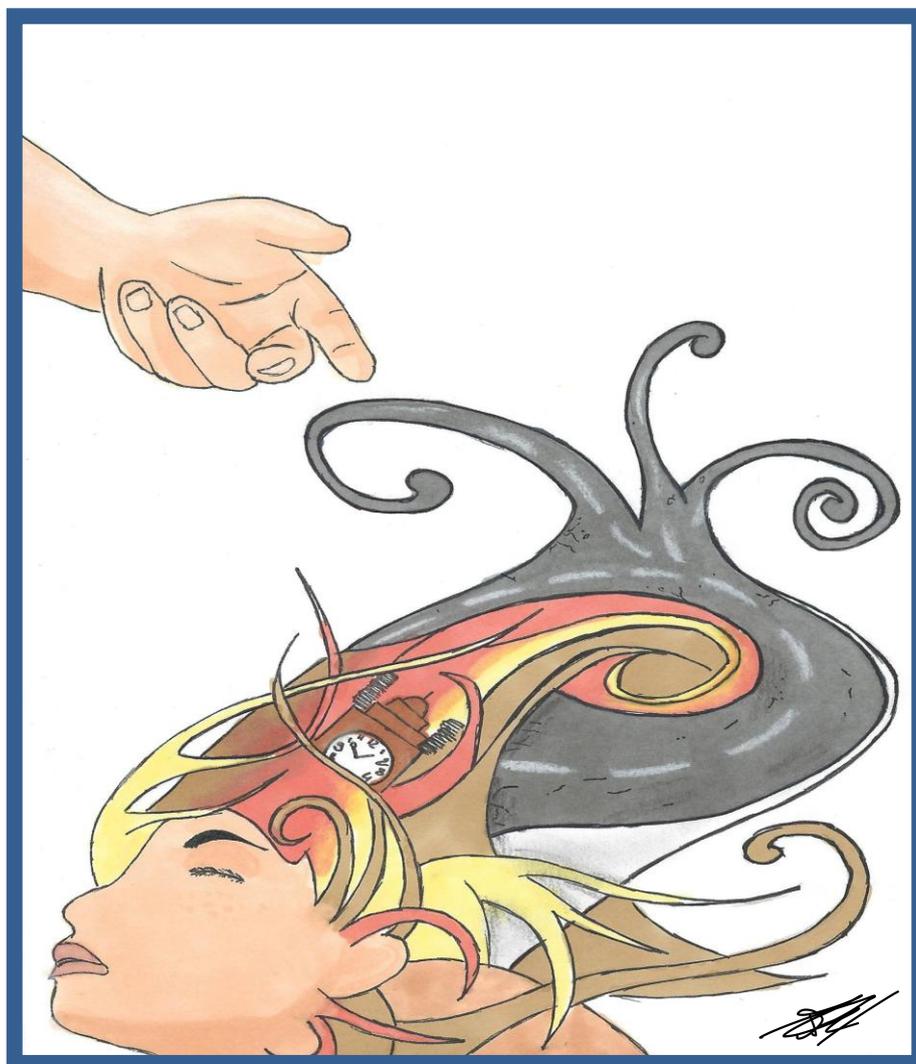




Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Prise en soins de l'anxiété



DROUET Mélanie
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Sciences Infirmières

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 15/04/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

En préambule, je veux adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont aidée pour la rédaction de ce mémoire.

En commençant par remercier tout d'abord Madame GUY Dominique, cadre de santé supérieur, référente pédagogique de guidance de ce mémoire, pour son aide et le temps qu'elle m'a consacré.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU de Rennes pour son accompagnement au cours de ma formation, ses apports théoriques et humains qui ont contribué à mon enrichissement.

Merci à tous les professionnels que j'ai rencontré durant mes stages pour leur attention et le soin porté à ma formation. Je remercie tout particulièrement les trois infirmières avec lesquelles j'ai conduit les entretiens pour l'étude empirique de mon sujet.

En cette période anxiogène un MERCI singulier à toutes celles et ceux qui favorisent la continuité de nos existences par leur implication et leur humanité dans ce que nous sommes en train de vivre.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille, mon conjoint et mes enfants pour m'avoir soutenue, épaulée et encouragée tout au long de ces trois années.

Sommaire

1 - Introduction	5
2 - Cadre Conceptuel	7
2.1- L'anxiété	7
2.1.1 - Définition	7
2.1.2 - Les expressions de l'anxiété	8
2.1.3 - L'anxiété pathologique	9
2.1.4 - L'évaluation	10
2.2. Le raisonnement clinique	10
2.2.1 - Les connaissances	11
2.2.2 - L'observation clinique et la relation	12
2.2.3 - La formulation d'hypothèses	13
2.3 - Les soins	13
2.3.1 - Entre soins prescrits et soins autonomes	14
2.3.1 - Un travail en collaboration	14
2.3.3 - Une philosophie...?	15
3 - Dispositif méthodologique du recueil de données :	16
4 - Analyse descriptive et interprétative des entretiens :	17
4.1 - Analyse descriptive :	18
4.2 - Analyse interprétative :	21
5 - Discussion	22
6 - Conclusion	25
Bibliographie	26
Annexes	29

1 - Introduction

Etudiante en fin de formation infirmière, il m'est demandé la rédaction d'un mémoire d'initiation à la recherche en sciences infirmières, plus couramment nommé par son acronyme MIRSI. Lors de ma pratique aide-soignante en établissement de santé pour personnes âgées dépendantes, j'ai régulièrement été confrontée à l'anxiété gériatrique. Or au cours de mes stages infirmiers dans les structures hospitalières, lorsqu'il était question d'anxiété je n'arrivais pas à faire de lien avec les situations que j'avais pu rencontrer. C'est une notion que j'ai du mal à appréhender en tant que future professionnelle infirmière et qui me questionne dans sa prise en soins.

Mes interrogations sur ce sujet se trouvent renforcées par le lien qui est établi entre l'anxiété et son influence sur un bon nombre de problématiques de santé comme la fatigue ou encore la douleur. C'est une notion qui a été abordée dans plusieurs cours depuis le début de mon apprentissage et lorsqu'elle subsiste dans la prise en soins des patients, elle est présentée telle un engrenage qui va majorer un symptôme qui lui même va la majorer et ainsi de suite. Qui plus est, on la retrouve comme facteur favorisant de multiples diagnostics infirmiers dans l'ouvrage de L. J. Carpenito, *Manuel de diagnostics infirmiers, traduction de la 14^e édition* (2016).

Par ailleurs, mon attention à ce sujet a été retenu plus particulièrement par deux situations lors de mes stages où je l'y ai rencontrée. Lors de la première (annexe I), je me suis retrouvée face à une patiente hurlant de douleur et en hyperventilation. Après un exercice de respiration pour l'apaiser et ayant connaissance d'une composante anxiogène chez elle, j'ai entrepris une relation d'aide pour l'aider à verbaliser ce qu'elle ressentait. A la fin de cette intervention, elle cote sa douleur à 4 alors qu'elle l'évaluait à 8-10 en début. La deuxième situation (annexe II) concerne un homme atteint de la maladie de Parkinson, il est hospitalisé pour la pose d'une pompe à apomorphine car il a développé une pharmacorésistance à ses traitements habituels. Dans le cadre de sa pathologie, il a bénéficié d'une éducation thérapeutique et est suivi par une infirmière spécialisée. Il avait cependant des questions récurrentes sur l'adaptation de sa nouvelle médication en dépit des réponses qui lui étaient délivrées. Face à ce contexte, l'infirmière a partagé au sein de l'équipe son sentiment que

quelque chose n'allait pas avec ce monsieur, une chose qu'elle n'arrivait pas à nommer et qui relevait de son ressenti.

Ces situations m'ont amené à m'interroger sur les éléments que l'infirmière prend en compte pour identifier un problème ou l'intuition d'un problème. Dans le deuxième cas, est-ce les questions multiples du patient qui ont été considérées? Celles-ci peuvent-elles être envisagées comme une manifestation anxieuse? C'est ainsi que je suis interpellée sur les signes dans ces deux circonstances qui auraient pu orienter vers le diagnostic d'anxiété. Quels sont donc les signes observés par l'infirmière pour qu'elle puisse parler d'anxiété? Sans la connaissance de la composante anxiogène chez la patiente de la première situation, aurai-je pu différencier dans mon observation de la personne soignée l'anxiété de la douleur? La situation se serait-elle déroulée de la même manière? Dans quelles mesures l'identification de manifestations anxieuses du patient infléchit la relation que l'infirmière établit avec le patient? Mes premières recherches sur l'observation clinique et la relation me conduisent au concept de raisonnement, au cours de ce cheminement j'en suis arrivée à retenir cette question de départ :

En quoi le raisonnement clinique de l'infirmière devant des manifestations anxieuses du patient oriente la prise en soins qu'elle établit?

