



INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS
2, AVENUE DES LOMBARDS. BP 718 - 10003 TROYES cedex



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Qui de nous deux ?



CAMUS Clotilde

Sous la guidance de M. O. JOANNETON

Promotion 2009-2012

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma formatrice, Madame Joanneton, qui m'a accompagné tout au long de mon travail, pour son bon encadrement et ses conseils toujours avisés, ainsi que pour tout le temps qu'elle m'a accordé durant le temps institutionnel comme lors son temps libre.

Je souhaite aussi remercier Clémence et Marion, mes deux plus proches amies pour leur soutien constant, leurs encouragements et leurs appels interminables qui m'ont si souvent remonté le moral. Je remercie plus particulièrement Marion pour l'aide qu'elle m'a apporté dans le domaine qui est le sien, l'anglais.

Je remercie mes parents pour leur présence et leur disponibilité, ainsi que mes amis de promotion pour m'avoir supporté dans les moments difficiles comme au quotidien.

Je tiens aussi à remercier les cinq infirmières qui ont accepté de réaliser les entretiens, ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à la mise en place de mes entretiens.

*« Comme la mort, la douleur est la destinée commune,
nul ne peut prétendre y échapper. »*

David Le Breton

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
<u>Première partie : situation de départ</u>	3
I. <u>Situation de départ</u>	3
II. <u>Interrogations préalables vis-à-vis de la situation</u>	5
III. <u>Question de départ</u>	6
<u>Deuxième partie : cadre théorique</u>	7
I. <u>Douleur et souffrance</u>	7
1. <u>Douleur</u>	7
a. Définition	7
b. Etymologie	7
c. Caractère spécifique de la douleur	8
d. L'évaluation de la douleur	8
e. Les limites de l'évaluation	9
2. <u>Souffrance</u>	10
II. <u>La relation soignant-soigné</u>	11
1. <u>La relation</u>	11
2. <u>La dimension verbale</u>	12
3. <u>La dimension non verbale</u>	14
III. <u>L'empathie et la sympathie</u>	15
1. <u>L'empathie</u>	15
2. <u>La sympathie</u>	16
IV. <u>L'interprétation et la représentation</u>	17
1. <u>L'interprétation</u>	17

2. <u>La représentation</u>	17
<u>Troisième partie : phase exploratoire</u>	19
I. <u>Guide d'entretien</u>	19
II. <u>Hypothèses et questions associées</u>	20
1. <u>Première hypothèse</u>	20
2. <u>Deuxième hypothèse</u>	21
3. <u>Troisième hypothèse</u>	22
III. <u>Méthodologie d'analyse choisie</u>	23
1. <u>Pour les questions en lien avec l'hypothèse 1</u>	23
2. <u>Pour les questions en lien avec l'hypothèse 2</u>	23
3. <u>Pour les questions en lien avec l'hypothèse 3</u>	24
IV. <u>Analyse qualitative des résultats</u>	24
1. <u>Analyse en lien avec les questions de l'hypothèse 1</u>	24
2. <u>Analyse en lien avec les questions de l'hypothèse 2</u>	27
3. <u>Analyse en lien avec les questions de l'hypothèse 3</u>	30
4. <u>Conclusion globale de l'analyse</u>	34
V. <u>Question de recherche et hypothèses en lien.</u>	35
 <u>Conclusion</u>	 37
 <u>Bibliographie</u>	 39
 <u>Annexes</u>	 41

Introduction

Au cours de ma formation, j'ai été amenée à réaliser un certain nombre de stages et dans chacun d'entre eux, j'ai été confrontée à la douleur. Néanmoins, c'est lors de du stage que j'ai réalisé dans l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Troyes, que j'ai pris conscience de l'importance de la prise en charge de la douleur dans les soins.

La douleur. Sans apport théoriques quelconques, décrire ce terme n'est pas une tâche aisée. Selon moi, elle correspond à une sensation, désagréable, subjective, perçue par un individu. Comment préciser cette définition ? J'ai interrogé des camarades de formation à ce sujet afin d'étayer cette définition. Les mots qui leur sont venus à l'esprit sont souffrance, néfaste, mal être et désagréable.

Effectivement, la douleur est une expérience vécue de tous, majoritairement de manière désagréable. Elle est perçue dans les idées populaires comme un mauvais symptôme, une manifestation organique à faire taire pour aller mieux. Elle est justement, trop souvent réprimée avant d'être entendue. En effet, la douleur représente souvent tentative de communication du corps, voire de l'esprit avec l'extérieur. En la supprimant ou en l'effaçant partiellement, nous perdons ainsi une aide souvent précieuse à la prise en soins et/ou au diagnostic.

Le caractère subjectif de la douleur tient au fait qu'elle n'est propre qu'à l'individu qui la ressent. Sa représentation ne peut donc pas être totalement partagée. De plus, la douleur étant propre à chacun, les soignants ont donc eux aussi une représentation personnelle de la douleur. Cet élément représente donc d'une certaine manière un frein à la prise en charge du patient souffrant par le soignant.

Le cheminement de ma réflexion s'est construit à partir d'une situation de stage qui m'a beaucoup interrogée et dont les questionnements ont servi de point de départ de mon travail de recherche. C'est à partir de ces derniers que j'ai relevé différentes notions que j'ai approfondies suite à des recherches théoriques. Ces investigations orienteront des hypothèses de travail que je chercherai à confirmer ou infirmer de par des recherches sur le terrain sous forme d'entretiens.

Première partie : situation de départ

I. Situation de départ

Monsieur D a été hospitalisé en unité de soins palliatifs suite à des douleurs d'intensité non contrôlable. Il est né en 1932, il est donc âgé de 79ans et est atteint d'un adénocarcinome prostatique avec des métastases osseuses pour lequel tous les traitements curatifs ont été arrêtés. Les douleurs de monsieur D sont liées aux métastases osseuses, ce sont donc des douleurs nociceptives¹.

A son arrivée dans le service, il lui est prescrit une PCA (pompe d'auto-contrôle) d'Oxynorm, monsieur D est donc perfusé sur sa CIP (Chambre Implantable Percutanée).

Quelques jours après son arrivée, il a été ciblé dans son dossier de soins infirmiers qu'il s'est plaint de douleurs auprès de sa famille, mais qu'il leur a explicitement demandé de ne pas le signaler à l'équipe soignante. Monsieur D a déjà exprimé à plusieurs reprises que le fait de solliciter l'équipe soignante le dérangeait et qu'il savait que l'équipe avait « assez de travail pour ne pas avoir besoin de dérangements supplémentaires. ».

A mon arrivée dans le service, je me suis chargée d'assurer l'ensemble des soins concernant monsieur D. Je me suis rendue dans sa chambre afin de l'aider à réaliser sa toilette. Le patient était calmement installé au bord de son lit et m'a accueillie avec le sourire. Je l'ai aidé à se déplacer jusqu'à la salle de bain de sa chambre car il a des difficultés à se mouvoir avec son pied à sérum.

¹Les douleurs nociceptives sont dues à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques. Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité. Le seul moyen de stopper ces douleurs est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres supra-spinaux.

Une fois arrivé devant le lavabo, monsieur D est essoufflé et s'assoit en crispant le visage et soupirant. Je lui ai alors demandé s'il était douloureux, ce à quoi il a répondu : « Pourquoi voulez-vous le savoir ? ».

J'ai expliqué à monsieur D que je l'interrogeais sur ses douleurs parce qu'il est important qu'il exprime les douleurs qu'il ressent afin qu'il puisse être au mieux soulagé et donc pris en charge. Comme il est précisé dans les droits du patient : « La douleur n'est pas inéluctable, et chacun a le droit de recevoir des soins visant à la soulager : pouvoir exprimer la douleur qu'on ressent est le premier pas pour qu'elle soit prise en compte et traitée à sa juste mesure. »

J'ai pris soin de lui réexpliquer que si ce qui lui posait problème était le fait de solliciter l'équipe soignante lorsqu'il était douloureux, il pouvait se servir de sa PCA (Pompe d'Auto-Contrôle), comportant une petite poire toujours à ses cotés sur laquelle il peut cliquer lorsqu'il ressent une douleur ou que l'intensité de cette dernière se fait plus intense afin de délivrer une dose d'antalgique supplémentaire appelée « bolus ».

Visiblement le patient ne souhaitait toujours pas m'exprimer les douleurs qu'il pouvait ressentir à cet instant précis. Je me suis donc interrogée sur les différentes échelles d'évaluation de la douleur, à la recherche de celle(s) pouvant s'appliquer à la situation de monsieur D.

Aux vues de la situation de monsieur D, c'est l'échelle Algoplus qui m'a paru la plus appropriée sachant qu'elle est utilisée pour quantifier les douleurs des patients ne pouvant pas s'exprimer.

Cette échelle est composée de cinq indicateurs qui s'ils sont validés, comptent pour un point chacun, l'échelle est donc quantifiée de 0 à 5.

Les cinq critères sont : le visage (froncement des sourcils, grimaces, crispation, ...), le regard (inattentif, fixe, lointain, suppliant, pleurs, ...), les plaintes (« aïe », « ouille », gémissements, ...), le corps (retrait ou protection d'une zone, attitudes figées, ...), et le comportement (agitation ou agressivité).

Au regard de cette échelle, et à la situation, je peux donc évaluer la douleur de monsieur D à 2 par rapport à sa grimace et au soupir qu'il a poussé en s'asseyant sur la chaise. Néanmoins, sachant que monsieur D ne souhaite

pas exprimer sa douleur, je me suis demandée si ça contenance se limitait à l'expression orale de sa douleur ou s'il était aussi dans la retenue physique de l'expression douloureuse.

Cette remarque me mène à m'interroger sur l'impact de ce comportement sur la prise en soin de monsieur D. Le motif de son hospitalisation étant des douleurs d'intensité non contrôlable, le fait que le patient n'exprime pas ses douleurs ne décentraliserait-il pas la prise en charge du patient ? L'hospitalisation de monsieur D a pour but de modifier son traitement antalgique afin que ses douleurs puissent être au mieux limitées pour qu'il puisse rentrer chez lui. Sa réserve sur l'expression de ses douleurs est donc un frein à l'optimisation de sa qualité de vie, et donc par conséquent retarde la fin de son hospitalisation.

Malgré l'échelle Algoplus, cette situation n'est pas résolue. Un doute subsiste sur l'expression corporelle de la douleur que le patient pourrait laisser filtrer.

II. Interrogations préalables vis-à-vis de la situation

Le problème pourrait-il venir des informations dispensées au patient vis-à-vis du projet de soins mis au point par l'équipe ? Ou alors de la situation relationnelle entre l'équipe et le patient ? Les deux peuvent-ils être liés ?

Monsieur D a été hospitalisé suite à des douleurs d'intensité non contrôlables, l'évaluation de sa douleur est donc le pilier de sa prise en charge, la logique veut donc que l'infirmière s'atèle à aider le patient à pallier à cette douleur. Cependant, rien n'indique que le patient souhaite faire disparaître sa douleur.

Monsieur D a précisé qu'il ne souhaitait pas déranger l'équipe soignante. Cela n'avait-il pas une autre signification que celle que nous pourrions voir en premier lieu ? Peut-être que son sentiment de déranger l'équipe était lié au fait qu'il lui semblait inutile d'intervenir sur ses douleurs. Ces dernières avaient-elles une signification pour lui ?

Comment être sûr que la perception de la douleur faite par l'infirmière est la même que celle vécue par le patient ? Le point de vue soignant n'est-il pas dans cette situation plus axé sur la « guérison » du symptôme qu'est la douleur plutôt que sur le ressenti de cette douleur par le patient ? Qui du soignant ou du patient a le plus besoin de faire disparaître cette douleur ?

III. Question de départ

Toutes ces interrogations m'ont amenées à me questionner sur la dynamique de la relation soignant-soigné et surtout sur les éléments qui peuvent la modifier lorsque les deux acteurs de cette relation n'ont pas les mêmes points de vue sur l'objet de la relation : la douleur dans la situation que je vous ai présentée. C'est ce qui m'a amenée à formuler la question suivante, à partir de laquelle j'axerai mon travail de recherche :

En quoi la relation soignant-soigné établie entre l'infirmière et le patient douloureux est-elle influencée par l'interprétation que fait l'infirmière du vécu de la douleur par le patient ?

Cette situation et la question qui en découle laissent entrevoir un certain nombre de concepts. Tout d'abord, le concept prédominant est celui de la douleur, couplé à celui de souffrance, car ces deux termes sont étroitement liés. Ensuite, la relation soignant-soigné est à développer afin d'en éclairer les principes généraux. Nous pouvons aussi discerner l'empathie liée à la sympathie. Enfin, le dernier concept que j'ai pu relever est l'interprétation réalisée par l'infirmière. Ce dernier fait référence à la représentation de la douleur de l'infirmière.

Deuxième partie : Cadre théorique

I. La douleur et la souffrance :

1. La douleur

a. Définitions

Selon Emile Littré² dans son *Dictionnaire de la Langue Française*, la douleur est une « *impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau* »³. Depuis, de nombreuses définitions ont vu le jour, entre autre, le dictionnaire Larousse 2001 définit la douleur comme une « *sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps* ». L'IASP (International Association for the Study of Pain) a également établi une définition en 1976 : « *la douleur est expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire existant ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage* »⁴.

b. Etymologie

Si l'on se réfère à l'étymologie du mot douleur en anglais : *pain*, on constate que les origines sont en grec *paine* qui signifie souffrir et en latin *poena* signifiant punition. David Le Breton⁵ relève le fait que par ces origines, la peine soufferte et la peine encourue pour faute sont étroitement liées. Cela laisse donc entrevoir l'idée que pour certaines personnes la douleur ressentie peut sembler méritée suite à un acte commis qu'elles jugeraient comme mauvais.

Il a encore quelques années, les conditions de vie en France, les guerres, faisaient que les hommes enduraient de grandes souffrances sans

² E. Littré (1801-1881), philologue, traducteur d'Hippocrate, philosophe positiviste, son œuvre principale est le *Dictionnaire de la langue française* (1872).

