Pierre Yves Frei, 4 pages.

Ensuite, il y a des peurs reflétant nos instincts animaux, comme la peur de l'inconnu, ou encore celle liée à une approche rapide et surprenante.⁷ Quelque soit notre âge, nous sursautons, quand quelqu'un surgit brusquement derrière nous. Ce sont des peurs relativement normales. Les principales situations génératrices de peur sont : la peur associée au bruit, celle de l'inconnu (personnes, objets ou environnements), celle de la douleur ou (des) personnes associées »⁴¹.

Cependant parfois, « à la suite d'une situation réelle de peur (un traumatisme) ou par connexion associative avec des situations réelles de danger, se (développent) des peurs immotivées »². La peur de la piquûre, se situe entre ces deux pôles, parce qu'elle comporte des éléments qui sont « logiques » en lien avec ce qu'elle est, et parce que nous apprenons normalement à la surmonter dans notre développement. La peur peut être aussi ce qu'on nomme l'appréhension, « crainte vague d'un danger futur »¹.

Mais elle possède des proches parents, qui eux peuvent faire partie d'une pathologie. Il s'agit de l'anxiété,^{2 et 41} « peur sans objet » et « sentiment pénible d'attente... qui évoque une menace ou un danger pourtant absents ». La personne ressent alors à peu près la même chose que pour la peur.

Ensuite, il y a l'angoisse, « grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente,... se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques »¹ là encore, identiques à ceux de la peur, mais « une participation somatique (plus) importante : comportement désintégré, interprétation faussée et irréaliste de la situation. Parfois terreur, confusion, incapacité de parler ou de bouger... »³⁵. Peur et angoisse sont liées. En effet, il y a la peur « primitive, instinctive, inconsciente, antérieure à toute expérience individuelle » et l'angoisse, « peur secondaire, consciente, raisonnée, postérieure à l'expérience »¹⁸.

Il y a aussi la phobie, que l'on classe en « phobies d'objets (tenus pour dangereux, menaçants ou provoquant la répulsion), phobies de certains lieux, de situations, de tels ou tels aspects du corps malade, phobies des animaux, grands ou petits ... »⁹ « La plus fréquente est celle des animaux...(puis) par ordre décroissant, la phobie des foules, du sang, les phobies sociales et celles d'objets divers »³¹.

Par rapport à ces différentes définitions, nous retiendrons qu'elles sont très proches, qu'elles ont les mêmes manifestations physiques, (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme

⁷ ¹ Appréhension, DICTIONNAIRE : grand Larousse en 5 volumes (1989) ² Angoisse, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ⁹ Phobie, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition payot, Paris 1985, 215 pages ³¹ Bendensky Noëlle : " Tableau des phobies en France ", Tempo médical, n° 384 A/B, avril 1990, page 30 ³⁴ Brunschwig H. : " les peurs enfantines ", soins gyné co obstétrique n° 108, mai 1990, pages 41 à 44 ³⁵ Coulon Catherine : " Anxiété, peur, angoisse ", Soins n° 627, juillet août 1998, pages 17 à 19. ⁴¹ Lararovici R. : " peurs de l'enfant ", Médecine et enfance, juin 1990, pages 227 à 232

cardiaque, vertiges...) et que dans le langage courant, les unes sont utilisés pour les autres. Par rapport à la peur de la piqûre, toutes peuvent correspondre.⁸

2) Manifestations

Elles sont de quatre ordres.

2.1) Manifestations physiologiques

Ces manifestations, sont en effet liées à l'activation du système nerveux sympathique et parasympathique². Elles sont « animales », on peut constater : une « *augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, et de la fréquence respiratoire* », des « *sueurs, tremblements, bouche sèche* », des « *pâleurs* »...⁴⁶Ceci s'explique par l'action des catécholamines, « *responsables de la plupart des réponses immédiates à l'agression* » et correspond à une redistribution du sang des territoires viscéraux vers les muscles et le cerveau. Puis, « *les glucocorticoïdes viennent (les) relayer et amplifier (leur) action au niveau énergétique* »¹³ pour permettre une réponse prolongée si besoin.

2.2) Manifestations comportementales

Ces comportements sont caractéristiques d'une culture, et le signe des acquisitions et de l'évolution de la personne. Ici, nous nous attachons à étudier ceux qui ont une incidence sur la relation. On observe des comportements de fuite ou de lutte¹⁸ et ⁴⁶. De même, « *la violence et l'agressivité ne sont à mettre que dans un seul registre, celui de la peur* »⁴⁴. La personne peut perdre le contrôle d'elle-même ou de son corps⁴⁹ et c'est notamment le cas, quand quelqu'un a peur de la piqûre. Il existe aussi des manifestations plus générales, comme « *l'irritabilité, les pleurs, les tressaillements, les critiques, (ou encore) la passivité...* »⁴⁶, comportements qui ont toujours des répercussions sur la relation, puisque communication non verbale.

2.3) Manifestations émotives¹⁸

La peur se manifeste aussi « *par des symptômes d'ordre émotionnels (sentiments de nervosité, manque de confiance en soi, tensions, crainte d'un malheur imminent, peur, souffrance, doute, colère...)* »^{44, 46 et 48}. Ces réactions accompagnent presque toujours les précédentes.

2.4) Manifestations cognitives

Elles sont caractéristiques de l'homme et de son évolution dans l'espèce. On peut voir des manifestations comme « *une incapacité à se concentrer, (des) ruminations, (des) blocages de la*

⁸ ² Angoisse, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹³ Stress, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : *la peur et l'angoisse*, édition payot, Paris 1985, 215 pages ³¹ Bendensky Noëlle : " Tableau des phobies en France ", *Tempo médical*, n° 384 A/B, avril 1990, page 30 ⁴⁴ Monceau Madeleine : *Santé Mentale*, n° 42 novembre 1999, page 19 ⁴⁶ *Recherche en soins infirmiers*, " effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique ", n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63. ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur " , *Emission sur France 2*: année 2000 .

pensée, (un) accroissement de la tension mentale » qui varient suivant l'intensité de la peur.⁴⁶ Ces réflexions et cogitations, sont souvent la « *cause d'excessive inculpation d'autrui* »¹⁸.

2.5) Répercussions sur les 14 besoins fondamentaux⁹

Il existe en effet, une interaction entre la peur et les besoins fondamentaux de l'homme. L'un et les autres pouvant avoir des répercussions sur l'autre.⁴⁶ La cause de la peur peut donc naître, par exemple dans l'insatisfaction d'un besoin.

3) Causes

« *La personne est un tout* », cherchant l'équilibre entre différents facteurs.⁴⁶

3.1) Facteurs favorisants

Il existe tout d'abord, des conditions favorables à la peur. Il s'agit de facteurs extra-personnels tout d'abord. En effet, le soin, la piqûre, et encore plus l'hospitalisation,⁴⁷ et ⁵² correspondent à une situation de stress, où la personne « *subit des contraintes matérielles* »⁵²: horaires des repas, visite médicale, et des proches, soins, traitement, etc., mais aussi répétition des piqûres. Il peut alors ressentir « *un sentiment de perte de liberté, de diminution, de désorientation. Il entre dans un monde inconnu, incertain...* »⁵². Cette situation nouvelle et inconnu pour lui est une source de peur, aggravée « *par l'effacement des repères* »²⁴, des conditions inhabituelles de vie pour lui⁵ et des difficultés qu'il peut avoir en parallèle.

De plus, le soin et les produits utilisés⁴⁵ peuvent être perçus comme une menace¹⁹ et ⁴⁹ et accroître encore la peur. S'ajoute à ça, celle liée aux examens réalisés et à l'incertitude des diagnostics. En effet, « *dans la pratique quotidienne les infirmières constatent un état d'anxiété chez les patients qui doivent subir des examens diagnostiques* »⁴⁶. Et celle liée aux instruments, au vocabulaire et aux techniques utilisées, incompréhensible pour lui souvent il entre dans un mode qu'il ne connaît pas, et se retrouve livré « *à la manière d'un objet* »²⁴ aux mains des soignants.

Ensuite, les facteurs inter-personnels entrent en jeu.⁴⁶ Dans le soin et pour la piqûre notamment, la relation est perçue comme une privation d'autonomie et de liberté, donc une dépendance¹⁸. En effet, la personne se retrouve dépendante d'une volonté extérieure, « *dépouillée de son rapport intime et de ses manières traditionnelles d'être avec les autres... Mis à nu, en position horizontale, privé de toute autonomie, dépendant d'une volonté extérieure, il est contraint à un*

⁹ ¹⁸ Diel Paul : *la peur et l'angoisse*, édition Payot, Paris 1985, 215 pages ¹⁹ Carlson- Blackwell C. *Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers* 1982, 470 pages ²⁴ Le Breton David : *Anthropologie de la douleur*, édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ⁴⁵ Pissondes André e : " La perception de la douleur selon que l'on est patient ou soignant..." , *Profession infirmière*, septembre 1998 n° 73, pages 6 et 7. ⁴⁶ *Recherche en soins infirmiers*, " effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique ", n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63. ⁴⁷ Servant D. : " évaluation et prise en charge de l'anxiété du patient hospitalisé en cardiologie ", *objectif soins* n° 80, novembre 1999, pages 25 à 27. ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur " , *Emission sur France 2*; année 2000 .

compromis »⁴². De plus, il n'arrive pas à trouver de repères dans cette relation, lié contraintes organisationnelles Par exemple, « *une succession de professionnels se relaient à son chevet (et) il peine à identifier (leur) fonction* »⁴². Pour finir, dans ce milieu, il est parfois isolé, et en « *rupture avec son milieu familial et social* »⁵², ce qui constitue comme pour l'animal, éloigné de son « *milieu habituel* »², un élément de plus de peur.¹⁰

Enfin, des facteurs intra-personnels entre en jeu. Ils peuvent être physiologiques, psychiques, socioculturels⁴⁶, ou encore en lien avec leur histoire et notamment avec leur expérience face à la santé, à la maladie⁴⁷ et ⁵² et à la douleur²⁴. L'information qu'il possède ou reçoit est alors primordiale. En fait, « *la cause de l'angoisse est bien plus dans l'individu que dans la réalité qui l'entoure* »¹⁸. Elle vient plutôt de la façon dont il perçoit son environnement.

3.2) Perceptions et interprétation

C'est quelque chose de très personnel. En effet, « *une perception est fonction de ses expériences passées, de ses motivations présentes et de ses anticipations* »⁵. Or la perception est influencée « *par la possession de concepts ... parce que (cet) acte présuppose une hypothèse ou un jugement* »⁷. De même, la connotation désagréable la modifie. Enfin, « *nous percevons plus facilement ce qui est attendu, l'inattendu peut être difficile à percevoir* »⁵⁷. Dans la peur, la « *vision des choses est complètement déformée* »⁴⁹.

L'anticipation, expérience tirée du passé et projetée sur l'avenir¹⁸, peut donner la possibilité d'un certain contrôle. Car, « *la capacité de prévision joue un rôle important dans l'attitude adoptée par le sujet face à la situation stressante* »¹³. Lorsqu'on a peur, c'est de quelque chose, qui « *se trouve, soit dans le passé, soit dans l'avenir* »¹⁸.

Par rapport à la piqûre, la douleur d'anticipation dépasse celle qui est réellement produite²⁵ et il est possible de « *souffrir par anticipation d'une expérience potentiellement désagréable* »²⁵. L'anticipation « normale », permet une adaptation efficace (imaginative et réfléchie) et « *elle stimule la mobilisation de l'effort sensé, susceptible d'évincer la menace* »¹⁸. Dans la peur, la personne a « *de sombres pressentiments et la représentations du malheur* »⁴⁸, ce qui peut s'apparenter au mauvais stress¹³.

¹⁰ ¹³ Stress, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition payot, Paris 1985, 215 pages ²⁴ Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ⁴² Le Breton David : " Douleurs et soins infirmiers ", Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 17/23. ⁴⁶ Recherche en soins infirmiers, " effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique ", n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63. ⁴⁷ Servant D. : " évaluation et prise en charge de l'anxiété du patient hospitalisé en cardiologie ", objectif soins n° 80, novembre 1999, pages 25 à 27. ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur ", Emission sur France 2: année 2000 ⁵² Page web : www.memoirecommuniquer.html : " Communiquer pour mieux soigner ", mémoire de Nadège Bertrand, IFSI du blanc-indre, 1995, 24 pages. ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

Percevoir, c'est déjà interpréter.¹¹ Car, si nous percevons, les « *qualités premières des objets, telles que leur taille, leur texture ou leur forme* » relativement bien, puisque « *correspondant à des propriétés que les objets ont en eux-mêmes* », nous ne le faisons pas aussi bien avec les « *qualités secondes (telles que couleur, odeur ou saveur)* »⁷. De plus, « *la personnalité ... (joue) un rôle primordial dans la perception* »⁸. Enfin, « *tout individu (se) réfère à une situation émotionnelle, à la sommation de ses expériences passées* »^{25 et 49} et à ses souvenirs⁸.

Tout d'abord, il existe une mémoire biologique, « *les cellules et les tissus (en) sont capables* »⁸. et d'ailleurs, « *le corps ressent, reconnaît (et) revit dans toute son intensité* »²² ce qu'il a déjà vécu. Car la mémoire « *est la faculté de se représenter le passé : ce qui a été appris, ce qui a été vécu, (et) surtout ce qui a été ressenti* »²². Elle contient des informations sous la forme de différents codes, classés en trois catégories : codes sensoriels (informations : tactiles, visuelles, auditives ou olfactives), codes moteurs et codes symboliques⁸. Celles-ci peuvent réapparaître, lors du « *processus de rappel* »⁸ de façon plus ou moins efficace, selon la mémorisation. « *Par exemple, un sujet traumatisé par une expérience pénible au cours de son enfance, sera hésitant face à une activité similaire, appréhendant de renouveler l'expérience négative* »²⁶. On voit donc que la peur est elle aussi déterminée par nos expériences.

4) Adaptation

La peur fait en fait partie d'un processus normal d'adaptation, à la vie et aux différentes situations. Il existe aussi chez l'animal, et contribue à augmenter la maîtrise que nous avons sur l'environnement. Nous, « *nous apprenons, sinon à maîtriser, du moins à donner un sens* » aux expériences que nous vivons. En fonction du stade de développement où nous sommes parvenu, nous mettons en place des stratégies d'adaptation. Leur « *choix de est très étroitement dépendant des variables environnementales (et des) ressources* » dont nous disposons à chaque âge.

Nous pouvons par exemple utiliser, les mécanismes de défense, pour protéger notre « moi ». ^{annexe 2} Mais, il existe de nombreux autres moyens, comme le passage à l'acte (non pathologique). Il s'agit soit de fuite, soit d'agression, qui visent « *à mettre un terme (ou atténuer) une émotion de nature aversive : inquiétude, peur, contrariété, colère, générée par la situation et par (son) interprétation* »²³. Existe aussi des comportements que l'on retrouve chez les animaux :

¹¹ 7 Expérience, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ⁸ Mémoire, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹³ Stress, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ²² Hermant G : Le corps et sa mémoire, édition Doin, Paris 1986, 331 pages ²⁵ Marchand serge : Le phénomène de la douleur, édition Masson, Paris 1998, 311 pages ²⁶ Paul-Cavallier François : Visualisation : des images pour des actes, édition Interéditions, Sarcelles, 1989, 239 pages ⁴⁸ Weigelt Vreni : " le temps de l'incertitude ", une étude sur les patients qui attendent un diagnostic, soins infirmiers suisses, octobre 1992, pages 69 à 72. ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur ", Emission sur France 2 : année 2000 . ^{annexe 2} tableau des mécanismes de défense

immobilité, inhibition, « *quand il est impossible d'agir* »⁴⁶ et ⁴⁹ou retrait. L'homme a encore développé d'autres stratégies, « *l'évitement est (celle) la plus utilisée...et à l'opposé, la vigilance focalise l'attention sur (le problème) pour mieux le prévenir ou le contrôler* »⁴⁹. Mais ce qui notre caractéristique, c'est notre imagination, avec la possibilité d'inventer des solutions toujours plus efficaces et personnalisées.¹²

Enfin, dans cette adaptation, de l'homme, animal, « non fini à la naissance », une aide est souvent très précieuse. En effet, « *les mécanismes d'attachement ont un effet tranquilisant* »⁴⁹ et bien souvent, « *le seul moyen de surmonter (sa peur), est de développer autour de soi... un lien affectif sécurisant* »⁴⁹. La peur s'inscrit donc dans la relation qu'elle modifie ou perturbe.

C La relation soignant soigné

1) Généralités sur la relation

« *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »^{24 bis}. Nous échangeons des informations en permanence utilisant différents supports, tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi les accessoires, c'est à dire tout ce qui participe à la relation comme la tenue vestimentaire (uniforme, vêtement civil ou chemise d'hôpital) et les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre...)⁵⁷. Tous ces éléments, apportent une information à partir de laquelle un message est perçu et interprété par l'autre »^{24 bis}.

2) Les différentes étapes de la relation

Pour entrer en relation, il est nécessaire de franchir plusieurs étapes.

Des facteurs personnels, facteurs psychologiques : valeurs personnelles, représentations, préjugés, émotions, désirs; facteurs sociaux : catégorie professionnelle, classe d'âge, culture ainsi que rôles et fonctions de chacun ; facteurs physiques : perceptions...)^{24 bis} interviennent.

Pour entrer en relation, il faut une raison, une motivation, c'est à dire un « *lien entre la réalité intérieure, faite de désirs, de sentiments, d'émotions, de rêves, de fantasmes et la réalité sociale* »^{24 bis}. Dans notre étude, c'est la piqûre. Mais « *les relations (soignant-soigné) sont majoritairement déterminés par les soins* »^{24 bis} de toutes façons.

Ensuite a lieu le contact, préalable indispensable à toute relation de bonne qualité, car il permet de créer un lien, comme un pont entre les rives de deux mondes personnels. Il se fait souvent

¹² ²³ Karli Pierre : L'homme agressif, édition Odile Jacob, Paris 1987, 385 pages ^{24bis} Manoukian A.et Maseeuf A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages. ⁴⁶ Recherche en soins infirmiers, " effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique ", n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63 ⁴⁹ De Closets F., " les mystères de la peur " , Emission sur France 2 : anné e 2000 .

par le toucher. Or il est tabou dans notre société occidentale, « *les corps passent leur temps à s'éviter. Toute l'éducation est basée sur le rejet du contact physique* »²⁷ Mais « *dans les soins qu'elle prodigue, l'infirmière est souvent amenée à toucher l'enveloppe corporelle du soigné. Le toucher sens interdit devient permis. Il va s'exercer paradoxalement en utilisant un objet qui l'éloignera de la peau : des gants, des instruments, une seringue...* »⁵⁷. Puis, « *dès la fin du soin, le soignant reprend une distance acceptable : on ne reste pas auprès du malade, on se centre sur les objets à ranger, on change de sujet* »⁵⁷. Le soigné lui, ne peut que subir cette transgression du tabou. Ceci représente une difficulté dans la relation, dans la peur de la piqûre. ¹³

Cette relation est la rencontre de deux modes et « *lorsque deux personnes de culture différente se rencontrent, elles passent par des étapes d'adaptation : la peur, l'antipathie, la méfiance, l'acceptation, le respect, la confiance, la sympathie* »⁵⁷. La peur est donc une étape ³⁶ normale de la relation. Il faut donc, que les deux partenaires construisent un espace sécurisant pour entrer en relation ⁴⁰. Dans le cadre de la piqûre, le soigné a peur, il ne se sent pas en sécurité et ne part donc pas sur de bonnes bases. Dans nos société, un certain savoir-vivre est nécessaire dans les relations, que la douleur de la piqûre peut mettre à mal, avec « *un renoncement... à la contenance qui est (normalement) de mise dans les relations sociales* »²⁴

3) La relation dans le cadre de la piqûre

« *Tout acte, tout geste technique se situe au sein d'une relation soignant soigné* »^{24 bis}.

Dans le soin, les conventions et les distances sont bousculées, « *les relations non choisies* », le corps, « *nu dans un monde en uniformes* »⁵⁷. Et la menace que représente la piqûre, augmente ce contexte défavorable. « *Personne n'a le temps de faire connaissance avec l'autre, (et) de franchir successivement* »⁵⁷ les différentes étapes de la relation. En plus de la « *notion de non choix dans notre relation au soigné* »⁵⁷, des droits et des devoirs conditionnent la relation, ce qui peut être angoissant. D'autant plus que l'organisation des soins l'accentue. En effet, il est souvent privé d'autonomie, dépendant d'une volonté extérieure⁴². « *Il a (le) devoir de se laisser faire (pour son bien), donc de se laisser investir* »⁵⁷, c'est à dire d'accepter qu'on porte atteinte à son corps sans broncher. Il est comme une marionnette, dont « *l'équipe médicale tire (les) ficelles (du) destin* »⁵²,

¹³ ²⁴ Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Mé taillé, Paris 1995, 233 pages ^{24bis} Manoukian A. et Masseur A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages. ²⁷ Savatofski Joël, Le Massage Douceur, édition Dangles, St Jean de Braye 1990, 155 pages ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, ° 137, avril 1999. ⁴⁰ Jacobi Daniel : " Expliquer et faire comprendre la douleur... ", Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 5/16. ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

lié parfois au résultat de celle-ci. ¹⁴Le soignant lui, a « *le droit, avec (son) corps, de toucher le malade au plus intime de sa personne* » il peut même le blesser ! Tandis que le soigné, « *lui n'a pas le droit de (le) toucher* »⁵⁷. La piqûre est une contrainte : « *Impossible d'échapper au contact direct et très intime prodigué par le soignant... Les soins nous font entrer dans la sphère intime. Le soignant utilise pour se défendre la mise à distance psychologique renforcée par une position du corps, une rapidité des gestes, une façon d'aller droit au but ...* »⁵⁷. Mais le soigné, ne dispose pas forcément de ressources pour se protéger. Il est comme à la merci du soignant, qui a. « *le devoir d'agir, (et) donc le droit d'être intrus* »⁵⁷.

Quelque soit la relation et le déroulement du soin, « *s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris* »^{24 bis}. Cette communication verbale et non verbale, est reçue par l'un et l'autre, et influence donc leur relation.

S'ajoute à ça, les positions des deux interlocuteurs dans le soin (au sens propre, comme au figuré). Le soignant est « en position haute », il donne les soins, « dispose du corps ». Il est « supérieur » au soigné par le pouvoir (de lui faire mal notamment) qu'il a sur lui, par ses connaissances... Il donne, mais il prend aussi. Le soigné lui, est en position basse, souvent par le fait qu'il soit allongé, « *en position horizontale* »⁴², pour la piqûre tout d'abord, et parce qu'il reçoit. Il est dépendant de l'autre, par son incapacité à se soigner seul, et son « ignorance ».

4) Différents types de relations

C'est dans ce contexte qu'a lieu la relation. L'infirmière, possède différentes capacités et connaissances qu'elle acquiert pendant ses études, puis tout au long de sa carrière. Dans son rôle, peut apparaître : la relation thérapeutique, d'aide, d'éducation, etc.