Nous retenons le terme de raisonnement clinique car celui-ci est basé sur l'observation *clinique*, c'est-à-dire "au chevet du malade", faite par l'infirmière du patient et représente la "faculté d'analyser le réel, de percevoir les relations entre les êtres, les rapports entre les objets, présents ou non, de comprendre les faits" (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Cette notion sera plus amplement développée ainsi que l'anxiété et les soins dans notre cadre conceptuel afin de comprendre l'infirmière dans ses démarches de soins. A travers ces recherches, nous souhaitons également mieux discerner cette problématique afin d'être plus pertinents dans nos prises en soins et de pouvoir les adapter au mieux à chaque personne rencontrée. Nous poursuivons par la présentation du dispositif méthodologique réalisé pour une collecte de données. Ces données empiriques recueillies auprès de professionnels permettent d'objectiver l'hypothèse émise par notre question de départ lors de l'analyse

suivant cette étape de recueil. Les résultats synthétisés sont ensuite confrontés aux notions développées au fil de notre cadre conceptuel au cours d'une discussion conduisant vers une potentielle question de recherche, fruit de la réflexion menée. Pour finir, les apports personnels tirés de cette initiation à la recherche sont consignés par des mots de conclusion.

2 - Cadre Conceptuel

L'hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non, peut placer la personne dans un contexte de vulnérabilité induite par la perte de ses repères, un changement dans son état de santé (Liendle, M., 2012, p.304). Ces modifications risquent d'être difficiles à vivre pour la personne soignée et génératrice d'anxiété, en tant que soignant il convient d'appréhender cette notion.

2.1- L'anxiété

2.1.1 - Définition

Le dictionnaire Larousse en ligne définit l'anxiété par "inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente; angoisse", déjà apparaît la confusion entre l'anxiété et l'angoisse. Ce manque de discernement viendrait des langues étrangères où le même terme; comme l'anglais avec *anxiety* ; est utilisé pour évoquer les deux. A ce sujet Jeanclaude C. (2001) précise que "même en sémiologie psychopathologique [...] il existe manifestement un flou qui semble être irréductible" (p.328), la distinction n'étant ici pas nécessaire, seul le terme d'anxiété sera employé.

Même s'il n'existe pas de définition consensuelle, les idées des auteurs se rejoignent dans celle qu'ils tentent d'en faire. Ils expliquent ainsi qu'elle est normale et nous aide à surmonter certaines épreuves, comme l'écrit Palazzolo J. (2019) "L'anxiété vous prépare à faire face à une situation que vous considérez comme potentiellement difficile ou menaçante, vous pousse à l'action, et vous aide à vous sortir d'un mauvais pas" (p18). Dans la préface de Soumaille S. et Bondolfi G. (2015), André C. soutient également cette idée lorsqu'il retranscrit qu'elle "est au coeur de notre nature

humaine... Elle nous aide à mieux anticiper ou surveiller les dangers qui nous menacent”. L’anxiété apparaît comme un processus d’adaptation c’est-à-dire une dynamique permettant à l’individu de s’équilibrer (Jouteau Neves, C., 2012).

Par ailleurs couramment assimilée à la peur, Graziani P. (2005, p. 14) a établi un tableau permettant de les différencier, il consigne notamment que la cause du danger dans l’anxiété est souvent non identifiée et que la menace n’est pas immédiate. La distinction avec le stress est encore moins aisée, c’est la temporalité attribuée à chacune qui permet de les différencier. L’anxiété s’oriente vers l’avenir alors que le stress “se situe dans le moment présent, au moment où la personne est confrontée à l’événement stressant” (Pronost, A.-M., 2012, p. 296).

Relevant de prime abord d’un procédé psychique, l’anxiété va recouvrir différentes facettes et activer le système nerveux autonome responsable de manifestations plus observables.

2.1.2 - Les expressions de l’anxiété

Dans leur ouvrage “L’anxiété et les troubles anxieux”, Soumaille S. et Bondolfi G. (2015) répertorient au fil des pages une liste non exhaustive de manifestations anxieuses qu’ils classent selon quatre principaux registres: “les pensées erronées”, “l’emballement des émotions”, “les comportements anxieux” et “les sensations corporelles” traduisant la complexité de sa sémiologie.

Les signes les plus facilement objectivables par les patients, comme l’oppression thoracique, la tachycardie, l’hyperventilation, les douleurs abdominales, le malaise vagal... le seront également pour les soignants car ils sont souvent à l’origine d’une plainte pouvant faire craindre une atteinte organique. Plus silencieuse, la fatigue est un symptôme récurrent qu’il convient d’investiguer car elle peut être l’expression de l’anxiété par des difficultés d’endormissement, des réveils nocturnes, un sommeil agité ou se traduisant par une “asthénie psychique” entraînant des difficultés de concentration, d’attention, de mémoire. Les comportements anxieux quant à eux pourront s’exprimer tout aussi bien par de l’hyperactivité que de l’inhibition ou encore par des actes répétés et/ou compulsifs. Ce qui a trait aux pensées ne pourra être concrétisé que s’il est verbalisé par le patient (Servant, D., 2017) puisqu’ interne à son

activité psychique. Les manifestations anxieuses se révèlent donc très variées, propres à chaque individu et non restreintes dans un tableau spécifique.

La symptomatologie de l'anxiété ainsi énoncée vient appuyer la définition que fait Jouteau Neves C. (2012) de l'adaptation quand elle la décrit comme un "phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux". Cependant, les auteurs soulignent l'importance de différencier l'anxiété-état ou réactionnelle et normale, de l'anxiété-trait ou trait de personnalité ou caractère anxieux, élément développé en 1966 par Spielberger C.D. (Graziani, 2005, p. 12). L'anxiété-trait représentant une prédisposition à développer une anxiété pathologique, il semble cohérent de s'intéresser à cette différenciation.

2.1.3 - L'anxiété pathologique

"L'anxiété pathologique commence lorsque la durée et l'intensité des symptômes ont un impact sur la qualité de vie ou sur des aspects particuliers de l'existence" (Soumaille, S. et Bondolfi, G., 2015, p. 20). L'anxiété n'est ainsi plus perçue comme une alliée mais comme un handicap qui vient affecter le sujet dans sa vie quotidienne.

Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir... cette inhibition désagréable s'accompagne d'une hyperréactivité psychique destinée à favoriser la recherche de plans d'action. Mais cette recherche est improductive... Le sujet a l'impression qu'il doit agir vite contre un danger, mais il ignore la nature du danger et, par conséquent, ce qu'il doit faire; il se trouve alors incapable d'agir de manière adaptée... Le sujet verrait sa vulnérabilité psychologique augmenter... Leurs capacités d'adaptation sont dépassées, les schémas de danger permanent prennent le dessus. (Palazzolo, J., 2019, p. 74).

Ce même auteur précise qu'il existe des pathologies connues pour compter d'emblée l'anxiété dans leur symptomatologie. Il en est de fait pour certaines affections neurologiques, la maladie de Parkinson par exemple; respiratoires comme la bronchopneumopathie chronique obstructive... Dans ces cas l'anxiété est diagnostiquée avant même l'apparition des premiers signes (p. 76).

Ces éléments déterminent la difficulté de discernement de l'anxiété qui se révèle être non seulement un phénomène complexe mais également dynamique qui peut se stabiliser ou évoluer vers une psychopathologie. Apparaissent ainsi la limite pour l'infirmier entre le diagnostic d'anxiété relevant de son rôle propre et le diagnostic médical relevant de son rôle en collaboration avec le thérapeute et la nécessité de l'apprécier le plus précisément possible.

2.1.4 - L'évaluation

Sur le site de la Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes (SOFIA) nous trouvons une dizaine d'échelles permettant l'évaluation de l'anxiété. Celle-ci peut être réalisée par le sujet lui-même, on parle alors d'autoévaluation, comme l'inventaire de Spielberger (annexe III) où la personne doit répondre à vingt questions ayant chacune quatre possibilités de réponses. Chaque réponse détermine un nombre de points, le score total permet d'évaluer le degré d'anxiété de la personne. On parle d'hétéroévaluation lorsque celle-ci est effectuée par une tierce personne. L'échelle d'Hamilton (annexe IV) appartient à ce domaine et donne la possibilité au soignant de mesurer l'anxiété-état d'après 14 items. Il est par ailleurs fait référence à l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, annexe V) plus couramment utilisée dans un but de dépistage.

Servant D. (2017) énonce que ces échelles favorisent non seulement la distinction de l'état pathologique mais également de suivre l'évolution de l'anxiété afin de proposer une prise en charge adaptée au cours du temps (p. 4). Il précise également dès l'introduction de son article sur la sémiologie des troubles anxieux que la plainte anxieuse nécessite une analyse en plusieurs étapes mais alors comment l'infirmière chemine-t-elle de l'observation de signes comme des troubles du sommeil, une douleur de poitrine... à ce diagnostic? La démarche ainsi effectuée permet d'interroger la nature de son raisonnement.

2.2. Le raisonnement clinique

Psiuk T. (2012) caractérise le raisonnement clinique par " une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute

active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles" (p18).

Devant les différentes terminologies utilisées par les auteurs, allant de la "pensée critique", en passant par le "raisonnement diagnostique", Côté S. et St-Cyr Tribble D. (2012) ont réalisé une analyse de ce concept afin de l'éclaircir. Elles en sont ainsi arrivées à le désigner comme "l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données dans une démarche systématique pour générer des hypothèses et des alternatives de solutions afin de résoudre un problème clinique" (p. 17).

Bien que les dénominations soient différentes dans la littérature, ce n'est pas pour autant que les sujets demeurent contradictoires. Ainsi figurent des avis similaires notamment autour des connaissances qui se posent non comme un attribut du raisonnement mais comme une condition préalable indispensable (Côté, S. et St-Cyr Tribble, D., 2012, p. 17).