³ Dictionnaire des termes techniques de médecine, Garnier et Delamare, 1972

⁴ David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, 1995, page 13

⁵ Ibid, page 104

s'en plaindre. Comme le dit Boris Cyrulnik⁶ « *l'art de supporter la souffrance justifiait un code d'honneur. [...] Il devait souffrir et se taire, la moindre jérémiade l'aurait couvert de honte* ». **Monsieur D est né en 1932**, il a donc été amené à vivre sa jeunesse dans le contexte de la Seconde Guerre Mondiale, puis le climat de reconstruction d'après guerre où les conditions de vie n'étaient pas faciles.

c. Caractère spécifique de la douleur

Chacun dans son vécu a eu l'occasion d'expérimenter la douleur (à l'exception de quelques rares personnes atteintes d'une insensibilité congénitale à la douleur⁷). Il est facile de reconnaître que la sensibilité de celle-ci n'a pas le même impact sur chacun. Si nous prenons pour exemple un prélèvement capillaire : pour certains, ce geste sera totalement indolore alors que pour d'autres, la douleur sera présente mais supportable ou alors intolérable. Cette sensation est à la seule appréciation de celui qui la ressent, personne d'autre n'a la capacité de la quantifier. Comme le dit David Le Breton⁸, « *ce n'est pas une lésion qui souffre ou les afférences sympathiques d'un organe mutilé, mais un homme au singulier* ».

d. L'évaluation de la douleur

La douleur n'est pas égale selon la personne qui la ressent, on ne peut donc pas affirmer une douleur pour autrui. Par exemple, si nous repartons de l'exemple du prélèvement capillaire, si l'infirmière qui le pratique annonce au patient que ce geste est indolore, car c'est ainsi qu'elle le ressent, elle est dans une situation d'interprétation de ce que le patient devrait lui aussi vivre par ce soin. Cependant, de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur ont été mises en place afin de pouvoir essayer de quantifier les ressentis des personnes par rapport à leurs expériences personnelles antérieures de douleur.

⁶ Boris Cyrulnik, *Mourir de dire, la honte*, Odile Jacob, 2010, page 220

⁷ Cette pathologie est due à l'absence de récepteurs nociceptifs.

⁸ David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, 1995, page 45

Parmi elles, il y en a cinq qui sont plus fréquemment rencontrées dans les services.

- × L'EVA⁹ (Echelle Visuelle Analytique) est calculée à l'aide d'une réglette sur laquelle le patient place une graduation au niveau d'intensité où il situe sa douleur, puis l'infirmière peut, de son côté de la réglette, quantifier la douleur grâce à une échelle numérique. Lorsque cette échelle est présentée au patient, il est important de la lui présenter avec la graduation à 5 (le milieu) afin de ne pas influencer son auto-évaluation.
- × L'EN (Echelle Numérique) consiste à faire quantifier la douleur par la patient en lui demandant de l'associer à un nombre compris entre 0 (absence totale de douleur) et 10 (douleur maximale supportable).
- × L'EVS (Echelle Verbale Simple) consiste à faire évaluer au patient sa douleur par des adjectifs (par exemple faible, moyenne, forte, ...).
- × L'échelle DN4¹⁰ est utilisée pour quantifier les douleurs neuropathiques¹¹. Elle est représentée par un tableau de quatre questions permettant de préciser les sensations que la douleur génère chez le patient.
- × L'échelle Algoplus¹² est utilisée pour évaluer les douleurs des personnes ne pouvant pas s'exprimer. Elle s'organise autour de 5 critères physiques (visage, regard, plaintes, attitude corporelle et comportement) permettant de chiffrer la douleur sur une échelle de 1 à 5.

e. Les limites de l'évaluation

Actuellement, l'utilisation de ces échelles est très protocolisée dans les services de soins, néanmoins, elles ne sont que des tentatives d'objectivation de la subjectivité qu'est la douleur. En effet, quelle que soit l'échelle utilisée par

⁹ Voir annexe I

¹⁰ Ibid

¹¹ Les douleurs neuropathiques sont causées par une atteinte du système nerveux. Cela peut être au niveau des nerfs, de la moelle épinière ou du cerveau.

¹² Voir annexe I

le soignant, elle reste très instable car la quantification d'une douleur reste très difficile. Est-il réellement possible de chiffrer une douleur ? C'est pourquoi, il est important que les professionnels de santé s'appliquent à n'utiliser qu'une échelle de douleur par patient afin que les évaluations qui en ressortent puissent tracer au mieux l'évolution de la douleur de la personne soignée. De plus pour les échelles comme l'échelle numérique et l'échelle verbale simple, le fait de resituer le patient vis-à-vis de sa dernière évaluation peut lui permettre de mieux tracer l'évolution de ses douleurs.

Avec la protocolisation de ces échelles, est apparue un classement général des douleurs. Lors d'une table ronde organisée au sujet de la douleur et de la prise en charge des patients en fin de vie, le docteur Christian Galopin à donné pour exemple les protocoles appliqués de nos jours dans les services de chirurgie entre autres. « Dans un protocole donné, si le patient quel qu'il soit a une EVA (trop souvent remplacé par une EN) inférieur à 5, le patient ne recevra pas d'antalgique supplémentaire. Cette gradation numérique écarte totalement le fait que la douleur est une perception individuelle et non un fait commun à chacun »¹³. Par ce fait, le soignant ne peut pas avoir le dernier mot. C'est au patient de juger s'il ressent la nécessité de prendre un antalgique pour la soulager, ou s'il juge sa douleur supportable malgré un chiffre qui pourrait sembler élevé pour le soignant.

2. Souffrance

Dans son ouvrage, *Anthropologie de la douleur*, David Le Breton dit qu' « *il n'y a pas de douleur sans souffrance, c'est à dire sans signification affective traduisant le glissement d'un phénomène physiologique au cœur de la conscience morale de l'individu* »¹⁴.

Cette indication nous amène au concept de souffrance que le dictionnaire Larousse définit par « *le fait de souffrir, état prolongé de douleur*

¹³ Christian Galopin, chef de service de l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Troyes

¹⁴ D. Le Breton, *Anthropologie de la Douleur*, Métaillé, 1995, page 13

physique ou morale »¹⁵. Selon cette définition, la souffrance serait donc une résultante, une conséquence de la douleur. D'après la même source, souffrir prend ses origines dans le latin populaire *sufferire*, venant du latin classique *sufferre* signifiant supporter. Le fait de souffrir correspondrait donc au fait d'endurer, de supporter une chose pénible, éprouvante, un mal. Néanmoins, la définition du mot supporter, bien que variée, tourne toujours dans le sens de la maîtrise : subir quelque chose en y résistant, assumer une charge, tolérer quelque chose, ... Par ces distinctions, nous pourrions ainsi comprendre que souffrir d'une douleur consiste finalement à vivre avec elle.

Paul Ricœur, lors d'un colloque organisé par l'Association Française de Psychiatrie à Brest, a fait une communication nommée *La souffrance n'est pas la douleur*. Dans cette communication, il met en avant le fait que la souffrance n'est pas le fait d'une personne unique, car la souffrance appelle. « *Le paradoxe du rapport à autrui est là, mis à nu : d'un côté, c'est moi qui souffre et pas l'autre : nos places sont insubstituables ; peut-être même suis-je « choisi » pour souffrir, selon le fantasme de l'enfer personnel ; de l'autre côté, malgré tout, en dépit de la séparation, la souffrance exhalée dans la plainte est appel à l'autre, demande d'aide — demande peut-être impossible à combler d'un souffrir-avec sans réserve ; une telle compassion est sans doute ce que l'on ne saurait donner.* »¹⁶

II. La relation soignant-soigné :

1. La relation :

Dans leur ouvrage collectif traitant des soins et de la douleur, C. Metzger, A. Muller, M. Schwetta et C. Walter expliquent ce qu'est le fait d'établir une relation, et surtout en donnant le but. « *Etablir des relations dans le sens d'« apprivoiser l'autre » et d'accepter de se laisser « apprivoiser » est une*

¹⁵ Dictionnaire Larousse 2001

¹⁶ Paul Ricœur dans

<http://www.fondsriceur.fr/photo/la%20souffrance%20n%20est%20pas%20la%20douleur.pdf>

mission difficile, jamais acquise, toujours en question. Elle suppose une vigilance de chaque instant, un questionnement sur soi et une élaboration théorique qui aide à maintenir la juste distance avec les patients : mieux se comprendre pour tenter de comprendre l'autre. »¹⁷

Une relation est une rencontre entre au moins deux personnes, ce qui implique deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires¹⁸. L'objectif principal de la relation soignant-soigné est de « *créer un lien* » entre ces deux personnes¹⁹. Pour ce faire, la relation soignant-soigné s'axe autour de la communication. Selon Margot Phaneuf²⁰, « *la communication est un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage et de mise en commun de sentiments et d'émotions entre des personnes.* ». Elle se transmet dans différentes dimensions : verbale et non verbale.

2. La dimension verbale :

La dimension verbale se formalise par les mots. Lorsque l'on évoque la communication, c'est cette première dimension qui vient à l'esprit. Elle paraît la plus commune, la plus fiable. Le dictionnaire Larousse décrit la communication comme une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; c'est un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse.* » En effet, pour qu'il y ait une communication, il est nécessaire de réunir deux personnes au minimum, à savoir l'émetteur du message, et le récepteur de l'information. Le message va être transmis à l'aide d'un canal afin d'être perçu et décodé par le destinataire.²¹

¹⁷ Christiane Metzger, André Muller, Martine Schwetta, Christiane Walter, *Soins infirmiers et douleurs*, Masson, 2000, page 177

¹⁸ Alexandre Manoukian (avec la collaboration d'Ann Massebeuf), *La relation soignant-soigné*, 3^{ème} édition, Edition Lamarre, 2008, page 9

¹⁹ Antoine Bioy, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Edition Bréal 2002, 317 pages.

²⁰ Margot Phaneuf, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Edition Chenelière Education 2002, 634 pages.

²¹ <http://www.fcasset.fr/Theorie-de-la-communication.html>

Voici un schéma permettant de visualiser ce qu'est la communication entre deux individus, il a été élaboré par Claude Shannon, ingénieur électricien et mathématicien.²²

34

The Mathematical Theory of Communication

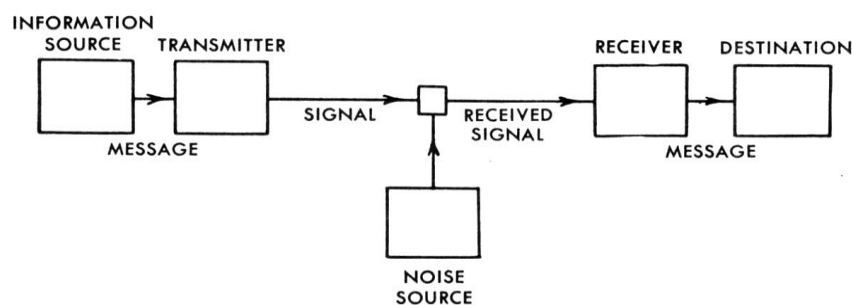
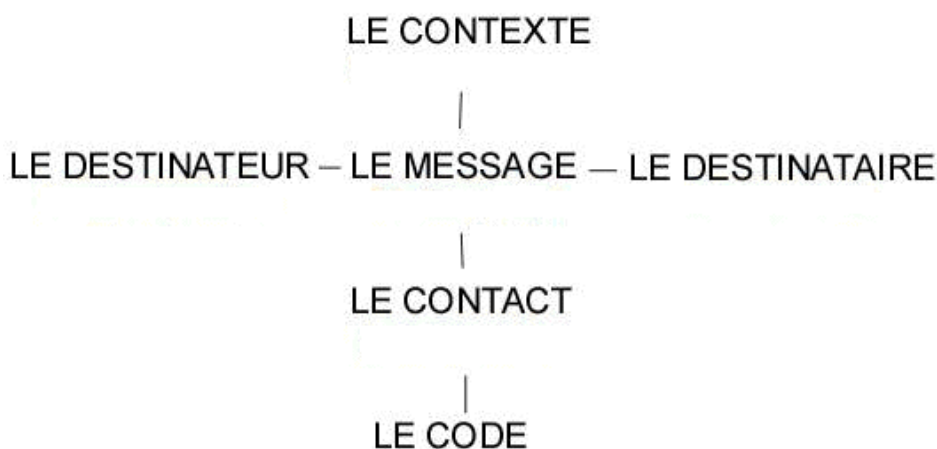


Fig. 1. — Schematic diagram of a general communication system.

Sur ce schéma, on trouve, à gauche une source d'information qui est sous forme de message, elle appartient au transmetteur. Ce dernier va émettre un signal dans une source de bruit qui va porter ce signal contenant le message au receveur.

Roman Jakobson, linguiste et théoricien de la communication à lui aussi établit un schéma permettant de mettre en lien le schéma de la communication et les fonctions du langage.



²² <http://cm.bell-labs.com/cm/ms/what/shannonday/shannon1948.pdf>

Dans ce schéma, le destinataire représente celui qui envoie le message au destinataire qui le reçoit. Le contexte représente l'ensemble des conditions sociales dans lesquelles le message passe. Ce dernier symbolise le discours, le texte, ce qu'il « faut faire passer », lorsqu'il y a un message, cela suppose un codage et un décodage, d'où la présence du code, par exemple la langue française. En ce qui concerne le contact, il exprime la liaison physique et psychologique entre le destinataire et le destinataire.²³

Le code a une place importante car la barrière de la langue ne permet pas toujours une communication verbale optimale. De plus, même lorsque les deux interlocuteurs parlent la même langue, il est fréquent qu'il y ait des malentendus entre les deux personnes communicantes. Chaque langue a un vocabulaire complexe avec des mots pouvant avoir plusieurs sens, ce qui crée parfois des incompréhensions, entraînant des interprétations erronées des propos avancés lors de la discussion.

3. La dimension non verbale :

La dimension non verbale s'axe sur la présentation que donne chacun des deux acteurs impliqués dans la relation d'eux-mêmes. Chacun dans son attitude dégage des éléments influençant la relation. Chaque acteur représente une entité, et porte un ou plusieurs rôles. Selon Von Granach²⁴, les comportements non verbaux ont trois fonctions :

- × la fonction expressive : le comportement non verbal exprime notre état émotionnel, l'opinion que nous avons d'autrui et donne aussi de l'information sur notre estime de soi. Il est plus fiable de considérer le non verbal, plus révélateur que le verbal de l'opinion et de l'émotion de l'interlocuteur.
- × la fonction d'étalement du langage : nos gestes appuient nos paroles, les soulignent, les accentuent, et parfois les contredisent.

²³ <http://www.internet.uqam.ca/web/t7672/schema.htm>

²⁴ Antoine Bioy, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Edition Bréal 2002, 317 pages.

- × la fonction quasi linguistique : elle concerne des signes symboliques, dont le sens est le même pour tout le monde, comme par exemple, faire aller la tête de droite à gauche pour signifier le "non".

Monsieur D s'assoit en crispant le visage et en soupirant. Cette situation image très clairement la fonction expressive du langage non verbal : monsieur D n'exprime aucune douleur, mais son faciès semble nous exprimer l'inverse.

III. L'empathie et la sympathie :

1. L'empathie :

Carl Rogers fut le premier à travailler sur la relation d'aide, et à donner une définition de l'empathie. Le terme d'empathie vient de *in* élément latin signifiant « dans », et de *patheia* élément grec signifiant « ce qu'on éprouve »²⁵. Selon Carl Rogers, *« l'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toute fois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, « comme si ». La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit (c'est à dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. »*²⁶

Elle consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions. Dans leur ouvrage traitant de ce sujet, Alain Berthoz et Gérard

²⁵ Définition issue du dictionnaire Le petit Robert

²⁶ Carl Rogers, Psychothérapie et relations humaines, 1962, vol. 1, sur le site internet : <http://carl-rogers.fr/L%20empathie%20G-Adamczewski.pdf>

Jorland comparent l'empathie au fait d'« *anticiper les réactions de quelqu'un* ». ²⁷ L'empathie ne suppose donc pas de résonance émotionnelle. Elle ne consiste qu'en le fait de percevoir ce que ressent autrui. Nous pouvons ainsi comparer l'empathie à la compréhension dans le sens de saisir par l'esprit.