Plus généralement, deux types principaux de relations s'établissent entre les personnes. « *Par le langage des relations égales et réciproques* »¹⁰ se nouent entre les deux partenaires. Dans le soin, d'autant plus que « *le soignant s'adresse à une personne et non à un corps malade* »³⁶ et qu'ils se considèrent d'égal à égal. Mais une relation dissymétrique peut aussi apparaître lorsque les deux personnes ne se trouvent pas sur un même pied d'égalité, du fait de leurs connaissances, de leur fonctions ou de leur statut.

¹⁴ ¹⁰ Pouvoir, CD ROM UNIVERSALIS (1995)²⁴ Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ^{24bis} Manoukian A. et Masseur A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages. ⁴² Le Breton David : " Douleurs et soins infirmiers ", Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 17/23 ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

Dans le soin, « les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et prolongée. »^{24 bis} La relation qui a lieu lors de la piqûre est particulière par le fait qu'elle représente souvent un rapport inégal : « la partie adverse est manifestement plus puissante », elle a l'arme de la piqûre. Donc « la partie adverse triche ou recourt à des moyens déloyaux »²¹ en tout cas au niveau symbolique. L'infirmière sait, elle a plus de connaissances, et cela lui donne du pouvoir face au soigné qui souvent ne sait pas.¹⁵

C'est comme un rapport d'autorité et de puissance, que la relation est perçue, ce qui renforce le contexte de peur. « L'autorité est le pouvoir d'obtenir, sans recours à la contrainte physique, un certain comportement de la part de ceux qui lui sont soumis. »³ C'est ce qui se produit lors de la piqûre. L'infirmière a symboliquement le pouvoir : le pouvoir de faire mal d'abord. Puis elle a un pouvoir, qui repose sur « son charisme »³, grâce à sa compétence, sa popularité et son prestige. Mais il n'y a pas si longtemps, l'infirmière, « bonne sœur », disposait d'une autorité traditionnelle³. Elle a laissé la place aujourd'hui à une autorité rationnelle légale³, fondée sur la loi et les connaissances.

Le pouvoir de l'infirmière vient également du fait qu'elle « dispose de moyens de contraintes et le recours éventuel à la violence. »¹⁰ De plus, elle possède « une supériorité reconnue » par son diplôme. S'ajoute à ça, le pouvoir qu'elle tient « des signes et des symboles »¹⁰, insignes de sa profession. « Dans tout phénomène de pouvoir (est) en cause des croyances, des représentations, et des symboles »³. C'est le cas pour l'acte de la piqûre.

Pour finir, la relation peut aussi être perçue comme un lien de dépendance. Or, la peur, peut être « causée par leur dépendance à l'égard d'un monde ambiant susceptible de faire obstacle à la satisfaction des besoins vitaux »¹⁸.

Autorité, pouvoir et dépendance, sont trois représentations les plus fréquentes de la relation dans le cadre de la piqûre. Celles-ci par leur image, peuvent accroître la peur.

5) Conditions favorables à la relation

Cependant, malgré le fait que la piqûre représente un moment pouvant dégrader la relation, il existe des conditions favorables à celle-ci. Tout d'abord, pour entrer en relation, la sécurité est la condition sine qua non. Celle de la personne, mais aussi celle du contexte, et de l'environnement. Or lorsqu'une personne a peur de la piqûre, cette condition n'existe pas. Car ce contexte comporte de

¹⁵ ³ Autorité, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁰ Pouvoir, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ²¹ Fischer Roger et Ury William : Comment réussir une négociation ?, édition du seuil, Paris 1982, 219 pages ^{24bis} Manoukian A. et Masseuf A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, ° 137, avril 1999⁴² Le Breton David : " Douleurs et soins infirmiers ", Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 17/23

nombreux éléments perçus comme menaçants. La confiance peut permettre une relation sécurisante³⁶, par le climat qu'elle crée.¹⁶

De plus, toutes les attitudes aidantes de l'infirmière (congruence, empathie, compréhension, ou considération positive), peuvent également aider la relation au moment de la piqûre. Existente encore de nombreux autres outils. La communication et le toucher²⁷, peuvent aider à la relation, renforçant les liens et donc la sécurité, nécessaire à celle-ci. Ces deux éléments, facilitent aussi le contact. Le toucher portant tant de signification dans notre étude, peut de plus, recréer l'enveloppe peau qui est agressée lors de la piqûre. La piqûre perturbe et rend le contact voire la agressive.

Le soutien²⁴, l'aide et les informations et explications sont encore d'autres moyens de parvenir à une bonne relation, c'est à dire, une relation équilibrée où chacun s'enrichit et dans laquelle, la personne peut devenir autonome, se libérant de sa peur. Il est important dès le « *premier contact, d'aller au devant de la personne, de déceler ses attentes, de découvrir ce qui fait sens pour elle et d'écouter son désir* »³⁶. Ce sont là, des choses très personnelles, et certainement pas théoriques, raison pour laquelle, j'ai réalisé cinq entretiens dont l'analyse suit.

¹⁶ 3 Autorité, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁰ Pouvoir, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁸ Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition payot, Paris 1985, 215 pages ²⁴ Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métaillé, Paris 1995, 233 pages ²⁷ Savatofski Joël, Le Massage Douceur, édition Dangles, St Jean de Braye 1990, 155 pages ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, ° 137, avril 1999

Analyse de contenu des entretiens

Analyse de contenu des entretiens

A) DEUX

MONDES DIFFERENTS.

Comme le dit FG, l'infirmière est « quelqu'un de l'extérieur », elle ne fait pas toujours partie du même monde que le leur.

1) Caractéristiques des interlocuteurs¹⁷

Nous savons à présent, qu'il y a des « *facteurs intervenants dans l'établissement d'une relation : facteurs psychologiques, .. sociaux, ... physiques, etc.* »^{24bis}

1.1) Caractéristiques psychologiques et affectives : la peur

S'il « y a sûrement une part d'inconscient » (LB), dans leur psychologie. Dans leur peur, c'est pareil. Ils ne savent pas toujours d'où ça vient : « c'est comme la peur du vide » dit FG, mais il existe aussi des éléments conscients, dans cette peur, comme la douleur par exemple. (LB et CL) La piqûre, c'est un moment qu'ils n'aiment pas (FG, LB et ME), et ils en ont peur. Ainsi leurs expériences autour de la piqûre sont telles teintées d'une coloration affective⁷ négative, qui nuit à la relation soignant-soigné.

1.2) Caractéristiques sociales : (Age, Sexe, Lieu de vie, Profession)

Dans la théorie, « 33 % des français sont concernés »³¹. Lors de mon mini sondage, j'ai noté une fréquence légèrement inférieure (20 %). Le « *portrait type* (de la personne phobique) (serait celui d'une) *jeune femme inactive* (ME), *étudiante* (LB), *ou à la recherche d'un premier emploi plutôt que salariée, cadre moyen plutôt qu'employée, elle habite dans une ville de plus de 100.000 habitants* »³¹. Par rapport à cela, ma population, choisie au hasard, correspond. Ils ont évoqué les différentes personnes pouvant réaliser ces piqûres de par leur fonction. Il y a « des infirmières, des médecins, le dentiste » ou des techniciens de laboratoire. Ce sont des gens très différents, ne répondant donc pas à un portrait type. Autre caractéristique « sociale », la présentation et le paraître du soignant sont essentiels, puisqu'ils conditionnent le déroulement de leur relation avec eux. Quand elle est

¹⁷ 3 Autorité, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ⁷ Expérience, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹¹ Somesthésie, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ^{24bis} Manoukian A. et Masseur A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages. ³¹ Bendensky Noëlle : " Tableau des phobies en France ", Tempo médical, n° 384 A/B, avril 1990, page 30 ³⁷ Garcia Ximena : " la douleur liée aux gestes invasifs ", soins n° 568, janvier 1993, pages 21 à 23

bonne, cette évaluation très subjective, se fonde sur des critères reliés au « charisme de la personne »³ : une personne « sympa », qui présente bien.

1.3) Caractéristiques physiologiques : la douleur¹¹

Certains d'entre eux, disent qu'ils sont particulièrement « sensibles » à la piqûre. (LB, JM) Mais ils admettent tous, finalement que la douleur de la piqûre n'est « pas si terrible que ça » (LB). Cependant, elle existe, c'est « une douleur aiguë, iatrogène, de durée limitée »³⁷. Elle est « subjective »³⁷ et c'est d'ailleurs ce qu'ils décrivent : « une douleur évolutive, quelque chose qui montait (CL), une impression d'aspiration très douloureuse » (JM). Ce ressenti, ce souvenir de la douleur, peut lorsqu'il réapparaît, créer lui même la peur. (ME, CL et LB)¹⁸ De même, leurs sens sont aussi des facteurs susceptibles d'augmenter et presque de créer leur douleur et leur peur (ME).

1.4) Caractéristiques culturelles et comportementales

Leur culture est un héritage, transmis dès le début de leur vie, voir même in utero (LB). C'est la culture de la peur de la piqûre. JM s'interroge sur son origine : est-ce « transmissibles dans les gènes⁴¹ ou transmis par l'environnement ». Dans le 2^{ème} cas, cela s'apparenterait à un conditionnement à la peur. Cette culture leur vient de leur éducation, de « l'ambiance familiale » (JM) et aussi de ce qu'ils ont ressenti enfant.. Ils interprètent, ensuite ce qu'ils vivent, car si leur parent a peur de la piqûre, ils ne savent pas réellement pourquoi. Ainsi LB lance-t-elle : « éliminons les piqûres », pour éliminer la douleur.

La culture peut être à l'origine de leur peur, mais elle permet aussi de s'adapter. LB a appris un « cérémonial », qu'elle répète pour effacer la douleur. ME, parce qu'elle est « haikidoka depuis 13 ans », maîtrise sa peur par la respiration. Ces comportements liés à leur culture, sont pour eux de véritables stratégies d'adaptation, vers une évolution. Pour eux, c'est la maîtrise.(ME, CL)

1.5) Vécu personnel

Il y a la 1^{ère} expérience, qui n'est d'ailleurs pas pour eux, celle qui est à l'origine de leur peur. Celle qui les a marqué, a toujours été accompagnée de circonstances particulières, la renforçant : une douleur immense, un soin « raté », un malaise, un « évanouissement » ..Cependant, de mauvaises expériences, ils n'en ont souvent, pas eu d'autres. Si leurs souvenirs sont flous ou absents, ce dont ils se souviennent c'est d'un détail¹⁵. Leur peur, s'est assimilée à un objet, une odeur, une piqûre particulière (JM, FG et CL), détails qui aujourd'hui sont au centre de leur peur. Leurs souvenirs sont liés

¹⁸ ¹⁵ Trace mnésique, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ³⁷ Garcia Ximena : " la douleur liée aux gestes invasifs ", soins n° 568, janvier 1993, pages 21 à 23 ⁴¹ Lararovici R. : " peurs de l'enfant ", *Médecine et enfance*, juin 1990, pages 227 à 232 ⁵³ Page web : www.memoire_30.html : " voyage au centre de la mémoire ", l'hebdo n° 30 du 24 juillet 1997 de Pierre Yves Frei, 4 pages.

à leurs sens : l'odeur (ME), la vue (LB FG)... donc pas toujours en correspondance avec la réalité et ceci influence aussi leur peur.⁵³ de plus, cette dernière est également en lien avec la satisfaction de leurs besoins : le soigné est un tout. Ainsi si CL n'a pas bien dormi, elle n'est pas dans de bonnes conditions pour cette relation.

1.6) Leurs connaissances

Celles sur la piqûre elle même, sont fondamentales pour eux. Savoir que « ç a ne fait pas mal » (FG), que « les aiguilles sont toutes petites » (LB), les aident. Et ne pas savoir par exemple d'où vient cette peur, ou la douleur est angoissant. Ils ont des intuitions, ou des idées reçues sur la relation et sur la piqûre, mais connaître le monde médical est pour eux une aide réelle pour la relation.

2) Le monde médical¹⁹

2.1) L'environnement médical

C'est un domaine, avec ses lieux : « l'hôpital, le bloc, le labo... » , ses accessoires, et ses odeurs qui ont eux mêmes, plus ou moins d'influence sur leur peur. C'est aussi une culture, qui a évolué, se rapprochant des préoccupations des soignés. (ME, CL)

Puis ce sont des professionnels, « personnel humain » (JM), proches et favorisant la relation. L'infirmière a l'image de « *celle qui donne les soins* » : la mère, accompagnée de l'image de l'infirmière amie et confidente. Mais elle est aussi « *celle qui écorche* »¹⁶ et qui fait mal : la « mé chante » (LB) Cette image est liée avec l'imaginaire des enfants. Le soignant, est alors « quasiment associé à la piqûre » , la seringue devenant « *un super appendice* »⁵⁷ de son corps. L'infirmière est aussi un mouvement, c'est « un acteur, quelqu'un qui dirige » , un metteur en scène, comme dans le cinéma . Elle a un rôle que FG voit comme limité, alors que ce soin comporte de nombreuses dimensions. Enfin, ils y a les soignés, « *isolés face à l'équipe médicale* »⁵², avec pourtant le sentiment de « ne pas être les seuls » (ME FG). CL les voit comme des personnes soumises, c'est ce qu'elle ne veut pas pour elle même. Son rôle est celui « d'une mauvaise malade » .

Ensuite, ce sont des soins. La piqûre est efficace: c'est « plus rapide » (ME). Mais si ça fait mal, c'est que « c'est mal fait » . Pourtant CL, sait bien que certains soins, certains produits, comme la piqûre, « sont forcément douloureux » . Il existe pour tous, une graduation ceux-ci. ME et le père de JM n'en supportent aucun, tandis que pour LB et JM d'autres piqûres, comme le vaccin par exemple : « c'est

¹⁹ ¹⁶ Anzieu didier, *Le Moi Peau*, édition Dunod, Paris 1997, 291 pages ⁵² Page web : www.mémoirecommuniquer.html : " Communiquer pour mieux soigner ", mémoire de Nadège Bertrand, IFSI du blanc-indre, 1995, 24 pages. ⁵³ Page web : www.memoire_30.html : " voyage au centre de la mémoire ", l'hebdo n° 30 du 24 juillet 1997 de Pierre Yves Frei, 4 pages. ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

pas grand chose » . La prise de sang, reste la plus effrayante de toutes. Ceci, est lié à la représentation du matériel. Par leur taille, les aiguilles font un « gros trou » (LB) par exemple. En fait, on voit que leur peur est liée aux objets concrets. Ainsi, ils ont une perception de la piqûre, et de son déroulement. Ils ont la notion d'enchaînement de gestes, de durée de manipulations, représentant un certain automatisme, nécessaire à l'infirmière, mais qu'ils perçoivent d'un façon négative (ME, LB). Mais tous connaissent surtout les difficultés liées à ce geste : douleur, échecs, répétition, manque de temps qu'ils attribuent ou non aux conditions de travail du soignant: « elles sont bousculées » .²⁰

2.2) Le travail de l'infirmière

Il nécessite des capacités techniques, fondamentales du point de vue de CL, mais pas pour les autres. Pour tous en revanche, les capacités relationnelles, sont essentielles³⁶, ainsi que l'expérience. En effet, « *l'expérience du soignant qui réalise les gestes est un facteur déterminant de l'intensité et de l'appréhension de la douleur* ». De plus sa motivation est essentielle pour CL et LB, ce soin ne doit pas être fait à la légère, et doit être « un renouveau » pour chacun, c'est à dire individualisé. Le geste en lui même de la piqûre influence leur peur, ou plutôt ce sont les petits plus et les petits moins qu'ils perçoivent, c'est à dire : « qu'elle ne fasse pas que son travail » (CL et LB). Aujourd'hui, comme le dit ME « la communication » fait partie de notre profession. Dans mes entretiens, je vois qu'il s'agit à la fois de communication verbale, et non verbale et que la concordance entre ces deux langages, est essentielle pour eux. Globalement, ils souhaitent que l'instant piqûre soit bref dans cette relation, voir même, « qu'on n'en parle plus après » (FG).

Cependant, « *certaines activités médicales et certains soins infirmiers (sont) menaçants* »¹⁹. Les différentes représentations des soins augmentent en général la peur de ceux-ci et d'ailleurs la relation soignant-soigné est perçue d'une façon globalement négative dans le cadre de la piqûre. C'est quelque chose de « très froid », en lien peut être avec le matériel, le métal, souvent utilisé. JM, y voit « le geste médical ». La piqûre, pour eux, c'est la peur. Peur de la douleur d'abord, puis de ses conséquences néfastes : la « boule dans le dos », le « gros bleu.. » (ME) Mais c'est un objet, donc sans « sentiments » (LB) et aussi un mouvement. Leurs représentations de la piqûre correspondent en fait à une interprétation ou une perception des choses, pas toujours en lien avec la réalité, car leur peur accentue certains détails, et modifie leur perception des choses.

2.3) Le corps

²⁰ ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : " une rencontre avec l'autre ", Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, ° 137, avril 1999. ¹⁹ Carlson- Blackwell C. Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers 1982, 470 pages

Dans notre société, il a été mis à distance et c'est ce qu'ils décrivent. Le corps, c'est « la partie cachée », taboue... Pour la piqûre, c'est le sang aussi, que les affaires autour du SIDA nous ont fait craindre (FG). JM ne veut d'ailleurs pas donner son sang : il a peur de la piqûre et du sang. Les blessures du corps, sont pareilles à quelque chose qui vient d'être peint : « c'est frais », sous entendu, « ne pas toucher ». Réapparaît ainsi le tabou du toucher. Peu leur importe la partie du corps concernée en fait. (ME JM). Ils ont une perception de leur corps, grâce au mouvement et à leurs sens, source d'erreurs. C'est la même chose pour le geste de la piqûre : ça « bouge à l'intérieur de mon bras » (FG). Le monde médical, c'est froid, technique et parfois même tabou.²¹

3) Leur monde

En opposition avec celui de la piqûre, il est affectif. Quand ils ont peur de la piqûre, ils sont comme déboussolés : la peur est « *un état de désorientation, un aveuglement affectif* »⁸. Ils n'ont plus de repères, sauf celui qu'est la relation, élément fondamental de leur univers. Ils ne sont plus en sécurité dans ce contexte. Leur monde, c'est aussi leurs réactions, leurs ressentis au moment de la piqûre « un malaise qui grandit » en eux, jusqu'à l'évanouissement. (JM, CL et ME) Ils éprouvent des sensations : de « chaleurs, des sueurs, une augmentation de la fréquence cardiaque... », en lien avec leurs systèmes nerveux sympathiques et parasympathiques, de « la douleur, voir même des nausées. Ils décrivent aussi les différents comportements qu'ils adoptent : ils ne pensent à rien (JM ME), se concentrent sur autre chose (ME), pour ne pas rester fixer sur leur peur. Leur monde, c'est eux avec leurs comportements, leurs visions des choses, leurs émotions...

C'est aussi une philosophie de vie, fondée sur les rapports humains, des concepts et des croyances. Ainsi, ME pense que son corps peut guérir tout seul, sans qu'il y ait besoin d'y toucher. Donc pourquoi le faire ! De plus, leurs aspirations influencent leur relation : c'est l'esthétique (LB étudiante en art), la maîtrise et le contrôle (CL ME) ou la délivrance de ce mal (JM FG) : « plus vite ce sera fait, plus vite ça sera passé » (LB). Ce sont aussi les images qu'ils ont d'eux même. LB a celle d'être « un héros », surmontant les épreuves comme dans les dessins animés, tandis que CL a celle d'être « une mauvaise malade » : elle est soignante d'ailleurs. CL fait partie elle aussi du monde médical. Elle ne l'interprète donc pas, mais a un œil très critique, ce qui finalement, renforce sa peur, alors qu'elle connaît ce milieu. Ces connaissances sont un inconvénient qui ne lui permet pas de s'adapter facilement dans la relation.

B) LA RELATION : UNE RENCONTRE ENTRE DEUX MONDES

1) Les étapes de la relation

²¹ ⁸ Mémoire, CD ROM UNIVERSALIS (1995)

1.1) Les conditions à la relation

Il y a des circonstances, des âges... qui la rendent nécessaire, disent-ils. Dans leur cas : ils l'évitent (LB FG). Mais CL y est contrainte par sa maladie (CL). En tout cas, son déroulement est conditionné par plusieurs éléments : la sécurité tout d'abord : « une ambiance détendue » est préférable. « Quand c'est dans l'urgence » LB ne la vit pas bien. Ensuite la reconnaissance de chacun, de sa fonction et de son identité est indispensable, ils ont besoin de se présenter (ME), que chacun reconnaisse l'autre (LB). Ils souhaitent aussi des « petits plus », comme « un certain accueil, un sourire, un petit mot, être en position légèrement allongé e .. » et des attitudes favorables à la relation dont dispose aujourd'hui l'infirmière. FG par contre, avoue que lui est plutôt « fermé » à la relation, quand il a peur. Ils expliquent aussi « toute la préparation » indispensable, qu'ils doivent faire dans tous les cas. Pour la relation : il faut qu'ils soient prêts (CL LB JM), et que le contexte leur soit favorable et adapté. Ensuite il leur est possible d'entrer en relation.²²

1.2) Créer un lien.

Celui-ci, se fait d'abord par le contact, c'est à dire par le toucher, synonyme pour eux de tabou. LB moins influencée par ce dernier, elle ajoute que le contact, « n'est pas naturel chez tout le monde ». D'ailleurs, ME ne « supporte pas » qu'on la touche (CL). Ce contact est un enjeu essentiel puisque qu'il conditionne le déroulement de leur relation et permet de percevoir le monde de l'autre le plus rapidement possible. Il y a aussi une notion d'agréable, comme la caresse du tatouage, qui « effleure à peine », tandis que la piqûre blesse lors du contact.

Créer un lien, dans notre société, s'est souvent s'engager devant la loi. Dans le cadre de la piqûre, soignant et soigné établissent un contrat moral implicite. Ils disent avoir besoin d'une information claire et précise, pour donner leur consentement libre et éclairé, pour y « aller de leur plein grès ». Ce contrat doit ensuite être respecté. CL ajoute « qu'elle ne fasse de changement de plan ».