2.2.1 - Les connaissances

Chapados C. et al. (2014), qui elles aussi ont tenté d'éclairer ce concept de raisonnement clinique à travers l'analyse d'écrits d'auteurs variés, ont pu relever selon Tanner C. A. trois types de connaissances lui étant dévolues :

- les connaissances théoriques basées sur les données scientifiques communes à tous les membres de la profession;
- les connaissances issues de l'expérience qui sont tributaires de l'exposition clinique et qui varient d'un groupe d'infirmières à l'autre;
- les connaissances individuelles, qui sont liées à la compréhension des personnes, de leurs valeurs, de leurs particularités. (p. 39)

Psiuk T. (2012) de son côté apporte une distinction sur les connaissances théoriques en différenciant les "connaissances en sciences médicales" et celles en "sciences humaines"(p. 47). La considération du soignant s'oriente non seulement sur la pathologie, les traitements, le handicap mais aussi sur les réactions humaines physiologiques et/ou psychologiques, témoins de ce que vit la personne. Et pour ce faire cela nécessite inévitablement d'avoir également connaissance de la personne

soignée et de ce qu'elle vit. Ces connaissances, propres à chaque être, viendront étoffer la collecte de données constituée au gré des rencontres avec le patient et son entourage. Afin d'être communiquées aux différents professionnels, ces données feront l'objet de transmissions écrites et orales et seront ainsi accessibles par tous en étant consignées dans le dossier du patient. Le recueil ainsi élaboré constituera par ailleurs un indicateur de l'évolution de la personne.

Il convient désormais de repérer l'instant où ces connaissances sont mobilisées dans le raisonnement clinique.

2.2.2 - L'observation clinique et la relation

Le processus de raisonnement s'enclenche dès la mise en lien des différentes informations reçues à travers le dossier du patient et s'active lors de la rencontre avec ce dernier lorsque que ces connaissances préalables sont complétées par l'observation clinique que le professionnel en fait. Pour Laënnec R., cité par Cyrulnik B. (2002), "l'observation est une sémiologie sensorielle comparative. La sémiologie c'est la langue des signes, sensorielle par l'odorat, l'ouïe, la palpation, le toucher, le regard" (p. 16). Elle ne se limite donc pas au visuel. Ce qui est observé ou compris ne peut être le sujet d'une interprétation subjective, c'est ainsi que la parole et l'écoute viennent s'inscrire nécessairement dans cette rencontre, cette relation qui s'établit entre le patient et le professionnel de santé.

La relation est le bien fondement de la pratique car l'infirmière doit créer un climat de confiance lors de chaque interaction avec le malade qui favorisera un échange authentique de qualité. Le patient ne peut confier son histoire de vie et ses représentations mentales que dans une relation positive où il ne sent ni le jugement de valeur, ni l'ironie mais l'acceptation inconditionnelle de ce qu'il est et de ce qu'il vit. Cette attitude positive sur l'observation des comportements du malade et sur l'écoute de ses explications est l'expression d'une conception humaniste de la personne soignée. (Psiuk T., 2006, p. 18).

Les différentes rencontres vont ainsi donner la possibilité d'explicitier par des mots ce qui est vu ou ressenti et optimiser le recueil de données composé. Nous nous interrogeons désormais sur ce qui permet à l'infirmier de progresser dans cette relation et de mener à bien son observation.

2.2.3 - La formulation d'hypothèses

“La plainte ou le problème de santé d'un client suscitent chez le clinicien la formulation d'hypothèses pour tenter d'expliquer ce qui se passe. Ces hypothèses peuvent lui venir à l'esprit de deux manières : automatique et analytique.” (Chapados, C. et al., 2014). La manière automatique, pareillement dénommée intuition dans la littérature, renvoie à la perception d'un signe connu par apprentissage ou par expérience. L'analytique, comme le terme l'indique, correspond à un mécanisme “d'analyse du problème et par la vérification systématique des hypothèses” émises. Ces deux processus sont corrélés entre eux et employés soit simultanément soit l'un après l'autre.

Chaque patient étant un être unique, les manifestations des problèmes et des risques qu'il présente sont eux aussi uniques. Et, en ce qui concerne les attitudes humaines comme l'écrit Psiuk T., citant Carpenito L.-J., les personnes ne formulent pas de manière spontanée, sans y avoir été sollicités, les réactions psychologiques qu'ils vivent (2006, p. 25). Au-delà de ceux perçus, certains symptômes devront donc être recherchés et les signes relevés devront être investigués afin d'infirmer ou de confirmer les hypothèses formulées.

Cet exercice d'analyse de données à travers la formulation de suppositions donne l'opportunité d'envisager l'ensemble des risques et des problèmes d'un patient liés à sa maladie et aux réactions qu'elle peut induire. Cette considération va permettre à l'infirmier de prévoir l'ensemble des soins à prodiguer. Nous devons désormais nous intéresser à ce que représentent les soins.

2.3 - Les soins

Les soins infirmiers sont légiférés par les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la Santé Publique. Ils intègrent à la fois les gestes techniques, les soins relationnels, en passant par l'évaluation jusqu'à l'éducation de la personne. Multiples et variés, ils doivent tenir compte de la personnalité de l'individu “dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle”. Une distinction est pourtant notée entre ces soins qui oscillent entre deux registres.

2.3.1 - Entre soins prescrits et soins autonomes

Les soins prodigués ont pour objectif “de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l’autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques”(article R.4311-2). Nous retrouvons une première catégorie centrée sur les pathologies et leurs symptômes relevant d’ un diagnostic médical. Dans ce cas les soins sont induits par des prescriptions médicales ou “en application d’un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin (article R.4311-7). Ces soins sont énumérés au cours des articles R.4311-7 à R.4311-9.

Alors que les soins “liés aux fonctions d’entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d’autonomie d’une personne” sont reconnus pour appartenir au rôle autonome de l’infirmier. C’est-à-dire l’ensemble des soins, comme décrits à l’article R.4311-5, envisagés en tenant compte des besoins et capacités de la personne, non plus uniquement centrés sur la pathologie dont elle est atteinte.

Le raisonnement clinique décrit précédemment se présente comme le préambule de la démarche de soins présentée par Phaneuf M. (1996, p. 55). Cette démarche est aujourd’hui facilitée par l’utilisation de plans de soins où ces derniers sont enregistrés pour chaque patient afin d’en assurer la continuité. Mais l’ensemble des soins à planifier ne dépend pas uniquement du ressort infirmier, ce dernier est donc conduit à collaborer avec les différents professionnels intervenants auprès du patient.

2.3.1 - Un travail en collaboration

La collaboration est définie comme la “participation à l’élaboration d’une œuvre commune” (CNRTL). L’œuvre commune au personnel soignant ne peut incontestablement être que l’objectif intrinsèque des soins soit la santé des patients. L’intérêt principal de cette collaboration est de pouvoir s’en remettre aux connaissances spécifiques de chacun en reconnaissant les zones de compétences qui leur sont assignées. L’orientation ainsi attribuée à la collaboration nous renvoie au

concept d'équipe, autrement dénommée "groupe restreint" selon la classification des groupes humains de Anzieu D. (Esnault, F., 2018), caractérisée par le fait que ses membres ont des buts communs et qu'il existe une dépendance entre ses membres corrélée à une différenciation des rôles de chacun. De ce fait, ce travail en collaboration suppose un travail en équipe qui selon Mucchielli, R. (2016, p.76) nécessite une communication effective. A ce titre l'élaboration et l'utilisation d'un langage commun viennent s'ajouter aux caractéristiques précédemment citées.

Par ailleurs, au-delà de cette notion d'équipe, il convient de remarquer que cette collaboration interdisciplinaire n'a de sens que lorsqu'elle est orientée vers l'intérêt du patient. Dès lors, elle s'établit lorsque les différents professionnels et la personne soignée "se partagent l'autorité lors de la dispensation des soins contrairement au modèle de pratique traditionnelle où les soins sont dispensés selon un lien d'autorité linéaire" (Moncet, M.-C., citée par Verdier, C., 2020). Le patient s'avère le collaborateur central dans l'élaboration et le suivi d'un projet de soins personnalisé.

Si nous reprenons les attributs du groupe restreint présenté par Anzieu D. nous constatons l'existence d'un inconscient collectif pour son fonctionnement. Nous nous intéressons désormais à rechercher ce que cet inconscient peut représenter.

2.3.3 - Une philosophie...?

L'inconscient collectif qui anime le personnel soignant se trouve lui aussi cité par différentes dénominations. La plus courante semblerait être celle exposée par Hesbeen W. sous l'appellation de "prendre soin". Le sens qu'il tend à lui donner rejoint Psiuk T. (2012) quand elle fait référence à son modèle clinique trifocal qui s'inscrit dans une conception humaniste des soins. Ils souhaitent faire la lumière sur la volonté soignante de tendre à porter l'attention au patient en tant que personne et à l'intérêt qui lui est dévolu. Poussés par l'aspiration de vouloir donner du sens aux actions qu'ils entreprennent dans le respect de l'autre. Ce qu'ils souhaitent ainsi colporter c'est le soin apporté aux soins, cette partie invisible où "la rencontre et les liens de confiance qui se tissent sont les premiers éléments qui permettent de prendre soin d'une personne" (Hesbeen, W., 1999, p.10). Une fois l'échange instauré, la relation qui s'institue ne relève pas totalement de l'improvisation et demeure un acte professionnel

implicite, une relation de soin à part entière à chaque moments de présence partagée où “les attitudes, comportements, mimiques, propos sont autant de faits observés qui ont à être mis en sens” (Merkling, J., 2017, p.101). C’est donc cette philosophie, cette conception du soin qui va non seulement guider l’infirmière lors de son raisonnement mais également permettre la relation, le soin indissociable des soins.