Thierry Tournebise exprime dans un de ses articles sur l'empathie un tout autre point de vue. Selon lui, l'empathie ne serait qu'une manière de se projeter en l'autre de manière personnelle. « *Celui qui s'adonne à l'empathie ne fait que du narcissisme relationnel. Croyant accéder à une compréhension de l'autre, il ne voit que lui-même... et encore! Il ne voit qu'une image erronée de lui-même. En effet, si plus tard il vit une situation équivalente à celle de son interlocuteur d'aujourd'hui, il vivra une expérience très différente de ce qu'il avait imaginé.* » ²⁸

2. La sympathie :

Contrairement à l'empathie, la sympathie qui consiste à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à la place de l'autre. Alain Berthoz et Gérard Jorland décrivent la sympathie comme « *une contagion des émotions dont le fou rire peut être considéré comme typique.* » ²⁹ Nous pouvons donc constater que l'empathie et la sympathie sont deux concepts très liés par le fait qu'ils soient contraires l'un de l'autre.

Thierry Tournebise fait référence dans son article nommé *Les pièges de l'empathie*, à deux éléments présents dans la communication se rapprochant de la sympathie : la chaleur humaine et l'affectivité, et il les décrit clairement. Selon lui, la chaleur humaine est symbolisée par le fait d'être « *ouvert à l'autre sans avoir besoin de lui* » ³⁰ et l'affectivité serait en fait lorsqu'on « *a besoin de l'autre ou qu'on a peur de l'autre. Besoin de lui pour combler un de nos manques, pour nous rassurer. Peur de lui quand il risque d'aggraver un de nos manques et de*

²⁷ Alain Berthoz, Gérard Jorland, *L'empathie*, Odile Jacob, 2004, page 20

²⁸ Thierry Tournebise dans <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

²⁹ Alain Berthoz, Gérard Jorland, *L'empathie*, Odile Jacob, 2004, page 20

³⁰ Thierry Tournebise dans <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

nous déstabiliser. »³¹. Ces deux éléments se rapprochent de la sympathie par l'implication du soignant qu'ils obligent dans la relation.

IV. L'interprétation et la représentation :

1. L'interprétation :

Le mot grec *herméneia* a été traduit en latin par *interpretatio*, puis en français par interprétation. Platon l'utilise notamment pour désigner chacune des multiples impressions (sensibles) opposées qui sont causées par certains objets, ces derniers se distinguant des objets saisissables dans leur unité par leur intelligence. Il n'y a donc d'interprétation qu'à partir du moment où il y a des interprétations. De plus ce sont les sens qui interprètent les phénomènes, en donnant une traduction à l'âme. Les sens produisent des signes ou des signaux à destination de l'intelligence. En un autre sens, Platon évoque les poètes en tant qu'ils sont des interprètes des dieux ou encore ceux qui interprètent les oracles. Aristote quant à lui intitule l'un de ses traités *De l'interprétation (Peri hermeneias)*. Selon lui, la langue est l'interprète des pensées en ce sens qu'elle les exprime, les présente à l'extérieur. L'interprétation est l'expression, manifestation du logos.

Le soignant est avant tout une personne avec ses propres affects, ses valeurs, ses émotions, ses perceptions, son vécu, sa culture. La profession de soignant lui confère un rôle dans sa relation avec le patient. Cependant la part personnelle qui est en lui ne peut pas être totalement mise de côté lorsqu'il exerce sa profession.

2. La représentation :

Le mot représentation vient du latin *praesens* « présent » et de *prae* « en avant » qui signifie le contenu d'une pensée.³² La représentation est une

³¹ Thierry Tourné dans <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

³² Alexandre Manoukian (avec la collaboration d'Anne Massebeuf), *La relation soignant-soigné*, 3^{ème} édition, Editions Lamarre, 2008, page 200.

perception, une image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde dans lequel vit le sujet.³³ Une représentation est donc une perception qui se rapporte à un objet du monde dans lequel vit le sujet. Si nous nous intéressons à la définition de la perception, nous pouvons remarquer qu'il s'agit d'un événement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet, présent dans l'environnement immédiat d'un individu, lui est représenté dans son activité psychologique interne, en principe de façon consciente.³⁴ La perception fait donc référence à l'activité psychologique de l'individu qui la perçoit, ainsi cela la rend unique. En effet, l'activité psychologique est propre à chacun et d'un individu à un autre, les réactions à un stimulus ne seront jamais identiques. Adam Smith³⁵ l'explique en disant que « *comme nous n'avons aucune expérience immédiate de ce que les autres hommes ressentent, nous ne pouvons faire aucune idée de la manière dont ils sont affectés, sinon en concevant ce que nous ressentirions nous-mêmes dans une pareille situation. Bien que notre semblable soit dans les tourments, tant que nous sommes, nos sens ne nous informeront jamais de ce qu'il souffre.* »

³³ Définition du dictionnaire Larousse 2001.

³⁴ Définition du site internet www.larousse.fr

³⁵ Adam Smith, *The theory of moral sentiments*, 1759, Raphael D.D. et Macfie A.L. (eds), Oxford, Clarendon, Press, 1976

Troisième partie : phase exploratoire

I. Guide d'entretien

La situation de départ qui est à l'origine de ce travail ayant lieu dans un service de soins hospitalier, j'ai pensé que les professionnels auprès desquels je devrais présenter mon questionnaire devraient travailler dans un service de soins.

Mes entretiens portant sur le vécu de la douleur du patient par les soignants, les professionnels de tous les services de soins pouvaient répondre à mes questions car la douleur se rencontre partout même si de nos jours, elle est de mieux en mieux prise en charge. J'avais tout d'abord choisi de réaliser mes questionnaires dans des services de médecine rhumatologique et dermatologique. Les aléas de l'organisation horaire ne m'ont cependant pas permis de réaliser mes entretiens dans le service de rhumatologie. Je n'ai donc réalisé que deux entretiens dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier de Troyes comme je l'avais souhaité.

Afin de compléter ma recherche, j'ai choisi de réaliser mes trois derniers entretiens dans des lieux externes à l'hôpital. J'ai donc pris contact avec plusieurs maisons de retraite. L'infirmière coordinatrice des soins de l'une d'elles m'a proposé de réaliser d'eux entretiens dans ce lieu de vie.

Après avoir questionné quelques camarades de promotion sur leurs anciens lieux de stage, j'ai pensé réaliser mon dernier entretien dans un centre de rééducation fonctionnelle afin d'avoir le point de vue d'un professionnel étant en contact avec une population plus jeune, dans un lieu où la douleur est assez présente. Suite à quelques démarches, j'ai obtenu un entretien auprès d'une infirmière du centre de rééducation Pasteur ayant réalisé un Diplôme Universitaire au sujet de la douleur.

II. Hypothèses et questions associées

J'ai choisi de structurer mes entretiens de manière semi-directive autour de trois hypothèses qui me sont apparues suite aux recherches que j'ai entrepris pour la réalisation du cadre théorique de ce mémoire.

1. Première hypothèse :

Hypothèse 1 : Selon l'âge et l'expérience personnelle et professionnelle du soignant, sa représentation/perception de la douleur serait différente.

Avant de devenir soignant, chaque professionnel de la santé a vécu des expériences personnelles, plus ou moins nombreuses selon l'âge de la personne, qui l'ont mené à rencontrer et à vivre la douleur, quelle qu'elle soit. Ces expériences personnelles ainsi que les expériences professionnelles qu'il a vécu lui ont permis de se créer sa propre définition de la douleur : l'intensité qu'il peut supporter, les suites qu'elle implique sur lui, etc. Cette définition peut donc varier sur beaucoup de critères selon l'individu interrogé.

Les questions en lien avec cette hypothèse sont les questions 1, 2, 3, 4 et 10.³⁶

J'ai choisi de demander aux professionnels de me préciser leur âge et le nombre d'années depuis lesquelles ils sont en activité professionnelle. En suite, j'interroge les professionnels sur ce que leur évoque le mot souffrir et sur leur définition de la douleur afin de pouvoir rechercher s'il y a une correspondance entre les définitions des différentes personnes interrogées en lien avec leur âge et/ou leur expérience professionnelle. Ma dernière question concerne une façade plus personnelle du soignant : a-t-il déjà eu une expérience de douleur très douloureuse ? Cette question a pour but d'appuyer les explications des définitions données par les soignants au sujet de la douleur et de la souffrance.

³⁶ Voir annexe II

2. Deuxième hypothèse :

Hypothèse 2 : Malgré les enseignements reçus lors de la formation, lorsqu'un soignant se retrouve face à une personne douloureuse, sa propre expérience de la douleur se calquerait sur celle du patient et le soignant l'interpréterait comme il l'aurait vécu personnellement.

Les enseignements théoriques dispensés à l'IFSI par les formateurs ainsi que ceux dispensés par les soignants encadrant les étudiants en stage, dirigent les futurs soignants vers une évaluation de la douleur des patients la plus objective possible. Néanmoins il est évident que chaque soignant a une expérience de vie plus grande que son expérience professionnelle du fait de sa condition humaine, qui joue un rôle même très faible dans sa manière de prendre en charge la douleur des patients.

Les questions en lien avec cette hypothèse sont les questions 4, 5, 6, 8 et 9.³⁷

J'ai décidé d'interroger les professionnels de santé sur leur manière d'évaluer la douleur des patients, de façon à pouvoir cibler s'ils utilisent les échelles de douleur ainsi que les attitudes non verbales des patients. Je les interroge aussi sur leurs attitudes face à un patient visiblement douloureux. J'ai choisi de questionner mes interlocuteurs au sujet des similitudes qu'ils auraient pu rencontrer lors de leurs parcours professionnels entre le vécu douloureux des patients et leur propre expérience personnelle. Cette question me semblait importante pour discerner si les professionnels analysent la douleur de façon impartiale ou de manière plus personnelle. En effet, quand une situation nous touche plus personnellement il n'est pas toujours aisé de réagir avec distance, comme quand par exemple un professionnel parent se retrouve face à des patients dans une grande angoisse vis-à-vis de la santé de leur enfant. Inévitablement ce genre de situation fait appel à notre vécu personnel, néanmoins les bonnes pratiques professionnelles voudraient que nous réagissions avec détachement.

³⁷ Voir annexe II

3. Troisième hypothèse :

Hypothèse 3 : Face à la douleur, les soignants auraient du mal à rester dans l'empathie et passeraient parfois dans la sympathie avec les patients.

Mes recherches m'ont permis de constater que l'empathie et la sympathie sont deux concepts très proches l'un de l'autre. L'un étant le fait de se mettre à la place de l'autre sans pour autant éprouver ses émotions, et l'autre étant le fait de ressentir les émotions sans pour autant se mettre à la place de son interlocuteur. Lors de mes stages, il m'est arrivé de constater que certains soignants semblaient touchés par les vécus de certains patients plus personnellement qu'ils n'auraient dû l'être.

Les questions en lien avec cette hypothèse sont les questions 6, 7, 8 et 9.³⁸

J'ai choisi d'interroger les soignants sur ce qu'ils ressentent ou non face à un patient dont la douleur se lit sur ses attitudes non verbales afin de voir s'ils évoquaient l'empathie ou s'ils ne faisaient pas le lien avec ce concept. Puis j'ai questionné les professionnels sur leur définition de la compréhension de la douleur. En effet, le fait de comprendre la douleur fait référence à l'empathie qui est le fait de se mettre à la place de la personne sans pour autant partager ses émotions. J'ai choisi de ne pas mentionner le terme d'empathie dans la formulation de mes questions afin de ne pas influencer les réponses de mes interlocuteurs, et pour voir si lorsque l'on évoque les sentiments, ce terme leur vient spontanément à l'esprit. La dernière question que j'ai formulée met en lien le vécu personnel de la douleur par le soignant et celle des patients qu'il a pu rencontrer. Cette confrontation entre la propre douleur du soignant et celle du patient peut laisser place à de la sympathie de la part du soignant.

³⁸ Voir annexe II

III. Méthodologie d'analyse choisie

Après avoir retranscrit les cinq entretiens³⁹, j'ai choisi de procéder à une analyse en lien avec les hypothèses formulées précédemment, afin de croiser les réponses des différentes questions entre elles et de terminer par une conclusion générale de l'analyse de ces entretiens. Pour plus de clarté, j'ai créé des tableaux spécifiques à chaque question de manière à faire ressortir clairement les réponses des infirmières questionnées (numérotées de 1 à 5 dans l'ordre de réalisation des entretiens) et de faire une comparaison plus aisée de leurs différentes réponses⁴⁰.

1. Pour les questions en lien avec l'hypothèse 1 :

Je vais commencer par comparer les réponses des différentes infirmières questionnées entre elles et par rapport aux définitions des termes, en ce qui concerne les questions 3 et 4. Je vais ensuite regarder s'il existe une corrélation entre leurs différentes réponses aux questions 3 et 4 et leurs âges ou expérience professionnelle (questions 1 et 2). Puis je vais mettre en lien les réponses de la question 10 avec les définitions de la douleur des différentes infirmières.

2. Pour les questions en lien avec l'hypothèse 2 :

Tout d'abord je vais comparer les réponses des différentes interlocutrices sur leurs manières d'évaluer la douleur d'un patient (question 5), avec leur définition de la douleur (question 4) afin de voir si leurs évaluations s'étendent à toutes les dimensions qu'elles donnent à la douleur. Ensuite, je vais analyser les réponses de chacune des infirmières ayant partagé une douleur avec un patient (question 8) afin de rechercher une charge émotionnelle ou une réaction d'ordre plus personnel face à cette situation.

³⁹ Voir annexe IV

⁴⁰ Voir annexe V

3. Pour les questions en lien avec l'hypothèse 3 :

Pour commencer, je vais rechercher si pour les questions spécifiques, les infirmières interrogées ont parlé de l'empathie lorsque je leur ai posé les questions 6 et 7. Je vais rechercher si elles y ont fait référence au cours de l'entretien sans pour autant le citer. Je vais rechercher la présence de termes référents de la sympathie dans les réponses aux questions 6 et 7, ainsi que dans leurs explications de leur vécu d'une douleur similaire à celle d'un patient qu'elles auraient pris en charge.

IV. Analyse qualitative des résultats

Le panel d'infirmières que j'ai eu l'occasion de rencontrer est relativement hétérogène. En effet, les professionnelles questionnées sont d'âge et d'expériences professionnelles diverses. Leurs âges vont de 28 ans à 49 ans, et leurs expériences professionnelles de 6 mois à 16 ans. Cette mixité d'âge et d'expérience m'a donc permis d'avoir une approche plus large au niveau de mon sujet de recherche.