1.3) Le lien : la relation

Après le lien « charnel » du toucher, vient le lien relationnel noué par la communication, verbale et non verbale. Lorsqu'une personne a peur de la piqûre, « *les mécanismes d'attachement et les liens affectifs sécurisants* »⁴⁹ sont essentiels. Ainsi, CL explique-t-elle comment elle a besoin d'avoir un lien très fort avec celui qui la pique : « une amie, une collègue, son mari ». LB parle également de celui qu'elle a besoin d'avoir à côté d'elle pour supporter la piqûre. Tous parlent en fait de liens plus ou moins privilégiés lorsque ça se passe bien avec celui qui pique. Ce lien relationnel, est donc

^{22 49} De Closets F., " les mystères de la peur " , Emission sur France 2,: année 2000 .

essentiel, mais il dépend des personnes. Leurs connaissances influencent également le lien entre ces deux mondes. Elles leur permettent d'aller vers l'autre, de se rapprocher de lui. Ainsi pour LB, savoir et voir que les aiguilles de tatouage étaient « toutes petites », lui a permis de passer le cap. De même, les connaissances que JM et ME ont sur le matériel et « le système » utilisé sur le déroulement, ou la vitesse leur permettent d'accepter la relation. Leur savoir sur l'autre monde est un pont entre ces deux univers. Pour CL, par exemple, savoir à l'avance qui va la piquer, la prépare à la relation, et de même LB a eu longtemps besoin d'être prévenue très en avance. En fait ceci révèle la nécessité de construire ce lien, chose difficile dans la surprise (LB), ou lorsqu'ils ne sont pas préparés. De plus, selon les caractéristiques des individus, ce sera plus ou moins facile, selon qu'ils seront proches ou non.²³

En fonction de leurs expériences précédentes, c'est un véritable lien entre le passé et le présent. Ils comparent : « le type de douleur » (CL), « la technique » (CL), ou le « système utilisé » (ME JM) La relation dépend aussi de leur sensibilité et de leur sens. Ils ne sont pas capables de regarder, le lien ne peut donc se faire que pas le toucher, et la parole. FG et CL parle d'un contact visuel existant ou absent avant la piqûre. Pour CL, le lien sensoriel est essentiel et sa première expérience a été d'autant plus marquante que l'infirmière, ne la « regardait pas et n'entendait pas les symptômes ». Ceci, peut s'interpréter à la manière dont les enfants par leurs offrandes réalisent des liens d'attachement. CL lui donnait et elle n'a pas pris, ne réalisant pas d'attachement même symbolique. Quant ils n'utilisent pas leurs sens pour faire ce lien, c'est leur imagination qui prend le relais, construisant alors un lien irréel, fait d'images visuelles s'ils n'utilisent pas la vue souvent.

Mais « il arrive parfois que cette rencontre ne se passe pas comme on l'aurait espéré.³⁶

2) L'adaptation à la relation

Lorsque nous rencontrons quelqu'un d'une autre culture, nous passons par des phases d'adaptation. Celle-ci se fait en fonction des étapes de vie. Par exemple « quand elle était enceinte, elle avait des piqûres tous les jours ». La mère de LB avait sublimé sa peur, pour supporter ce geste et garder son bébé. D'ailleurs LB l'envisage aussi pour elle, « maintenant au niveau de la péridurale ». Ils expliquent tous comment pendant l'enfance, ils fuyaient et la refusaient cette relation. Aujourd'hui ils sont adultes. Or « on doit bien affronter les choses quand on grandit et qu'on se dit il faut arrêter tout ça ! ». ainsi ils expliquent aussi comment, « au fil des années », ils ont réussi à maîtriser leur peur et à se raisonner, pour ceux qui y sont parvenus. LB et CL essayent encore aujourd'hui « d'être grandes ».

²³ ³⁶ Dossier Soignant/ Soigné : « une rencontre avec l'autre », Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, *IDE Magazine*, n° 137, avril 1999. ⁴¹ Lararovici R. : « peurs de l'enfant », *Médecine et enfance*, juin 1990, pages 227 à 232 ⁴⁶ *Recherche en soins infirmiers*, « effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique », n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63. ⁴⁹ De Closets F., « les mystères de la peur », *Emission sur France 2*: année 2000.

Dans leur adaptation, il y a un côté animal⁴¹ ce préservant de l'inconnu, et lors d'une approche rapide, ils utilisent l'immobilité⁴⁹ (JM et FG) ou la fuite (JM et CL). Leur corps se prépare à l'action et à la défense⁴⁶ : ils se contractent (LB , JM et FG). Puis ils protègent également leur Moi psychique grâce à divers mécanismes de défense⁴⁶, personnels, spécifiques et variables selon chacun. Il y a aussi dans les entretiens : la fuite (JM , CL et FG) ; la diversion (LB et ME) ; l'évitement « stratégie la plus utilisée ». ⁴⁶ (FG et JM) On note aussi la rationalisation (LB et ME) et enfin l'identification (FG). Ils n'utilisent pas l'agression en général, qui dans le cadre de la relation est très néfaste. Sauf sous sa forme verbale (CL), ME préfère négocier tandis que FG, CL et JM peuvent exprimer un refus verbal mais le plus souvent par leurs attitudes : repli, retrait... ²⁴

Caractéristique propre à l'homme et au stade génital, ils sont capables d'analyser, de réfléchir sur leur peur et d'envisager des solutions plus raisonnables. Ils ne s'écoutent plus, se raisonnent ou alors ils utilisent leur imagination dans le bon sens pour détourner leur attention de ce qui les effrayent, en ayant des pensées positives par exemple.

3) Le devenir de la relation

Il dépend de la manière dont ils réussissent à s'adapter. La poursuite de la relation n'est possible, que dans le cas où ils prennent le dessus sur leur peur ; l'information et les explications peuvent les y aider. Elle dépend aussi de leur motivation et éventuellement de l'aide et de l'intervention d'un tiers. L'arrêt de la relation intervient lorsqu'ils ne peuvent en supporter davantage (douleur, sensations...) ou qu'ils ne sont plus capables de se maîtriser. Là encore un tiers peut intervenir.

C LES REPRESENTATIONS

1) Les représentations de la piqûre

Tout comme les moyens d'adaptation, elles dépendent des étapes de vie et sont très nombreuses. Pour la physiologie, c'est un stress¹³. Au niveau du développement et de la relation, c'est quelque chose « d'inachevé », c'est aussi un vol, « vol par effraction » du fait de l'intrusion étrangère de l'aiguille. Ça peut à l'extrême être assimilée à un viol de l'intégrité physique du fait de la contrainte qui est exercée et des blessures occasionnées. C'est encore la douleur par la « pénétration » d'un corps étranger⁵⁵. C'est enfin des images très fortes de crucifixion (FG), de calvaire (LB), et même de « réquisition » en temps de guerre de guerre (CL).

2) Les représentations de la relation dans le cadre de la piqûre

²⁴ ¹³ Stress, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ⁴⁶ Recherche en soins infirmiers, " effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique ", n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63. ⁵⁵ Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm : " la douleur ", 14 pages

Elle est de toute façon plus importante que la piqûre, car elle est à la fois capable de créer la peur (CL/JM) et de la supprimer. A ce niveau les mots (JM/FG), mais également les attitudes ou les gestes des deux partenaires sont essentiels. D'ailleurs au niveau symbolique et réel, c'est une contrainte et une obligation liée, non pas à leur désir, mais à celui du monde médical. « Il faut qu'elle se fasse » (FG). « *Il y a le devoir de se laisser faire* »⁵⁷, pour son bien. Cette représentation, est liée avec celle de la soumission., due à cette « ambiance clinique », étymologiquement position allongée, donc basse. Ensuite, c'est le fait qu'ils doivent « attendre qu'on trouve enfin la veine » par exemple.²⁵ Ils ne sont pas maître de cette « *relation dissymétrique* »¹⁰ et cela les gêne beaucoup. Notamment CL qui ne veut « pas être soumise ». De plus, ils n'ont pas le choix (CL LB) C'est le médecin qui prescrit donc décide. Ensuite, le choix du soignant, n'est souvent pas possible. Leur consentement, est pour ainsi dire passer outre. La relation peut même devenir un rapport de forces, lors de « déficit dans l'échange de la parole »¹⁰, comme pour CL qui s'est « réveillé en train de taper sur le toubib ». Elle représente aussi une dépendance par la position dominant/dominé dans les soins, mais également par l'impossibilité qu'ils ont de se soigner de façon autonome. Ils doivent donc se laisser faire passivement. Dans le développement des personnes cette relation représente une « crise » du fait de la menace qu'est la piqûre et de la nécessité qu'ils ont à évoluer à ce moment là. Cette phase est butoir dans un échéancier (LB), et décisive car elle permet un changement dans le sens de la santé et d'une adaptation. Cependant celle-ci n'est pas toujours réalisable. Par exemple, CL n'a pas eu « la possibilité d'arranger ç à ».

3) Le tiers dans la relation

Nous le considérons comme celui sur qui ou sur quoi se porte l'intérêt dans la relation. C'est « quelqu'un d'extérieur à l'idée de la piqûre » ou pas (LB) Lorsqu'il s'agit d'une personne, « c'est quelqu'un qui (n'a) pas l'habitude de la piqûre, pas l'infirmière, pas le perceur, ni tatoueur ». Ca peut être un proche, un ami ou un conjoint. Ce tiers représente alors la personne vers qui il est possible pour eux de se tourner et de demander de l'aide, pour qu'il les « soutienne » ou qu'il interrompe la relation si nécessaire (JM). Ce tiers peut aussi être un objet, objet sur lequel se focalise toute l'attention de la personne qui a peur. C'est la piqûre (la seringue) qui comme ils l'ont dit est un véritable mouvement, un peu comme une personne alors elle nuit à la relation lorsqu'elle s'interpose dans celle-ci ou lorsqu'elle se confond avec l'infirmière (LB). Ce sont aussi les aiguilles et les produits. Le tiers chose peut aussi symboliser la frontière entre les deux mondes. CL s'accrochait « à la grille du

²⁵ Mémoire, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ¹⁰ Pouvoir, CD ROM UNIVERSALIS (1995) ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages ⁵⁷ " Corps ; culture et soins infirmiers ", mai 1993, 594 pages

jardin » pour ne pas entrer dans le monde médical vers un rapport de forces. Mais ce tiers est le plus perturbateur au niveau de la relation, lorsqu'il fait partie du sujet. Ainsi leur savoir, leurs expériences, leurs souvenirs, leur ressenti et leur peur, de par leur importance, prennent le dessus sur l'infirmière et devenant plus important qu'elle font donc tiers dans la relation. Par exemple, CL suit « son protocole de soin » et n'est pas à l'aise avec une autre façon de faire.

Mais quelle est la fonction de celui-ci. Tout d'abord, il est l'instrument des mécanismes de défense. Il est celui sur qui peut se faire la projection et sublimation de leur peur. Il est aussi celui qui détourne l'attention, qui fait oublier la peur. Il fait échapper à la peur dans la relation. Mais il est surtout celui sur qui se pose la vigilance de la personne, la détournant de la relation. En fait ils décrivent trois principales fonctions au tiers : il interrompt la relation, il la rétablit, ou lui permet de durer.

Synthèse et problématique

La peur de la piqûre modifie-t-elle la relation soignant-soigné ? Nous avons vu que la peur de la piqûre est « naturelle », à cause de la menace qu'elle représente pour la personne. Cependant, c'est une peur que nous arrivons normalement à surmonter dans notre vie. Ensuite, nous avons expliqué comment les contextes relationnel et autres peuvent eux aussi être responsables de cette peur. De plus cette dernière est souvent le résultat d'une éducation ou d'un conditionnement. Le soigné est alors dans le monde de la peur, fait de symboles, de représentations et d'images renforçant leur appréhension. Le monde médical dont fait parti l'infirmière est en opposition : un monde intellectuel, cohérent, raisonnable et technique, donc froid.

Les difficultés relationnelles entre ces deux mondes sont donc évidentes en théorie. Pourtant lors de mon analyse, si un réel besoin apparaît, aucune demande par rapport à la relation n'est réellement formulée. Nous nous trouvons en effet dans un contexte de santé public, puisque la population est en bonne santé. Les concepts de besoins, d'offres et de demandes apparaissent naturellement dans cette étude : il y a un besoin relationnel essentiel pour eux. Cependant ils n'en font pas la demande explicite. De plus, ils disent qu'aucune solution adaptée à leur cas n'a résolu leur problèmes jusqu'à présent.

Dès lors, cette étude m'amène à modifier ma question de départ. J'avais une intuition, elle est vérifiée. Il existe un besoin. Mais la question serait plutôt de comprendre pourquoi aucune demande n'est faite et quelles solutions pourraient être proposées. Il serait alors possible de mettre en lien ces trois concepts pour apporter une réponse adaptée à ce problème. Une autre recherche pourrait donc être réalisée, suivant une démarche de santé publique.

Conclusion

Dès le début de ma formation, la piqûre m'a attirée. Dans ce geste, je retrouvais « mon savoir faire de couturière », ce qui me plaisait beaucoup. Cependant l'image négative de ce soin et les situations difficiles liées à ce soin m'avaient interpellée. Tout au long de cette étude, j'ai donc étudié ce qu'est la piqûre, la peur ainsi que la relation soignant-soigné, dans un cadre théorique. Ensuite, j'ai recommencé concrètement grâce aux entretiens que j'ai réalisés. Ceux-ci m'ont montré que la relation dans le cadre de la piqûre, comme ailleurs, est la rencontre de deux mondes. Dans ce cas particulier, le lien, donc la relation, ne se fait pas toujours très facilement. Derrière la peur des piqûres, il y a des tabous, des images... De plus, ce qui fait sens pour une personne ne le fait pas forcément pour une autre.

Cette recherche m'a donc appris que même après ce travail « considérable », je ne peux pas dire que je sais tout. Car c'est une étude à beaucoup plus grande échelle qu'il faudrait réaliser : Vaste programme pour moi ! La grande question est en fait de savoir ce qui fait sens dans le soin pour le soigné et le soignant.

Bibliographie

Bibliographie

DICTIONNAIRES

Dictionnaire : grand Larousse en _____ 5 volumes (1989) : 1) à 15) et CD ROM UNIVERSALIS_ (1995)

OUVRAGES

- 16) Anzieu didier, Le Moi Peau, édition Dunod, Paris 1997, 291 pages
- 17) Bartz Wayne : la mémoire, introduction à la psychologie générale, éditions HRW Ltée, Montréal 1976, 35 pages
- 18) Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition payot, Paris 1985, 215 pages
- 19) Carlson- Blackwell C. Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers 1982, 470 pages
- 20) Cahiers de l'IDE , p 36
- 21) Fischer Roger et Ury William : Comment réussir une négociation ? , édition du seuil, Paris 1982, 219 pages
- 22) Hermant G : Le corps et sa mémoire, édition Doin, Paris 1986, 331 pages
- 23) Karli Pierre : l'homme agressif, édition Odile Jacob, Paris 1987, 385 pages
- 24) Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métailié, Paris 1995, 233 pages
- 25) Marchand serge : Le phénomène de la douleur, édition Masson, Paris 1998, 311 pages
- 26) Paul-Cavalier François : Visualisation : des images pour des actes, édition interéditions, Sarcelles, 1989, 239 pages
- 27) Savatofski Joël, Le Massage Douceur, édition Dangles, St Jean de Braye 1990, 155 pages
- 28) Speads Carola, A B C de la Respiration : apprendre à mieux respirer, édition Aubier, Breteuil sur Iton 1989, 173 pages
- 29) Valéry Paul, Mauvaises pensées et autres,

REVUES

- 30) “ le temps de l'incertitude : Réactions des patients et effets sur l'incertitude.”, Soins Infirmiers Suisses, octobre 1992, p 69 à 72.
- 31) Bendensky Noëlle : “ Tableau des phobies en France ”, Tempo médical, n°384 A/B, avril 1990, page 30.
- 32) Bensignor Maurice : “ la médecine de la douleur devrait être un humanisme ”, objectif soins n°66, juillet août 1998, pages 33 à 35.
- 33) Boulou Philippe : “ Mémoire de la douleur ”, Tempo médical, n° 394, juin 1990, pages 7 et 8.
- 34) Brunshwig H. : “ les peurs enfantines ”, soins gynéco obstétrique n°108, mai 1990, pages 41 à 44
- 35) Coulon Catherine : “ Anxiété, peur, angoisse ”, Soins n°627, juillet août 1998, pages 17 à 19.
- 36) Dossier Soignant/ Soigné : “ une rencontre avec l'autre ”, Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, °137, avril 1999.
- 37) Garcia Ximena : “ la douleur liée aux gestes invasifs ”, soins n°568, janvier 1993, pages 21 à 23
- 38) Horenstein Mario : “ les phobies ”, Tempo Médical, n° 472 octobre 1992, pages 23 à 25.
- 39) Jacobi D. : “ l'anxiété dans les salles d'attente ”, revue des professions de santé n°53, mars avril 1987, pages 27 à 34

- 40) Jacobi Daniel : “ Expliquer et faire comprendre la douleur... ”, Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 5/16.
- 41) Lararovici R. : “ peurs de l’enfant ”, Médecine et enfance , juin 1990, pages 227 à 232
- 42) Le Breton David : “ Douleurs et soins infirmiers ”, Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 17/23.
- 43) Melillo Giuseppe : “ La douleur est mon métier ”, Soins infirmiers suisses, n° 11 , novembre 1992, pages 55/57.
- 44) Monceau Madeleine : Santé Mentale, n° 42 novembre 1999, page 19
- 45) Pissondes Andrée : “ La perception de la douleur selon que l’on est patient ou soignant... ” , Profession infirmière, septembre 1998 n° 73, pages 6 et 7.
- 46) Recherche en soins infirmiers, “ effets de la préparation sur l’anxiété avant la fibroscopie bronchique ”, n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63.
- 47) Servant D. : “ évaluation et prise en charge de l’anxiété du patient hospitalisé en cardiologie ”, objectif soins n°80, novembre 1999, pages 25 à 27.
- 48) Weigelt Vreni : “ le temps de l’incertitude ”, une étude sur les patients qui attendent un diagnostic, soins infirmiers suisses, octobre 1992, pages 69 à 72.

EMISSION TELE

- 49) De Closets F., “ les mystères de la peur ” , Emission sur France 2,: année 2000 .

RECHERCHES SUR INTERNET

- 50) Page web : www.vhsd_ar.htm : “ Vers un hôpital sans douleur ”, campagne parrainée par l’association internationale “ ensemble contre la douleur ” et par l’OMS, 2 pages .
- 51) Page web : www.P190199.htm : “ l’enfant face à sa douleur : quoi de neuf ? ”, colloque du mardi 19 janvier 1999 hôpital cantonal de Genève. (compte rendu du Dr Vincent Liberek), 5 pages.
- 52) Page web : www.mémoirecommuniquer.html : “ Communiquer pour mieux soigner ”, mémoire de Nadège Bertrand, IFSI du blanc-indre, 1995, 24 pages.
- 53) Page web : www.memoire_30.html : “ voyage au centre de la mémoire ”, l’hebdo n°30 du 24 juillet 1997 de Pierre Yves Frei, 4 pages.
- 54) Page web : www.perso.infonie.fr/frankpaillard/anesthésie_douleur_enfant.htm : “ la douleur de l’enfant ”, 11 pages (extrait de cours).
- 55) Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm : “ la douleur ”, 14 pages
- 56) Page web : www.ping.be/chaosinum/stress.htm : “ le stress ”, 9 pages

COLLOQUE FRANCO CARAIBEN

- 57) “ Corps ; culture et soins infirmiers ”, mai 1993, 594 pages

COURS

- “ Aspect législatif de la profession ” 10/03/98.
- “ Autorité et pouvoir, relation au pouvoir ” de M. Bouilland, le 29/09/00.
- “ Concept de crise ” de M. Delavergne, le 06/10/98.
- “ Concept de schéma corporel et d’image du corps ” de Me Petit, 01/12/99
- “ conduite et comportement ” de Me Petit, 19/03/98
- “ corps et culture ” de M. Heas, 09/12/98
- “ Démarche relationnelle ” des enseignantes de l’IFSI de Nantes, au cours de la formation.
- “ Diagnostics infirmiers : peur et anxiété ” de Me Lefebvre, le 10/12/98.
- “ Loi relative au respect du corps ” de M. Rodat, le 31/03/00.
- “ Mécanismes de défense et adaptation ” de M. Chevalier, 18/03/98
- “ Relation soignant/Soigné ” de M. Deneux, le 24/02/99.

DECRETS ET LOIS

- Loi du 12/07/80 et décret du 16/02/93 et du 15/03/93.

Annexes

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN

*** ORIGINE DE LA PEUR / CAUSES**

*** REPRESENTATION / SYMBOLE**

*** FACTEURS INFLUENCANTS**

*** MANIFESTATIONS DE LA PEUR**

*** RELATION AVEC IDE / COMMUNICATION / ATTITUDES**

ANNEXE 2

Annulation	Négation d'avoir posé un geste en adoptant le comportement opposé à son comportement antérieur (cf. Formation Réactionnelle).
Déni	Refus absolu de reconnaître l'existence d'un affect, d'une expérience, d'une idée ou d'un souvenir. La personne agit comme si l'élément douloureux, anxiogène ou menaçant n'existait pas.
Déplacement	Les émotions ou les idées sont reportées sur un sujet différent de celui auquel elles sont réellement associées. Les sentiments sont ainsi détournés de la véritable source d'émotion parce qu'il serait dangereux de les exprimer directement.
Formation Réactionnelle	Comportement par lequel une personne adopte une attitude tout à fait opposée à ses sentiments ou à ses désirs inconscients.
Identification	Adoption de certains aspects de la pensée ou du comportement de quelque chose ou de qqn d'autre. Ceci contribue au développement de la personnalité sans se substituer à son moi propre. La personnalité résulte de multiples identifications dont la capacité de réduire l'anxiété a été prouvée.
Introjection	Incorporation symbolique d'une personne ou d'un objet aimé ou haï au moi ou au Surmoi du sujet. Elle contribue au développement du Surmoi en faisant que l'enfant assimile les enseignements, les récompenses et les punitions de ses parents.
Isolation	Les émotions associées à une idée, un souvenir ou une expérience sont exclues de la conscience. La personne se souvient de l'expérience ou de l'idée mais ne ressent plus l'émotion qui, à l'origine, l'accompagnait.
Projection	Fait d'attribuer à d'autres ses propres sentiments, pensées ou désirs de façon à en nier l'existence en soi-même. On y a recours dans un grand nombre de situations normales. Les clients à structure de pensée paranoïde en usent à l'excès.
Rationalisation	Mécanisme universellement utilisé qui consiste en une tentative d'expliquer son comportement par des raisonnements logiques plutôt que de l'attribuer à des pulsions et à des désirs inconscients. On y a recours lorsqu'on se sent coupable ou incertain. Il s'agit d'un mécanisme par lequel on tente de sauver la face et qui s'écarte parfois de la vérité. Il soulage temporairement l'anxiété.
Refoulement	Mécanisme inconscient largement répandu. Les expériences douloureuses, les souvenirs tristes, les pensées et les désirs inacceptables sont bannis de la conscience tout comme les désirs égoïstes, hostiles et sexuels. Ces éléments ne demeurent refoulés qu'au prix d'une dépense continuelle d'énergie, énergie qu'il est donc impossible de consacrer à des activités constructives.
Régression	Le moi retourne par la pensée, par l'émotion ou par le comportement à un stade antérieur de développement. Elle est une composante normale du développement et survient de façon transitoire en période de stress, elle sert alors d'abri contre l'anxiété et le conflit.
Sublimation	Transformation en activités acceptables de l'énergie psychique associée à des pulsions sexuelles ou agressives indésirables. Il y a modification de l'activité ou de son objet, mais l'énergie se trouve canalisée.
Substitution	Remplacement d'un objet inacceptable mais de grande valeur par un objet de moins grande valeur plus acceptable.