3 - Dispositif méthodologique du recueil de données :

Pour la poursuite de ce travail d’initiation à la recherche, le choix de l’utilisation d’un entretien semi directif (annexe VI) est fait pour le recueil de données qui seront analysées par la suite. Il sera conduit auprès de trois infirmières travaillant en milieu hospitalier, dans des services de médecine.

La prospection d’infirmiers pouvant répondre à notre questionnaire relève de notre ressort et s’effectue auprès de nos relations et d’infirmiers de proximité lors de notre premier stage de semestre 6. Il sera ainsi conduit auprès d’une infirmière de médecine en soins palliatifs de nuit et de deux autres exerçant en réadaptation nutritionnelle et digestive : une jeune diplômée et une justifiant de plusieurs années d’exercice.

La durée des entretiens est fixée à trente minutes maximum, ils ont lieu dans une pièce au calme et l’enregistrement se fait par un smartphone. L’anonymat des lieux et des personnes sera annoncé et respecté.

Les objectifs sous-jacents des questions formulées lors de ces entrevues est tout d’abord d’évaluer ce que les professionnels connaissent de l’anxiété et des signes cliniques la traduisant. Ensuite il s’agit d’appréhender la manière dont ils progressent dans leur raisonnement clinique afin de pouvoir reconnaître ce qu’ils mettent en place dans leurs prises en soins. Et enfin d’enquêter sur les outils qu’ils utilisent pour le dépistage et le suivi de cette problématique.

Le choix d’interroger une jeune diplômée est justifié par le fait que cela permettrait de noter des similitudes et des différences dans la prise en soins de la problématique soulevée. Justificatif qui est également employé pour légitimer le fait de vouloir consulter une infirmière travaillant de nuit.

La principale difficulté relevée à été la conduite de ces entretiens, un manque de fluidité dans l'enchaînement des questions s'est fait ressentir sans aucun doute parce que nous étions trop attachés à notre trame papier. Cela s'est traduit par la formulation de questions où les réponses avaient déjà été données conduisant à de la redondance. Par ailleurs, le guide d'entretien avait été élaboré dans la perspective d'être mené auprès de professionnels oeuvrant dans des services de médecine "générale". Or les professionnels interrogés exercent dans des services de médecine plus spécifiques et les questions n'ont pas été revues. Ainsi l'une d'entre elle s'est avérée futile mais a tout de même été posée.

Malgré cela les autres questions n'ont pas soulevées de difficultés auprès des professionnels qui ont pu y apporter aisément des réponses. Dans l'ensemble elles sont apparues pertinentes et ont produit un recueil de données fructueuses à analyser. Un axe éventuel d'amélioration serait de préciser la question sur les actions entreprises par les infirmières afin qu'elles soient peut-être plus explicites. En effet elles y ont répondu par des actions comme suggéré par la demande et non par ce qui les a conduit à décider de ces actions. Une formulation différente aurait éventuellement permis d'éclairer leur raisonnement, phénomène naturel inhérent à chaque personne et ainsi le verbaliser. Un deuxième axe serait de formuler une interrogation autour de l'intérêt qu'elles verraient, ou non, à utiliser un support spécifique et adapté pour le suivi de l'anxiété. Cet axe n'a pas été investigué alors qu'il aurait été intéressant d'avoir l'avis de professionnels à ce sujet d'autant plus qu'il avait été formulé comme objectif lors de la réalisation du guide d'entretien.

4 - Analyse descriptive et interprétative des entretiens :

Les entretiens suivis ont été intégralement retranscrits (annexe VII à IX) puis les paroles relevées des infirmières ont été copiées sous forme de tableaux selon le code couleur suivant : noir pour ceux de l'infirmière en soins palliatifs de nuit, nommée infirmière n°1; bleu pour celle en médecine de réadaptation digestive et nutritionnelle où infirmière n°2 et vert pour la jeune diplômée travaillant dans ce même service de réadaptation, infirmière n°3.

Afin de faciliter les différentes analyses, les propos recueillis lors des trois entretiens avec les infirmières ont été triés en items analogues. Ce classement a permis de nommer des thèmes qui ont ainsi pu être regroupés en catégories selon des points communs émergents au cours de ces analyses.

4.1 - Analyse descriptive :

Dans une première analyse (annexe X) on constate que les manifestations anxieuses sont différentes selon les personnes, elles peuvent être établies au travers de signes cliniques observés et d'autres moins visibles. Les signes observables de l'anxiété qu'elles évoquent majoritairement sont les manifestations psychocomportementales : des attitudes autour du regard, "fuyant", "qui ne veulent pas voir", sont évoquées par les trois infirmières; deux font état d'un "débit verbal accéléré" ou à l'inverse de mutisme; l'infirmière n°2 insiste plus sur des comportements axés sur des capacités faisant appel à la concentration et à la mémorisation quand elle explique qu'ils "ne veulent pas", "ont du mal à intégrer" et "ils n'enregistrent pas". Viennent ensuite les plaintes verbalisées, soutenues à quatre reprises par l'infirmière n°1 où les patients forment par des mots soit un "mal être", soit des interrogations sur leur quotidien futur à domicile, rapportées principalement par l'infirmière n°2 . Notons ici que ces plaintes sont relatées par les deux infirmières qui justifient de plus de dix ans de service. Par ailleurs, les manifestations somatiques sont peu évoquées et plus uniquement par la jeune infirmière quand elle parle de sa propre expérience, mais qu'elle ne cite pas comme des signes qu'elle pourrait observer chez les patients. L'infirmière n°1 est la seule à faire état que cette anxiété relève d'une perception, d'un ressenti, "on le sent, on le perçoit même s'il n'y a pas forcément les mots", et donc de quelque chose de subjectif.

La seconde analyse (annexe XI) met en évidence que l'anxiété est perçue comme un phénomène "récurrent" présent "dans beaucoup de services". Elle se présente également comme un phénomène dynamique et évolutif puisque les infirmières stipulent qu'elle peut être "temporaire" ou augmenter au cours du temps. Ensuite le plus remarquable dans cet examen des verbatims est que les infirmières n'étiquettent pas l'anxiété en tant que telle. Ainsi, d'après leurs propos ou ceux qu'elles ont relevés des patients, elle est assimilée à une douleur, terme utilisée à quatre

reprises par l'infirmière n°1 et à l'angoisse, citée huit fois par l'infirmière n°2 . Alors que l'infirmière n°1 note un degré différent avec cette dernière expression puisqu'elle considère que l'anxiété serait "une prémisse de l'angoisse". Apparaît ensuite la confusion avec la peur et le stress.

On constate par ailleurs que la vision qu'elles ont de l'anxiété est influencée par leurs connaissances issues de leur expérience puisque l'infirmière n°1 relève une modification dans sa prise en soins par rapport à ses début et l'infirmière n°2 qu'il existe "des angoisses différentes selon les pathologies". On note également qu'elle est soumise à l'influence des connaissances individuelles dans la mesure où l'infirmière n°1 reconnaît être plus "ancrée sur la douleur... douleur morale" et que l'infirmière n°3 est la seule à faire référence à une pathologie dont elle "en a longtemps fait les frais". Il convient aussi de remarquer que l'infirmière n°1 envisage l'anxiété comme un phénomène positif, "nécessaire à respecter". Enfin, les infirmières n°2 et n°3 porte l'attention sur la nécessité de connaître leur patient, leur "histoire". Nous remarquons que la démarche dans la prise en soins des trois infirmières est influencée par leur lieu d'exercice. Utilisation d'échelles pour le suivi de l'anxiété dans un service, mise en place d'ateliers de relaxation pour répondre aux angoisses des patients dans un autre. Il est également rapporté l'utilisation d'un questionnaire et de protocoles dans un service de chirurgie.

Ensuite, lors d'une troisième analyse (annexe XII) nous notons que les infirmières délivrent majoritairement des soins relevant du rôle autonome et que la priorité est donnée à la relation à travers une écoute active: "il est primordial d'en parler" ou "juste des silences" où instaurera un travail d'investigation afin "d'identifier", de "décortiquer", de "chercher" quelle est la plainte et son origine. Les infirmières soulignent que cette recherche ne pourra s'effectuer qu'à partir du moment où le patient se sentira en confiance. Parallèlement à cette relation de mise en confiance et d'investigation, les infirmières relèvent le besoin de réassurance de ces patient : il faut "essayer de les rassurer". Les infirmières n°1 et 2 spécifient également que cette prise en soins s'inscrit dans le temps, "petit à petit" afin de "cheminer", ce qui implique de "prendre le temps" car il est "difficile de faire vite". L'infirmière n°3 évoque quant à elle la distraction dans sa prise en soins.