1. Analyse des questions en lien avec l'hypothèse 1 :

Lorsque j'ai interrogé les infirmières sur ce que leur évoquait le mot souffrir, quatre d'entre elles m'ont donné le mot « *douleur* »⁴¹. La première infirmière questionnée a cité le terme « *déchirure* »⁴² en précisant que cela pouvait être physique comme mental. Les termes qu'elles ont employés pour définir la souffrance sont précis et les avis des différentes infirmières questionnées sont plutôt unanimes : quatre sur cinq définissent le verbe souffrir par le mot douleur. Si l'on se réfère à la théorie, la souffrance est en effet définie par un « *état prolongé de douleur* »⁴³. L'infirmière 4 a évoqué en plus du terme

⁴¹ Voir entretiens N°2, N°3, N°4, et N°5, annexe IV

⁴² Voir entretien N°1, annexe IV

⁴³ Dictionnaire Larousse 2001

douleur, le terme « *supporter* »⁴⁴, qui si l'on se réfère à l'étymologie du verbe souffrir est à l'origine de ce mot⁴⁵. L'échantillon de professionnels interrogé a donc une bonne connaissance de la définition de la souffrance (80%).

Cependant quand je leur ai demandé de définir la douleur, deux infirmières (les infirmières 3 et 5) n'ont pas su définir le terme, mais ont détaillé l'étendue que pouvait avoir la douleur : les dimensions que cela englobe « *peut être psychique ou physique* »⁴⁶, ce que la douleur peut symboliser « *signe avant coureur, demande d'écoute* »⁴⁷. En ce qui concerne les réponses des trois autres infirmières, on retrouve dans chacune de leurs réponses le caractère « *sensoriel* »⁴⁸ de la douleur. L'infirmière 2 précise que cette sensation est « *exacerbée* »⁴⁹ et l'infirmière 4 a mis l'accent sur le fait que cette sensation a un caractère « *désagréable* »⁵⁰. Contrairement à la définition du verbe souffrir qui avait été quasiment similaire pour toutes les infirmières interrogées, la définition de la douleur est beaucoup plus variée d'une soignante à une autre. Si l'on se réfère à la définition de l'IASP, en effet on retrouve le terme sensoriel⁵¹. La définition du Larousse 2001 comme celle de l'IASP comporte aussi le terme « *désagréable* »⁵² comme l'a précisé l'infirmière 4. L'infirmière 2 a évoqué le terme « *anormal* » que l'on retrouve dans la définition de 1872 d'Emile Littré⁵³.

J'ai recoupé les définitions de chaque infirmière avec leur expérience professionnelle et j'ai pu constater que la réponse la plus fournie que j'ai eu appartient à l'infirmière étant la plus âgée du groupe interrogé, et ayant la plus grande expérience professionnelle (16 ans). Néanmoins, il s'agit aussi d'une des deux soignantes qui n'a pas vraiment défini la douleur (infirmière 3). En ce

⁴⁴ Voir entretien N°4, annexe IV

⁴⁵ Dictionnaire Larousse 2001

⁴⁶ Voir entretien N°5, annexe IV

⁴⁷ Voir entretien N°3, annexe IV

⁴⁸ Voir entretien N°1, N°2 et N°4, annexe IV

⁴⁹ Voir entretien N°2, annexe IV

⁵⁰ Voir entretien N°4, annexe IV

⁵¹ Voir item définitions de la douleur, cadre théorique page 6

⁵² Ibid

⁵³ Ibid

qui concerne la réponse la moins détaillé (celle de l'infirmière 5), j'ai regardé son âge, il s'agit de la plus jeune des infirmières ayant répondu à mon questionnaire, et quel était son expérience professionnelle : cette dernière n'exerce en tant qu'infirmière que depuis 5 ans, toutefois il s'agit de l'infirmière ayant réalisé un Diplôme Universitaire au sujet de la douleur.

Les infirmières 3 et 5 étant les deux seules infirmières questionnées à ne pas avoir réellement défini la douleur, j'ai donc cherché si elles avaient un point commun un niveau de leur classe d'âge et/ou de leur expérience professionnelle. L'infirmière 3 a 49 ans et 16 ans d'expérience professionnelle, l'infirmière 5 est âgée de 28 ans et a 5 ans d'expérience. Elles n'en ont aucun.

En ce qui concerne les définitions des infirmières 1, 2 et 4, leurs définitions de la douleur étaient plutôt similaires, j'ai comparé leurs âges et leurs expériences professionnelles. En effet, leurs âges sont assez rapprochés (de 34 ans à 41 ans), en revanche, leurs expériences professionnelles sont totalement différentes car l'infirmière 1 est diplômée depuis moins d'un an alors que les deux autres infirmières ont un temps d'expérience bien plus grand (12 et 15 ans). Cependant si nous nous centrons sur les infirmières 2 et 4, nous pouvons constater que leurs expériences, leurs âges et leurs réponses en ce qui concerne la souffrance ainsi que la douleur sont similaires. Ces indications peuvent donc nous laisser supposer qu'il y ait une corrélation entre la définition et leurs expériences professionnelles et personnelles.

La dernière question que j'ai posée aux infirmières lors de mes entretiens portait sur leur expérience personnelle de la douleur. Parmi les cinq infirmières que j'ai questionnées seules deux m'ont dit avoir vécu une douleur qui leur semblait être la pire des douleurs qu'elles puissent un jour ressentir. Pour l'une d'elles (l'infirmière 2), il s'agit des douleurs liées aux « *contractions de l'accouchement* »⁵⁴ mais elle a tenu à préciser que pour elle cela restait de belles douleurs car elles étaient associées à un moment heureux, et que ce n'avait pas la même portée que des douleurs liées à une pathologie.

⁵⁴ Voir entretien N°2, annexe IV

La seconde infirmière jugeant avoir rencontré une douleur pouvant être la pire de toutes celles qu'elle puisse endurer, est l'infirmière 3, celle dont la définition de la douleur était très développée en ce qui concerne tout ce qu'elle peut signifier ou symboliser. Cependant elle a exprimé cette situation avec beaucoup de détachement et a surtout évoqué le fait que lorsque cette situation s'est produite, elle était en service et qu'elle a ressenti des difficultés à prendre soin des patients alors qu'elle-même était souffrante⁵⁵.

Sur ce point, les infirmières 2 et 4 ne sont pas positionnées de la même manière compte rendu du fait que l'infirmière 4 ne juge pas avoir vécu de douleur de très forte intensité. Nous pouvons donc supposer qu'il n'y a corrélation entre ces deux infirmières que par leurs expériences professionnelles.

2. Analyse en lien avec les questions de l'hypothèse 2 :

La cinquième question que j'avais choisi de formuler portait sur la ou les manières qu'avaient les infirmières d'évaluer la douleur d'un patient. Vis-à-vis de cette question, j'avais ciblé plusieurs réponses que je souhaitais voir ressortir des réponses que mes interlocutrices. Parmi elles, les expressions verbales du patient (cris, plaintes,...), les expressions non verbales (pleurs, repris, ...) et les échelles de douleur les plus fréquemment rencontrées.

Quatre des infirmières questionnées ont dit évaluer la douleur par la communication verbale du patient « *cris* »⁵⁶, « *plaintes* »⁵⁷, « *en lui demandant* »⁵⁸ (les infirmières 1, 2, 3 et 4) et trois d'entre elles m'ont parlé des signes non-verbaux pouvant traduire la douleur « *regard, crispations, pleurs* »⁵⁹, « *le faciès* »⁶⁰ (les infirmières 1, 2 et 4). Trois des cinq infirmières ont évoqué à la fois la communication verbale et la communication non verbale comme éléments d'évaluation de la douleur (les infirmières 1, 2 et 4).

⁵⁵ Voir entretien N°3, annexe IV

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Voir entretien N°4, annexe IV

⁵⁸ Voir entretien N°1, annexe IV

⁵⁹ Voir entretien N°2, annexe IV

⁶⁰ Voir entretien N°4, annexe IV

En ce qui concerne les échelles d'évaluation de la douleur, trois infirmières m'en ont parlé. Elles ont cité l'EVA, L'EN et l'échelle Algoplus. Ces trois échelles font partie des cinq échelles les plus utilisées. A la fin de chaque entretien, j'ai demandé à mes interlocutrices si elles souhaitaient ajouter des éléments au sujet de la douleur qu'elles n'avaient pu aborder précédemment. L'infirmière 5 a abordé la prise en charge de patients douloureux et non communiquant. Elle a alors évoqué l'échelle Doloplus qui est, comme l'échelle Algoplus, une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients non communiquant. Elle m'a expliqué que l'échelle Doloplus n'a pas été instaurée dans la structure où elle exerce compte tenu de la complexité de cette échelle. Elle explique l'utilisation régulière d'Algoplus, mais ne se souvient pas si elle comporte « 4 ou 5 » items⁶¹. Ces éléments me laissent m'interroger sur la maîtrise des échelles de douleur par les soignants.

Parmi les cinq infirmières que j'ai interrogé, l'infirmière 4 est la seule à avoir cité les trois types d'évaluation de la douleur que j'attendais dans les outils qu'elle utilise afin d'évaluer la douleur des patients : une échelle de douleur, ainsi que la communication verbale et la communication non verbale. J'ai noté que deux soignantes (les infirmières 1 et 2) ont évoqué évaluer la douleur par la communication verbale et la communication non verbale, mais aussi par rapport aux changements d'attitude et aux modifications de comportement des patients. Ces deux infirmières n'ont pas la même expérience professionnelle, mais elles exercent dans la même structure de soins ce qui peut expliquer les correspondances dans leurs propos. Il n'y a que l'infirmière 5 qui n'a exprimé évaluer la douleur que d'une manière : par les échelles de douleur, que « *le CLUD*⁶² *a mis en place* »⁶³ dans la structure où elle exerce, c'est-à-dire l'EVA et l'échelle Algoplus.

La sixième question de mon entretien était composée en deux parties : la première où je questionnais les professionnelles sur ce qu'elles ressentent lorsqu'elles sont face à un patient douloureux, et la deuxième sur leur manière

⁶¹ Voir entretien N°5, annexe IV

⁶² CLUD : Comité de lutte contre la douleur

⁶³ Voir entretien N°5, annexe IV

d'agir pour ce patient. C'est cette deuxième partie qui concerne l'hypothèse 2. Vis-à-vis de cette question, trois des cinq infirmières interrogées m'ont répondu qu'elles « *prévenaient le médecin* »⁶⁴ et l'une d'entre elles a précisé l'importance « *des transmissions écrites* »⁶⁵ pour le médecin comme pour le reste de l'équipe. Quatre infirmières m'ont répondu qu'elles cherchaient à « *calmer immédiatement* »⁶⁶ la douleur en apaisant le patient avec des « *techniques simples* »⁶⁷ ou en trouvant « *une position antalgique* »⁶⁸. Cette indication laisse apparaître que les soignants auraient tendance à chercher à soulager la douleur du patient avant de se renseigner sur ses origines et sur son intensité.

Parmi toutes ces réponses, seules deux infirmières ont évoqué le fait qu'elles utilisent l'« *évaluation de la douleur* »⁶⁹ dans cette situation alors qu'elles sont trois à les avoir citée dans les méthodes qu'elles utilisent pour quantifier la douleur du patient. Cependant une de ces infirmières a complété cette réponse par « *mais bon il faut quand même agir rapidement* »⁷⁰ ce qui laisse supposer que l'évaluation de la douleur dans une telle situation est perçue comme un frein à l'action pour elle. Par rapport à cette réponse, on peut émettre l'hypothèse que les soignants ne réagissent pas de la même manière en cas d'urgence douloureuse que lors de la pratique quotidienne de leur activité.

Lorsque l'infirmière 4 répondait à ma question, elle a fait plusieurs fois écho à un élément qui selon elle fait défaut à la rapidité de prise en charge de la douleur : « *de nous-mêmes on n'a pas le droit pour l'instant de donner des antalgiques sans prescription* »⁷¹. En effet, les infirmières ne sont pas habilitées à administrer de thérapeutiques sans prescription médicale sauf en cas de protocoles établis dans les services. L'infirmière 4 a fait plusieurs fois référence à ces protocoles qu'elle juge important à mettre en place dans tous les

⁶⁴ Voir entretiens N°3, N°4 et N°5, annexe IV

⁶⁵ Voir entretien N°3, annexe IV

⁶⁶ Ibid

⁶⁷ Voir entretien N°5, annexe IV

⁶⁸ Voir entretiens N°2 et N°4, annexe IV

⁶⁹ Voir entretiens N°4 et N°5, annexe IV

⁷⁰ Voir entretien N°4, annexe IV

⁷¹ Ibid

services. Je lui ai demandé comment elle concevait ces protocoles, et elle m'a répondu que pour elle, ils devaient être basés sur les EVA réalisées avec le patient⁷². Or si l'on se réfère au docteur Galopin⁷³, cette hiérarchisation par paliers de douleur n'est pas adaptée aux besoins des patients car si pour certains une EVA chiffrée à 3 ne nécessite pas l'administration d'antalgique, pour d'autres un antalgique sera plus que nécessaire.

Dans la huitième question que j'avais formulé, j'interrogeais les soignantes de manière plus personnelle afin de savoir si elles avaient, durant leur carrière, soigné un patient souffrant d'une douleur dont elles avaient elles-mêmes fait l'expérience. Parmi les cinq infirmières interrogées trois avaient vécu cette situation. Deux d'entre elles (les infirmières 1 et 3) ne m'ont pas semblé marquées par cette situation, en effet, elles ne leur sont pas venues spontanément⁷⁴. Pour l'une de ces deux infirmières (l'infirmière 3), cette situation ne lui a pas fait ressentir des sentiments particuliers, ni même l'envie d'agir plus particulièrement sur cette douleur qui l'avait touché plus personnellement antérieurement. Elle l'explique en disant qu'« *on n'est pas constitués pareil* »⁷⁵. En revanche, lorsque l'infirmière 2 a évoqué sa situation, j'ai senti que cela la touchait plus particulièrement car elle a changé le ton de sa voix, elle cherchait ses mots, parlait très doucement. De plus elle m'a fait remarquer que ce que je lui demandais était « *intime* »⁷⁶.

Même si ces trois infirmières ont toutes vécu une expérience partagée avec un patient, les situations ne les ont pas marqué de la même manière.