Extraits et résumés de lectures

1) Angoisse : 1 Grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague. 2 Sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges...)

1) Anxiété : Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse

1) Appréhension : Crainte vague d'un danger futur

1) Peur : 1 Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace. 2 Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation

2) Angoisse : Angoisse et névrose : “ Le problème qui reste posé est celui de savoir, si l'angoisse ne se ramènerait pas à des séquelles d'un traumatisme psychique, plongeant dans l'enfance, déterminant une anxiété, voire des phobies. C'est ainsi que les psychanalystes ont fait de l'angoisse la traduction d'une névrose. Après avoir vu dans l'angoisse la manifestation de la libido refoulée par le moi, Freud a pensé que l'angoisse manifestait surtout la présence du Surmoi et qu'elle provoquait le refoulement, bien loin que ce soit le refoulement qui fasse surgir l'angoisse. ”

Les états anxieux : “ L'anxiété, qu'elle soit primaire ou secondaire, isolée ou associée à des dispositifs de fuite (phobie) ou de lutte (obsessions), présente des caractères identiques. On la définit comme une peur sans objet. Il est vrai que rien ne ressemble plus à l'attente anxieuse ou à l'accès d'angoisse aigu que l'appréhension d'un danger à venir. On distingue habituellement anxiété psychique et anxiété physique (“ boule ” dans la gorge, palpitations, accélération de la respiration, mictions urinaires fréquentes, diarrhée, pâleur, dérobement des jambes). ”

Causes de l'anxiété : “ Avec Watson, le courant comportementaliste a mis l'accent sur le rôle du conditionnement. À la suite d'une situation réelle de peur (traumatisme) ou par connexion associative avec des situations réelles de danger, se développeraient des peurs immotivées. ”

“ Freud en vint à proposer une deuxième théorie de l'angoisse pathologique. Celle-ci, contrairement à la peur devant un danger réel, serait une réponse à un signal de danger inconscient (peur d'être séparé de la mère ou de son substitut protecteur, angoisse de castration, peur d'une condamnation morale) qui trouverait, chez le jeune enfant, ses sources dans la vie réelle avant de s'inscrire dans les fantasmes inconscients à partir de la seconde enfance ”

“ Il semble que, chez l'animal, le danger ne constitue pas la seule source de peur. Une exposition brutale à une situation nouvelle, l'éloignement du milieu habituel (ou de la mère protectrice chez le petit) jouent également un rôle. ”

“ Les troubles physiologiques qui s'expriment par les symptômes physiques sont dus à un état d'hyperactivité du système nerveux sympathique et à son médiateur chimique, l'adrénaline. La plupart des symptômes physiques observés sont en effet sous la dépendance d'une hyperactivité de ce système. Une sensation d'angoisse peut être provoquée par une simple injection d'adrénaline. Toutefois, cet effet subjectif dépend également de la qualité affective de la situation dans laquelle se trouve le sujet au moment de l'expérience. ”

Anxiété normale et pathologique : “ Il n'y a pas de différence de nature mais un continuum entre anxiété normale et anxiété pathologique. On considère une anxiété comme pathologique soit parce

qu'elle s'exprime dans un trouble plus large de l'activité mentale (anxiété dépressive ou psychotique par exemple), soit en raison de son intensité. ”

“ L'anxiété normale est une réponse émotionnelle d'arrêt et d'éveil devant une situation incongrue. Sa fonction adaptative est évidente. L'anxiété pathologique tient à l'excès de situations anxiogènes (facteurs externes de nature psychologique et sociale) ou à une trop grande facilitation de la réponse (facteurs internes de nature neurobiologique). Il faut également tenir compte de la tolérance à l'expérience anxieuse. ”

3) Autorité : *“ L'autorité est le pouvoir d'obtenir, sans recours à la contrainte physique, un certain comportement de la part de ceux qui lui sont soumis. En excluant l'intervention de la force, cette définition fait ressortir le caractère psychique qui s'attache au phénomène d'autorité. C'est dire que l'assise psychique de l'autorité se situe dans une relation entre le commandement et l'obéissance, ce qui permet de considérer l'autorité comme un phénomène social. ”*

“ Le trait le plus saillant du phénomène d'autorité réside dans son universalité. Il n'est d'ailleurs pas propre aux sociétés humaines. Du troupeau d'éléphants à la bande de babouins, tous les animaux vivant en corps obéissent à l'un d'entre eux, considéré comme le détenteur de l'autorité. Dans les collectivités humaines, le fait est encore plus constant. ”

“ L'élève n'obéit pas seulement à l'autorité du maître, il se plie à celle d'un texte ; le client est sensible à l'autorité du vendeur. Ces quelques exemples montrent que l'autorité existe dans les rapports sociaux où elle est institutionnalisée ”

“ l'autorité est indispensable à l'accomplissement de toute œuvre collective, les relations de commandement à obéissance sont, artificiellement créées par l'entremise d'une hiérarchie grâce à laquelle est assurée la cohésion de l'ensemble. ”

Il existe “ deux grands types d'autorité, l'une apparaît spontanément à l'intérieur des groupes sociaux quand un individu se révèle capable d'influencer l'attitude des autres : c'est l'autorité personnelle, l'autre (correspond au) pouvoir dont sont investies certaines personnes à raison de la fonction qu'elles remplissent dans un cadre institutionnel déterminé, il s'agit alors d'une autorité fonctionnelle. ”

“ Si l'attitude du groupe est indispensable pour qu'apparaisse le chef, encore faut-il qu'il y ait en lui l'étoffe nécessaire. Les qualités ainsi requises pour accrocher l'intérêt du groupe et lui fournir matière à construire le leader constituent ses aptitudes différentielles. Elles peuvent être groupées sous trois rubriques : compétence, popularité ou don de sympathie, ascendant ou prestige. Bien entendu, leur influence en tant que facteurs de promotion du leader est tributaire du groupe, d'une part, et des circonstances, d'autre part. ”

“ La compétence ne joue un rôle important que pour l'exercice d'une activité spécifique. Alors, en effet, le leader bénéficiera de sa supériorité technicienne pour s'imposer, aux yeux des autres, comme le leader qualifié. Cependant, l'autorité qui trouve sa source dans la compétence est généralement limitée si elle n'est pas renforcée par la popularité ou par le prestige. ”

“ Les facteurs de la popularité sont nombreux et divers. Pourtant, en dépit de sa sensibilité aux circonstances, la popularité trouve un fondement constant dans la satisfaction que la plupart des hommes éprouvent lorsque le pouvoir se situe à leur niveau. Un chef est populaire parce qu'il libère de ses frustrations le groupe qui le soutient, par sa simplicité sincère ou affectée, le chef montre que son élévation ne le différencie pas des autres hommes, (sa cordialité ôte à l'obéissance tout parfum de subordination hiérarchique). Les subordonnés ont le sentiment qu'il n'est que l'un d'entre eux. C'est au même effet d'égalisation des niveaux que tend le second facteur de popularité : l'aptitude à se faire comprendre, le leader ne saurait être populaire s'il ne les mettait à la portée du groupe. ”

“ Lorsque l'individu parvient à se situer dans une sphère à laquelle s'attache une considération sociale, il bénéficie des croyances qui la valorisent. ”

“ L'autorité dont la raison d'être est de résoudre des conflits est, elle-même, le produit d'une tension. Elle n'est authentique que si elle s'exerce sur des libertés. ”

“ Tout phénomène de pouvoir met en cause des croyances, des représentations, des signes et des symboles dont la connaissance objective n'irait pas sans compromettre l'accomplissement des fonctions d'autorité dont aucune société ne peut se passer. ”

4) Douleur : *“ Les mécanismes neurophysiologiques qui provoquent chez l'homme une sensation de douleur ne sont pas encore totalement connus. Deux conceptions s'affrontent depuis longtemps. Pour les uns, la douleur aurait, comme les autres sensations spécifiques prenant leur origine dans les tissus cutanés (tact, pression, chaud et froid), ses récepteurs propres et ses lignes privées jusqu'aux centres de perception ; pour les autres, la sensation de douleur serait un phénomène plus complexe qui prendrait son caractère pénible dans l'organisation des projections centrales des messages qui atteignent les centres d'appréciation. ”*

“ Cependant, la mise en jeu des nocicepteurs s'accompagne souvent de l'activation de récepteurs à seuil plus bas. Des interactions peuvent donc en résulter entre les messages émis par l'un et par l'autre type de récepteur. C'est sur ces interactions qu'insistent les physiologistes qui voient dans la douleur un phénomène plus complexe qu'une simple sensation spécifique. Si l'on examine en effet, depuis la périphérie jusqu'au cortex cérébral, la structure et les propriétés actuellement connues des relais et des voies des messages douloureux, il apparaît difficile d'expliquer tous les phénomènes douloureux par la seule théorie spécifique, en particulier chez les patients atteints de douleurs provoquées par la lésion de conducteurs nerveux (douleurs de désafférentation). ”

“ Les récepteurs des tissus cutanés sont constitués par des terminaisons nerveuses encapsulées et des terminaisons libres. Si un rôle est certainement joué dans le tact par les récepteurs de Meissner, les sensations tactiles qui apparaissent dans des régions privées de ce type de récepteur (les muqueuses buccales par exemple) doivent faire intervenir d'autres récepteurs, sans doute des terminaisons non encapsulées. De même, il n'a pas été possible de confirmer le rôle qui avait été attribué à des types morphologiques de récepteurs dans les sensations de froid et de chaud. ”

“ De nombreuses substances chimiques sont capables de provoquer la douleur lorsqu'elles sont appliquées sur les tissus périphériques. Ce fait a conduit à proposer que certaines d'entre elles seraient le médiateur de la douleur et activeraient ses récepteurs. ”

“ En règle générale, une fibre nerveuse afférente est sélectivement activée par un seul type de stimulation non douloureuse (tactile légère, tactile pression, mouvements articulaires, étirement musculaire, variations thermiques...). Pour les stimulations nocives d'origine cutanée (ou nociceptives), les données sont plus complexes. Certaines fibres sont bien spécifiquement activées par des messages nociceptifs d'un type donné (surtout mécaniques), d'autres sont activées par des messages divers (mécaniques et thermiques) qui n'ont en commun que le caractère nociceptif (nocicepteurs polymodaux). Certaines fibres, enfin, sont activées par un stimulus léger ; mais le message devient plus dense lorsque la stimulation appliquée, plus intense, prend un caractère nociceptif. ”

“ C'est ainsi qu'il est classique d'attribuer la conduction des messages douloureux à des fibres A de petit diamètre (sous-groupe d, vitesses de conduction inférieures à 20 m/s) et à des fibres C.. C'est ce double système de conduction qui serait responsable d'une dualité de sensation appelée la double douleur . Chez la plupart des sujets, en effet, une latence de 0,5 à 1 seconde sépare une première bouffée sensitive, provoquée par la piqûre ou le pincement, d'une seconde sensation, souvent plus désagréable et ressemblant davantage à la brûlure ou à l'écrasement. ”

“ Une des caractéristiques de la douleur chez l'homme normal est la fluctuation, en fonction des conditions comportementales, de l'efficacité du message qui peut donner naissance à cette douleur (H. K. Beecher). Il faut donc, pour expliquer ces variations d'action du même message, que des inhibitions ou des facilitations viennent agir à divers niveaux sur les voies qui le transmettent. S'il est possible que des processus circulatoires neurovégétatifs (système nerveux sympathique)

modifient le fonctionnement des zones réceptrices, en revanche, un contrôle nerveux d'origine centrale, s'exerçant au niveau des récepteurs cutanés, n'a jamais été démontré. Des contrôles, qui proviennent du système cérébro-spinal, doivent donc s'exercer au niveau des relais centraux (spinaux, bulbaires et thalamiques). ”

5) Emotion : *“ On peut définir l'émotion comme un trouble de l'adaptation des conduites. ”*

“ L'expérience émotive est conscience de troubles de la perception et de la représentation, d'intenses sensations musculaires et viscérales, mais aussi de réactions émotives que nous saisissons dans notre comportement comme dans celui d'autrui. ”

“ L'émotion est la manifestation de la lutte pour l'adaptation. ”

“ Une perception apporte une information qui dépend de la nature du stimulus, mais aussi de sa signification, qui naît dans l'acte perceptif du sujet. Elle est fonction de ses expériences passées, de ses motivations présentes et de ses anticipations du futur. ”

“ En d'autres termes, si l'information apportée par la perception est importante, c'est-à-dire si la perception se produit dans une situation d'incertitude, le sujet ne dispose pas d'une réponse toute prête et, dans sa recherche d'une nouvelle conduite adaptée, il se produit des troubles de l'activité. Du point de vue biologique, l'émotion se caractérise par des réactions physiologiques quantifiables : accélération cardiaque, augmentation de la pression sanguine, phénomènes de vaso-constriction et dilatation, décharges des réflexes psychogalvaniques, sécrétions hormonales et, en particulier, d'adrénaline, modifications de l'électro-encéphalogramme, etc.. ”

“ La continuité se trouve en réalité être celle de l'intensité de la stimulation. Au niveau des réactions, à une phase d'activation qui améliore les performances succède une phase où l'excès engendre le désordre. Il en est ici comme de tout excitant. ”

“ Toute perception s'accompagne d'un affect et éveille une motivation d'approche ou d'évitement. Sentiments et motivations sont présents dans tous nos comportements, qu'il s'agisse de la manifestation de besoins biologiques ou de conduites très socialisées. Dans l'émotion, il y a une forte motivation, mais toute forte motivation n'engendre pas de processus émotifs. ”

L'émotion, désordre de la conduite : “ L'émotion apparaît quand les exigences de la situation sont disproportionnées avec les possibilités du sujet, c'est-à-dire lorsqu'il y a un décalage entre ses anticipations perceptives et cognitives et son répertoire de réponses disponibles. Tout se passe alors comme si une énergie inemployée se diffusait dans tout l'organisme, troublant aussi bien les régulations organiques que la vie de relation. ”

“ Les conduites émotives peuvent être en effet employées d'une manière efficace quand elles restent notre seule ressource (la fuite devant le danger, la colère contre l'obstacle). Elles sont à la fois un raté de l'action et des tentatives maladroites d'adaptation que l'expérience nous apprend à utiliser. ”

Les situations émouvantes : “ Il y a des situations qui entraînent avec une grande probabilité des conduites émotives. Une situation ne peut être dite émouvante que par la nature de la relation qui s'établit entre le sujet et la situation. ”

Les tâches trop difficiles : “ L'enfant, l'incapable présentent beaucoup de troubles émotifs sous les formes variées de la peur ou de la colère. Les cosmonautes d'Apollo-II ont expliqué qu'ils n'étaient pas insensibles à l'émotion, mais qu'ils l'éprouvaient seulement lorsqu'un problème inattendu se produisait. ”

“ La trop grande difficulté de la tâche est plus à l'origine des émotions négatives (peur, colère) que des émotions positives (joie, amour). ”

La nouveauté : “ La peur de la nouveauté est très connue des éducateurs. Ces stimuli sont une source de profonde excitation qui se transforme en réaction d'évitement et de peur ou en réactions agressives. ”

“ On sait par expérience que les stimulations émouvantes perdent ce caractère par la répétition qui émousse la nouveauté en apprenant à y faire face. ”

“ Le problème est tout différent s’il n’y a pas de processus d’adaptation possible. ”

“ Il y a d’autre part des situations qui sont toujours nouvelles parce qu’elles ne fournissent aucun des indices familiers qui guident nos conduites. Ainsi l’obscurité absolue peut créer une peur dominée par l’incertitude. ”

La surprise : *“ La grande cause de l’émotion, c’est la surprise ”, disait P. Janet. Elle peut venir d’une situation qui n’est pas forcément nouvelle, mais sa soudaineté nous empêche de mobiliser les réponses habituelles ”*

Les excès de motivation : *“ Pas de conduite sans motivation. L’augmentation de la motivation accroît l’efficacité. Mais si la motivation devient excessive, des réactions émotives apparaissent, qui nuisent à l’action ou qui même la désorganisent complètement. On ne passe bien un examen que s’il y a motivation, mais souvent l’excès de motivation, comme une peur de l’échec par exemple, fait “ perdre ses moyens ” au candidat. ”*

“ Il est ainsi facile de prouver que tout ce qui peut créer une sur-motivation est source d’émotions. Souvent cette sur-motivation est source de réactions émotives, le plus souvent sous forme d’une agressivité qui se transforme vite en colère, surtout si l’obstacle est une personne et non une chose. L’émotion d’une personne manifeste l’existence d’un conflit conscient ou non. L’émotion risque d’autant plus d’apparaître que le conflit ne comporte pas de bonne solution. Les conflits développent les mêmes types de réaction que les frustrations : agitation, agressivité, inhibition, régression avec présence de troubles neuro-végétatifs. ”

“ À l’anticipation d’une action correspond une motivation excessive puisque inutile. Elle peut se manifester sous forme d’anxiété. Le trac en est la forme la plus typique et il est remarquable qu’il cesse le plus souvent avec la réalisation de l’action. ”

L’émotivité : *“ Depuis Hippocrate, tous les typologues admettent que certaines personnes sont particulièrement émotives. ”*

“ L’émotivité peut être un trait de tempérament lié à des structures neuro-endocriniennes encore mal connues. On sait aussi qu’il y a de bonnes corrélations entre les réponses neuro-végétatives des mères et celles des enfants (Lacey, 1956). ”

“ Elle peut aussi être acquise. Les adolescents qui ont été malades dans leur enfance, avec ce que la maladie comporte d’anxiété, sont aussi ceux qui ont le plus de peurs et de colères. ”

“ Si la psychanalyse a peu contribué à nos connaissances sur l’émotion, Freud a cependant souligné que nos émotions étaient des processus de décharge dont la source devait être recherchée dans les conflits inconscients. ”

“ Les processus de conditionnement ouvrent au moins une voie pour comprendre des réactions émotives qui ne s’expliquent pas par la nature des stimulations ou des processus conscients. Beaucoup de nos peurs inconscientes sont des conséquences de conditionnement, et, depuis que Bykov (1956) a montré que nos réactions neuro-végétatives pouvaient être conditionnées non seulement à des stimuli extéroceptifs, ce que l’on savait depuis Pavlov, mais à des stimulations intéroceptives, le domaine des réactions émotives inconscientes explicables par l’histoire du sujet s’est beaucoup étendu. ”

Les réactions émotives : *“ Comment se caractérisent les réactions émotives ? Elles font, partie d’une conduite d’ensemble et ne peuvent être interprétées qu’en fonction de la situation. ”*

“ Les relations verbales du sujet sont surtout faites de la description des circonstances de l’émotion et des désordres de l’organisme ou de ses représentations mentales. Le seul apport spécifique est la manifestation de sentiments : douleur, honte, mépris, joie, sous une forme, d’ailleurs, assez conventionnelle. ”

“ Les manifestations neuro-végétatives de l’émotion sont très variées. Elles concernent le système cardio-vasculaire (vitesse du cœur, pression sanguine, vaso-constrictions et dilatations), le système digestif (bouche sèche, troubles gastriques et intestinaux), la régulation des sphincters, la température et la conductance cutanée. Beaucoup de ces manifestations sont perceptibles et, à ce

titre, semblent caractéristiques de l'émotion. Mais il en est beaucoup d'autres qui ne sont pas perçues, mais toutes ces réactions peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances que l'émotion et elles ne sont reconnues comme caractéristiques que par référence à la situation. ”

Les tensions musculaires : “ À l'émotion correspond aussi une hypertonicité motrice, prélude à toute action, dans ce cas, elle est localisée. Dans l'émotion, au contraire, elle est diffuse, généralisée, elle paralyse l'action ou elle se résout en tremblement et en explosions motrices violentes plus ou moins adaptées à la situation. ”

Les expressions émotives : “ Parmi les réactions musculaires, il faut faire une place particulière aux expressions du visage, qui sont un véritable langage de l'émotion. Ces mimiques sont innées, comme on peut le vérifier en comparant les expressions spontanées des aveugles et des voyants dans une même situation (Dumas, 1932). Mais ces expressions sont modelées par le milieu social, et les expressions volontaires des émotions correspondent à des réactions stéréotypées caractéristiques d'une culture. ”

L'évolution des émotions avec l'âge et avec la culture : “ L'enfant est plus émotif que l'adulte. Les réactions affectives, et avec elles les formes d'émotion, se différencient peu à peu avec l'âge. Entre trois et six mois apparaissent la peur et la colère et aussi le rire. ”

“ Si les formes réactionnelles se différencient, les situations émouvantes se multiplient avec les possibilités d'expériences et d'anticipations. ”

“ Inversement, l'enfant s'habitue à certaines stimulations, pour lesquelles il acquiert peu à peu un répertoire de réponses adéquates ”

“ On constate d'ailleurs que les réactions émotives se transforment avec l'âge. D'une part, elles présentent de plus en plus un caractère de semi-adaptation. ”

“ les émotions sont toujours liées à un contexte social, fût-il implicite : interactions positives ou négatives entre personnes, parfois entraînement social amplifiant les émotions. ”

“ L'émotion s'empare de nous, mais nous apprenons, sinon à la maîtriser, du moins à lui donner un sens. ”

6) Empreinte et apprentissage : *“ l'imprégnation est une modification du comportement par l'expérience, (voir la définition de l'apprentissage). On ne peut donc établir de distinction tranchée entre l'empreinte et d'autres formes d'acquisition. L'empreinte ne serait-elle alors qu'une forme de conditionnement, la formation d'une association temporelle entre excitant et réponse par suite d'un renforcement ?*

7) Expérience : *La subjectivité de l'expérience : “ Avoir une douleur, une sensation de rouge, ou percevoir un objet coloré, c'est éprouver une certaine qualité phénoménale, dont la nature est telle qu'elle apparaît d'une certaine manière à celui qui l'éprouve Il faut distinguer ici (Peacocke, 1983) le contenu représentationnel d'une expérience (l'objet qu'elle nous présente) de ses propriétés “ sensationnelles ” (sa nature qualitative). Les philosophes classiques (à partir de Boyle et de Locke) appelaient en ce sens “ qualités secondes ” les propriétés phénoménales des expériences sensorielles (telles que couleur, odeur ou saveur), qu'ils distinguaient des “ qualités premières ” des objets, telles que leur taille, leur texture ou leur forme, correspondant à des propriétés que les objets ont en eux-mêmes indépendamment des manières dont nous les percevons. ”*

“ En troisième lieu, les expériences semblent être essentiellement privées, au sens où leurs contenus paraissent propres à celui qui les éprouve, qui est seul à pouvoir les vérifier, à travers une forme de connaissance privilégiée introspective, et par conséquent incommunicables. ”

“ En quatrième lieu, nos expériences conscientes sont, en un certain sens, infaillibles. Nous pouvons certes nous tromper sur leur contenu ou leurs objets (comme quand nous éprouvons des illusions visuelles ou des hallucinations), mais nous ne pouvons pas nous tromper sur le fait que nous les avons. On résume souvent ces traits en disant que les expériences sont subjectives, c'est-à-dire semblent indissociables d'un je ou d'un moi qui en est le sujet. ”

“ Tout d’abord, on fait valoir que l’immédiateté des contenus d’expérience donnés dans la sensation et la perception est douteuse, s’il est vrai, comme on le constate souvent, que les contenus d’actes de perception sont influencés par la possession de concepts et l’exercice de jugements. parce que l’acte de perception présuppose une hypothèse ou un jugement. ”

“ Un tel langage, s’il se limitait à des noms de sensations ou d’expériences (“ douleur ”, “ rouge ”) dont la signification serait fixée exclusivement par des expériences privées, serait, selon Wittgenstein, impossible car tout langage véritable suppose des critères et des règles publics d’usage des expressions. Il s’ensuit la conception selon laquelle nous acquérons le sens de mots comme “ douleur ” à travers des expériences privées ”

“ Mais il ne s’ensuit pas que le contenu d’une expérience, visuelle par exemple, s’identifie avec des jugements fondés sur cette expérience. Il faut distinguer ceux-ci du contenu représentationnel de l’expérience, qui véhicule une information non conceptualisée. ”

8) Mémoire : *“ La mémoire est la propriété de conserver et de restituer des informations. ”*

“ L’organisme humain dispose de plusieurs niveaux de mémoire plus ou moins complexes. Au niveau biologique, les cellules et les tissus sont capables de mémoire, d’une mémoire élémentaire, certes, mais réelle, en ce qu’elle comporte des phénomènes aussi variés que l’immunisation ou l’accoutumance aux drogues. Le deuxième niveau correspond à la mémoire du système nerveux, qui est essentiellement de type associatif et qui permet des acquisitions dont la complexité correspond à celle des structures nerveuses intéressées, en même temps qu’elle dépend des conditionnements et des apprentissages sensorimoteurs. Le troisième niveau est celui de la mémoire représentative (correspondant au sens courant du mot “ mémoire ”) ; il est extrêmement complexe, car il nécessite des opérations mentales qui permettent de se représenter les objets ou événements en leur absence et dont les principaux modes sont le langage et l’image mentale visuelle. ”

“ Le développement des techniques de communication nous a familiarisés avec le fait que des informations peuvent être conservées sur des supports très variés. Il est donc aisé d’imaginer que la mémoire contient des informations sous la forme de codes spécifiques. Ces codes sont, en fait, nombreux et peuvent être classés en trois catégories : les codes sensoriels, les codes moteurs et les codes symboliques. En principe, la mémoire utiliserait autant de codes sensoriels qu’il y a de modalités sensorielles. On peut, en effet, mettre en évidence l’existence d’une mémoire pour des informations qui seraient, par exemple, tactiles, visuelles, auditives ou olfactives ”

“ La variété des mécanismes de stockage a pour conséquence une grande diversité en ce qui concerne l’organisation stable des informations dans la mémoire. Les associations verbales paraissent constituer un premier mode élémentaire d’organisation pour l’information linguistique. Le second de ces modes est l’image visuelle. Il est aussi très fréquent que l’on recourt à des représentations imagées ou analogiques pour répondre à certaines questions”.