Par ailleurs, la collaboration entre infirmières et aides-soignantes est citée spontanément dans la prise en soins de cette problématique. Particulièrement par l'infirmière n°1 qui valorise son exercice en binôme par le fait qu'il permet "d'avoir un regard différent et complémentaire" et l'infirmière n°2 qui reconnaît que "c'est important d'être plusieurs" car il arrive "de ne pas identifier et l'autre va mieux comprendre". La collaboration avec les autres professionnels intervient lorsque le besoin sous-jacent à cette anxiété relève de leurs compétences. En tous cas, la prise en soins s'établit dans un "travail d'équipe" où le patient demeure le pilier central. Le recours à l'entourage est cité afin d'approfondir la connaissance du patient. Dans cette progression constatée dans les soins, ce n'est qu'une fois que toutes les possibilités offertes par ce travail en collaboration ont été épuisées et que l'anxiété ne s'améliore pas au point de trop impacter la vie quotidienne du patient que le recours aux thérapeutiques médicamenteuses est envisagé. Même s'il s'agit dès lors du rôle sur prescription de l'infirmière, la surveillance de l'efficacité du traitement et de l'apparition d'éventuels effets secondaires resteront à son initiative.

La dernière analyse (annexe XIII) souligne que les transmissions sont le principal outil utilisé pour partager ces éléments autour de l'anxiété, qu'elles soient orales ou écrites. Les infirmières n°2 et 3 avouent ne pas avoir recours à d'autres outils que les transmissions. Une prédilection est tout de même attribuée aux transmissions écrites qui constituent des "données qui permettent une approche globale" et permettent un suivi par tous les professionnels, cette notion est relevée par les infirmières n° 1 et 2. Le recours aux transmissions écrites est surtout souligné par l'infirmière n°1 qui effectue son travail de nuit. Elle n'a donc pas de contacts directs avec la majorité des autres professionnels : médecin, kinésithérapeute, assistante sociale... qui eux opèrent de jour. Alors que les deux infirmières qui exercent de jour insistent beaucoup plus sur les transmissions orales, citées 9 fois, bien que les écrivent tout de même. L'infirmière n°1 fait référence à l'utilisation des transmissions ciblées, transmissions qui induisent un suivi pour pouvoir être "clôturées" lorsque le problème spécifié est résolu, l'infirmière n°3 y fait également allusion mais ne développe pas ce point. L'infirmière n°1 affirme qu'elle relève cette anxiété dans son diagramme de soins, comme elle le ferait pour la douleur en utilisant l'EVS et l'Algoplus, en lui attribuant une note qu'elle spécifie d'un commentaire. L'infirmière n°2 reconnaît elle

aussi qu'elle pourrait utiliser l'EVA mais qu'elle ne le fait pas car "ce n'est pas trop utilisé dans le service". Les infirmières affirment ne pas connaître l'existence d'outil spécifique.

4.2 - Analyse interprétative :

Si nous corrélons les différents résultats obtenus, nous pouvons supposer que les manifestations anxieuses relevées par les trois infirmières et la perception qu'elles en ont sont tributaires de leurs connaissances, nous pouvons même spécifier de leur connaissance expérientielle. Nous remarquons que les infirmières n°1 et n°2 sont plus explicites dans les signes qu'elles observent, ces signes sont également plus spécifiques au service de prise en soins des patients. Ainsi l'infirmière n°1 issue des soins palliatifs relève autant des signes objectivables que relevant d'une perception, "de quelque chose qu'elle sent" et qu'elle assimile à une "douleur morale". Ces signes sont décrits sous les termes de "peur" et "d'angoisse", nous entendons la peur et l'angoisse de mourir même si cela n'a pas été formulé. Alors que l'infirmière n°2 évoque plus des plaintes verbalisées sous forme de questionnement orienté vers le retour à l'autonomie et à domicile; en soit vers l'avenir; et des manifestations psychocomportementales en lien avec leur adaptation à leur nouvel état de santé, par exemple lorsque les patients doivent apprendre à vivre avec une poche de stomie. Parallèlement l'infirmière n°3 qui est encore novice dans la profession semble être plus sous l'influence de sa connaissance individuelle. Lors de l'entretien il nous a semblé qu'elle réalisait son autoportrait dans les signes qu'elle observe de l'anxiété: c'est une personne logorrhéique qui ne tient pas en place. Ce sentiment s'est confirmé au moment où elle a formulé "il faut savoir que c'est aussi une maladie... moi j'en ai fais longtemps les frais". Et finalement cette connaissance individuelle d'un souvenir désagréable expliquerait en partie sa prise en soins où elle nous explique qu'elle a recours à la distraction. La confrontation avec cette pensée paraît déclencher en elle la mise en place d'un mécanisme de défense.

De ce fait nous supposons également que cette connaissance issue de l'expérience vient préciser la prise en soins délivrée. Ainsi l'infirmière n°3 évoque la distraction alors que les deux autres mettent en avant la relation qu'elles souhaitent

établir avec les patients. Relation soutenue au travers de l'écoute active et l'investigation appuyée de la réassurance qu'elles peuvent fournir. Les deux premières infirmières soulignent pareillement l'importance d'inscrire la prise en soins dans le temps: "laisser du temps" pour "cheminer" où "il faut parfois plusieurs semaines" car "c'est difficile de faire vite". Notion qui n'est pas du tout énoncée par la dernière. Nous notons aussi que cette démarche est influencée par le lieu de l'exercice, et donc à nouveau de l'expérience professionnelle, qui vient appuyer l'intérêt de la collaboration dans la prise en soins de l'anxiété. Cette collaboration effective au sein des équipes se manifeste par la mise en place de soins et supports spécifiques : utilisation d'une échelle en soins palliatifs, mise en place d'ateliers de relaxation en médecine de réadaptation, questionnaire et protocole en chirurgie; fruits de décisions collégiales.

Nous remarquons aussi que tout au long de ce processus de raisonnement, les infirmières font appel à leur rôle en autonomie. Les signes observés, les soins délivrés sont de leurs propres ressorts. Et même lorsque leur rôle sur prescription est évoqué, là encore elles ont recours à leur capacité propre d'analyse en réfléchissant à la mise en place de thérapeutiques médicamenteuses en concertation avec le patient.

5 - Discussion

Les résultats obtenus convergent vers plusieurs points soulevés dans mon cadre conceptuel. Ils viennent témoigner que le raisonnement clinique de l'infirmière devant des manifestations anxieuses du patient oriente effectivement la prise en soins qu'elle établit. Ils apportent par ailleurs des précisions sur certains d'entre eux .

Ainsi je n'obtiens pas de définition précise de ce que pourrait être l'anxiété et constate qu'elle est évoquée sous plusieurs appellations comme "la peur", "l'angoisse", "le stress" car de toutes évidences ces phénomènes sont intimement liés. Bien que la différence ne soit éventuellement pas nécessaire pour les patients, je pense que pour les professionnels une distinction par l'utilisation de termes communs serait plus adaptée. Les infirmières considèrent bien l'anxiété comme une particularité récurrente pouvant se manifester de multiples façons allant de "l'hyperactivité à l'inhibition" décrites, entre autres termes, par Soumaille, S. et Bondolfi, G. dans leur ouvrage

(2015). J'envisage désormais qu'il y a autant de manifestations possibles qu'il existe d'individualités.

L'infirmière n°1 verbalise considérer l'anxiété comme une "adaptation", "un mécanisme à respecter" et même si les autres ne le stipulent pas par des mots je remarque que c'est un phénomène qu'elles accompagnent. Pareillement elles ne font pas toutes référence à une pathologie, cependant la plupart évoque un phénomène dynamique et évolutif pouvant envahir la personne au point de devenir un réel handicap où le patient "a du mal à intégrer ce qu'on lui dit", "pose tous les jours les mêmes questions" ce que Palazzolo J. traduit par le fait que le sujet anxieux est "devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit... il se trouve alors incapable d'agir de manière adaptée" (2019, p.74). Lors de mes stages, j'ai pu observer que lorsque l'anxiété est trop envahissante les soignants se montrent démunis et mentionnent avec désappointement être en présence d'une personne "bizarre". Parallèlement se fait ressentir par la personne soignée une non-réponse à ses attentes et/ou besoins par l'expression d'une attitude défensive ou de demandes d'attention. Ce constat me fait penser que la distinction des différents degrés ou niveaux de l'anxiété permettrait de saisir la limite de la pathologie afin d'envisager au mieux la prise en soins a délivrée.

Ensuite, dans le processus de raisonnement clinique des infirmières, une précision indéniable sur les connaissances est établie. Elles apparaissent dans leurs exposés non comme un attribut mais bien comme une condition préalable à l'instar de ce que révèle Côté S. et St-Cyr Tribble D. dans leur examen de ce raisonnement. Parallèlement, l'anxiété a bien attiré à ce que Psiuk T. nomme "les réactions humaines... témoins de ce que vit la personne" et au regard de toutes les manifestations psychocomportementales spécifiées par les infirmières je constate également que "les personnes ne forment pas de manière spontanée... les réactions psychologiques qu'ils vivent". Ces manifestations relèvent en premier lieu d'un procédé psychique inhérent à chaque individu ce qui nécessite donc d'investiguer ce qui est perçu au travers de ces manifestations. Ce qui est décrit dans mon cadre sous les termes de "formulation d'hypothèses" et ce que les infirmières traduisent par "il faut aller chercher", "décortiquer". Cette investigation ne peut s'instaurer que si la personne se sent en confiance, un des attributs de l'écoute active qui n'a pas été étudiée dans ma

recherche mais qui se devine dans les propos de Psiuk T. quand elle écrit que “le patient ne peut confier son histoire de vie et ses représentations mentales que dans une relation positive où il ne sent ni le jugement de valeur, ni l’ironie mais une acceptation inconditionnelle de ce qu’il est et de ce qu’il vit”. La connaissance de ces réactions humaines, acquises au travers de l’expérience, aiguise l’observation clinique infirmière, entraîne une mise en relation des éléments plus rapide au cours de son raisonnement et facilite la mise en confiance nécessaire à l’instauration de la relation. Ce dernier point autour de la compétence relationnelle a plus amplement été détaillé lors d’une analyse de situation professionnelle (annexe XIV). Mon manque d’expérience et la complexité de la sémiologie de l’anxiété me questionnent quant à l’efficacité de ma future pratique auprès de cette problématique.