3. Analyse en lien avec les questions de l'hypothèse 3 :

J'ai choisi de formuler la question 6 avec le verbe « ressentir » afin de voir si ce mot faisait écho pour les professionnelles interrogées à celui d'empathie. En effet, trois des cinq professionnelles que j'ai questionné (les

⁷² Voir entretien N°4, annexe IV

⁷³ Voir item sur les limites de l'évaluation de la douleur dans le cadre théorique

⁷⁴ Voir entretiens N°1 et N°3, annexe IV

⁷⁵ Voir entretien N°3, annexe IV

⁷⁶ Voir entretien N°2, annexe IV

infirmières 1, 4 et 5) ont évoqué l'empathie en réponse à cette question. Parmi elles, deux ont précisé que malgré le fait qu'elles sachent que dans de telles situations elles doivent faire preuve d'empathie, elles ne pouvaient s'empêcher d'avoir une implication personnelle⁷⁷. L'infirmière 1 a même exprimé clairement la situation en disant : « *tout dépend de la relation que tu as avec le patient, en fait tu as des patients avec qui tu vas prendre du recul et te dire -on va les soigner par les antalgiques- et d'autres avec qui tu t'implique forcément, tout dépend des atomes crochus que tu as avec eux, ça ne devrait pas, ça ne devrait pas, dans l'idéal, on devrait se comporter de la même façon avec tout le monde, après c'est la nature humaine qui veut ça* »⁷⁸. Cette précision de la part de l'infirmière explique très bien le ressenti de l'infirmière 4 qui elle exprime une certaine « *culpabilité face au patient souffrant lors d'un soin* »⁷⁹. Néanmoins l'infirmière 5, dernière à m'avoir parlé d'empathie m'a semblé très détachée lorsque je lui ai posé cette question et m'a simplement répondu qu'elle « *prenait en charge* »⁸⁰ le patient. La réponse de cette infirmière démontre qu'elle se place directement dans l'empathie face au patient douloureux.

En ce qui concerne les deux infirmières qui n'ont pas évoqué le terme d'empathie (les infirmières 2 et 3), l'une comme l'autre restent dans l'action par la « *recherche de position antalgique* »⁸¹, la « *recherche de l'origine de la douleur* »⁸², le fait de vouloir « *calmer immédiatement la douleur* »⁸³, et la réalisation des « *transmissions au médecin et à l'équipe* »⁸⁴. Elles n'expriment pas de ressenti particulier envers les patients souffrant, et laissent penser qu'elles adoptent une posture empathique face à ces patients.

Dans la septième question de mon entretien, j'ai choisi de demander aux infirmières ce que représentait pour elle le fait de comprendre la douleur d'une personne tierce. Face à cette question, trois des cinq infirmières (les infirmières

⁷⁷ Voir entretiens N°1 et N°4, annexe IV

⁷⁸ Voir entretien N°1, annexe IV

⁷⁹ Voir entretien N°4, annexe IV

⁸⁰ Voir entretien N°5, annexe IV

⁸¹ Voir entretien N°2, annexe IV

⁸² Ibid

⁸³ Voir entretien N°3, annexe IV

⁸⁴ Ibid

1, 3, et 5) se sont retrouvées incapables de répondre et ont exprimé leur difficulté. En effet, le terme « comprendre » les a beaucoup questionné par le fait que j'avais choisi de le mettre en lien avec le terme « douleur ». L'infirmière 5 a d'ailleurs formulé cette interrogation : « *je ne sais pas si le terme est approprié* »⁸⁵. J'ai remarqué qu'à la fin de leurs réponses, trois des cinq soignantes interrogées (les infirmières 1, 4 et 5) ont exprimé l'impression de ne pas avoir répondu correctement à la question⁸⁶.

Face à leur difficulté de comprendre ma question, j'ai moi-même eu quelques difficultés à reformuler la question à mes interlocutrices sans leur exprimer ce vers quoi je souhaitais les amener par cette question. Cependant chacune a finalement pu donner une réponse à cette question.

Pour les infirmières 1 et 2, si l'on connaît l'étiologie de la douleur, il nous est possible de la comprendre. À noter que l'infirmière 1 a précisé que si l'étiologie est « *psychologique, la compréhension se fait à partir du vécu personnel du soignant* »⁸⁷. Pour l'infirmière 4, la bonne compréhension de la douleur d'un patient se base en premier lieu sur une bonne connaissance de la « *localisation et de l'intensité de la douleur* »⁸⁸. En ce qui concerne l'infirmière 5, elle considère que le fait de comprendre la douleur consiste à intégrer la douleur du patient, à « *l'accepter* »⁸⁹, la reconnaître comme existante.

Seule l'infirmière 3 a employé le terme d'« *empathie* »⁹⁰, mais en le niant. Selon elle, le fait de comprendre la douleur d'autrui, consisterait à « *se mettre à la place de l'autre* »⁹¹. Si l'on se réfère aux définitions de Carl Rogers et d'Alain Berthoz et Gérard Jorland⁹², l'empathie consiste bien au fait de se mettre à la place de l'autre afin de mieux le comprendre. Malgré le fait que seule l'infirmière 3 ait évoqué le terme d'empathie dans sa réponse, j'ai relevé dans la réponse de l'infirmière 4 une définition de l'empathie : « *on n'est pas*

⁸⁵ Voir entretien N°5, annexe IV

⁸⁶ Voir entretiens N°1, N°4 et N°5, annexe IV

⁸⁷ Voir entretien N°1, annexe IV

⁸⁸ Voir entretien N°4, annexe IV

⁸⁹ Voir entretien N°5, annexe IV

⁹⁰ Voir entretien N°3, annexe IV

⁹¹ Ibid

⁹² Voir item empathie, cadre théorique

forcément obligé de subir ce que les autres subissent pour essayer de comprendre »⁹³.

Vis-à-vis de la huitième question de mes entretiens, seules trois des infirmières que j'ai questionnées avaient soigné un patient souffrant d'une douleur dont elles avaient elles-mêmes fait l'expérience. Parmi elles, l'infirmière 2 a exprimé une grande charge émotionnelle lorsqu'elle a évoqué cet élément personnel. En effet, le fait de prendre en charge cette patiente lui a permis de comprendre que la douleur dont elle souffrait était bien réelle, et d'obtenir le diagnostic de l'étiologie de ses douleurs. Par le ton qu'elle a employé lors de l'entretien, j'ai perçu que la rencontre avec cette patiente l'avait énormément soulagé. Cette expression de soulagement laisse supposer qu'elle ait pu faire preuve de sympathie avec cette patiente lorsque cette situation a eu lieu.

En ce qui concerne les deux autres infirmières, le fait d'avoir partagé une douleur avec un patient ne semble pas les avoir touchées personnellement. L'infirmière 3 n'a très visiblement pas exprimé de sentiments de sympathie envers ce patient, car lorsque je lui ai demandé si elle avait été particulièrement affectée par cette situation, elle m'a simplement répondu : « *non, on n'est pas constitués pareil* »⁹⁴.

Cependant l'infirmière 1 par cette situation fait un lien avec la question 7 où je lui avais demandé de m'expliquer ce qu'était pour elle le fait de comprendre la douleur de quelqu'un. Pour elle ce vécu commun de la douleur avec le patient « *permet d'expliquer la compréhension de la douleur* »⁹⁵. Par cela, elle exprime nettement le fait que face à un patient douloureux, elle fait appel à sa propre expérience de la douleur car pour la comprendre elle se réfère à ce qu'elle a vécu si elle s'est trouvée en situation similaire.

⁹³ Voir entretien N°4, annexe IV

⁹⁴ Voir entretien N°3, annexe IV

⁹⁵ Voir entretien N°1, annexe IV

4. Conclusion globale de l'analyse :

L'hypothèse 1 était « **Selon l'âge et l'expérience personnelle et professionnelle du soignant, sa représentation/perception de la douleur serait différente** ».

Aux vues de l'analyse des réponses précédemment détaillée et face aux résultats des questions sur les définitions de la souffrance et de la douleur, mis en liens avec les âges et temps d'activité professionnelle des différentes infirmières questionnées, nous avons pu deviner une corrélation entre la représentation de la douleur et l'âge ainsi que le temps d'activité professionnelle d'un soignant. Cependant l'analyse des réponses à la question sur le vécu personnel d'une douleur de forte intensité par l'infirmière, nous avons pu constater que le facteur personnel ne jouait pas dans la corrélation entre les deux infirmières.

Nous pouvons donc laisser supposer qu'il y a une corrélation entre l'expérience professionnelle du soignant et sa représentation de la douleur.

L'hypothèse 2 était « **Malgré les enseignements reçus lors de la formation, lorsqu'un soignant se retrouve face à une personne douloureuse, sa propre expérience de la douleur se calquerait sur celle du patient et les soignant l'interpréterait comme il l'aurait vécu personnellement** ».

Suite à l'analyse des réponses des différentes infirmières par rapport à cette hypothèse, il semblerait que les soignants aient des difficultés de maîtrise des différentes échelles d'évaluation de la douleur et ne les utiliseraient pas dans des situations d'urgence face à un patient douloureux.

Aux vues des réponses obtenues, il apparaît qu'en premier lieu face à un patient douloureux les soignants chercheraient à soulager la douleur du patient avant d'essayer d'en savoir plus sur ses origines ou son intensité : ils semblent vouloir agir comme s'ils étaient eux-mêmes sujet à cette douleur.

L'hypothèse 3 était « **Face à la douleur, les soignants auraient du mal à rester dans l'empathie et passeraient parfois dans la sympathie avec les patients** ».

Par rapport aux réponses obtenues aux questions posées en lien avec cette hypothèse, il semblerait que les infirmières aient des difficultés à cerner ce qu'est l'empathie. De plus la majorité d'entre elles expriment s'impliquer personnellement voire émotionnellement auprès des patients : il leur arrive d'adopter une attitude sympathique avec les patients douloureux.

V. Question de recherche et hypothèses en lien

Une fois croisées, les conclusions tirées des résultats précédents mettent en évidence une absence d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur en cas de découverte fortuite de patients visiblement douloureux, car cela semble être représenté comme un élément retardateur en cas d'urgence. En effet les résultats ont semblé indiquer que les professionnels n'aient pas une maîtrise totale des échelles d'évaluation de la douleur. De plus les résultats semblent aussi démontrer que les soignants adopteraient une posture sympathique auprès de certains patients douloureux.

Cela a permis de faire émerger la question suivante :

En quoi le défaut d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur de la part des soignants en cas de découverte fortuite de patients visiblement douloureux influe-t-il sur l'implication émotionnelle des soignants auprès de ces patients ?

Suite à l'élaboration de cette question, quelques hypothèses pouvant aider à guider la résolution de cette interrogation me sont apparues.

- × Lors de découvertes fortuites de patients visiblement douloureux, les soignants n'agiraient pas de la même manière que face à un patient qui signale lui-même au soignant sa douleur.
- × Lorsque les soignants ne se réfèrent pas aux échelles d'évaluation de la douleur, ils interpréteraient la douleur du soignant par rapport à leur propre vécu.
- × Les soignants adopteraient plus facilement une attitude sympathique envers les patients douloureux lorsqu'ils les prennent en charge sans utiliser d'échelle d'évaluation de la douleur.

Conclusion :

Nous avons vu, au travers de ce mémoire de fin d'études, que lorsqu'un soignant prend en soins un patient douloureux, il fait appel à ses connaissances théoriques ainsi qu'à sa propre expérience de la douleur, qui en quelques sortes constitue ses connaissances personnelles. Suivant la position que prend le soignant auprès du patient, cette part personnelle peut être plus ou moins marquée. En effet, si cette situation fait écho à son propre vécu, s'il se positionne à la place de cette personne douloureuse, si la relation qu'il a établie avec ce patient est plus développée qu'une relation soignant-soigné « traditionnelle », le soignant peut être amené à réagir à sa situation comme s'il en avait été lui-même le sujet atteint de cette douleur.

Suite aux recherches menées sur le terrain sous forme d'entretiens semi-directifs, il semblerait que l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur soit un des facteurs influençant l'implication émotionnelle du soignant auprès du patient. Même si l'implication de l'infirmier auprès du patient en tant que soignant mais aussi d'individu est important afin d'établir une relation plus stable, il faut tout de même que l'infirmier garde un certain recul afin d'évaluer la douleur avec un maximum d'objectivité.

Le but de mes recherches n'avait en aucun cas pour objectif de pointer du doigt les situations où l'implication du soignant est trop importante, mais de comprendre comment la dynamique relationnelle semble fonctionner entre le soignant et le patient douloureux. Suite à ces observations une proposition de réajustement m'est apparue.

Depuis de nombreuses années, il existe dans les services de soins des référents douleur, des soignants ayant une plus grande formation sur le thème de la douleur qui ainsi peuvent renseigner leurs collègues en cas de situation leur posant problème. Cependant à hauteur d'un référent par service, nous pouvons supposer un manque assez important du fait qu'un professionnel ne

peut être présent sur son lieu de travail continuellement. Peut être devrait-il être important de mettre en avant les formations en lien avec la prise en charge de la douleur ainsi que les diplômes universitaires sur la douleur car il s'agit de situations auxquelles chaque soignant fait face de manière quasi journalière.

Bibliographie

Ouvrages

- × CYRULNIK Boris, *Mourir de dire, la honte*, Odile Jacob, 2010, 272 pages
- × LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, 1995, 240 pages
- × PHANEUF Margot, *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, Edition Chenelière Education, 2002, 634 pages
- × SMITH Adam, *The theory of moral sentiments*, 1759, Raphael D.D. et Macfie A.L. (eds), Oxford, Clarendon, Press, 1976, 480 pages
- × VASSE Denis, *L'arbre de la voix*, Bayard, 2010, 240 pages

Ouvrages collectifs

- × BERTHOZ Alain, JORLAND Gérard, *L'empathie*, Odile Jacob, 2004, 275 pages
- × BIOY Antoine, FOUQUES Damien, *Manuel de psychologie du soin*, Edition Bréal, 2002, 317 pages
- × MANOUKIAN Alexandre (avec la collaboration d'Anne Massebeuf), *La relation soignant soigné*, 3^{ème} édition, Editions Lamarre, 2008, 171 pages
- × METZGER Christiane, MULLER André, SCHWETTA Martine, WALTER Christiane, *Soins infirmiers et douleurs*, Masson, 2000, 248 pages.

Articles

- × LE BRETON David, « Douleur et relation de soins », in Soins n°749, octobre 2010, pp 34-35
- × PEOC'H Nadia, LOPEZ Ghyslaine, CASTES Nadine, « Représentation et douleurs induites : Repère, mémoire, discours, ... Vers les prémisses d'une compréhension », Recherche en Soins Infirmiers n°88, mars 2007, pp 84-93

Dictionnaires

- × Dictionnaire Petit Larousse, 2001
- × Dictionnaire Petit Robert 2004
- × Dictionnaire des termes techniques de médecine, Garnier et Delamare, 1972

Cours :

- × Docteur C. Galopin, table ronde au sujet de la douleur et de la prise en charge des patients en fin de vie.