“ De nombreuses recherches ont établi que la présentation de dessins est plus efficace pour la mémorisation que la présentation des mêmes objets sous forme de mots, et que le recodage mental des mots en images mentales facilite la mémorisation. Des expériences minutieuses ont montré que cette efficacité était due, en fait, à un double codage : lorsqu’un dessin est présenté, il est automatiquement dénommé, de sorte que l’information est enregistrée sous la forme de deux codes, le code imagé et le code verbal. Ces deux codes apparaissent finalement comme très complémentaires l’un de l’autre, le code imagé étant pertinent pour l’information spatiale globale, mais déficient pour le code de l’ordre séquentiel, alors que le code verbal est approprié pour le codage de l’ordre des informations, pour l’analytique ”.

“ L’analogie entre l’homme et l’ordinateur a ses limites, d’une part, parce que les activités humaines sont évaluées en fonction de l’agrément ou du désagrément, c’est-à-dire d’après leur valeur affective, d’autre part, parce que l’homme est un être social et que ses connaissances et ses souvenirs ont très fréquemment une dimension sociale. ”

“ L’analyse des souvenirs révèle que la plupart d’entre eux (80 %) portent sur des événements privés (profession, vie sentimentale, voyages, vacances, vie familiale) qui d’une façon générale sont jugés comme étant agréables. Les autres souvenirs (20 %) portent sur des événements publics – guerres, révolutions, faits politiques (essentiellement décès d’hommes d’état célèbres) – qui sont jugés en moyenne comme étant désagréables ”

“ On pourrait alors distinguer quatre étapes successives dans le processus de mémorisation (cf. W. H. Bartz, Memory , 1968) :

– une phase sensorielle très brève, au cours de laquelle la rétention d’une information donnée se dégrade très rapidement, généralement au bout de 200 à 300 millisecondes ;

– la mémorisation à court terme, d’une durée de quelques dizaines de secondes, qui constitue un goulet dans nos capacités de stockage d’informations, puisque la capacité de mémorisation à court terme ne permet pas de traiter autant d’informations par unité de temps que la phase sensorielle proprement dite ; c’est à ce stade notamment qu’intervient la stratégie du sujet qui, en regroupant les informations sensorielles, peut arriver à mémoriser un plus grand nombre de données :

– la mémorisation à long terme, qui aurait une très grande capacité d’absorption mais qui ne s’effectuerait, au fur et à mesure que de nouvelles informations se présentent, qu’au prix d’une continuelle réorganisation des traces mnémoniques préexistantes ;

- le processus de rappel, ou réminiscence, qui constitue un second goulet limitant les possibilités de la mémoire, puisqu’il semble y avoir dans la mémoire plus d’informations disponibles que d’informations accessibles. L’efficacité des processus de rappel dépendrait fortement de la stratégie utilisée au cours de la mémorisation proprement dite. ”

9) Phobie : *“ Le terme de phobie est fréquemment utilisé, dans la langue courante, pour évoquer la fixité de peurs électives et irrationnelles, ou le caractère insistant du dégoût et de la répulsion envers certains objets qui déclenchent de l’anxiété et des réactions de fuite. ”*

“ On peut ici rappeler la classification de A. Pitres et E. Régis qui distinguent : les phobies d’objets (tenus pour dangereux, menaçants ou provoquant la répulsion) ; les phobies de certains lieux, de phénomènes de la nature, de situations, de tels ou tels aspects du corps malade ; les phobies des animaux, grands ou petits. ”

Les phobies infantiles : “ le petit Hans : Le recours au cheval comme objet phobogène permet à l’enfant de savoir de quoi il a peur et de donner une figuration significative à son angoisse. En bref, cette opération implique un déplacement et une projection. Si, selon le schéma œdipien, c’est le père castrateur que craint Hans, partagé entre l’amour, l’hostilité et la jalousie, le cheval devient inconsciemment le substitut chargé de représenter et ce père et les pulsions agressives du jeune garçon. Il aide ainsi au renforcement du refoulement en proposant également un compromis : la relation tendre au père réel est, de ce fait, maintenue et facilitée. ”

10) Pouvoir : *“ On confond souvent, dans l’usage quotidien des termes, le pouvoir avec le gouvernement qui n’en est qu’une forme limitée et rationalisée. Mais le pouvoir pénètre et informe toute collectivité humaine pourvu qu’elle soit organisée : il constitue sous des modalités diverses la machine même de l’action sociale. ”*

“ Il existe un pouvoir religieux ,et au cours de certaines périodes historiques : il suffisait que les principes fussent tirés de l’Ecriture. ”

“ Il existe un pouvoir économique et, on pourrait continuer l’énumération... ”

“ On ne connaît pas de pouvoir sans des autorités qui l’exercent et sans des sujets qui lui obéissent. ”

“ Max Weber a proposé : “ Puissance signifie toute chance de faire triompher au sein d’une relation sociale sa propre volonté, même contre des résistances, peu importe sur quoi repose cette chance. Domination signifie la chance de trouver des personnes prêtes à obéir à un ordre de contenu déterminé ; nous appelons discipline la chance de rencontrer chez une multitude

d'individus une obéissance prompte, automatique et schématique, en vertu d'une disposition acquise." (Economie et société, t. I, chap. I, paragraphe 16) . "

" La puissance suppose seulement des capacités individuelles et n'a pas de signification sociale. En revanche, la domination, se lie toujours à une organisation et possède un sens social. "

" Si le pouvoir veut dire chance de rencontrer l'obéissance, c'est qu'il dispose de moyens de contrainte et le recours éventuel à la violence légitime. "

" Le plus souvent, le pouvoir préfère recourir à la persuasion, mais à la persuasion du loup parlant à l'agneau : puissamment armée devant un public tout à fait inerte, elle l'emporte presque à coup sûr. Ou bien, on incite les sujets par la promesse d'une issue heureuse, ou bien l'on active les engagements par la menace de peines dont on espère qu'elles n'auront que rarement à être mises en œuvre. "

" le pouvoir, a capté la confiance de ses sujets et ils lui obéissent en vertu d'une supériorité reconnue, réelle ou supposée. "

" L'autorité fonde la légitimité du commandement. Il faudrait probablement modifier sa légitimité en passant à d'autres domaines : une compétence, la fortune, voire une situation enviée qui peuvent, dans certaines circonstances, conférer l'autorité. "

" Le pouvoir se tire parfois des signes et des symboles qui le revêtent et qui lui confèrent un caractère sacré. Le pouvoir se nourrit de symboles dans les sociétés primitives. Dans les sociétés industrielles, les uniformes, les robes, les bonnets carrés, les ors... "

" D'ailleurs, symboles et insignes peuvent aussi être considérés comme des déguisements : ils masquent derrière des entités métaphysiques la réalité humaine et sociale. "

" Ainsi le pouvoir engendre-t-il une relation dissymétrique entre un ego sachant et voulant et une masse amorphe, ignorante et sans vouloir. "

" les hommes peuvent nouer par le langage des relations égales et réciproques ; mais un déficit dans l'échange de la parole leur substitue des relations de force "

" L'autorité se convertit alors en une sorte de prestige diabolique : celui des patrons buveurs de sang et de sueur ou celui de l'homme au couteau entre les dents. "

11) Somesthésie : *" Le terme de " sensibilité somesthésique générale " désigne les sensations conscientes éveillées par la stimulation des tissus du corps, sensations qui ne sont ni visuelles, ni auditives, ni gustatives, ni olfactives. Elles sont provoquées par l'excitation de terminaisons nerveuses réceptrices de types variés, localisées dans le revêtement cutané et divers tissus plus profondément. Ces récepteurs sont sensibles à un certain nombre de stimulants spécifiques : mécanique, thermique, douloureux. On distinguera donc au sein de la somesthésie les sensibilités tactile, thermique et douloureuse. "*

" Il y a un siècle, Blix (1884) montra que les quatre sensibilités élémentaires (tact, chaud, froid, douleur) ne se répartissaient pas de façon uniforme au sein des téguments. On pouvait au contraire trouver des régions de très petite surface (quelques millimètres carrés) où existait une " sensibilité exquise " pour les diverses sortes de stimuli. "

" Il existe des différences très notables dans l'organisation et le type des terminaisons, selon que la peau qui les contient est glabre ou velue. Dans ce dernier cas, les terminaisons nerveuses libres, organisées en une architecture complexe à la base de chaque poil, réalisent des dispositifs mécanorécepteurs très sensibles à tout déplacement. "

" La forme, le nombre et la distribution des récepteurs varient en fonction de l'âge, de la région tégumentaire et des pressions auxquelles ils sont soumis. C'est ainsi que les corpuscules de Meissner de la peau glabre sont plus rares à la naissance que chez le grand enfant ; leur nombre diminue au cours de la vieillesse et ils se raréfient dans le derme de la main des sujets exerçant des métiers de force. "

" Les très nombreuses fibres nerveuses amyéliniques qui se trouvent dans la peau semblent avant tout assurer la production et la transmission des sensations douloureuses, mais des travaux récents

ont montré qu'une proportion importante d'entre elles peuvent être mises en jeu par des stimuli mécaniques de faible intensité."

" On peut établir la notion de seuil : celle-ci signifie que des influx nerveux ne partent dans une fibre venant d'une terminaison somesthésique que si l'intensité du stimulus est suffisante. Ces influx sont déclenchés par une dépolarisation électrique du récepteur lui-même, dépolarisation engendrée par le stimulus (pression, par exemple) et dénommée potentiel-récepteur . Il existe une relation précise entre l'intensité du stimulus et la fréquence des influx émis, celle-ci s'accroissant avec celle-là, le rapport de proportionnalité pouvant d'ailleurs varier assez notablement selon le type de récepteur considéré. "

" Ces caractères : seuil, potentiel-récepteur, relation entre l'intensité et la fréquence du message, accommodation, sont dans leur ensemble communs à tous les types de récepteurs sensoriels. "

12) Souffrance : *" Sans doute peut-on distinguer trois grands types d'attitude face à la souffrance : révolte contre le scandale, l'absurdité ou l'injustice qu'elle constitue ; résignation devant les nouveaux chemins qu'elle obstrue ou dessine comme à l'insu du sujet ; mais aussi exaltation de la valeur salutaire d'une épreuve devenue désirable. "*

" Seule la souffrance physique – la " douleur " – semblerait devoir faire l'objet d'une certitude : mieux localisée, plus sporadique et dotée de seuils d'intensité éventuellement déterminables, elle échapperait à cette suspicion qui caractérise la souffrance, dont la causalité, étant d'ordre suprasensible aussi bien que sensible, fait intervenir des éléments réputés imaginaires "

il existe "des modificateurs de l'humeur absorption, en agissant sur les neurorécepteurs, modifie les seuils de réceptivité à la douleur "

" À la différence du déplaisir, qui consiste dans la simple conscience d'une augmentation de tension, la souffrance ne se réduit jamais à l'affect. Conjointement à la décharge motrice et à la conscience de sa valeur pathique, celle-ci suppose, en effet, l'investissement d'une représentation. L'attention se concentre sur la zone du corps douloureuse. "

" la souffrance morale tend toujours à se convertir en expression somatique, ne serait-ce qu'au niveau d'une simple constriction des fibres musculaires. "

" La douleur agit à la manière d'une pulsion. Le moi, ne pouvant se concevoir comme cause des perturbations qu'il ressent, projette celle-ci au niveau cutané, c'est-à-dire en cette zone frontière entre le dedans et le dehors, par où toute irritation est susceptible de lui advenir. Et, il concentre tous ses efforts pour repousser l'excitation même qu'il vient d'accueillir. "

13) Stress : *" Le stress est un terme emprunté à la physique. Ce terme désigne la contrainte exercée sur un matériau. Normalement, un matériau est capable de résister à toute une série de contraintes modérées. Mais, si la contrainte est excessive ou si le matériau est fatigué, il y a risque de déformation, voire de rupture. C'est dans ce cas que l'on parle de stress. En biologie, l'usage du terme de stress date du début du XXe siècle et se situe dans la continuité des travaux de physiologie sur la constance du milieu intérieur avec leurs prolongements en physiologie de l'accommodation biologique et de l'adaptation. "*

" La constance du milieu intérieur, propriété remarquable de certains animaux, ceux que l'on dit à sang chaud, est la condition d'une vie libre et indépendante. "

" La constance du milieu intérieur n'est possible que parce que l'organisme dispose de mécanismes capables de gérer l'excès tout comme l'insuffisance "

" De tels mécanismes contribuent à l'homéostasie, c'est-à-dire au maintien actif de la constance du milieu intérieur. Mais, l'homéostasie ne peut être maintenue que si les écarts à la normale restent relativement faibles. Au-delà, des processus correctifs permettant de faire face sont nécessaires : c'est le stress."

" La suite de son travail consista à décrire la dynamique de ce syndrome général d'adaptation, avec l'identification des phases d'alarme, de résistance et d'épuisement, et à en rechercher les mécanismes "

“ la conservation de l’homéostasie est un processus actif qui nécessite la mise en tension de l’organisme et qui mobilise de l’énergie. L’énergie vitale n’étant pas inépuisable, toute sollicitation trop prolongée risque fort de déboucher sur l’épuisement. ”

“ Cette réaction peut, dans certains cas, être totalement inadaptée parce que excessive ou insuffisante. ”

“ Selye a proposé les termes d’eustress et de dystress, le bon stress et le mauvais stress. Le premier stimule et rend plus productif, le second désorganise et inhibe. ”

“ La réaction de stress fait intervenir deux grandes catégories de médiateurs chimiques : les catécholamines qui sont libérées par la médullosurrénale (l’adrénaline) et les terminaisons nerveuses des neurones orthosympathiques du système nerveux autonome (la noradrénaline principalement) ; les glucocorticoïdes qui sont des hormones libérées par le cortex surrénalien. ”

“ Les catécholamines sont responsables de la plupart des réponses immédiates à l’agression (tachycardie, augmentation de la pression artérielle, redistribution du sang des territoires viscéraux vers les muscles et le cerveau, augmentation du diamètre pupillaire, broncho-dilatation, accroissement de la thermogénèse, hyperglycémie). Les glucocorticoïdes viennent relayer et amplifier l’action des catécholamines, principalement au niveau énergétique, en favorisant la production de sucres à partir de sources non glucidiques. ”

“ D’autres systèmes hormonaux sont sollicités au cours du stress. ”

“ Les morphines endogènes, ou endorphines, sont également impliquées et jouent souvent le rôle de maillon intermédiaire dans les effets neuroendocriniens du stress. ”

“ Le stress dépend des perceptions du sujet, de ses représentations mentales et de ses attitudes. ”

“ Le contrôle comportemental n’est pas le seul facteur en jeu. La capacité de prévision intervient également. Sous ce terme, on fait référence aux informations dont dispose le sujet à la fois sur la façon dont la situation évolue au cours du temps et sur les conséquences de ses actions. La possibilité de contrôler la situation et d’en prévoir l’issue joue un rôle important dans l’attitude adoptée par le sujet face à la situation stressante. ”

“ D’une manière générale, l’activation physiologique induite par la situation agressive est d’autant plus faible que la prévision et le contrôle comportemental sont meilleurs et que le sujet bénéficie d’une attitude positive de la part de son entourage. ”

“ Les tentatives de contrôle actif de la situation sont en règle générale associées à une libération accrue de catécholamines, tandis que la perte de contrôle est associée à une libération accrue de glucocorticoïdes et d’endorphines et à une inhibition de l’axe gonadotrope. À l’inverse, le sens du contrôle et un fort soutien social sont accompagnés d’une diminution de la libération des glucocorticoïdes. ”

“ Une gestion efficace du stress repose sur une bonne hygiène de vie et la mise en œuvre de moyens appropriés pour faire face aux situations de stress. Ces moyens s’appliquent aux différents niveaux de la réponse de stress, niveau somatique, niveau comportemental et niveau cognitif. Dans le premier cas, il s’agit d’apprendre au sujet à réduire l’état de tension qu’engendrent en lui les situations de stress, grâce à diverses techniques de déconcentration, de relaxation musculaire et d’un travail sur la respiration. Dans le deuxième cas, il s’agit de remplacer les attitudes sources de conflit par des attitudes plus conciliantes, ce qui suppose que le sujet est à même d’identifier les situations à problèmes et d’analyser la façon dont il réagit face aux événements auxquels il est confronté. Dans le troisième cas, il s’agit d’essayer d’amener le sujet à réfléchir sur la façon dont il voit le monde et à s’ouvrir à d’autres types de représentations et de perspectives. ”

14) Tatouage : *“ Technique d’ornementation corporelle revêtant des significations multiples (religieuse, sociale, guerrière). On peut en distinguer différentes sortes : par piqûre, par le feu, par le fil, par scarification. Les tatouages avec une aiguille sont les plus employés, notamment chez les Blancs d’Europe et aux États-Unis, où l’on recourt à des colorants industriels. Ils consistent*

essentiellement à introduire en profondeur dans le derme un colorant indélébile ; la coloration ne peut alors s'éliminer que par desquamation."

" Dans les populations traditionnelles, le tatouage a une signification magico-religieuse ; il est lié, par exemple, à un rite de passage ou d'intégration dans une société, les tatoueurs différant suivant les groupes et selon l'âge des personnes tatouées. Cette marque personnelle inaltérable intègre et situe le sujet dans son contexte social ou dans le groupe des individus de son sexe (tatouages d'initiation ou d'identification, tatouages ethniques, marques de virilité). Elle peut conférer une certaine puissance contre les forces néfastes (tatouages magico-religieux, prophylactiques, thérapeutiques)."

" Il semble s'expliquer par un besoin de reconnaissance individuelle et collective, mais surtout par un souci d'établir, à l'aide de certains signes sur son propre corps, une défense efficace contre toute puissance maléfique. "

" Le tatouage d'initiation marque l'accession à un certain degré de maturité sociale, ce rite peut viser à immuniser les individus contre le mauvais sort et les attaques des fauves ou des serpents. Au Canada, les tatouages éloignent la mort et la maladie. "

" Souvent le tatouage marque les différentes étapes de la vie d'un individu. En général, il est pratiqué à la puberté ou lors du mariage. Il a d'ordinaire le sens d'une magie défensive pendant le premier âge et la jeunesse. "

" À l'occasion du mariage, il signifie la fidélité et l'amour ou confère un charme permettant un lien plus durable avec un mari volage. "

15) Trace mnésique : *" Le terme de trace mnésique a été employé dès le début du XXe siècle par les psychologues pour désigner ce qui est conservé par la mémoire. Dans la perspective la plus ancienne, la trace mnésique s'affaiblit, perd progressivement les caractéristiques distinctives de la figure originale, sauf celles qui ont été accentuées dans la perception ou renforcées dans la reproduction : c'est l'oubli. Pour les théoriciens de la forme (Gestalt) au contraire, la trace, au lieu de s'affaiblir, se stabilise dans le sens d'une "bonne" forme (aisément mémorisable) par assimilation à un objet ou par accentuation d'un détail. "*

OUVRAGES

16) Anzieu didier, Le Moi Peau, édition Dunod, Paris 1997, 291 pages

" La peau a plus de poids ... et occupe une plus grande surface ... que tout autre organe des sens. ... Elle comporte une grande densité de récepteurs (50 pour 100 millimètres carrés) "

" La peau, systèmes de plusieurs organes de sens (toucher, pression, chaleur, douleur...) est elle même en étroite connexion avec les autres organes des sens externes (ouïe, vue, odorat, goût) et avec les sensibilité kinesthésique et d'équilibration. "

" La peau compte également, ... des nerfs sensitifs à terminaisons libres (douleur, contact) ou aboutissant à des corpuscules spécialisés (chaud, froid, pression...), des nerfs moteurs ... et des nerfs vasomoteurs. "

" Dans de nombreux pays, des tabous du toucher sont mis en place pour protéger de l'excitation sexuelle, pour obliger à renoncer au contact épidermique global ... "

" Au cours de recherche sur l'image du corps et la personnalité, .. Fischer et Cleveland (1958) ont isolé, dans les réponses 2 variables.... La variable enveloppe est cotée pour toute réponse impliquant une surface protectrice, membrane, coquille ou peau, qui pourrait symboliquement être mise en rapport avec la perception des frontières du corps.... La variable pénétration s'oppose à la précédente en ce qu'elle se rapporte à toute réponse qui peut être l'expression symbolique d'un sentiment subjectif selon lequel le corps n'a qu'une faible valeur protectrice et peut être facilement pénétré. Fischer et Cleveland ont précisé 3 types de représentations de la pénétration : a) percement, éclatement ou dépouillement d'une surface corporelle (blessure, fracture, écorchure,

écrasement, saignement), b)voies et mode de pénétration à l'intérieur ou d'expulsion de l'intérieur vers l'extérieur, c) représentation de la surface d'une chose comme perméable et fragile. ”

“ La peau première fonction, c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon..., seconde fonction, c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets. La peau enfin, troisième fonction, en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives ; elle est de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci. ”

“ Lorsque, à l'occasion d'une maladie, d'une opération ou d'un accident qui a provoqué une plaie, le pansement colle à la chair, la mère ou le substitut arrache ou est imaginé pouvoir arracher des morceaux d'épiderme avec le pansement : celle qui donne les soins est aussi celle qui écorche. Mais celle qui a déchirée est aussi celle qui peut la réparer. ”

“ Le réseau maillé des barrières de contact constituent ainsi ce que je propose d'appeler une surface d'inscription, ...(une) protection.... Les barrières de contact ont une fonction de triple séparation de l'inconscient et du conscient, de la mémoire et de la perception, de la quantité et de la qualité. ”

“ (Le moi peau a 3 fonctions) : une fonction de barrière protectrice..., une fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces, fonction qui rend possible la représentation. A ces 3 fonctions correspondent 3 figurations : le sac, l'écran, le tamis. ”

Les huit fonctions du moi peau : fonction de maintenance, de contenance, de *pare excitation*, d'individualisation du Soi, qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique, d'intersensorialité, de soutien de l'excitation sexuelle, de *recharge libidinale*, d'inscription des traces sensorielles tactiles, fonction de stockage (mnésique), de production, d'émission.