A travers l’analyse du chapitre précédent apparaît la prépondérance des soins relevant du rôle autonome de l’infirmière et l’importance d’inscrire ces soins autour de l’anxiété des patients dans le temps. Cette temporalité est une notion qui n’a pas du tout été évoquée dans mon cadre théorique. Or elle semble tenir une place primordiale dans la prise en soins de l’anxiété, est-ce également une connaissance expérientielle? Cette hypothèse est sans aucun doute à prendre en compte selon le lieu d’exercice puisque le temps est impacté par la durée de séjour. Si tel est le cas je conviens aisément de cette possibilité pour les infirmières en poste mais qu’en est-il pour les remplaçantes ou les jeunes diplômées? Où tout simplement pour toute personne moins expérimentée ou moins au fait des habitudes du service? Je tiens à noter ici que j’utilise le terme de temporalité qui recouvre le sens que je souhaite attribuer à cette notion temporelle. Il s’agit ici d’une idée qui va au-delà du temps qui passe et qui se rapproche de la notion philosophique d’essence de chaque être et de sa finitude (CNRTL).

Ces interrogations viennent appuyer la nécessité de collaboration remarquée dans mon cadre théorique et le recueil de verbatim infirmier. Cette collaboration donne la possibilité d’envisager “d’avoir un regard différent” complémentaire et de penser qu’un “autre va mieux comprendre”. Cependant cet exercice interprofessionnel nécessite “l’utilisation d’un langage commun” (Mucchielli, R., 2016). Or les transmissions sont le seul support utilisé pour la retranscription des éléments autour de

l'anxiété. Ainsi, je m'interroge même si ce que j'ai perçu a été clarifié auprès du patient, comment être sûre que ce que je transmets par écrit et, ou, par oral sera compris par les différents collaborateurs comme ce que le patient a voulu me signifier. J'en arrive finalement à me questionner sur comment objectiver au mieux le ressenti et le vécu du patient. C'est au milieu de toutes ces interrogations que je retiens la question de recherche éventuelle suivante : En quoi l'utilisation d'un outil spécifique pour le dépistage et le suivi de l'anxiété optimiserait le raisonnement clinique de l'infirmier novice afin d'améliorer sa prise en soins?

6 - Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir de plus amples connaissances sur l'anxiété qui s'avère interdépendante de chaque patient. L'existence d'échelles permettant son évaluation et son suivi m'a été dévoilée. Mes différentes lectures autour du raisonnement m'ont permis de conscientiser ce processus d'analyse invisible et inhérent au rôle infirmier. L'importance indéniable de la relation a également été soulignée, non seulement parce qu'elle est indispensable dans l'observation clinique mais surtout parce qu'elle constitue un soin à part entière dans la prise en soins de cette problématique. Mes recherches sont venues appuyer l'intérêt d'envisager cette démarche de soins en collaboration interdisciplinaire où chacun apporte un regard complémentaire et l'enrichit de ses compétences. Cette notion a été principalement éclairée par la conduite des entretiens auprès des professionnels. Je tiens également à rapporter l'influence de la temporalité dégagée de ce travail. Concept ambivalent qui se présente à la fois tel une contrainte en terme de durée et tel une composante nécessaire à la construction de tout être. Ainsi la temporalité se révèle à inclure dans ce cheminement de soins et à considérer tant du point de vue du patient que du professionnel. Concevoir de "laisser du temps au temps". De ce fait, même si cet écrit clôture ma formation et me permet de mieux appréhender la prise en soins de l'anxiété, je suis désormais plus sensibilisée au fait que mon apprentissage expérientiel d'infirmière lui ne fait que débiter.

Bibliographie

❖ Ouvrages:

- Graziani, P. (2005). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Armand Colin.
- Jeanclaude, C. (2001). *Freud et la question de l'angoisse : l'angoisse comme affect fondamental*. Bruxelles : De Boeck.
- Jouteau Neves, C. (2012). Adaptation. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p.48-50). Lyon : Mallet Conseil.
- Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p.304-306). Lyon : Mallet Conseil.
- Merklings, J. (2017). *Les fondements de la relation de soin*. Paris : Seli Arslan.
- Mucchielli, R. (2016). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. (17è éd.). Paris : ESF.
- Phaneuf, M. (1996). *La planification des soins un système intégré et personnalisé*. Québec : Mc Graw-Hill.
- Pronost, A.-M. (2012). Stress. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2è éd., p.295-297). Lyon : Mallet Conseil.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique: concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage*. Bruxelles: De Boeck.
- Soumaille, S. et Bondolfi, G. (2015). *L'anxiété et les troubles anxieux*. Paris : Médecine et hygiène.

❖ Articles:

- Chapados, C., Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11 (1), 37-40.
- Côté, S., St Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 13-21.
- Cyrulnik, B. (2002). L'observation. *Recherche en soins infirmiers*, 71, 16-21.
- Palazzolo, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le journal des psychologues*, 369, 72-77.
- Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 16-28.

Webographie

- Anxiété. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxiété/4369?q=anxiété#4348>
- Clinique. (s. d.). Au *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/clinique>.
- Collaboration. (s. d.). Au *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>.
- Hesbeen, W. (1999). *Le caring est-il prendre soin?* Repéré à <http://comjyeh.free.fr/0/LeCaring-WalterHasbeen.pdf>
- Observation. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/observation/55426?q=observation#55048>

- Palazzolo, J. (2017). *Stop à l'anxiété sans médicaments*. Repéré à <https://www.editionsleduc.com/extract/3315>
- Phaneuf, M. (2013). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Repéré à http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf
- Raisonement. (s. d.). Au *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/raisonnement>
- Servant, D. (2017). Sémiologie des troubles anxieux et phobiques. *EMC Psychiatrie, 173 volume 15-1*, 1-7. Repéré à <http://www.soigner-le-stress.fr/wp-content/uploads/2010/08/Sémiologie-anxiété-2017.pdf>
- Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes (SOFIA). Repéré à <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article482>
- Temporalité (s. d.). Au *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/temporalité>

Législation

- Articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la santé publique.

Notes de cours

- Esnault, F. (2018). La socialisation, la notion de groupe temps 1: classification des groupes humains [pdf] et groupes sociaux et dynamique de groupe [pdf]
- Verdier, C. (2020). Les compétences collaboratives [docx]

Annexes

Annexe I: Situation d'appel n°1, extrait d'une analyse de situation professionnelle intitulée *"La relation d'aide, outil de gestion de la douleur et de l'anxiété"*.

Annexe II : Situation d'appel n°2, extrait d'une pratique réflexive par analyse de cas.

Annexe III : Inventaire de Spielberger

Annexe IV : Echelle d'Hamilton

Annexe V : Echelle HAD

Annexe VI : Guide d'entretien

Annexe VII : Retranscription de l'entretien n°1

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien n°2

Annexe IX : Retranscription de l'entretien n°3

Annexe X : Objectif de l'analyse 1: Rechercher les signes que les infirmiers prennent en compte pour identifier l'état anxieux d'une personne

Annexe XI: Objectif de l'analyse 2 : Rechercher comment cette anxiété est considérée par les infirmiers

Annexe XII : Objectif de l'analyse 3 : appréhender les actions entreprises par les infirmiers lorsqu'ils constatent un état anxieux chez une personne

Annexe XIII : Objectif de l'analyse 4 : repérer les outils utilisés pour partager ces éléments autour de l'anxiété au sein de l'équipe

Annexe XIV : Analyse de situation professionnelle intitulée *"Communication et compétence relationnelle dans les situations complexes"*.

Annexe I: Situation d'appel n°1, extrait d'une analyse de situation professionnelle intitulée *“La relation d'aide, outil de gestion de la douleur et de l'anxiété”*.

La scène se déroule la dernière semaine de mon stage qui en comptait dix dans un service de médecine neurologique de 30 lits répartis en 3 secteurs. Cette semaine est un peu particulière comparée aux autres car du lundi au mercredi j'étais d'horaire de coupe, c'est-à-dire que j'ai vu plus ce qui se passait au niveau de la gestion des entrées et des sorties, des commandes de pharmacies et de matériel, du transport pour les rendez-vous... Pour mes deux derniers jours je devais retourner dans le 1^{er} secteur où j'étais la semaine précédente mais il y a déjà une étudiante infirmière ainsi que dans le 3^{ème} secteur, je propose donc à ma tutrice de terminer mon stage dans le 2^{ème} secteur. Le jeudi je me retrouve avec une infirmière qui revient de vacances et avec qui je n'ai jamais été. D'un commun accord nous décidons de passer la matinée ensemble puisque ni l'une ni l'autre nous ne connaissons les patients, je n'en prends donc pas plus particulièrement en soins. Le lendemain je suis avec une infirmière, Nolwenn, revenant dans le service, qui ne me connaît pas ainsi que les patients, et qui plus est comme nous sommes vendredi je finis plus tôt soit à 11h45, une fois de plus nous décidons de travailler ensemble.