Sites internet

- × Biographie d'Emile Littré, consulté le 15 février 2012, www.academie-francaise.fr/immortels/base/academiciens/fiche.asp?param=427
- × Définition de la douleur par l'IASP, www.iasp-pain.org consulté le 20 février 2012
- × Définitions de l'interprétation, www.maphilo.net/interpretation-cours.html consulté le 23 février 2012
- × Définition de la représentation, www.larousse.fr consulté le 15 avril 2012
- × Citations de Carl Rogers, consulté le 18 avril 2012, <http://carl-rogers.fr/L%20empathie%20G-Adamczewski.pdf>
- × Définition de la souffrance, consulté le 25 avril 2012, <http://www.fondsriceur.fr/photo/la%20souffrance%20n%20est%20pas%20la%20douleur.pdf>
- × La communication verbale, consulté le 23 avril 2012, <http://www.fcasset.fr/Theorie-de-la-communication.html>
- × Schéma de Claude Shannon sur la communication verbale, consulté le 23 avril 2012, <http://cm.bell-labs.com/cm/ms/what/shannonday/shannon1948.pdf>
- × Schéma de Roman Jakobson sur la communication verbale, consulté le 24 avril 2012, <http://www.internet.uqam.ca/web/t7672/schema.htm>
- × Les pièges de l'empathie, consulté le 26 avril 2012, <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/empathie.htm>

Annexes

Annexe I : Echelles d'évaluation de la douleur

Annexe II : Questionnaire pour les entretiens

Annexe III : Autorisations d'enquête

Annexe IV : Entretiens

Annexe V : Tableaux comparatifs des entretiens

Annexe I : Echelles d'évaluation de la douleur

Echelle Visuelle Analogique :

Echelle Algoplus :

Echelle ALGOPLUS		Evaluation de la douleur Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale						Identification du patient			
Date de l'évaluation de la douleur		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....	
Heure		h		h		h		h		h	
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage											
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.											
2 • Regard											
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.											
3 • Plaintes											
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.											
4 • Corps											
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.											
5 • Comportements											
Agitation ou agressivité, agrippement.											
Total OUI		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

Echelle DN4 :

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureuse	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ À chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ À la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %).

D'après Bouhassira D *et al.* Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57.

Annexe II : Questionnaire pour les entretiens

1. Pouvez-vous me préciser votre âge ? *(en lien avec l'hypothèse 1)*
2. Pouvez-vous m'indiquer depuis combien d'années vous êtes en activité professionnelle ? *(en lien avec l'hypothèse 1)*
3. Si je vous dis le mot souffrir, pouvez-vous me dire ce qui vous vient à l'esprit ? *(en lien avec l'hypothèse 1)*
4. Qu'est ce que la douleur selon vous ? *(en lien avec les hypothèses 1 et 2)*
5. Comment évaluez-vous la douleur d'un patient ? *(en lien avec l'hypothèse 2)*
6. Que ressentez-vous face à un patient visiblement douloureux ? Y-a-t-il quelque chose que vous souhaitez faire ou dire de manière réflexe à cette personne souffrant ? *(en lien avec les hypothèses 2 et 3)*
7. Comment définiriez-vous le fait de comprendre la douleur d'autrui ? *(en lien avec l'hypothèse 3)*
8. Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) face à un patient souffrant d'une douleur dont vous aviez vous-même fait l'expérience dans votre vie personnelle ? *(en lien avec les hypothèses 2 et 3)*
9. Si oui, pouvez-vous m'expliquer cette situation ? *(en lien avec les hypothèses 2 et 3)*
10. Avez-vous déjà eu l'expérience d'une douleur qui pour vous semblait être la pire des douleurs qu'un individu puisse endurer ? *(en lien avec l'hypothèse 1)*

Annexe III : Autorisations d'enquête



INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS
2, AVENUE DES LOMBARDS. BP 718 - 10003 TROYES cedex
Tél : 03.25.49.49.99



D. BARTHELEMY
Directrice
03.25.49.49.49

dominique.barthelemy@ch-troyes.fr

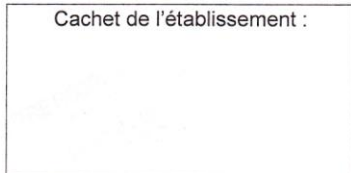
Je soussignée, Mme JOANNETON N. Odile
Cadre de Santé Formateur, valide l'outil exploratoire pour le Travail de Fin
d'Etudes de Mme, Mlle, Mr CATUS Chloïde

Date 20.05.2012
Signature du Cadre de Santé Formateur

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr Bouliat Chantal
Cadre supérieur de Santé, autorise Mme, Mlle, Mr CATUS Chloïde
étudiant(e) en soins infirmiers de 3^{ème} année à réaliser une enquête dans le cadre de
l'élaboration du Travail de Fin d'Etudes :
dans les services dermatologie (D1) et rhumatologie (I2)
sur le thème de la douleur
J'accepte les modalités organisationnelles relatives à l'enquête.

Date 04.05.2012
Signature du Cadre supérieur de Santé

Cachet de l'établissement :



ok pour
enquête
LISE 1/4 h et
ou D1
et 3 ou I2



INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS
2, AVENUE DES LOMBARDS. BP 718 - 10003 TROYES cedex
Tél : 03.25.49.49.99



D. BARTHELEMY
Directrice
03.25.49.49.49

dominique.barthelemy@ch-troyes.fr

Je soussignée, Mme JOANNETON Odile,
Cadre de Santé Formateur, valide l'outil exploratoire pour le Travail de Fin
d'Etudes de Mme, Mlle, Mr CARUS Clotilde

Date 30 mars 2012
Signature du Cadre de Santé Formateur

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr ~~CARUS Clotilde~~ PASCAL NOLIVIER
Cadre supérieur de Santé, autorise Mme, Mlle, Mr CARUS Clotilde
étudiant(e) en soins infirmiers de 3^{ème} année à réaliser une enquête dans le cadre de
l'élaboration du Travail de Fin d'Etudes :
dans le service EHPAD la Providence
sur le thème de la douleur
J'accepte les modalités organisationnelles relatives à l'enquête.

Date 12/04/2012
Signature du Cadre supérieur de Santé

Cachet de l'établissement :
Résidence La Providence
E.H.P.A.D.
17 rue des Terrasses
10000 TROYES



INSTITUT de FORMATION en SOINS INFIRMIERS
2, AVENUE DES LOMBARDS. BP 718 - 10003 TROYES cedex
Tél : 03.25.49.49.99



D. BARTHELEMY
Directrice
03.25.49.49.49

dominique.barthelemy@ch-troyes.fr

Je soussignée, Mme JOANNETA Marie Odile
Cadre de Santé Formateur, valide l'outil exploratoire pour le Travail de Fin
d'Etudes de Mme, Mlle, Mr CARUS Clotilde

Date 16 avril 2012
Signature du Cadre de Santé Formateur

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr FAVIS Florence
Directeur des Soins, autorise Mme, Mlle, Mr CARUS Clotilde
^{IDE}
étudiant(e) en soins infirmiers de 3^{ème} année à réaliser une enquête dans le cadre de
l'élaboration du Travail de Fin d'Etudes : avec accord M^e Laurenceau, cadre de
dans le service 1^{er} étage du CHSF Pasteur santé
sur le thème de la douleur
J'accepte les modalités organisationnelles relatives à l'enquête.

Date 20/04/12
Signature du Directeur des Soins

Cachet de l'établissement :

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET
RÉADAPTATION FONCTIONNELLES
PASTEUR

Annexe IV : Entretiens

Entretien N°1 réalisé le 12 avril, à La Providence, maison de retraite.

Clotilde : Pouvez vous me préciser votre âge ?

IDE : Alors 34 ans

Clotilde : Et donc depuis combien de temps vous êtes en activité professionnelle ?

IDE : Depuis novembre

Clotilde : Qu'est ce que la douleur selon vous ?

IDE : (blanc) euh... moi je suis jeune diplômée alors je vais te dire c'est une sensation perçue par... euh après ...ça peut être une douleur psychologique aussi, une douleur sociale enfin moi je trouve, les gens qui sont isolés socialement etc. C'est pas évident non plus, euh oui c'est une sensation perçue par le patient en fait.

Clotilde : Qu'est ce que vous évoque le mot souffrir ?

INTERRUPTION PAR UNE AIDE SOIGNANTE

IDE : Souffrir, souffrir euh (blanc) euh (blanc) oui moi je pense à une déchirure en fait.

Clotilde : Une déchirure sur le plan physique ?

IDE : Physique ou mental parce que par exemple un décès les gens souffrent aussi. La famille qui entoure souffre et c'est pas tout.

Clotilde : Comment évaluez-vous une douleur chez un patient ?

IDE : Bah déjà en lui demandant, après tu as tout ce qui est euh tout ce qui est euh mimique en fait et tout ce qui est changement d'attitudes chez les personnes âgées notamment, personne âgée qui ne va pas manger, qui va dormir tout le temps etc. on va toujours chercher une éventuelle douleur.

Clotilde : Qu'est ce que vous ressentez face à un patient visiblement douloureux ?

IDE : Après on est sensé faire preuve d'empathie bon mais après quand on est dans les lieux de vie comme moi ce n'est pas facile parce que tu vis avec eux

pour certains on est leur seule famille. Donc euh... bah la douleur... tout dépend de la relation que tu as avec le patient en fait tu as des patients avec qui tu vas prendre du recul et te dire bah on va les soigner par les antalgiques et d'autres avec qui tu t'implique forcément tout dépend les atomes crochus que tu as avec eux ça ne devrait pas hein dans l'idéal on devrait se comporter de la même façon avec tout le monde après c'est la nature humaine qui veut ça aussi.

Clotilde : Et est ce qu'il y a des choses qui peuvent devenir comme un réflexe quand vous voyez quelqu'un de douloureux, un patient qui à l'air douloureux physiquement est ce que vous avez une attitude réflexe qui vous vient spontanément ?

IDE : Moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup avec les patients donc je parle j'essaye d'adoucir avec les mots et puis il y a aussi le toucher, je ne suis pas très tactile à la base mais rien que le fait de leur toucher les mains de leur caresser les mains les avants bras etc. ça les apaise, après je ne suis pas diplômée depuis très longtemps donc euh...

Clotilde : Comment est ce que vous définiriez le fait de comprendre la douleur d'un patient ou d'une personne en général ?

IDE : Est-ce qu'on peut comprendre une douleur ? (blanc) quand il y a une source organique oui tu comprends quand c'est plus psychologique si tu n'as pas vécu les mêmes choses c'est plus difficile à cerner alors comment le définir ? Tu attends quoi là de moi ?

Clotilde : Rien de particulier, dans certaines situations quand un patient nous parle d'une douleur, il arrive qu'on lui dise qu'on comprend, et justement qu'est ce qui nous amène à répondre ça personnellement ?

IDE : Bah je pense que c'est tout ton vécu précédemment, ton vécu personnel par rapport à la douleur, si tu as vécu la même patho par exemple, ou alors les mêmes expériences de vie, (blanc) après quelqu'un qui perd son enfant, par exemple ici une personne âgée qui perd sa fille tu peux lui dire oui je comprend mais c'est pas vraiment un moment, tu ne comprend pas vraiment, ça doit être terrible (blanc) je pense que c'est le vécu de chacun qui fait que tu peux dire je comprend.

Clotilde : Est ce que vous vous êtes déjà retrouvée devant un patient qui avait déjà vécu une douleur dont vous aviez fait aussi l'expérience ?

IDE : Moi non à part en chirurgie, j'ai exercé un peu en chirurgie entre temps euh c'est vrai que les patients qui ont vécu la même intervention que celle que j'ai subi il y a quelque temps tu leur dis oui je comprends, mais aussi tu peux les rassurer et quand à l'évolution, tout ce qui est dialogue psychologique et tout ça je trouve que ça apaise les douleurs quelqu'un qui se renferme et qui ne pense plus qu'à ça je trouve que ça amplifie le phénomène

Clotilde : Et avez-vous déjà l'expérience d'une douleur qui pour vous semblait être la pire des douleurs supportable par un être humain ?

IDE : Non je pense que la pire des douleurs c'est la perte d'un être cher

Clotilde : Plutôt une douleur psychologique alors ?

IDE : Même par rapport à ma belle mère qui a perdu son fils, ça fait 10 ans certes c'est un petit peu atténué mais la douleur est toujours la quoi, après c'est psy pour moi, chacun fait face aux événements. Voilà.

Entretien N°2 réalisé le 13 avril à La Providence, maison de retraite.

Clotilde : est ce que vous pouvez me préciser votre âge ?

IDE : 40

Clotilde : et depuis combien d'années vous exercez en temps qu'infirmière ?

IDE : ça fera 12ans à la fin de l'année

Clotilde : si je vous dit le mot souffrir qu'est ce que cela vous évoque ?

IDE : (blanc) le mot souffrir ? bah euh forcément douleur, euh douleur.

Clotilde : justement qu'est ce que la douleur selon vous ?

IDE : euh une perception anormale et exacerbée de euh concernant euh alors ça peut être aussi bien physique que moral euh voilà douleur sensation exacerbée, douloureuse, un mal être euh un état anormal en tout cas

Clotilde : comment vous évaluez la douleur chez un patient ?

IDE : alors euh tout dépend si il est en capacité de la manifester déjà de manière orale c'est-à-dire de dire j'ai mal, si il ne l'est pas euh forcément par le regard pas des crispations des euh alors ça c'est plus au niveau des euh

manipulations je dirais euh (blanc) la recherche d'une position antalgique, elle peut cette manifestation de la douleur changer les actes de la vie, elle peut empêcher de manger, empêcher de marcher (blanc) oui voila, ça diminue les capacités aussi, ça peut réduire la communication ça peut générer de l'agressivité, de l'agitation (blanc) forcément des pleurs aussi, des cris redites moi la question encore un coup.

Clotilde : comment vous évaluez la douleur ?

IDE : ouai voila ça peut modifier le comportement en général

Clotilde : y a-t-il quelque chose quand vous êtes face à un patient visiblement douloureux que vous avez comme réflexe ?

IDE : euh déjà essayer de savoir d'où vient cette douleur (blanc) heu (blanc) essayer de déterminer si c'est récent ou non, si d'autres euh collègues l'ont déjà perçu aussi (blanc) essayer de trouver une position antalgique (blanc)

Clotilde : et comment est ce que vous définiriez le fait de comprendre la douleur d'une personne ?

IDE : (blanc) tout dépend si on en connaît l'étiologie de cette douleur, si on en connaît l'étiologie l'expérience peut faire que on sait quelle est cette douleur, l'intensité est variable de toute façon selon les personnes aussi, on est tous différents face à ça, si c'est la première fois que la personne ressent cette douleur la ou non ou si c'est quelque chose de chronique parce que faut quand même essayer de faire le distinguo entre les douleurs aiguës et les douleurs chroniques même si les douleurs chroniques peuvent parfois devenir aiguës (blanc) voila

Clotilde : est ce que vous vous êtes déjà retrouvée face à des patients qui ont vécu une douleur dont vous aviez déjà fait l'expérience personnelle ?

IDE : oui

Clotilde : est ce que vous souhaitez m'expliquer cette situation ?

IDE : euh on va dire que ça s'est fait dans l'autre sens, euh j'ai eu pendant des années c'est intime quand même ce que vous me posez comme question

Clotilde : si vous ne souhaitez pas...