17) Bartz Wayne : la mémoire, introduction à la psychologie générale, éditions HRW Ltée, Montréal 1976, 35 pages

“ les souvenirs ne contiennent pas uniquement des faits, l'information renfermée dans la mémoire a un caractère de généralité ”

18) Diel Paul : la peur et l'angoisse, édition payot, Paris 1985, 215 pages

“ Germe de l'angoisse, l'inquiétude vitale, trait commun à tous les êtres vivants, est le véhicule de l'adaptation évolutive car le but de toute évolution est de surmonter l'insatisfaction due à la dépendance de l'organisme vivant à l'égard d'une ambiance souvent hostile ”

“ l'angoisse est originellement un phénomène vital de protée formatrice. ”

“ vivre c'est sentir. Sentir c'est osciller entre un état d'insatisfaction et un état de satisfaction. Ces états opposés se manifestent au niveau humain sous la forme de sentiments : angoisse et joie....les sentiments restent en partie émotifs et inconscients. ”

“ l'inquiétude est le trait caractéristique commun à tous les êtres vivants car elle est causée par leur dépendance à l'égard d'un monde ambiant susceptible de faire obstacle à la satisfaction des besoins vitaux. ”

“ l'angoisse humaine, sous sa forme naturelle, est ...un état de désorientation, un aveuglement affectif. ”

“ l'angoisse serait l'ensemble des perturbations organiques ; l'anxiété serait la répercussion affective de l'angoisse organique. ”

“ la psychologie classique range l'angoisse parmi les émotions. ”

“ L'angoisse est constamment confondue avec la peur. ”

“ les émotions doivent être étudiées d'une manière objective et il faut rechercher quels sont les phénomènes physiologiques qui les accompagnent ”

“ Il y a dit Ribot une peur primitive, instinctive, inconsciente, antérieure à toute expérience individuelle, et une peur secondaire, consciente, raisonnée, postérieure à l'expérience, ...c'est précisément l'angoisse humaine ”

“ Au conditionnement accidentel par les objets extérieurs s’ajoute ainsi le conditionnement essentiel par les objets intérieurement représentés, soit sous forme d’image chargées d’affectivité aveugle, soit sous la forme de concept empreints d’objectivité lucide. ”

“ la peur serait la réaction émotionnelle causée par la représentation vive et persistante d’une douleur ou d’un mal possible ”

“ l’angoisse... envisage le mal futur et possible et est sous tendue de représentations vives tandis que la peur est la réplique émotionnelle à un traumatisme actuel provoqué par un danger réel. ”

“ loin de faire partie des émotions élémentaires, peur et colère deviennent chez l’homme des sentiments à nuances multiples, c’est à dire des états affectifs susceptibles de s’étendre imaginativement sur le passé et l’avenir. La peur imaginative est l’angoisse. ”

“ Refoulée, l’angoisse se fait timide ou agressive. Elle crée de fausses motivations et leurs fausses auto justifications, cause d’excessive inculpation d’autrui. Toute la vie individuelle et sociale, les actions et les interactions, sont insidieusement déformées par les méfaits de l’angoisse refoulée. ”

“ L’angoisse étant un phénomène somato-psychique, son dynamisme transformateur ne concerne pas seulement l’évolution du soma, mais aussi l’évolution du psychisme ”

“ En vue de sa conservation satisfaisante, la vie tente de surmonter l’inquiétude au moyen d’une constante variation évolutive de la réactivité. ” Le choc purement mécanique n’exerce qu’une pression. Le choc psychique, par contre, produit une impression. ”

“ l’obstacle concret transforme l’inquiétude immanente en angoisse. Obstacle et angoisse forment un couple polaire et c’est entre le pôle ambiant (l’obstacle) et le pôle psychique (l’angoisse) que s’opèrent (à travers le soma) les échanges énergétiques qui constituent le dynamisme évolutif de l’angoisse. ”

“ l’angoisse se présente ainsi comme une intégration de l’obstacle sous la forme d’une trace mémoriale. ”

“ le temps attente, est une tension intérieure, accompagnée d’attention dirigée vers l’obstacle extérieur. ”

“ Chaque moment vécu, laisse pourtant son empreinte d’inquiétude éveillée, et ces empreintes successives finissent par empêcher le retour à la quiétude initiale où somnolent encore les fonctions vitales. ”

“ L’inquiétude psychique ... se manifeste somatiquement, sous forme d’une innervation à caractère convulsivant : rétractile et contractile..... elles préparent peu à peu, une tendance à l’évitement des erreurs, ébauche primitive d’une capacité d’apprentissage ”

“ attaque et fuite conservent, en raison de la soudaineté du déclenchement rageur ou peureux, le caractère primitivement convulsivant de l’inquiétude vitale ”

“ le caractère imaginaire est le trait caractéristique des désirs et des angoisses humaines. ”

“ Devenue ainsi stimulus purement intra psychique et appui de la prévision, l’imagination se substitue à la prévision instinctive. La peur perceptive et momentanée commence à se différencier en une multitude de sentiments qui finiront par constituer l’angoisse imaginative de l’homme. ”

“ l’homme tire du passé une expérience qu’il projette sur l’avenir ”

“ l’angoisse est le produit d’une rétention imaginative de la peur. Peur imaginative ment représentée, l’angoisse est un état d’inquiétude qui n’est pas ressenti face au péril actuel, mais devant un danger seulement envisagé comme possible. L’événement qui déclenche l’angoisse se trouve, soit dans le passé, soit dans l’avenir. ”

“ Il se peut que l’imagination prévoie une menace réellement existante et, dans ce cas, l’angoissement est naturel, accidentel et passager. L’angoisse sous cette forme est un avertissement à signification positive : elle stimule la mobilisation de l’effort sensé, susceptible d’évincer la menace. Mais il se peut aussi que l’appréhension angoissée prévoie imaginativement des dangers réellement inexistantes ou qu’elle exagère des menaces réelles. ”

“ l’imagination morbide est apparentée à la peur panique : au lieu de stimuler les réactions de défense, elle en vient à les inhiber et même à les paralyser ”

“ la cause de l’angoisse est donc, bien plus dans l’individu que dans la réalité qui l’entoure. La réalité ambiante joue certes dans la production de l’angoisse un rôle extrêmement important : elle fournit à l’imagination l’occasion de s’exalter. ”

“ Dans la réalité, la pensée reste plus ou moins affectivement lié aux objets concrets. ”

19) Carlson- Blackwell C. Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers 1982, 470 pages

“ il nous faut envisager certaines activités médicales et certains soins infirmiers, comme virtuellement menaçants... les lavements, les sondages, la pose de tube gastrique, les perfusions intraveineuse, les piqûres intra-musculaire et sous cutanées, les aspirations... ”

“ les procédés diagnostics peuvent également représenter une menace ”

“ tout changement dans la structure corporelle est ressenti comme une menace. ”

20) Cahiers de l’IDE, p 36

“ la douleur... survient habituellement en réponse à un stimulus potentiellement dangereux pour les tissus... (avec) donc, une fonction d’alerte envers toute menace à l’intégrité du corps. ”

“ La connotation désagréable, dimension cognitive, (modifie) la perception... du message douloureux par l’attention, le souvenir d’une expérience similaire, l’angoisse, la dépression... ”

21) Fischer Roger et Ury William : Comment réussir une négociation ?, édition du seuil, Paris 1982, 219 pages

I Le différend : 1 pas de négociations sur des positions

II La méthode

2 Traiter séparément les questions de personnes et le différend

3 se concentrer sur les intérêts en jeu et non sur les positions

4 Imaginer des solutions pour un bénéfice mutuel

5 Exiger l’utilisation de critères objectifs

III Oui mais...

6 Que se passe-t-il quand la partie adverse est manifestement plus puissante ?

7 Que se passe-t-il quand la partie adverse refuse de jouer le jeu ?

8 Que se passe-t-il quand la partie adverse triche ou recourt à des moyens déloyaux ?

22) Hermant G : Le corps et sa mémoire, édition Doin, Paris 1986, 331 pages

Mémoire olfactive

“ La mémoire est la faculté de se représenter le passé, ce qui a été appris, ce qui a été vécu, surtout ce qui a été ressenti, et tout ce qui s’y inscrit en l’inconscient avec toutes ses références pour reparaitre à l’occasion à la conscience. ”

“ l’enfant au niveau de son corps, mémorise surtout les notions de mal (douleur), de chaud, froid, lourd ... De même plus tard l’adulte appréciera... les sensations agréables au niveau du corps, mais “ mémorisera ” davantage les vécus corporels insatisfaisants, tendus, douloureux ... ”

“ notre corps tout au long de sa vie emmagasine des sensations liées à des sentiments, et à des vécus affectifs, positifs ou négatifs... ”

“ le corps ressent , le corps reconnaît, le corps revit la joie, la terreur, le désespoir, l’angoisse évoqués par un son et reprend et revit la posture, évoquée à son tour, dans toute son intensité. ”

23) Karli Pierre : l’homme agressif, édition Odile Jacob, Paris 1987, 385 pages

“ lorsqu’une situation suscite un comportement agressif, cette agression vise souvent à mettre un terme à (ou atténuer) une émotion de nature aversive (inquiétude, peur, contrariété, colère) générée par la situation et par l’interprétation dont elle est l’objet ”

“ cette émotion est générée par toute situation perçue comme une menace pour l’intégrité physique et ou psychique de l’individu, suscite un comportement qui vise à mettre un terme à l’expérience

affective déplaisante et à abaisser le niveau d'activation cérébrale.....cet objectif est atteint grâce à la mise en oeuvre d'un comportement d'agression ou de fuite ”

“ cette tendance naturelle à éviter des objets non familiers dans un environnement familier peut se traduire selon les circonstances par un comportement intolérant à leur égard ”

“ l'étrangeté est un stimulus très efficace pour provoquer l'agression ”

La probabilité d'agression diminue grâce à la communication interpersonnelle et donc la capacité de reconnaître une signification aux signaux envoyés par l'inconnu.

“ une stimulation douloureuse a pour effet d'induire (ou d'accentuer) une attitude agressive ”

24) Le Breton David : Anthropologie de la douleur, édition Métailié, Paris 1995, 233 pages

“ D'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identiques. Leur seuil de sensibilité n'est pas le même... La relation intime à la douleur dépend de la signification que celle-ci revêt au moment où elle touche l'individu. ”

“ Les soignants... savent qu'une parole amicale ou une main sur le front, la présence au chevet de l'homme souffrant, sont les plus efficace des antalgiques, même s'ils ne suffisent pas ”

“ La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. ”

“ Le chemin de la douleur emprunte des portes qui la ralentissent, l'amortissent ou accélèrent son passage. Des filtres accentuent ou diminuent son intensité. D'autres perception sensorielles entrent en résonance avec elle et contribuent à la moduler (chaleur, froid, massage,...) Certaines conditions l'inhibent (concentration, relaxation, diversion, ...) ”

“ Il faut donc abandonner l'idée fausse de la douleur bien faisante. En fait, la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme, qui le rend plus malade qu'il ne serait sans elle. ”

“ Par l'offrande de douleur par exemple, le chrétien d'autrefois, s'efforce de combler la dette contractée à l'occasion du sacrifice du Christ. Toute souffrance consentie devient alors une preuve d'amour, une marque de dévotion. ”

“ L'art de faire souffrir l'autre pour le contraindre, l'humilier ou le détruire, est inépuisable. La douleur infligée en est l'outil de préférence, archétype même du pouvoir sur l'autre. ”

“ La douleur induit un renoncement partiel à soi, à la contenance qui est de mise dans les relations sociales. Il s'autorise des actes (grimaces, pleurs,...) ou des paroles (jurons, plaintes,...) qui tranchent sur ses comportements habituels Ou bien il se retire en soi pour affronter son mal sans éteindre son énergie.

“ Même si elle touche seulement une partie du corps, ..., la douleur ne se contente pas d'altérer la relation de l'homme à son corps, elle diffuse au-delà, elle anticipe les gestes, traverse les pensées, elle contamine la totalité du rapport au monde ”

“ La douleur dont on envisage la fin prochaine perd une part de sa violence, elle n'entame pas le sentiment d'identité. ”

“ La connaissance du caractère habituellement provisoire de la douleur amène au sentiment que celle-ci ne tardera pas à lentement se dissoudre. ”

“ La douleur n'a pas l'évidence du sang qui coule ou du membre bridé, elle exige une sagacité d'observation ou la confiance dans la parole du malade ”

“ D'autres chérissent la douleur dans certaines circonstances et la recherche comme un mets raffiné, inlassable gisement de plaisir. Ils trouvent là la compensation d'une conduite ancienne ou présente, d'un mode de vie dont ils se sentent coupables. ”

“ La puissance du regard de l'autre se traduit par l'efficacité des placebos dans les traitements. (35%) ”

“ Une enquête... montre l'importance des jalons de signification qui atténuent la peur et la souffrance et éclairent le rétablissement de l'individu. Les uns reçoivent une information précise sur les conséquences de l'intervention, on leur affirme le caractère inévitable de certaines formes

douloureuses dont ils ne doivent pas s'inquiéter. On leur explique que la douleur postopératoire naît des spasmes de muscles situés en dessous de la zone abdominale incisée et qu'ils peuvent la diminuer par la relaxation. On leur enseigne quelques méthodes simples à ce propos et on leur indique enfin la difficulté d'obtenir un soulagement intégral. L'autre groupe est immergé dans l'ordinaire des soins, et ne bénéficie d'aucune consigne particulière. Une douleur identifiée à une cause, à une signification, est plus supportable qu'une douleur restée dans le non-sens, non diagnostiquée, non comprise par l'acteur. ”

“ L'organisation des soins à l'hôpital favorise l'anxiété en livrant l'usager à la manière d'un objet, d'un pur corps malade, dans la routine où sa singularité est gommée et son angoisse rarement prise en considération. ”

“ La douleur est une caisse de résonance de significations sociales et personnelles. ”

“ L'accompagnement, l'écoute, la capacité à contenir l'anxiété, l'accueil par les soignants ou la famille de la parole souffrante exercent un effet d'apaisement sur la douleur. ”

“ Les systèmes religieux au premier chef ont intégré la souffrance humaine dans leur explication de l'univers. Ils ont cherché à la justifier au regard de Dieu, et à indiquer les manières à travers lesquelles les hommes devaient l'assumer ou la combattre. ”

“ Le malheur, la souffrance, la douleur, frappe toute infraction à la loi. La douleur est signe d'une faute ”

“ L'intolérance de (la) douleur vient de ce (qu'on ne) comprend pas sa cause. ”

“ La douleur n'est pas une punition, elle est davantage une voie de rédemption... ”

“ L'acceptation de la douleur est une forme possible de dévotion qui rapproche de Dieu, purifie l'âme. ”

“ (dans les pays protestants,) la douleur n'est pas rédemptrice, elle est pure violence. ”

“ (pour le musulman,) les maux de ce monde, sont des épreuves destinées à évaluer l'étendue de sa foi. ”

“ L'empreinte morale pesant sur la douleur persiste encore chez les individus non religieux. Celle-ci est rarement ressentie comme un événement neutre ”

“ Même si le seuil de sensibilité est proche pour l'ensemble des sociétés humaines, le seuil douloureux auquel réagit l'individu et l'attitude qu'il adopte, sont liés essentiellement au tissu social et culturel. En face de la douleur, l'individu est sollicité dans sa vision du monde, ses valeurs religieuses ou laïques, son cheminement personnel. ”

“ Seuls 213 enfants élaborent des manières créatives de lutter contre la douleur : 93 utilisent la diversion (penser à autre chose, réciter l'alphabet à l'envers,..), 91 serrent les poings ou se tendent physiquement, 29 recourent à l'imagerie mentale ou à la relaxation pour conserver le contrôle de la situation. Les autres ne disposent d'aucun recours pour s'opposer à leur douleur.(750) ”

“ Les Irlandais ont tendance à minimiser leurs troubles tandis que les Italiens sont prolixes sur l'intensité et l'étendue de leurs maux... Les malades italiens manifestent une tendance culturelle à la dramatisation de leur état. ” A l'inverse, l'attitude conventionnelle des irlandais est de prendre sur soi et de supporter la situation en congruence avec le sentiment que la vie est difficile et qu'il faut savoir y faire face. ”

“ De la même façon, les femmes exposent davantage de douleurs et de plaintes que les hommes. ”

“ Moi, j'ai la carcasse dure. ”

“ Sur le fond d'une gêne éprouvée de longue date, une goutte d'eau fait déborder le vase et autorise enfin le jaillissement d'une souffrance longtemps réprimée. ”

“ Ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins ou les infirmières qui projettent leurs valeurs et souvent leurs préjugés sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge. ”

“ L’ambiance, la tonalité d’un lieu joue aussi un rôle dans la manière dont le malade assume sa condition...La nuit est un moment où la douleur est particulièrement sensible, aiguïlée par la solitude et la peur, par l’effacement des repères et de l’agitation familière du jour. ”

“ L’imagination active est en effet une autre manière d’agir sur la douleur par une rêverie de diversion. Une activité qui passionne et détourne l’attention de l’individu souffrant est une forme d’efficacité symbolique qui montre le degré de contrôle sur soi dont l’homme est capable sans toujours le savoir. A l’inverse, la consigne d’imaginer une situation douloureuse produit sur les sujets les effets physiques associés à la douleur : augmentation du rythme cardiaque, de la tension musculaire, et de la réponse galvanique de la peau. ”

“ Infliger la douleur pour punir d’une incartade, d’une infraction ou imposer un ordre est de longue date un principe d’intimidation et de pouvoir, une manière de prise sur l’autre à proportion de son impuissance à se défendre. ”

24bis) Manoukian A. et Masseur A. : Pratiquer... La relation soignant soigné, éditions Lamarre, Moulins-lès-Metz Février 1997, 157 pages.

“ il est vrai qu’être malade peut transformer un individu dans l’expression de ses demandes et dans ses rapports avec l’entourage. ”

“ les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime et prolongée. ”

Processus de la relation : les partenaires, les échanges

“ les raisons ou objectifs des relations sont majoritairement déterminés par les soins. ”

“ tout acte, tout geste technique se situe au sein d’une relation soignant soigné ”

“ nous échangeons des informations en permanence (utilisant) différents supports, tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce que l’on appelle les accessoires (incluant) tout ce qui participe à la relation comme la tenue vestimentaire (uniforme, vêtement civil ou chemise d’hôpital) et les attributs d’une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre....). Tous ces éléments, apportent une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. ”

“ entre patient et soignant, s’échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. ”

“ dans un milieu hospitalier, demander à un malade de se déshabiller peut être reçu comme un ordre, une suggestion, une demande, une proposition.... et cela dépendra du type de relation que le soignant établit : dominant / dominé, égal à égal, dominé / dominant. ”

“ lorsque le demande est interprétée comme un ordre par le malade, (il) peut devenir : agressif et opposant, craintif et soumis, acceptant et collaborant. ”

“ c’est avec son corps, sa parole et son affectivité qu’on entre en relation ”

“ une relation, c’est une rencontre entre deux personnes, c’est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ”

Il y a des “ facteurs intervenant dans l’établissement d’une relation : facteurs psychologiques : valeurs personnelles, représentations, préjugés, émotions, désirs, enjeux de cette communication ; facteurs sociaux : appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d’âge, une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun ; facteurs physiques : perceptions.... ”

“ leur malaise, la peur du handicap, leur angoisse parfois, la brutalité de l’hospitalisation, leur histoire et les événements de leur vie dont nous ne sommes pas au courant peuvent aller jusqu’à entraîner un refus du réconfort, de l’aide ou des soins. ”

“ nous pourrions parler, lorsque cet espace (espace de transition) s’organise, d’enveloppe sociale ou d’écorce sociale de la personnalité. Cette enveloppe contiendra tous les rôles sociaux qui alimenteront les relations. ”

la motivation est un “ lien entre la réalité intérieure, intime, faite de désirs, de sentiments, d’émotions, de rêves, de fantasmes et la réalité sociale, lieu de multiples rôles. ”

“ les questions du patient relèvent en fait d'une grande inquiétude d'une part, et d'autre part de l'importance de l'information médicale du public qui aujourd'hui veut en savoir davantage. ”

Autorité : de statut et de fonction, de compétence, charismatique ou de personnalité

25) Marchand serge : Le phénomène de la douleur, édition Masson, Paris 1998, 311 pages

“ La douleur possède une dimension affective qui est en partie modulée par les apprentissages que nous réalisons tout au long de notre vie. Celle-ci modifie l'aspect désagréable de la douleur et fait varier les comportements des personnes face à une même souffrance. ”

“ des facteurs culturels influencent sans aucun doute notre perception de la douleur. ”

“ Il existe en effet des différences de perception de la douleur selon les groupes ethniques et les cultures. Il apparaît probable que ces variations s'expliquent en grande partie par les différences

“ d'éducation face à la douleur ” véhiculées dans chaque culture. ”

“ cette différence peut s'expliquer, (aussi), par la différence dans la communication selon le groupe d'âge. En effet, ...la communication de la douleur est ... plus difficile pour une personne âgée ou un enfant. (Les) enfants (sont) limités dans leurs capacités de langage, (et) leurs pleurs expriment plusieurs degrés d'émotions différents : inconfort, ennui, angoisse, peur, douleur. ”

“ La douleur est essentielle à la survie. Elle joue un rôle d'alarme extrêmement important. ”

“ La douleur est une expérience subjective faisant appel à des mécanismes et à des interprétations extrêmement différentes, qui peuvent être de nature physiologique... ou encore psychologique. ”

“ la douleur d'anticipation (dépasse) celle qui (est) produite par les supplices eux-mêmes. (cf. torture) ”

“ La nociception est l'activité nerveuse engendrée par une stimulation potentiellement dangereuse pour l'organisme....(elle) est purement physiologique... (et) peut être perçue comme douloureuse ou non. L'activité des récepteurs nocicepteurs est essentielle à la survie. ”

“ la douleur est une sensation désagréable associée ou non à une lésion tissulaire ”

“ la souffrance est une réponse affective négative qui peut être générée par la douleur ou encore d'autres expériences désagréables... ou.. anxiogène.