Nous effectuons donc le tour du matin pour la distribution des traitements et la surveillance des constantes. Lorsque nous sommes dans la chambre 17, nous entendons des cris.

« Qui est ce qui peut bien crier comme cela, questionne Nolwenn.

— Je pense que c'est la dame de la chambre d'à côté au 18.

— Tu la connais un peu ?

— Oui d'hier mais vraiment un peu.

— Ça ne te dérange pas d'aller la voir le temps que je finisse avec madame ici.

— Oui bien sur. »

En sortant je me retrouve nez à nez avec l'aide-soignant qui vient me confirmer que les cris proviennent bien de la chambre 18 et qu'il faudrait aller voir la patiente car elle est douloureuse.

Ce que j'ai retenu de Mme M., c'est qu'il s'agit d'une quadragénaire, maman de 3 enfants, hospitalisée depuis plus de 3 semaines et pour qui les neurologues n'arrivent pas à poser de diagnostic précis et qui effectuent encore des recherches afin de trouver ce qu'elle a. A son arrivée par les urgences, elle présentait une parésie des membres inférieurs associée de fait à des troubles de la marche. Depuis elle pouvait seulement se déplacer seule dans la chambre et était obligée d'être en fauteuil pour tous les autres déplacements. De plus, sa vessie ne se vidant pas correctement des bladderscans post mictionnels sont réalisés ainsi que des sondages aller-retour réguliers. La veille vers 13h alors qu'elle était assise au fauteuil, elle avait sonné se plaignant d'une douleur soudaine au niveau de la cage thoracique notée à 8 sur l'échelle numérique. Elle était en pleurs et décrivait une douleur partant de la colonne vertébrale et irradiant, à droite et à gauche, le long des côtes pour arriver sous la poitrine. Nous avons vérifiées ses constantes aussitôt, elle présentait une tension aux alentours de 130/80 mmHg et un pouls à 70 pulsations par minute, à peu près équivalents aux chiffres relevés le matin. Après quelques minutes où nous étions restées avec elle pour être sûres que tout allait bien, nous l'avions aidée à se lever et à se recoucher afin de réaliser un ECG. A la suite de quoi elle notait sa douleur à 5. L'infirmière lui avait ensuite donné l'antalgique de palier 1 qui lui était prescrit en si besoin. Vers 13h30 nous avons croisé l'interne à qui nous avons transmis les événements précédents ainsi que le tracé de l'ECG. Un peu dépitée, elle nous avait à son tour transmis qu'elle ne savait plus trop ce qu'elle devait faire avec cette patiente. Son tracé lui paraissait bon comme les derniers qu'elle avait eu, mais qu'elle allait quand même les comparer. Elle nous précisa également que la patiente présente une composante anxieuse qui interfère grandement sur ses symptômes et ce qui complique non seulement sa prise en soins mais aussi la pose de diagnostic.

L'équipe de nuit nous a également transmis que depuis cet épisode de la veille, la parésie de ses membres inférieurs s'est majorée, qu'elle n'arrive plus à faire appui sur ses jambes et qu'elle est donc alitée depuis. Il y a une nouvelle prescription pour un bilan sanguin et le dernier examen cytot bactériologique des crachats à prélever ce matin (les neurologues voulaient écarter la piste de la tuberculose).

« Bonjour Mme M., c'est Mélanie l'étudiante infirmière, on s'est vu hier, qu'est ce qui vous arrive ?

— AIIIE, hurle-t-elle. J'ai mal !!! »

Elle a les yeux fermés, la tête tournée vers la fenêtre, ses bras sont tendus le long de son corps avec les poings crispés et elle hyperventile.

« Tout d'abord, je sais que c'est facile à dire pour moi, mais je vais vous demander d'essayer de vous détendre et surtout de ralentir votre respiration. Si vous continuez ainsi vous allez faire un malaise. »

Tout en lui parlant je me suis approchée du côté gauche du lit, au près de la fenêtre vers où elle tourne la tête.

« Je vais enlever la barrière et si vous le voulez bien, je vais m'asseoir avec vous et on va faire un exercice de respiration ensemble.

— Oui.

— Alors on y va, je m'assieds en lui prenant la main. On inspire profondément et on souffle doucement. »

Nous réalisons cet exercice pendant quelques minutes et quand je la sens un peu mieux je lui demande :

« Est-ce que vous pouvez me parler de votre douleur ?

— Elle est partout...

— Partout. Et est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?

— J'ai mal !!! Je vous dis que j'ai mal ! crie-t-elle en m'écrasant les doigts qui sont dans sa main.

— J'entends bien. Vous avez mal. Et entre 0 et 10 vous la noteriez à combien votre douleur en ce moment ?

— 8, AÏE !!! Non 10 !!! Et je la sens se tendre et se remettre à hyperventiler.

— D'accord 10. Si vous accepter on va reprendre l'exercice de respiration.

— Mais donnez-moi quelque chose !!!, je vous dis que j'ai mal !

— Maintenant Mme M., je vais vous demander d'ouvrir vos yeux et de me regarder, ce qu'elle fit. J'ai bien compris que vous souffrez mais ce que je sais c'est que si vous continuer à respirer ainsi, non seulement vous risquer de vous évanouir mais en plus vous majorez votre douleur, j'essaye juste de vous aider à moins la ressentir.

— Oui je sais mais si je finis paralysée ? me demande-t-elle les larmes aux yeux.

- Si je comprends bien c'est ce qui vous inquiète ?
- Bah oui et comment je vais faire pour les enfants ?
- Je ne peux pas dire que je sais ce que vous vivez parce que je ne suis pas à votre place, par contre je peux essayer, moi aussi je suis maman et je comprends très bien que soyez inquiète. Votre hospitalisation commence à durer, vous n'avez pas de réponse précise mais les médecins continuent de chercher. N'essayer pas de voir trop loin, il faut y aller par étapes et encore une fois je sais c'est facile à dire pour moi.
- Oui mais c'est vraiment dur vous savez.
- Je m'en doute, malheureusement il faut faire preuve de patience. Lundi vous allez passer une journée en MPRA, c'est ça ?
- Oui, ils vont m'apprendre à réaliser mes sondages toutes seules.
- L'important c'est que malgré les difficultés vous gardiez le maximum d'autonomie, cela va se construire petit à petit.
- Vous avez raison. »

La sentant plus détendue, je me permets de lui préciser que je vais devoir la laisser et lorsque que je lui redemande de noter sa douleur, elle la cote désormais à 4. Je ressors de la chambre pour aller faire le point avec Nolwenn afin de revenir lui donner un antalgique et terminer les soins qui sont prescrits...

Annexe II: Situation d'appel n°2, extrait d'une pratique réflexive par analyse de cas.

Nous sommes le jeudi après midi de ma deuxième semaine dans un service de médecine neurologique. Le service est divisé en trois secteurs et je suis dans celui du milieu qui est plutôt dédié aux AVC, j'ai donc en soins des patients qui en ont eu un mais je suis l'Idé dans les autres soins du secteur.

Dans une des chambres se trouve un homme de 38 ans qui devrait être dans le premier secteur c'est-à-dire celui pour les Parkinsoniens. Il est arrivé la semaine d'avant pour l'introduction d'une pompe à apomorphine. Dans mon esprit la maladie de Parkinson était une pathologie plutôt des personnes âgées et traitée par des comprimés de Modopar. Or lui a été diagnostiqué en 2001, soit à l'âge de 20 ans, et a développé une pharmacorésistance au traitement per os. Depuis le début de son hospitalisation sa prise en soins semble compliquée et je reste donc en retrait lors de ses soins. Pour adapter la bonne posologie des feuilles sont accrochées au mur pour que les soignants remplissent à chaque passage ce qu'ils constatent sur son état : s'il est en dyskinésie, s'il a des tremblements de repos, s'il est akinésique, l'intensité des signes cliniques... Par ailleurs il pose beaucoup de questions sur cette adaptation, il ne comprend pas pourquoi on lui dit que c'est aussi à lui de savoir s'il doit prendre les comprimés qui lui sont proposés à côté car c'est lui qui se connaît le mieux.

Suite au week-end, l'infirmière d'éducation l'a rencontré car l'équipe signalait ses questions récurrentes, son refus de prendre certains comprimés car il se retrouvait « bloqué » aux heures où habituellement chez lui il était bien. L'équipe émet également qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec ce monsieur, qu'il a un comportement bizarre, un ressenti qu'ils ont mais qu'ils n'arrivent pas forcément à expliquer avec des mots concrets, une chose qui relève plus du ressenti. Cet entretien avait semblé le soulager mais dès le lendemain, il a recommencé ses questions et a sous-entendu qu'il souhaitait un suivi « médical ». Le mercredi au tour de 18h quand l'infirmière lors de la distribution des médicaments lui avait confirmé qu'aucun médecin ne serait venu le voir ce jour là, la colère s'était emparée de lui. Il avait lancé ses feuilles de suivi en disant que personne ne les remplissait réellement, que depuis son arrivée personne ne les avait regardées et donc qu'il ne comprenait pas comment on pouvait adapter son traitement ainsi et que les feuilles devaient être là uniquement pour remplir son dossier. Il avait élaboré un schéma sur le tableau de sa chambre en fonction des heures et de son état, de l'apomorphine et des comprimés qu'il pouvait prendre. Il a ensuite quitté sa chambre et le service pour ne réapparaître que vers minuit...