IDE : Non non non non non j'ai eu pendant des années des douleurs à l'aine des investigations m'ont été faites, que ce soit euh ça a duré 5ans que ce soit

gynécologiques ou euh on va dire abdo des investigations ont été faites, et euh il y a eu un moment on m'a dit c'est dans votre tête madame, non c'était pas dans ma tête madame, donc on m'a donné des tas de traitements, et puis rien n'y a fait, et puis j'étais encore étudiante à ce moment là, et puis il y a eu un moment j'étais devenue, j'étais infirmière et je me suis retrouvée dans un service où une dame a exprimé et expliqué les douleurs qu'elle ressentait et à ce moment là euh le médecin lui a posé le diagnostic, que moi on avait jamais su me poser. Voilà

Clotilde : ma dernière question, est ce que vous avez déjà eu l'expérience d'une douleur qui vous paraissait la pire douleur qu'un individu puisse ressentir ?

IDE : que moi j'ai vu ?

Clotilde : que vous ayez ressentie personnellement. Est-ce que vous avez déjà eu l'impression que la douleur que vous ressentiez était la pire des douleurs que vous puissiez ressentir un jour ?

IDE : les contractions de l'accouchement sont pas mal quand même (rires) c'est euh pas mal. Euh je euh ces douleurs dont j'ai parlé avant je les ressens de temps en temps encore mais de façon plus diffuses et elles sont ancrées en moi comme on peut parler de mémoire olfactive voilà je la connais, je la reconnais, et euh voilà mais on va dire que c'était une douleur qui était plus sourde en continu un peu chronique un peu un truc diffus qui ne vous lâche pas mais qui euh en tout cas moi j'ai fait un sorte de continuer ma vie malgré mais euh une douleur atroce euh non, voilà l'accouchement, une douleur euuuh ouai l'accouchement c'est un beau score !

Clotilde : et est ce que vous pensez que ce vécu personnel de douleur vous a aidé dans après la compréhension de la douleur des patients ?

IDE : oui et non parce que euh déjà une douleur d'accouchement euh est euh est belle donc on n'est pas du tout dans un processus pathologique donc euh ça ne peut pas même si on se rappelle de la douleur c'est tellement lié à un événement heureux, enfin la plupart du temps car malheureusement ce n'est pas le cas toujours qu'il y a un moment on l'oublie, voilà ne restera de ces

moments la que le coté heureux. Voila. Non autrement j'ai euh je ne peux pas dire que j'ai beaucoup souffert dans mon corps.

Clotilde : est ce qu'il y a des choses que vous souhaitez rajouter à ce sujet ?

IDE : euh (blanc) donc c'est de ce que j'en retiens c'était surtout la perception de la douleur, hum hum, euh les méthodes pour la calmer de toute façon sont assez diverses, il y a bien sur les méthodes médicamenteuses, mais il n'y a pas que celles la, (blanc) et puis oui, ce qu'il ne faut jamais oublier mais comme dans toutes prises en charge c'est euh la personne dans sa globalité, voila on est tous différents on réagit tous différemment, euh on a tous un vécu différent aussi qui fait que face a une douleur on ne réagira pas pareil que la personne d'à coté dans le sens où est ce que je l'ai déjà ressenti, est ce que de nouveau je ressens cette douleur ça veut dire que il va encore se passer telle ou telle chose, voila.

Entretien N°3 réalisé le 16 avril, service D1 (dermatologie), CHT

Clotilde : Est-ce que vous pouvez me préciser votre âge ?

IDE : Euh 49

Clotilde : Et depuis combien de temps vous êtes en activité professionnelle ?

IDE : Euh infirmière, 96.

Clotilde : Si je vous dis le mot souffrir, qu'est ce que ça vous évoque ?

IDE : Bah la douleur euh qui peut s'exprimer de différentes façon euh, pour une personne qui est muette ça va être au niveau du visage ça peut être les cris, ça peut être euh il y en a qui souffrent en silence, la souffrance s'exprime de différentes façons.

Clotilde : Et qu'est ce que la douleur selon vous ?

IDE : Qu'est ce que la douleur ? Bah la douleur c'est un signe euh c'est un signe avant coureur des fois qui peut être un gros problème sous jacent fin quoi, c'est vague, la douleur... c'est une douleur psychologique des fois et ça peut être associé a un autre évènement, souvent les gens si on s'occupe pas d'eux, et ils vont dire « ah j'ai mal j'ai mal j'ai mal » et pis en fait ils ont pas forcément besoin de calmants, des fois c'est simplement une écoute, la douleur

ça peut être présenté de différentes façons enfin on a déjà eu l'exemple dans le service. Il y en a qui vont enfin c'est arrivé on a une patiente actuellement on s'approche d'elle, quand elle est arrivée, elle était très douloureuse hein, donc euh c'est sûr qu'elle avait mal et tout ça, et puis au fur et à mesure elle a été soulagée avec des morphiniques et dès qu'elle nous voyait arriver « ssss » on l'avait pas touché je dis non là c'est, c'est parce que elle avait enregistré la douleur et en fait on la touchait à peine je dis « bah non regardez je vous ai pas encore touché vous faites déjà ça » donc j'ai dit non. Donc des fois on mémorise une douleur et on touche même pas une personne elle fait déjà la grimace donc après ça s'exprime de différentes façons hein.

Clotilde : Comment évaluez vous la douleur d'un patient ?

IDE : Euh bah il y a l'échelle l'EVA avec la petite réglette, autrement on demande à la patiente on dit 0 ou 10, 0 étant nul au niveau douleur et 10 le maximum, souvent c'est ce qu'il y a de plus rapide, on n'a pas toujours la réglette sur soi, et c'est ce que les gens arrivent à exprimer, ils se situent tout de suite euh « bah hier vous étiez à 5 est ce que aujourd'hui vous êtes toujours à la même douleur ? » ils se resituent, mais il faut toujours les resituer par rapport à ce qu'ils étaient avant, parce que sinon s'ils n'ont pas de mémoire, ils vont vous dire « oh bah ça va je suis à 6 » alors qu'hier ils n'avaient pas très mal ils vont dire « oh bah j'ai pas mal c'est comme hier » et puis en fait ils vont donner un chiffre beaucoup plus élevé, il faut toujours les resituer un petit peu pour savoir si c'est moins ou plus sinon c'est faux, ils vont dire à « 6 j'ai pas mal » alors qu'hier à 2 ils avaient pas mal alors c'est difficile de comparer hein des fois.

Clotilde : Qu'est ce que vous ressentez face à un patient visiblement douloureux ?

IDE : Bah disons qu'on essaye de le calmer tout de suite, on va voir le médecin, euh on laisse pas le patient souffrir on va pas aller lui faire le pansement sous prétexte qu'on est pressé, on va quand même aller voir le médecin pour qu'il lui prescrive quelque chose, on va pas faire le pansement si il est douloureux ou même à la mobilisation, même sans faire un pansement hein, ça va être tout de suite noté et pris en compte euh dès le début, on ne laisse pas trainer la

douleur, c'est vrai que le médecin ne voit pas toujours ces choses là en fait quand il passe il parle, mais il ne touche au patient forcément, enfin bon il l'ausculte, mais nous on le mobilise quand même beaucoup plus, a la toilette, euh le faire manger, euh pour les pansements, donc euh on voit bien tout de suite c'est signalé dans le dossier mais on le dit aussi au médecin car ils ne lisent pas toujours les dossiers donc heu c'est bien de faire un petit rappel oral.

Clotilde : Comment est ce que vous définiriez le fait de comprendre la douleur d'autrui ?

IDE : (blanc) comment ?

Clotilde : Comment est ce que vous définiriez le fait de comprendre la douleur d'autrui ?

IDE : Bah c'est un peu se mettre à sa place, moi je me dis moi j'aimerais pas avoir mal donc euh je me mets à sa place j'ai envie d'avoir quelque chose pour ne plus souffrir, enfin je ne sais pas cette phrase elle est bizarre...

Clotilde : Bah en fait euh comment enfin pour vous comment vous pouvez comprendre, enfin qu'est ce que le fait de comprendre la douleur de quelqu'un ?

IDE : Euh bah c'est essayer de le soulager euh je ne sais pas le fait de comprendre, c'est (blanc) ...

Clotilde : Vous aviez dit le fait de se mettre à la place de la personne ?

IDE : Bah oui c'est pas de l'empathie mais enfin je ne sais pas, ce serait de ma famille, j'aimerais pas la voir souffrir, donc euh je me mets à sa place je comprends sa douleur alors je fais quelque chose

INTERRUPTION PAR UNE AIDE SOIGNANTE

Clotilde : Est ce que vous vous êtes déjà retrouvée face à un patient qui souffrait d'une douleur que vous aviez déjà vécu personnellement ?

IDE : Euh j'ai pas eu d'ulcère donc euh (rires)

Clotilde : Ou dans un autre service ?

IDE : Non bah j'ai fait que le service la donc euh... bah oui des douleurs dorsales, j'ai mal dans le dos des fois je fais mes soins je suis pliée en deux, c'était quoi la question ?

INTERRUPTION TELEPHONIQUE

Clotilde : Est ce que vous vous êtes déjà retrouvée face à un patient qui souffrait d'une douleur que vous aviez déjà vécu personnellement ?

IDE : La même douleur ?

Clotilde : Voilà, de ma même cause, le même genre de douleurs ?

IDE : Bah les douleurs dorsales car je ne vois pas d'autres... oui

Clotilde : Et comment vous avez vécu la situation ?

IDE : A partir du moment où on signale au médecin et que le patient est soulagé avec ce qu'on lui donne donc on évalue, on lui donne le cachet, on évalue et on voit si le traitement est efficace sinon on revoit à nouveau le traitement et on resigne au médecin

Clotilde : Et est ce que le fait de voir que le patient ressentait des douleurs que vous aviez ressenti aussi vous a affecté particulièrement ?

IDE : Oh non pas du tout non non, on n'est pas constitués pareil donc non.

Clotilde : Et est ce que vous avez déjà eu l'expérience d'une douleur qui pour vous était la pire des douleurs que vous puissiez supporter ?

IDE : (blanc) a part le dos,... non, (blanc) si j'ai déjà ressenti une douleur ?

Clotilde : Oui, qui vous semblait être la pire des douleurs que vous puissiez endurer ?

IDE : Euh oui juste une fois euh c'était un point de côté, j'ai cru que j'avais l'appendicite, j'étais entrain de faire des bilans sanguins, donc euh enfin je me suis soignée je suis allée chercher des cachets, parce que je suis a l'hôpital donc ça tombait bien puis je suis allée voir le médecin Mr B., mais oui c'est déjà arrivé mais bon on se soigne, on soigne les malades tout en étant bancale hein j'appelle ça bancale car j'étais pliée en deux, hein et c'est les malades qui me disaient « oh la la vous avez pas l'air bien » (rires) alors bon ça fait bizarre car c'est les malades qui sont dans le plumard qui vous disent ça, ça fait bizarre la, donc la on est pas trop bien quand même car on pense a son mal a soi, on ne pense pas au malade, quand on est pas trop bien soigner les autres c'est difficile !

Clotilde : Est ce que vous souhaitez apporter des éléments complémentaires par rapport à ce sujet ?

IDE : Par rapport à la douleur ? bah c'est pris en compte de plus en plus maintenant c'est sur que quand j'ai commencé à travailler c'était pas le soucis majeur que maintenant si en fait le patient est toujours douloureux malgré tous les antalgiques maintenant il y a une équipe mobile de la douleur qui se déplace dans tous les services et c'est vrai qu'on fait souvent appel à eux maintenant parce qu'ils ont d'autres procédés pour la douleur que nous on n'utilise pas, d'autres produits que nous on n'a pas l'habitude d'utiliser, et ils savent mieux gérer même les dosages, et tout ça, les médecins font souvent appel à l'équipe, c'est l'équipe de soins palliatifs.

Entretien N°4, réalisé le 19 avril, Service D1 (dermatologie), CHT

Clotilde : Pouvez-vous me préciser votre âge ?

IDE : 41

Clotilde : Depuis combien d'années êtes vous en activité professionnelle ?

INTERRUPTION TELEPHONIQUE

Clotilde : Depuis combien de temps êtes vous en activité professionnelle ?

IDE : Euh 15 ans

Clotilde : Si je vous dis le mot souffrir, pouvez vous me dire ce que cela vous évoque ?

IDE : Euh supporter, euh douleur, euh (blanc) supporter, douleur, oui.

Clotilde : Et qu'est ce que la douleur selon vous ?

IDE : Alors c'est bah après moi j'ai fait des formations donc ce que je vais vous dire ça ressemble un peu à la définition : c'est une expérience sensorielle désagréable. Voilà, et je pense que c'est ce qu'on vous dit aussi dans les cours, voilà.

Clotilde : Comment évaluez vous la douleur ?

IDE : Bah honnêtement bah on utilise un peu l'échelle analogique, l'évaluation pour les patients qui connaissent mais bon après euh on l'évalue surtout euh au niveau des plaintes, de la plainte du patient, le ressenti du patient et puis le faciès.

Clotilde : Qu'est ce que vous ressentez face à un patient visiblement douloureux ?

IDE : (blanc) bah euh de l'empathie, le fait de euh, pas de l'empathie mais (blanc) on ne culpabilise pas mais disons que mais bon il y a un soin qui est un peu aligique, on culpabilise un peu de le faire quoi, non mais c'est vrai, voila, on se dit on fait quand même des soins agressifs, et donc on culpabilise un petit peu, enfin on a un petit ressenti de culpabilité quand on fait mal quoi.

Clotilde : Et si par exemple vous rentrez dans la chambre et que vous vous rendez compte que le patient est douloureux pour une raison que vous ignorez est ce qu'il y a quelque chose que vous faites de manière réflexe ?

IDE : Alors ça peut être une position antalgique « est ce que vous êtes bien installé comme ça ? Est ce que vous voulez qu'on vous installe autrement ? » Déjà au niveau de l'installation du patient, car des fois il y a des positions qui peuvent être positions antalgiques, de nous-mêmes on n'a pas le droit pour l'instant de donner des antalgiques sans prescription mais on peut soulager comme ça, et puis commencer à écouter demander « où vous avez mal ? » Et tout ça quoi, déjà la position, moi je pense que... de nous mêmes, voila après il y a peut être d'autres choses pff l'évaluation oui mais bon il faut quand même agir rapidement, alors après tout dépend de la situation, après moi je... Enfin après c'est bien d'avoir des services qui ont des protocoles douleur qu'on puisse perfuser tout de suite et passer tout de suite euh voila, qu'on puisse prévenir le médecin, si jamais c'est admettons une situation aiguë de douleur, en cas de douleur aiguë, on prévient tout de suite le médecin pour qu'il fasse de la morphine titrée nous, dans ce cas la on peut prendre l'initiative de perfuser et oh mais moi par exemple j'ai une grand-mère qui avait fait une chute par-dessus les barrières qui s'est fracturée le col du fémur et ça s'est arrivé le soir, elle est allée passer sa radio et puis elle est revenue elle était très très douloureuse donc euh avant qu'elle soit transférée en chirurgie euh on l'a tout de suite calmée en ayant appelé l'interne des urgences il a fait de la morphine titrée, la douleur a été prise en charge assez vite. Il y a d'autres, a chaque situation, il faut appeler le médecin, c'est différent. On n'a pas de... a moins d'avoir dans le service un protocole douleur, le protocole douleur ça peut donner une certaine aisance au début on peut tout de suite commencer les

antalgiques de niveau un au moins, on peut commencer euh... il y a même des services où il y a de l'Acupan en protocole, voilà.