“ En effet, nous pouvons... souffrir par anticipation d'une expérience potentiellement désagréable. ”

“ Douleur : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes.(expérience subjective). Elle est associée à notre perception de l'événement et influencée par nos expériences passées. ”

“ La douleur aiguë joue un rôle important de protection et d'alarme. ”

“ Seuil de perception : la plus faible intensité de stimulation perceptible par un sujet. Seuil de douleur : la plus faible expérience de douleur qu'un sujet peut connaître. Seuil de tolérance : la plus importante douleur qu'un sujet est prêt à tolérer ”

“ C'est grâce (au) réseau de neurones qui transmet et intègre toutes les informations sensorielles, que nous pouvons interagir avec l'environnement. ”

“ Un stimulus est décrit comme tout événement amenant une modification interne ou externe du corps.... il peut être de nature mécanique, thermique ou chimique. ”

“ A l'état de repos la face interne de la membrane d'une cellule nerveuse présente une polarité de -70 mV par rapport à la face externe...L'application d'un stimulus d'intensité suffisante aura pour effet de dépolariser cette membrane et de déclencher un courant chimio-électrique qui est intelligible pour le cerveau. L'information du toucher qui est mécanique, a donc été transformée en signal intelligible pour le SN. ”

“ Les principales classes de fibres qui jouent un rôle dans la perception de la douleur sont les fibres A alpha , A bêta (afférence non nociceptives), A delta (localisation de la stimulation nociceptive) et C ”

“ Le stimulus agit sur les récepteurs, où il est transformé en influx. Cet influx se transmet ensuite le long des voies afférentes et prend la direction du SNC, qu'il pénètre au niveau de la racine postérieure de la moelle épinière, par les nerfs rachidiens, ou crâniens. Il se dirige alors vers les

faisceaux ascendants grâce auquel il atteindra le thalamus (duquel) il atteindra le cortex somatosensoriel, responsable de la perception et sera transmis vers le cortex préfrontal pour préparer les réponses motrices. ”

“ Le stimulus initial ne constitue pas l’unique facteur contribuant à la douleur ressentie. En premier lieu, la transduction sensorielle correspond à la transformation du stimulus mécanique, thermique ou chimique en énergie chimio-électrique dans les terminaisons nerveuses sensorielles spécialisées ; ensuite, la transmission de l’influx nerveux s’accomplit en 3 séquences : de la périphérie à la moelle épinière, de la moelle au tronc cérébral et au thalamus, et enfin du thalamus au cortex ; la modulation, fait référence au contrôle inhibiteur exercé sur les neurones responsables de la transmission de la périphérie vers le cortex ; la perception de la douleur, constitue l’aboutissement d’un stimulus nociceptif courant l’ensemble du SN. ”

“ Pour l’interpréter, tout individu réfère à une situation émotionnelle et à la sommation de ses expériences passées. ”

“ La douleur s’exprime d’abord par les réflexes de retrait. Plusieurs comportements, spécifiques ou non, reflètent notre perception de la douleur : cris, pleurs, rigidité musculaire ou même évanouissement. ”

“ Tout au long de son trajet nerveux le message nociceptif fait l’objet de modulations soit facilitatrices, soit inhibitrices. Assurant le contrôle du message nociceptif, 3 mécanismes regroupent ces systèmes inhibiteurs de modulation : 1) la théorie du portillon, 2) les contrôles inhibiteurs diffus induits par des stimulations nociceptives et 3) les contrôles exercés par les centres supérieurs du SNC. Selon la théorie du portillon, la stimulation sélective des fibres afférentes non nociceptives, soulage la douleur en réduisant la transmission de l’information nociceptive directement à son entrée dans la moelle. ”

“ Les comportements conscients de la douleur, expressions faciales, posturales reflètent la douleur que nous ressentons. ”

“ La connaissance neurophysiologique de ces processus de modulation de la douleur permet de les mettre à profit pour le traitement de la douleur et de proposer une variété d’interventions non pharmacologiques (TENS, stimulation des zones gâchettes, relaxation, techniques mentales de visualisation...). ”

“ Dernièrement, les théories du portillon et des systèmes inhibiteurs descendants ainsi que la théorie plus récente de la neuromatrice supposent que la douleur résulte d’une multitude d’interactions et d’échanges d’informations à plusieurs étages du SN. ”

“ Chez un patient souffrant de douleur chronique depuis plusieurs années, la douleur n’est pas toujours d’intensité égale selon l’heure de la journée ou d’une journée à l’autre. ”

“ La personnalité ou l’état psychologique du patient jouent donc un rôle primordial dans la perception de la douleur. ”

“ Le milieu socioculturel dans lequel se trouve le patient peut aussi grandement influencer sa perception de la douleur, de même que ses attentes et ses peurs face au traitement qui lui est proposé. ”

“ Certaines approches physiques comme le TENS, l’acupuncture ou le massage, et certaines approches comportementales, comme la relaxation ou l’orientation de l’attention, semblent recruter ces mécanismes pour produire une analgésie. ”

La relaxation est définie “ comme un état de paix et de calme méditatif, (ou) comme une tentative de se libérer physiquement, moralement, intellectuellement et affectivement d’une contrainte, (ou encore identifié) à un état de conscience altéré produisant un apaisement. Méthode active : relaxation musculaire progressive. Méthode passive : centrées sur les sensations corporelles (chaleur, lourdeur). Méthode méditative : de concentration (sur un mot, un son...), basées sur l’imagerie mentale (visualisation). Méthode de contemplation ”

“ Une tension musculaire inutile peut générer ou exacerber certaines douleurs et ...la relaxation face à (celle-ci) peut s’avérer efficace de 2 façons. D’abord elle peut agir directement sur la tension musculaire et contribuer ainsi à contrôler la douleur ; ensuite, elle peut agir sur le stress émotif, qui agit à son tour sur la tension musculaire. ”

“ La réaction d’évitement face à un stimulus potentiellement dommageable pour l’organisme est un phénomène universel. ”

“ La douleur est un phénomène dynamique qui est modifié par l’ensemble de nos expériences et par le contexte dans lequel l’événement douloureux se déroule. ”

26) Paul-Cavalié François : Visualisation : des images pour des actes, édition interéditions, Sarcelles, 1989, 239 pages

“ Face à un événement douloureux, la personne dont l’équilibre tridimensionnel sera mal assuré pourra se tourner vers autrui. La compassion que l’on trouve dans une bonne écoute thérapeutique peut en effet guérir... Il est fréquent d’entendre (le patient) dire au thérapeute : “ J’ai simplement besoin de savoir que vous êtes là pour moi, que vous pouvez m’écouter et recevoir mes larmes. ”

“ Certaines personnes ont des canaux de perception privilégiés. ”

“ Avant tout acte, nous créons une image anticipée de l’acte que nous allons accomplir en utilisant les informations des expériences sensorielles vécues dans le passé. Le sentiment de réussite ou d’échec que nous ressentons au moment de cette visualisation, sera déterminant pour le résultat de l’acte que nous envisageons. ”

“ La puissance de la suggestion (se retrouve) dans toute les recherches sur l’effet placebo. ”

“ Par exemple, un sujet traumatisé par une expérience pénible au cours de son enfance, sera hésitant face à une activité similaire, appréhendant de renouveler l’expérience négative. ”

27) Savatofski Joël, Le Massage Douceur, édition Dangles, St Jean de Braye 1990, 155 pages

“ Vous avez peut être fait l’expérience des mains qui d’emblée, vous apaisent, vous réchauffent, vous donnent du baume au cœur. ”

“ Malgré ce besoin vital et équilibrant chez l’homme, le toucher, parmi tous les sens, apparaît comme le plus réprimé, du moins dans notre société occidentale.... les corps passent leur temps à s’éviter ”

“ Toute l’éducation est basée sur le rejet du contact physique..., de prendre nos distances ”

“ Après un coup, on se frotte machinalement comme pour faire taire la sensation désagréable. En effleurant ainsi superficiellement, uniformément et rapidement, on provoque une surabondance.. d’informations au niveau des nombreux récepteurs sensitifs de la peau. La sensation douloureuse se trouve alors brouillée, étouffée. Dans la même logique, on utilise de la glace pour calmer certaines douleurs, pour “ figer ” l’excitation. ”

“ On peut aider quelqu’un à se détendre en l’aidant à respirer calmement. Ceci permet de se relâcher, mais aussi d’entrer en communication profonde et d’inspirer confiance... ”

28) Speads Carola, A B C de la Respiration : apprendre à mieux respirer, édition Aubier, Breteuil sur Iton 1989, 173 pages

“ Votre respiration est censée vous apporter le soutien nécessaire à votre activité du moment, qu’il s’agisse de travailler, de jouer ou de dormir. Pour exécuter certaines tâches sans vous épuiser, pour récupérer après l’effort ou faire face à l’adversité, vous avez besoin de votre souffle . ”

29) Valéry Paul, Mauvaises pensées et autres,

“ La peau humaine sépare le monde en deux espaces, côté couleur, côté douleur. ”

30) “ le temps de l’incertitude : Réactions des patients et effets sur l’incertitude.”, Soins Infirmiers Suisses, octobre 1992, p 69 à 72.

31) Bendensky Noëlle : “ Tableau des phobies en France ”, Tempo médical, n°384 A/B, avril 1990, page 30.

“ 33% des français seraient concernés ”

“ le portrait type est une jeune femme, inactive, étudiante ou à la recherche d’un premier emploi, plutôt que salarié, cadre moyen plutôt qu’employée ; elle habite volontiers dans une ville de plus de 100.000 habitants, à l’exclusion de Paris. ”

“ la phobie la plus fréquente est celle des animaux...suivent par ordre décroissant, la phobie des foules, du sang, les phobies sociales et celles d’objets divers ”

32) Bensignor Maurice : **“ la médecine de la douleur devrait être un humanisme ”**, objectif soins n°66, juillet août 1998, pages 33 à 35.

“ la même lésion tissulaire ne suscite pas la même émotion douloureuse chez 2 patients différents ou chez un même patient à des moments différents ou dans des conditions différentes d’environnement. ”

“ S’il convient à l’évidence de réduire autant que possible les messages nociceptifs qui bombardent le système nerveux central, nous devons aussi aider les patients à modifier certaines de leurs représentations dans le but de mobiliser leurs propres ressources pour diminuer leur souffrance. ”

33) Boulu Philippe : **“ Mémoire de la douleur ”**, Tempo médical, n° 394, juin 1990, pages 7 et 8.

“ Il existe une mémorisation de la douleur... toute douleur, surtout si elle est intense et prolongée, est capable de laisser une trace mnésique... (pouvant avoir) un rôle important dans l’intégration, la réapparition et l’auto-entretien de la sensation algique. ”

34) Brunschwig H. : **“ les peurs enfantines ”**, soins gynéco obstétrique n°108, mai 1990, pages 41 à 44

“ la peur est un sentiment d’angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d’un danger réel ou supposé ”

“ Entre 2 et 4 ans, apparaissent aussi la peur d’être attaqué, d’avoir mal, la peur pour l’intégrité du corps, la peur d’en perdre des morceaux... ”

35) Coulon Catherine : **“ Anxiété, peur, angoisse ”**, Soins n°627, juillet août 1998, pages 17 à 19.

“ la peur est un phénomène psychologique et physique qui accompagne la prise de conscience d’un danger. Ce danger, plus ou moins menaçant, peut être présent et visible ; il peut être suggéré par certains indices, il peut être imaginé ou représenté dans l’esprit. La peur phénomène douloureux et actif, est le plus souvent consciente, amenant des réactions motrices et physiologiques, ainsi qu’une stratégie de réponse plus ou moins adaptée : fuite, combat, immobilité, dissimulation... ”

“ l’anxiété est une peur sans objet. C’est un sentiment pénible d’attente, un affect douloureux qui évoque une menace ou un danger pourtant absents. Le sujet se sent mal à l’aise en situation d’alarme, guettant un danger, inhibé dans ses activités. Elle comporte aussi un versant physique avec tout son cortège de signes somatiques : tachycardie, sueurs, tremblements, vertiges, oppression thoracique, phénomène digestifs, paresthésie. ”

“ l’angoisse est diagnostiquée lorsque l’anxiété est forte et qu’elle comporte en plus une participation somatique important : comportement désintégré, interprétation faussée et irréaliste de la situation. Parfois terreur, confusion, incapacité de parler ou de bouger... ”

“ le diagnostic médical s’attache à comprendre et à expliquer un processus pathologique. Le diagnostic infirmier s’intéresse aux réactions de l’individu dans le contexte de la maladie. La prise en charge est multidisciplinaire et chaque partenaire joue un rôle bien défini en fonction des objectifs déterminés en équipe. ”

“ Pour les IDE, l’objectif serait que F. se sente moins anxieux, qu’il manifeste des signes de relaxation, qu’il tremble moins, qu’il soit capable d’écouter et de parler, d’exprimer ses sentiments, aider F. à mettre des mots sur ses craintes, car le conflit se joue à un niveau inconscient ; lui permettre de donner une représentation à son angoisse... ”

36) Dossier Soignant/ Soigné : **“ une rencontre avec l’autre ”**, Accompagner le patient : aller au devant de la personne et découvrir ce qui fait sens pour elle, IDE Magazine, °137, avril 1999.

“ Pourtant, la confiance est la condition sine qua non pour permettre l’accompagnement d’une personne sur un chemin qui, pour elle, soit porteur de sens. ”

“ Lorsque le soignant s’adresse à une personne et non à un corps malade, il ne peut établir de hiérarchie entre ces personnes, ni de comparaison entre les différentes formes de souffrance qu’il côtoie, qu’elle qu’en soit la cause, car la souffrance, qu’on ne confondra pas avec la douleur, est propre à chaque être. ”

“ Il s’agit donc dans ce premier contact, d’aller au devant de la personne, de déceler ses attentes, de découvrir ce qui fait sens pour elle et d’écouter son désir. ”

“ Mais parfois, il arrive que cette rencontre ne se passe pas comme on l’aurait espérer, la personne n’a pas envie de répondre à nos questions. C’est aussi son droit. Le soignant va alors devoir repartir à la rencontre de l’autre, expliquer, rassurer, redonner confiance, et quelques fois, laisser faire le collègue. Apprendre à écouter, regarder, se taire, essayer de décrypter en partant de l’individu..., l’enjeu pour les soignants est de taille et conditionne la qualité de la pratique soignante. ”

“ Certains hospitalisés, auxquels on prélève régulièrement du sang pour suivre de près leur évolution physiologique, ont parfois le sentiment eux mêmes d’être vidés de leur substance vitale, et quasi vampirisés au profit du laboratoire. ”

37) Garcia Ximena : “ la douleur liée aux gestes invasifs ”, soins n°568, janvier 1993, pages 21 à 23

“ Dès que l’éventualité d’une pathologie cancéreuse se pose, le patient, adulte ou enfant, devra subir plusieurs gestes douloureux indispensables dans le cadre du diagnostic et du traitement. Tout au long du traitement, de nombreuses circonstances vont générer des douleurs, soit de façon directe - comme, par exemple, les ponctions veineuses, les ponctions lombaires, les ponctions de moelle - soit de façon indirecte... ”

“ la douleur des gestes invasifs est une douleur aiguë, iatrogène et de durée limitée. ”

“ Il est certain que l’expérience du soignant qui réalise les gestes est un facteur déterminant de l’intensité et de l’appréhension de la douleur produite. ”

“ Des gestes moins traumatiques : microprélèvement, anesthésique locale, matériel le plus adapté possible, regrouper tous les prélèvements... ”

“ Il est important de prendre en considération le premier prélèvement ”

“ Il est primordial de consacrer le temps nécessaire pour donner l’information, sur le déroulement, tout en leur accordant une marge de liberté dans leur réaction face à la douleur certaine.. il est nécessaire au préalable d’instaurer un climat de confiance ”

“ le contrôle de la respiration de la part du patient peut apporter un état de relaxation qui rend le geste plus facile et moins douloureux ”

38) Horenstein Mario : “ les phobies ”, Tempo Médical, n° 472 octobre 1992, pages 23 à 25.

“ Nous envisageons les attaques de panique comme une réaction d’alarme pouvant prendre la forme de ce qui est considéré comme une crise de spasmophilie : tachycardie, paresthésie, étourdissements, attaques d’étouffement ou hyperventilation ”

“ les sujets phobiques ont développés précocement des schémas cognitifs de danger, qui sont stockés dans la mémoire à long terme. Ils vont sélectionner l’information en ne retenant du monde extérieur que ce qui a trait au danger ”

39) Jacobi D. : “ l’anxiété dans les salles d’attente ”, revue des professions de santé n°53, mars avril 1987, pages 27 à 34

“ le lieu : hôpital ” est “ empreint d’une image de souffrance et de mort ” et “ peut générer de l’anxiété ”

“ la maladie : être malade ou le redouter est angoissant ”

“ une carence en information sur le délai d’attente entraîne des manifestations d’anxiété. ”

40) Jacobi Daniel : “ Expliquer et faire comprendre la douleur... ”, Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 5/16.

“ Expliquer, ... c’est faire comprendre quelque chose (à quelqu’un) à l’aide d’un discours parlé ou écrit ou encore par des gestes ou encore faire connaître la cause ou la raison. ”

“ Celui qui explique la douleur et celui qui a la volonté de comprendre doivent nécessairement disposer d’un espace commun partagé pour que l’explication devienne possible. La construction de cet espace commun est un des éléments fondateurs de la situation de communication qui va rendre possible et donc acceptable (recevable) l’explication. ”

41) Lararovici R. : “ peurs de l’enfant ”, Médecine et enfance , juin 1990, pages 227 à 232

“ Angoisse : état caractérisé par l’attente du danger et la préparation à celui-ci, même s’il est inconnu. Peur : état qui repose sur un objet défini. Effroi : état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé. Anxiété : sentiment de danger imminent avec attitude d’attente entraînant un désarroi plus ou moins profond ”

“ Il existe des théories béhavioristes de l’angoisse. La peur aurait une origine naturelle et héréditaire. Certains auteurs parlent de composantes innées et de différences anatomiques et physiologiques. ”

“ Chez l’animal, on retrouve essentiellement 2 types de peurs : celle de l’inconnu, et celle associée à une approche rapide. ”

“ les situations génératrices de peur sont reconnues à partir de souvenirs d’adulte de différents niveaux d’âge : peur associée au bruit, des personnes inconnues, des objets et environnements inconnus, des douleurs ou personnes associées à la douleur. ”

42) Le Breton David : “ Douleurs et soins infirmiers ”, Recherche en soins infirmiers, n° 53, juin 1998, pages 17/23.

“ Celui qui franchit le seuil de l’hôpital, se voit dépouillé de ses valeurs propres, de son rapport intime à soi, et de ses manières traditionnelles d’être avec les autres. Il entre dans une parenthèse de son histoire. Mis à nu, en position horizontale, privé de toute autonomie, dépendant d’une volonté extérieure, souffrant ou angoissé par ses maux, il est contraint à un compromis avec son identité. ”

“ Les règles et les usages s’imposent à la manière d’une culture dont les éléments se dévoilent un à un, jalousement gardés, malgré les efforts du patient (pour)conquérir .. le droit ... d’être informé de façon intelligible sur son état, le contenu de la médication, ou l’examen réalisé. ”

“ Une succession de professionnels se relaient à son chevet dont il peine à identifier la fonction, et il est amené à subir les mêmes examens parfois pénibles... ”

“ Les conditions sociales d’existence influencent également le rapport à la douleur. Pour les sans abri, les jeunes en errance, le désinvestissement de soi, la perte de toute ressource, l’absence de domicile où reconstruire son identité, le sentiment de rejet et d’abandon, amènent au mépris du corps, ou à l’indifférence. ”

“ La tendance des soignants à sous évaluer la douleur de leurs patients... s’appuie parfois sur des préjugés (le “ syndrome méditerranéen ” par exemple) ”

43) Melillo Giuseppe : “ La douleur est mon métier ”, Soins infirmiers suisses, n° 11 , novembre 1992, pages 55/57.

“ Le contexte explique parfois l’apparition et le maintien d’une douleur. ”

44) Monceau Madeleine : Santé Mentale, n° 42 novembre 1999, page 19

“ la violence et l’agressivité ne sont à mettre que dans un seul registre, celui de la peur ”

45) Pissondes Andrée : “ La perception de la douleur selon que l’on est patient ou soignant... ”, Profession infirmière, septembre 1998 n° 73, pages 6 et 7.

“ Pour un patient sur deux, la douleur de la piqûre dépend de qui fait cette piqûre et du produit injecté. Pour un patient sur trois, cette douleur dépend du type de piqûre ou de l’endroit où le geste est pratiqué, mais également de sa répétition. Les autres facteurs arrivent loin derrière : fatigue (1 sur 5), vue du matériel de piqûre (1 sur 10), état physique (1 sur 5) ”

“ Trois groupe de gestes invasifs répétitifs sont classées : douloureux et peu répétitif (ponction lombaires, pleurales...) ; douloureux et fréquents, comme les gaz du sang ou les poses de cathéter périphériques ; moins douloureux mais très répétitifs, comme les injections intraveineuses ou les ponctions de chambre implantable. ”

“ Les IDE... ont le sentiment qu’un patient affaibli physiquement ressent davantage la douleur des gestes invasifs. ”

“ Le produit injecté accroît leur anxiété avant l’injection ; ”

“ En revanche, une différence apparaît sur le rôle de la personne qui fait la piqûre, que les IDE minorent. ”

“ Les soignants ne jugent pas toujours utile de pratiquer une anesthésie locale avant une ponction dans le site implantable, (il existe une) méconnaissance de l’anesthésie locale cutanée, ... en particulier pour les gestes relativement douloureux et fréquents, comme les gaz du sang ou la pose d’un cathéter périphérique. ”

“ La piqûre est une atteinte à l’intégrité de mon corps. La répétition de cette gêne nous contracte. Certes cette douleur passe vite, mais la contraction est toujours là. ”

“ Chaque nouvelle piqûre est un pas vers la guérison et cette idée aide à relativiser la gêne ou la douleur. ”

Il existe aussi “ des freins dans l’expression de leur souffrance. Ils ne s’autorisent pas non plus à porter un jugement sur ceux qui les soignent, par respect et reconnaissance pour leur rôle dans la prise en charge de leur maladie et leur guérison. ”

“ Les patients plus jeunes expriment leur opinion, tandis que la majorité des “ sans opinion ” se recrute chez les malades de plus de 61 ans. Les femmes sont plus nombreuses à exprimer leur opinion. Plus le niveau d’éducation est élevé, plus le malade s’exprime. ”

46) Recherche en soins infirmiers, “ effets de la préparation sur l’anxiété avant la fibroscopie bronchique ”, n° 60, mars 2000, de la page 51 à 63.

“ Dans la pratique quotidienne les IDE constatent un état d’anxiété chez les patients hospitalisés qui doivent subir des examens diagnostiques... Le bon déroulement de l’examen repose sur 2 éléments essentiels : la collaboration du patient et son état de relaxation. ”

“ Il se surajoute une peur liée au diagnostic et la difficulté d’avoir un sommeil de qualité la veille de l’examen. ”

“ la personne est un tout, un système organisé et dynamique cherchant l’équilibre entre les facteurs inter-intra personnels : les facteurs intrapersonnels peuvent être d’ordre physiologiques (douleur, fatigue...), psychologiques (émotions, sentiments, état d’anxiété en rapport avec le résultat, l’attente du diagnostic et le déroulement de l’examen ; sensation de perte de contrôle sur la maladie ; altération de l’image de soi : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ; isolement et solitude...), socioculturel (précarité, mode de vie) ; les facteurs interpersonnels (changement de rôle familial, problèmes familiaux, deuil...) ; les facteurs extra personnels (liés au milieu hospitalier et ses contraintes organisationnelles, problèmes financiers, de travail..). Tous ces facteurs interagissent avec l’environnement interne et externe de la personne et influencent l’équilibre de son système et donc son état de santé. ”

“ les soins sont négociés avec le patient et tiennent compte de ses perceptions. ”

“ l’anxiété peut être le signe ou la manifestation multifactorielle d’autres diagnostics IDE tels que : peur, fatigue, sentiment d’impuissance, intolérance à l’activité, perturbation dans le rôle parental, deuil par anticipation, deuil dysfonctionnel... ”

“ le stress ” est défini “ comme une réaction de défense de l’organisme à un agent d’agression ou un traumatisme quelconque ”

“ la réaction d’alarme répond à une situation soudaine et déclenche immédiatement des réactions physiologiques qui préparent le corps à l’action ”

On voit ainsi “ la phase de résistance où il y a adaptation physiologique ”, puis la phase d’épuisement, quand l’agression persiste en durée et intensité, l’organisme perd ses ressources adaptatives et finit par mourir. ”

Henri Laborit (1979) : “ la voie de l’action organise le comportement de fuite ou de lutte ” ou “ la voie de l’inhibition de l’action, quand il est impossible d’agir ”

“ Dans le cas d’une maladie physique le patient doit faire face à diverses sources de stress : la douleur, l’invalidité, les conditions d’hospitalisation et de traitement, en même temps il doit préserver son équilibre émotionnel. ”

“ le choix de stratégies d’ajustement est très étroitement dépendant des variables environnementales (les caractéristiques de la situation, les ressources sociales... ”

“ l’évitement est la stratégie la plus utilisée.... A l’opposé de l’évitement qui détourne l’attention du problème, la vigilance focalise l’attention sur celui ci pour mieux le prévenir ou le contrôler. ”

“ l’anxiété....se manifeste par des symptômes d’ordre physiologiques (augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, et de la fréquence respiratoire, tremblements de la voix,... ou pâleurs...), émotionnels (sentiments de nervosité, manque de confiance en soi, tensions, crainte d’un malheur imminent...), comportementales (irritabilité, pleurs, tressaillements, critiques, passivité...), et cognitifs (incapacité à se concentrer, ruminations, blocages de la pensée, accroissement de la tension mentale...) qui varient suivant son intensité ”

“ l’anxiété est un vague sentiment d’appréhension et d’inquiétude que la personne éprouve quand son système de valeurs ou son système de défense sont menacés. ”

“ la notion de peur en revanche, désigne l’appréhension d’un danger précis qui déclenche une réaction du système de défense. ”

“ l’anxiété et la peur ont des effets similaires sur le système nerveux sympathique : sueurs, tremblements, bouche sèche... Les effets sur le système parasympathique diffèrent : l’anxiété augmente l’activité gastro-intestinale, alors que la peur la diminue. D’un point de vue comportemental, la peur accentue la vigilance et la concentration de la personne qui réagit soit par la fuite ou la lutte. En revanche l’anxiété fait monter la nervosité et provoque l’agitation, l’insomnie, l’inquiétude, le désarroi et un sentiment d’impuissance face à une situation qui ne se prête facilement, ni à la fuite, ni à la lutte. L’anxiété et la peur peuvent coexister...on peut avoir peur de la douleur et être angoissé par la possibilité d’un diagnostic de cancer. ”

“ Il existe plusieurs modes d’adaptation interpersonnels : soit le passage à l’acte, la colère, la paralysie ou le retrait, soit l’anxiété sert à apprendre et à résoudre le problème avec de nouvelles stratégies d’adaptation. Ils sont souvent appelés : mécanismes de défense : répression, sublimation, régression, refoulement, projection, déni, rationalisation, suppression, identification... ”

47) Servant D. : “évaluation et prise en charge de l’anxiété du patient hospitalisé en cardiologie ”, objectif soins n°80, novembre 1999, pages 25 à 27.

“ La maladie cardiaque entraîne une anxiété réactionnelle normale. ”

“ l’hospitalisation correspond à un temps important pour le patient qui peut être générateur d’anxiété. ”

48) Weigelt Vreni : “ le temps de l’incertitude ”, une étude sur les patients qui attendent un diagnostic, soins infirmiers suisses, octobre 1992, pages 69 à 72.

“ comment les patients vivent ils l’incertitude liée à l’attente d’un diagnostic ? Les personnes interrogées réagissent : peur, souci, souffrance, anxiété ; autosuggestion positive ; besoin d’explication ; refus, refoulement ; estime de soi menacée ; revalorisation de certaines valeurs ; scepticisme, doute ; blocage, passivité ; tranquillité, calme ; observation de soi ; inquiétude, agitation colère, défi... ”

“ la peur est ressentie comme sentiment oppressant nourri par de sombres pressentiments et par la représentations du malheur. Elle résulte d’une menace réelle ou supposée. ”

49) De Closets F., “ les mystères de la peur ” , Emission sur France 2,: année 2000 .

“ l’immobilité est l’adaptation à la peur. ”

“ la fonction de la peur, est essentiellement de permettre à un être vivant de s’adapter à son milieu ”

“ la peur est déterminée par l’empreinte (qu’on) a reçu. ”

“ Sa peur, il faut la rendre habituelle pour qu’elle ne fasse plus peur dans la surprise. ”

“ la peur est une émotion, elle prend naissance dans le cerveau. ”

“ la peur provient d’un danger ou d’une menace, situés à l’extérieur de l’organisme. ”

“ les mécanismes d’attachement ont un effet tranquillisant ”

“ le seul moyen de la surmonter, est de développer autour de soi.... un lien affectif sécurisant. ”

(H. Montagner, crèche pilote)

“ Deux êtres sont capables d’ajuster leur comportement, et par là même, l’enfant est en mesure de lire le livre des émotions à travers le regard, le visage, le discours de sa mère. ”

(Peur après l’attentat de St Michel à Paris)

“ On m’a fait pleins d’examens et c’était l’inquiétude par rapport aux examens, une interprétation, c’est à dire, si on recommençait.... c’est parce qu’il y avait quelque chose. ”

“ le stress que j’avais en moi, je le ressortais sur les personnes qui vivaient autour de moi. ”

(Peur des oiseaux)

“ j’ai froid, je me contrôle plus, et en fait, je me sens pas bien. ”

“ en se concentrant sur quelques actes simples, on diminue le stress ”

(phobie)

“ ma vision des choses est complètement déformée ”

50) Page web : www.vhsd_ar.htm : “ Vers un hôpital sans douleur ”, campagne parrainée par l’association internationale “ ensemble contre la douleur ” et par l’OMS, 2 pages .

“ la vision encore répandue que la douleur est un phénomène naturel et qu’elle aurait même des valeurs rédemptrices, voire expiatoires. ”

51) Page web : www.P190199.htm : “ l’enfant face à sa douleur : quoi de neuf ? ”, colloque du mardi 19 janvier 1999 hôpital cantonal de Genève. (compte rendu du Dr Vincent Liberek), 5 pages.

“ Mais la douleur entraîne un abaissement du seuil, et un stimulus tactile devient douloureux ”

“ il est possible que les premières expériences douloureuses aient une répercussion sur l’architecture cérébrale. ”

52) Page web : www.mémoirecommuniquer.html : “ Communiquer pour mieux soigner ”, mémoire de Nadège Bertrand, IFSI du blanc-indre, 1995, 24 pages.

“ Dans les services , on entend la douleur (les “ aie, les plaintes,...) ”

“ Une hospitalisation peut avoir des causes très diverses : surveillance, soins, interventions chirurgicales, ..être longue ou courte, en urgence ou décidée à l’avance, mais elle est toujours un événement important. ”

“ A son entrée, le malade ressent à part l’anxiété ou la panique due à sa maladie, un sentiment de rupture avec son milieu familial et social, accompagné d’un sentiment de perte de liberté, de diminution , de désorientation. Il entre dans un monde inconnu, incertain....il subit des contraintes matérielles (horaires des repas, visite médicale, et des proches, soins, traitement...), tout prend une importance démesurée. Les faits qui passent inaperçus normalement sont amplifiés. ”

“ le malade est un homme qui a peur ”

“ Pour le malade, l’hôpital représente un monde mystérieux et inquiétant... en somme, l’hôpital génère une ambiance peu rassurante, auquel vient s’ajouter le motif de l’hospitalisation. ”

“ Un malade est angoissé face à 2 choses : les résultats des examens qu’il pourra avoir et face à la maladie elle-même, si (elle) est grave ou perçue comme telle, vient s’ajouter la peur de la mort avec tout ce qu’elle génère un sentiment d’anéantissement, de destruction, d’échec, de séparation. ”

“ Victime d’une maladie encore inconnue, objet de soins mystérieux, confiés à des mains étrangères, isolé face à l’équipe médicale qui tire des ficelles de son destin, tenu à distance par sa famille, à

l'écart de la société, il est seul comme il ne l'a jamais été de toute sa vie avec au fond de lui-même la pensée lancinante de la mort... ”. Léon schwartzenberg extrait de : changer la mort, édition Albin Michel ”

“ le langage médical est pour eux inaccessible car trop sophistiqué. C'est le monde du silence comme on peut l'entendre. Certes il est vrai que les explications données aux malades pendant les visites, si explications il y a, sont ambiguës et parfois cruelles. ”

“ le malade attend que l'on prenne le temps de venir discuter avec lui, de s'asseoir, de l'écouter. ”

53) Page web : www.memoire_30.html : “ voyage au centre de la mémoire ”, l'hebdo n°30 du 24 juillet 1997 de Pierre Yves Frei, 4 pages.

“ Dans quel coin secret de notre cerveau ? Et si elle était partout ? C'est l'opinion sur laquelle planchent aujourd'hui les scientifiques et les médecins. Leurs recherches sur la structure des réseaux neuraux confirment ... qu'il n'existe pas une seule mais plusieurs mémoires, de nature différentes. ”

“ Le genevois Edouard Claparède s'en rendit compte le jour où il tenta une petite expérience sur l'une de ses patientes amnésiques. Un matin, lors de sa visite médicale, il lui serra la main, une punaise cachée au fond de sa paume. A cette sensation forcément désagréable la patiente répondit par une grimace de douleur. Le lendemain, le professeur voulut à nouveau saluer la jeune femme qui, de toute évidence troublée, refusa sa poignée de main.... incapable ” d'expliquer pourquoi ”

54) Page web : www.perso.infonie.fr/frankpaillard/anesthésie_douleur_enfant.htm : “ la douleur de l'enfant ”, 11 pages (extrait de cours).

“ Douleur : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel ou décrite en termes d'un tel dommage ”

“ théorique : douleur = lésion ” mais il n'existe “ pas de parallélisme entre stimulus et perception douloureuse ”

Il existe une “ influence de la signification de la douleur, culture, expériences antérieures, état psychique ”

“ Douleur = qualité émotionnelle qui colore tous les événements sensoriels ”

“ Freud : opposition plaisir/douleur, la douleur résulte d'une excitation attaquant la périphérie qui submergent les mécanismes de protection du psyché. ”

“ Modulation des expressions de la douleur : facteur culturel, expériences antérieures, signification de la situation, possibilité de contrôle, stress, anxiété, dépression. ”

55) Page web : www.ping.be/chaosium/so-douleur.htm : “ la douleur ”, 14 pages

“ la douleur est une perception sensorielle, mais elle est aussi liée à des phénomènes émotionnels et aux composantes de la personnalité, elle est provoquée par un stimulus nociceptif intense, et elle peut survenir sans cause évidente, elle signale une atteinte de l'intégrité physique. ”

“ Dans les peuplades primitives, la douleur se comprenait grâce à la magie. Elle était due à la pénétration du corps par un Démon, un fluide magique ou un objet maléfique tel une flèche ou un poignard invisible. Elle traduisait la présence d'un mauvais esprit à l'intérieur de l'individu. ”

“ le stimulus douloureux peut être : mécanique, thermique, électrique, chimique ou biochimique ”

“ une brûlure , une piqûre ou un pincement provoque une sensation douloureuse mais utile puisqu'elle permet la mise en jeu immédiate de la réaction de défense et de protection. La douleur est un signal d'alarme ”

“ Du point de départ du stimulus périphérique à la perception par le cerveau, le circuit de la douleur empreinte des voies et des relais et subit de nombreux contrôles qui modulent la transmission du message vers la structure cérébrale où s'élaborent les réponses comportementales ”

“ la douleur ” peut être “ due à une agression extérieure : elle affecte la périphérie, c'est à dire la peau ” ou elle peut être “ due à une lésion interne : migraine, cancer, rhumatisme..... ”

“ le comportement physique (cris, expression du visage, dilatation des pupilles...), psychique (angoisse, malaise moral..) ”

“ la personnalité influe de façon constante sur le vécu de toute douleur, minime ou majeur, aiguë ou chronique. La frontière entre la douleur et la souffrance, la sensation et l’émotion est difficile à définir, car elle est toujours ressentie comme une réalité... la signification à cette douleur ” est aussi “ fonction des circonstances de survenue du traumatisme initial ”

“ l’anxiété du sujet majeure d’autant plus la douleur ”

“ les sujets blancs tolèrent mieux la douleur que les noirs, qui eux-mêmes sont plus résistants que les asiatiques. Les hommes ...plus.. que les femmes. ”

56) Page web : www.ping.be/chaosinum/stress.htm : “ le stress ”, 9 pages

“ le stress, syndrome général d’adaptation, désignait à l’origine la réponse ou réaction non spécifique se déroulant à l’intérieur de l’organisme.... pour englober ” ensuite “ l’agent responsable de cette réaction. ”

“ Hans Elye a identifié 3 phases dans l’état réactionnel face à l’agression. Au premier stade, appelé réaction d’alarme, l’organisme reconnaît l’agression, se prépare à agir (soit à combattre, soit à fuir), puis met en œuvre la défense. Le délai minimal de réponse est de quelques minutes. Les glandes endocrines libèrent des hormones qui accélèrent les rythmes cardiaques et respiratoires, élèvent la glycémie, augmentent la sudation, dilatent les pupilles et ralentissent la digestion. Au deuxième stade, appelé résistance, l’organisme s’adapte à un agent agresseur persistant, et régule les perturbations provoquées par la réaction d’alarme.... Une agression prolongée affaiblit notamment les réserves énergétiques de l’organisme, du fait de la dépense occasionnée par la réponse à l’agression. ”

“ les causes de stress : changement de milieu, séparation physique, mort, avenir... ”

“ les symptômes du stress : manque de spontanéité, de joie ou d’enthousiasme ; intolérance à l’égard d’autres personnes et irritabilité ; crises de colère ; difficulté à se concentrer ; recours à l’alcool ou à la drogue ; difficulté à rester seul, perte d’efficacité, problèmes de santé cauchemars.... ”

56) COLLOQUE FRANCO CARAIBÉEN : “ Corps ; culture et soins infirmiers ”, mai 1993, 594 pages

“ la protection de l’intégrité corporelle devient un devoir de la société et un droit de l’homme. Ainsi, toute atteinte à l’intégrité physique même minime peut prendre l’allure de faute grave, exigeant réparation sous différentes formes. Les professionnels de santé sont confrontés dans différentes situations à des contradictions émergeant de la question juridique du corps, notamment dans les cas d’automutilations, de suicides, de prélèvements d’organes, d’autopsie. La contradiction réside dans le fait que ce sont les individus les mieux placés pour protéger et promouvoir l’intégrité corporelle qui se trouvent également les mieux placés de par leurs connaissances pour en abuser ”

“ Rothenberger (1990) croit que lorsque deux personnes de culture différente se rencontrent sans se comprendre, elles passent par des étapes d’adaptation : la peur, l’antipathie, la méfiance, l’acceptation, le respect, la confiance, la sympathie. ”

Dans le soin, les “ conventions (sont) bousculées (distance personnelle, intime et sociale), les relations non choisies (le territoire) et le corps est “ nu dans un monde en uniforme ”.

“ Bouleverser, parce que personne n’a le temps de faire connaissance avec l’autre, de franchir successivement ces différents niveaux de distance d’un commun accord . D’emblée l’acte de soin bouscule l’ordre permis. Impossible pour le malade d’échapper au contact direct et très intime prodigué par le soignant et impossible pour le soignant de rester à distance du malade. Les soins nous font entrer tout de suite dans la sphère intime, celle dite des rapports affectifs et sexuels ce qui explique que le soignant utilise pour se défendre la mise à distance psychologique renforcée par une position du corps, une rapidité des gestes, une façon d’aller droit au but sans préambule qui a pour objet de dire au patient “ moi cela ne me fait rien de voir, de toucher votre corps ”. En plus, dès la

fin du soin, le soignant reprend une distance naturelle acceptable : on ne reste pas auprès du malade, on se centre sur les objets à ranger, on change de sujet. ”

“ Il y a une notion de non choix dans notre relation au soigné. Il y a devoir de se laisser faire (pour son bien), donc de se laisser investir. J’ai le devoir d’agir, donc le droit d’être intrus. J’ai le droit, avec mon corps, de toucher le malade au plus intime de sa personne, lui n’a pas le droit de me toucher. ”

“ Quand on ne sait pas où l’on se trouve, on a peur, on se terre dans son lit.... Refus du monde, de l’hôpital, des soins, de la maladie ”

“ Souvent , le corps de l’individu le trahit : la peur : pâlir, être “ vert de peur ”, transpirer ; la gêne : rougir, danser d’un pied sur l’autre, détourner le regard ; le stress : mains qui se tordent, gestes répétitifs avec un objet, yeux qui interrogent. ”

“ l’individu centré sur son corps est tendu. Cette tension musculaire traduit une hypervigilance contre la menace de détérioration. ”

“ l’image du corps fait référence à la satisfaction, à l’investissement affectif et au plaisir ou au déplaisir liés à l’utilisation du corps. ”

“ Ces violences dont il est question peuvent être nombreuses à l’intérieur d’une palette non exhaustive : le pansement, la piqûre sous-cutanée, intraveineuse, intramusculaire, extraction dentaire, réduction des fractures, radiothérapie, chimiothérapie, ablation d’organes, amputation.. ”

“ on peut distinguer en milieu hospitalier classique deux catégories de patients : ceux qui acceptent l’hospitalisation et les soins sans difficultés particulières et ceux qui la refusent.... la deuxième catégorie est celle qui accepte difficilement hospitalisation et soins.... ce refus de traitement et de la maladie se traduit dans le comportement du patient durant son hospitalisation de différentes manières, selon une palette qui va de l’aigreur à l’exigence, en passant par la tricherie, l’agressivité, la résignation ou encore l’anxiété. ”

“ De même pour les patients ayant le choix entre l’injection et la prise de comprimés, (beaucoup) préfèrent souvent la piqûre, l’estimant sans doute plus efficace. ”

“ la peau provient du même tissu embryonnaire que le système nerveux, comme les autres organes des sens, les cheveux ou les dents. La peau est à la fois “ émetteur ” et “ récepteur ” de sensations que l’on reçoit des choses ou des êtres. Elle représente une surface fantastique de zones sensorielles intimement stimulées ou reçues sur des récepteurs sensoriels. Ces corpuscules de la perception sensitive sont soit spécialisés dans la douleur, le froid, la chaleur, le contact, la pression... ”

“ Alors que tous les autres sens siègent dans la tête, seul le toucher s’exprime à partir de la peau, et plus particulièrement de la main. Main-créative, main-instrument, main-fonction, main- réconfort. La main est le véhicule de la pensée.”

“ Un petit nombre n’a jamais conscience de l’existence de l’infirmière dans sa corporéité, elle se résume à une gestuelle, à un mouvement, à une odeur quelquefois. Mais un nombre non négligeable vit l’infirmière comme sujet de castration... un autre, encore, pouvait transformer à loisir l’infirmière, l’enfermant dans sa gestuelle soignante, la seringue devenant un super appendice du corps de celle-ci, phallus à la fois sadisant et objet de jouissance... telle autre femme considérait l’acte soignant comme étant un acte pervers dont elle était la victime désignée. ”

IDE : corps de mère, matrice généreuse, protectrice et nourricière

corps de femme, source de désir et de sexualité, corps désirant ou désiré

corps destructeur ou sadisant

“ Le corps est pour chacun de nous l’intermédiaire obligatoire entre la personne et le monde ”

“ les perceptions cheminent dans sa tête, et sont reconditionnées quelque part pour y laisser une trace mémoire, une empreinte, qui resurgissent sous la forme d’une réponse à un acte de soin. Le mouvement, le geste de l’infirmière, participent avec le sens au recueil d’informations ”

“ Dans les soins qu’elle prodigue l’infirmière est souvent amenée à toucher l’enveloppe corporelle du soigné. Le toucher sens interdit devient permis. Il va s’exercer paradoxalement en utilisant un

objet qui l'éloignera de la peau : des gants (pour la toilette), des instruments (pour les pansements), une seringue (pour les injections), tout un matériel adéquat pour prélever sécrétions, humeur. ”

“ La perception dépend de la personnalité : elle est affectée par la personnalité du percevant et de son histoire. L'apprentissage développe la perception. L'expérience apporte beaucoup. Nous percevons plus facilement ce qui est attendu. Mais l'inattendu, l'incongru peut être difficile à percevoir. ”