Clotilde : Comment vous définiriez le fait de comprendre la douleur d'autrui ?

IDE : Bah euh définir comprendre euh je dirais le euh pff euh de bien la situer, je veux dire situer géographiquement et situer du point de vue de l'intensité du point de vue de son type de douleur, pour moi c'est ça comprendre la douleur de l'individu. (Blanc) on n'est pas forcément obligé de subir ce que les autres subissent pour essayer de comprendre, moi pour moi c'est ça comprendre et quand on a des formations par rapport à la douleur, on voit à peu près quel type de douleur ça évoque. (blanc) Ça ne vous plaît pas mes réponses...

Clotilde : Si si ! Est ce que vous vous êtes déjà retrouvé dans la situation où vous étiez en train de soigner un patient douloureux dont vous aviez déjà connu la même douleur ?

IDE : Oui bah oui. Oui parce que il y a des patients qu'on soigne pour ses soins et des fois on met plusieurs jours avant de pouvoir mettre en place le bon protocole antidouleur pour ce soin là. C'est vrai hein, moi la j'ai une patiente qui est au 11.4 euh elle avait des ulcères évidemment ce n'est pas son problème principal mais on a mis un temps fou à trouver le bon truc et pourtant on avait en morphinique, on avait le protoxyde d'azote, on a tout essayé et finalement c'était l'Hypnovel qui lui convenait mieux il fallait l'endormir un petit peu et puis... ça dépend c'est patient dépendant, et je vois en pneumologie pour les métastases osseuses on met plusieurs jours avant d'atteindre le bon niveau de l'antalgique.

Clotilde : Est ce que vous avez déjà soigné un patient qui avait une douleur et que c'était une douleur que vous aviez déjà vécu personnellement ? Par exemple un mal de dos, ou une autre douleur ?

IDE : Non je suis en relative bonne santé donc non

Clotilde : Et est ce que vous aviez déjà ressenti une douleur qui vous semblait être la pire des douleurs que vous puissiez un jour ressentir ?

IDE : Bah c'est bête pourtant j'ai vu des patients cancéreux mais la plus grosse douleur pour moi c'est bizarre c'est une colique néphrétique, enfin que j'ai vu, pour moi ressenti, une colique néphrétique voilà.

Clotilde : Et que vous ayez vécu personnellement ?

IDE : Non

Clotilde : Je veux dire une douleur que vous ayez vécu personnellement et qui vous semble la pire des douleurs que vous ayez ressentie ?

IDE : Non je ne pense pas avoir vécu euh, je n'ai jamais eu de fracture, euh jamais de gros problème. Je pense, enfin moi je pense les coliques néphrétiques c'est des douleurs intenses mais (blanc) intense qu'il faut calmer tout de suite et les douleurs osseuses sont des douleurs très difficilement calmables, enfin pour moi, il faut vraiment, pour moi c'est les douleurs osseuses les plus difficiles à calmer, enfin on peut les calmer mais il faut un certain dosage important de morphine par contre les douleurs neurogènes c'est plus délicat, mais pour moi la plus grosse douleur que j'ai pu voir après bon j'ai fait de la chirurgie les gens étaient calmés, ils avaient des péridurales, voilà

Clotilde : est ce qu'il y a des éléments que vous voulez apporter en plus sur ce sujet ?

IDE : la douleur ?

Clotilde : Oui

IDE : (blanc) bah je ne sais pas, euh qu'il y ait des protocoles écrits pour tous les services, après qu'au niveau des urgences qu'ils n'hésitent pas à donner des morphiniques même si ce n'est pas des gens en fin de vie, ça reste anonyme hein ? Voilà car je trouve que voilà.

Clotilde : Quand vous parlez de mettre en place des protocoles, vous les imaginez basés sur les EVA ?

IDE : Oui voilà ! En post op les gens qui ont des grosses interventions en général ils sont calmés donc c'est pour ça mais si ils n'avaient pas d'antalgiques je suis sûr ce que serait eux qui auraient un... mais après vous allez apprendre, hein les douleurs osseuses c'est plutôt des douleurs sourdes, vous voyez les mots, sourdes, voilà, les douleurs neurogènes ça fait un coup d'électricité, euh vous verrez les gens vous diront et à partir du vocabulaire exprimé, ils pourront vous dire euh vous pourrez définir le type de douleur donc (??) les douleurs osseuses je pense que c'est les plus douloureuses, c'est bête, mais pour moi, enfin moi de ce que j'en ai vu, de ce que j'ai pu

comprendre pour ma pratique. Mais les coliques néphrétiques c'était impressionnant !

Entretien N°5, réalisé le 20 avril, CRRF Pasteur

Clotilde : Est ce que vous pouvez me préciser votre âge ?

IDE : Oui 28 ans

Clotilde : Et depuis combien de temps vous êtes en activité professionnelle ?

IDE : 5ans

Clotilde : Si je vous dis le mot souffrir qu'est ce que ça vous évoque ?

IDE : Souffrir ça regroupe euh pas que la douleur, souffrir c'est toute une composante qui regroupe psychologie sociale, environnementale c'est toute une dynamique autour du patient quoi

Clotilde : Et qu'est ce que la douleur selon vous ?

IDE : La douleur ? Euh ça dépend euh la douleur ça peut être psychique ou ça peut être physique en général la relation est liée l'un influe sur l'autre et l'autre influe sur la première

Clotilde : Comment vous évaluez la douleur ?

IDE : Alors ici le CLUD a mis en place l'EVA pour les patients qui sont communicant et pour les patients qui sont non communicant on utilise l'Algoplus.

Clotilde : Qu'est ce que vous ressentez face à un patient qui est visiblement douloureux ?

IDE : (blanc) qu'est ce que je ressens ? Bah c'est surtout que je vais le prendre en charge, après ressentir, euh on est dans l'empathie pas dans... on ne pense pas a la place de... donc c'est plus qu'on la prend en charge.

Clotilde : Et donc comment vous faites la prise en charge d'un patient que vous trouvez douloureux ?

IDE : Bah on l'évalue et puis après on transmet au médecin, on peut donner de la glace, immobiliser, enfin déjà faire des techniques simples et puis après transmettre au médecin pour évaluer et changer le traitement si nécessaire, voilà. Et puis on a aussi une ergothérapeute qui fait de la relaxation pour la composante psychologique qui est souvent liée avec la douleur donc elle fait de

la relaxation avec l'accord de la psychologue qui déjà détermine si c'est un patient qui peut bénéficier de la relaxation ou pas. Voilà. Et j'ai oublié on a aussi le « tens », les kinés ils utilisent l'électrostimulation et euh on est entrain de travailler avec la CLUD pour le mettre dans les étages pour que les patients puissent le week-end l'utiliser également.

Clotilde : Comment vous définiriez le fait de comprendre la douleur ?

IDE : Comprendre la douleur ? (blanc) bah euh je... comprendre ? (blanc) on n'est pas là pour la comprendre réellement enfin on l'accepte car à partir du moment où un patient dit qu'il a mal c'est qu'il faut faire, on n'a pas à dire qu'il n'a pas mal donc on la prend en charge, mais comprendre... je ne sais pas si le terme est approprié. Enfin je ne sais pas si je réponds bien...(blanc)

Clotilde : Vous êtes vous retrouvée en situation professionnelle à soigner un patient qui souffrait d'une douleur que vous ayez déjà vécu personnellement ?

IDE : Jamais non

Clotilde : Et est ce que vous avez déjà eu l'expérience d'une douleur qui vous semblait être la pire des douleurs que vous puissiez ressentir ?

IDE : Moi personnellement ?

Clotilde : Oui

IDE : Ah non

Clotilde : Avez-vous d'autres choses à dire au sujet de la douleur ?

IDE : Moi ce qui me met le plus en difficulté pour la douleur c'est de prendre en charge les patients non communiquant parce que on n'arrive pas bien à l'évaluer malgré qu'on utilise l'Algoplus donc déjà l'Algoplus ce n'est pas l'échelle reconnue par l'HAS, c'est la euh Doloplus si je ne dis pas de bêtises, mais elle était très difficile à mettre en place parce que ça regroupe beaucoup d'items comme nous on la fait régulièrement c'était trop compliqué sinon elle était pas faite, donc on utilise d'Algoplus mais ça reste quand même assez approximatif c'est coté sur 4 ou 5 je ne sais plus, donc nous c'est informatisé donc on a juste à cliquer, et euh ça reste de l'approximatif quoi donc euh moi je trouve qu'on a encore des choses à faire sur les patients non communiquant.

Annexe V : Tableaux comparatifs des entretiens

Question 1 : Quel est votre âge ?

	Age $\leq$ 30 ans	30 ans < âge $\leq$ 40 ans	40 ans < âge
IDE 1		X	
IDE 2		X	
IDE 3			X
IDE 4			X
IDE 5	X		

Question 2 : Depuis combien de temps êtes vous en activité professionnelle ?

	Expérience $\leq$ 5ans	5 ans < expérience $\leq$ 15 ans	15 ans < expérience
IDE 1	X		
IDE 2		X	
IDE 3			X
IDE 4		X	
IDE 5	X		

Question 3 : Que vous évoque le mot souffrir ?

	Termes employés
IDE 1	Déchirure physique ou mentale
IDE 2	Douleur
IDE 3	Douleur
IDE 4	Supporter, douleur
IDE 5	Douleur, psychologie, social, environnemental, dynamique autour du patient

Question 4 : Qu'est ce que la douleur selon vous ?

	Termes employés
IDE 1	Douleur psychologique, sociale (isolement social), sensation perçue par la personne
IDE 2	Perception anormale exacerbée physique ou morale, sensation douloureuse, mal être, état anormal
IDE 3	Signe avant coureur pouvant être un problème sous jacent, vague, psychologique associée à un évènement, demande d'écoute, idée de mémoire de la douleur.
IDE 4	Expérience sensorielle désagréable
IDE 5	Peut être psychique ou physique

Question 5 : Comment évaluez-vous la douleur chez un patient ?

	Verbal	Non verbal	Echelles de douleur	Autres
IDE 1	X	X		Changement d'attitude
IDE 2	X	X		Réduction de communication Modification du comportement
IDE 3	X		X EVA, EN (toujours resituer le patient par rapport à sa dernière évaluation)	
IDE 4	X	X	X (EVA)	Le ressenti
IDE 5			X (EVA, Algoplus) Mis en place par le CLUD	

*Question 6 : Que ressentez-vous face à un patient visiblement douloureux ?
Que faites-vous ?*

	Terme « Empathie »	Autres termes
IDE 1	X	Recul, « on ne se comporte pas de la même manière avec tout le monde, c'est la nature humaine qui veut ça »
IDE 2		Chercher l'origine de la douleur, savoir si c'est connu, chercher une position antalgique
IDE 3		Calmer immédiatement la douleur, transmissions au médecin et à l'équipe
IDE 4	X	Culpabilité vis-à-vis des soins douloureux Position antalgique, questionner le patient, protocole, prévenir le médecin
IDE 5	X	Evaluation, prévenir le médecin, techniques simples

Question 7 : Comment définiriez-vous le fait de comprendre la douleur ?

	Terme « Empathie »	Autres termes
IDE 1		Si source organique Si origine psychologique, le vécu aide à comprendre
IDE 2		Si on connaît l'étiologie Selon le type de douleur (chronique ou aiguë)
IDE 3	X (nié)	Se mettre à la place de celui qui souffre
IDE 4		Bien la situer géographiquement et au niveau de l'intensité, « on n'a pas à essayer de subir ce que les autres vivent pour comprendre. »
IDE 5		Accepter la douleur de l'autre, ne pas la nier

Question 8 : Vous êtes vous déjà retrouvé face à des patients souffrant d'une douleur dont vous avez fait l'expérience personnellement ?

	Oui	Non
IDE 1	X	
IDE 2	X	
IDE 3	X	
IDE 4		X
IDE 5		X

Question 9 : Si oui, souhaitez-vous m'expliquer cette situation ?

	Situation	Charge émotionnelle
IDE 1	Suites d'une intervention chirurgicale	Peu présente Permet d'expliquer la compréhension de la douleur
IDE 2	Douleurs à l'aîne jamais soulagées	Très présente Soulagement de rencontrer une patiente dans la même situation, lui a permis d'avoir un diagnostic clair.
IDE 3	Douleurs dorsales	Aucune « on n'est pas constitués pareil »
IDE 4	/	/
IDE 5	/	/

Question 10 : Avez-vous déjà eu l'expérience d'une douleur qui pour vous semblait être la pire des douleurs qu'un individu puisse endurer ?

	Oui	Non
IDE 1		X
IDE 2	X (accouchement)	
IDE 3	X (point de coté)	
IDE 4		X
IDE 5		X

Souhaitez-vous ajouter des choses sur le sujet ?

	Eléments complémentaires
IDE 1	/
IDE 2	Prise en charge dans la globalité, chacun a un vécu différent face à la douleur, mémoire douloureuse
IDE 3	Meilleure prise en charge de la douleur de nos jours, importance de l'UMASP
IDE 4	Protocoles douleurs écrits dans tous les services, ne pas hésiter à donner des morphiniques
IDE 5	Difficultés à prendre en charge les patients non communiquant

Qui de nous deux ?

Résumé

Dans l'exercice de la profession infirmière, les professionnels sont amenés à côtoyer de manière quasi quotidienne des patients douloureux. L'une de ces personnes, Monsieur D., est à l'origine de ce travail car sa situation complexe, par son refus de communiquer sa douleur, a amené à une réflexion sur la place de l'interprétation dans l'évaluation de la douleur réalisée par les infirmières. Afin d'appuyer cette réflexion et suite à des recherches théoriques au sujet de la douleur, de la relation soignant-soigné, de l'empathie et de l'interprétation, des entretiens semi-directifs ont été mis en place auprès de cinq infirmières de différentes structures de soins. Suite à ces entretiens, une analyse qualitative mettant en lien les différentes réponses des professionnelles questionnées ainsi que la théorie a été élaborée.

Après les résultats de l'analyse, une corrélation entre l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et l'implication émotionnelle des soignants semble probable.

Mots –clés : douleur, relation soignant-soigné, interprétation, empathie.

Abstract

In nursing, caregivers work with patients with varying levels of discomfort almost daily. One of these patients, Mister D., provided the impetus for this study as his case is not only complex, but he also willingly refused to convey his pain levels, bringing about a reconsideration of the interpretation of pain thresholds on the part of caregivers. In order to reassess pain threshold interpretations, a review of pain theory, caregiver-patient relations, and empathy, directed interviews of five caregivers from different clinical departments were undertaken. A quantitative analysis of their responses was performed in order to highlight links between their experiences and theoretical considerations.

After the analysis' results, an interrelationship between the use of pain's evaluation's scales and caregivers' emotional implication look likely.

Keywords : pain, caretaker-caregiver relationship, interpretation, empathy.