Annexe III: Inventaire de Spielberger

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger *

* Schweitzer & Paulhan : *Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y)*. Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.

Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Si vous le repassez dans quelques mois, il sera probablement différent : moins bon si la vie vous a amené plus de soucis, ou meilleur s'il y en a eu moins et/ou si votre démarche de développement personnel porte ses fruits.

Ce test ne permet aucun diagnostic ni pronostic, que seul un professionnel de santé est autorisé à effectuer : il ne donne qu'une estimation ponctuelle.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, *ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement*.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	I				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0				
3	Je me sens content(e) de moi.	I				
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0				
5	J'ai un sentiment d'échec.	0				
6	Je me sens reposé(e).	I				
7	J'ai tout mon sang-froid.	I				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0				
10	Je suis heureux(se).	I				
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0				
12	Je manque de confiance en moi.	0				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	I				
14	Je prends facilement des décisions.	I				
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0				
16	Je suis satisfait(e).	I				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0				

18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	1				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0				
	Totaux					

Calcul du total :

Pour les lignes indiquées par 1, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.

La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel *Relaxation et principes d'équilibre* associé au manuel *Confiance et apaisement* vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

Annexe IV: Echelle d'Hamilton

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.
0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.
2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude
1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.
2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.
0 – Absentes
1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.
2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<p>10. Symptômes respiratoires Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante</p>
0 – Absents
1 – Présence peu claire
2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<p>11. Symptômes gastro-intestinaux Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.</p>
0 – Absents
1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.
2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.
3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<p>12. Symptômes urinaires et génitaux Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.</p>
0 – Absents
1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).
2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).
4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Annexe V: Echelle HAD

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Annexe VI: Guide d'entretien

Introduction:

En 3ème année d'école infirmière, j'ai la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers à produire et c'est donc dans ce contexte que je vous rencontre aujourd'hui. Tout d'abord je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Je vais enregistrer notre entrevue afin de pouvoir l'analyser par la suite et je vous garantis qu'elle ne sera pas diffusée. Votre nom, ainsi que celui du service, ne seront pas révélés. J'ai choisi l'anxiété comme thématique car elle m'est apparue comme une problématique récurrente et relativement complexe dans sa prise en soins. Je souhaite donc mieux l'appréhender dans ma future pratique professionnelle.

Objectifs:

- Evaluer ce que les professionnels connaissent de l'anxiété et de son influence sur les problématiques de santé.
- Interroger les signes qu'ils prennent en compte pour commencer à parler d'anxiété.
- Savoir si les professionnels ont recours à des outils pour la dépister, l'évaluer et ainsi limiter la subjectivité dans son évaluation.
- Savoir comment l'infirmière progresse dans son raisonnement sur l'anxiété.
- Connaître les soins mis en place relevant du rôle autonome.
- Rechercher comment l'infirmière intègre cette problématique au sein de l'équipe et donc dans un travail en collaboration.
- Savoir comment l'infirmière appréhende la limite entre le diagnostic infirmier et le diagnostic médical.
- Rechercher s'il existe dans les plans de soins type une partie sur l'anxiété.
- Savoir si l'infirmière voit un intérêt à évaluer l'anxiété des patients dès le début d'une hospitalisation dans un objectif de prise en soins globale de la personne.
- Savoir si un suivi de l'anxiété participerait à une amélioration de cette prise en soins globale.

Questions:

1- Pouvez-vous vous présenter?

- quel est votre parcours?
- quelle est la nature du service et des patients accueillis?

2- Si je vous parle de personnes anxieuses lors des soins, qu'est-ce que cela évoque pour vous?

- est-ce une situation fréquente?
- à quoi vous attachez-vous pour identifier l'état anxieux d'une personne?
- sur quels signes? que voyez-vous?

3- Lorsque vous faites ce constat auprès d'un patient, que faites-vous?

- pouvez-vous illustrer par des exemples qui vous viennent spontanément à l'esprit?

- comment abordez-vous vos soins ou votre prise en soins dans ce contexte?

4- Quand vous identifiez que la personne est anxieuse, quelle démarche entreprenez-vous au sein de l'équipe?

- auprès de qui?

5- Dans les plans de soins type que vous utilisez, ce type d'événement est-il tracé et comment?

- est-ce que certaines pathologies que vous prenez en soins dans le service exposent davantage à ce problème d'anxiété? Le plan de soins type y fait-il référence?

6- Dans votre prise en soins vous servez-vous d'une échelle pour objectiver le niveau d'anxiété des patients?

- comment ces éléments qui concernent l'anxiété des patients sont-ils partagés?

Conclusion:

De mon côté j'ai pu vous poser les questions que j'ai soulevé sur mon sujet, du vôtre avez-vous des questions ou toute autre chose que vous souhaiteriez ajouter?

En tous cas je vous remercie de nouveau pour votre disponibilité et l'aide que vous me procurez pour la poursuite de ma rédaction. J'insiste également sur le fait que votre anonymat sera respecté.

Encore merci et bonne continuation à vous.

Annexe VII: Retranscription de l'entretien n°1

(ESI) : Alors pour débiter est-ce que vous pouvez vous présenter ?

(Infirmière n°1) : Alors du coup je suis infirmière depuis 13 ans, je travaille depuis bientôt 10 ans de nuit. Euh... donc actuellement moi je suis en unité de soins palliatifs et j'y travaille depuis 8 ans.

(ESI) : D'accord, donc un parcours... euh

(Infirmière n°1) : J'ai fait plusieurs services de jour comme de nuit, que ce soit la neurologie, cardiologie, rééducation, euh tout ce qui était soins de suite et de réadaptation et du coup maintenant je suis revenue en unité de soins palliatifs où j'ai fait mes débuts en fait.

(ESI) : D'accord, donc vous avez pas mal voyagé.

(Infirmière n°1) : Oui. Mais toujours dans le même établissement, je connais tout le panel là-bas.

(ESI) : Vous vous y plaisez.

(Infirmière n°1) : Oui.

(ESI) : Là je ne sais pas si la question est très appropriée mais est ce que vous pourriez me parler de la nature du service et des patients accueillis ?

(Infirmière n°1) : Donc alors en unité de soins palliatifs, on n'accueille des personnes pas uniquement en fin de vie. Soins palliatifs ça veut dire vraiment des personnes qui ont des maladies graves, évolutives et incurables. Et du coup il faut bien faire la part des choses entre la fin de vie, ce n'est pas parce qu'on est en soins palliatifs qu'on est immédiatement en fin de vie. Heureusement parce que du coup parfois le parcours peut être long. Ca peut être des personnes qui ont des cancers par exemple, qui vont venir pour des adaptations de traitement. Ca peut être des patients qui vont venir pour des SLA, sclérose latérale amyotrophique, donc là on va les prendre pendant un certain temps et on va les suivre tout le long de la maladie. Euh, du coup on va les prendre pour des séjours de répit, pour aider l'aidant à se reposer. Euh donc c'est des séjours qui sont pris en charge par la sécurité sociale, du coup qui durent entre 15 et 21 jours et généralement voire un petit peu plus en fonction de l'état de santé du patient. Et du coup ces séjours permettent de faire un point médical, euh faire un point aussi sur ce qu'il y a besoin à domicile, pour l'aidant, les ressources financières donc on fait aussi appel à l'assistante sociale. Donc du coup ces séjours permettent de réunir tous les professionnels de santé qui peuvent, euh ... venir travailler auprès du patient. Du coup, une énorme interdisciplinarité de jour, nous la nuit on le ressent moins forcément mais du coup... ces séjours sont vraiment un répit pour l'aidant parce que se sont des maladies qui sont très éprouvantes pour le patient et pour la famille aussi. Et du coup aussi des fins de vie, donc ça peut être des fins de vie de cancer, des personnes en phase de SIDA aussi, c'est rare maintenant, on en a quasiment plus. Euh... ça peut aussi être des fins de vie de personnes âgées...

(ESI) : D'accord.

(Infirmière n°1) : Parce que notre établissement est un site gériatrique à la base mais nous dans notre service on accueille à partir de 18 ans. Donc du coup c'est par dérogation. Actuellement

on a 6 lits, on espère augmenter mais pour l'instant on a fait le choix de rester à 6 lits pour s'occuper bien de nos 6 patients. Et du coup on a aussi une équipe mobile qui est rattachée directement au service et donc à l'hôpital, qui intervient dans les services, parce que plutôt que de prendre des gens qui sont en fin de vie, de les amener dans notre service, il n'y pas de particularités spécifiques à la fin de vie, que ça se passe bien, ce qui est mieux c'est qu'ils restent dans leur service et que l'équipe mobile passe pour conseiller du coup l'équipe. Euh et du coup autrement l'équipe mobile intervient autrement en dehors, en extra-hospitalier, à domicile. Donc va aussi prendre en priorité dans notre service des personnes qui sont suivies par l'équipe mobile. Il arrive aussi qu'on fasse des accueils d'urgence, il se peut que ça arrive la nuit, quand on a des lits de disponibles. Le projet futur est d'avoir un lit supplémentaire, ce qu'on appelle un lit tampon, un lit de repli, qui nous permet d'accueillir ces gens...

(ESI) : En urgence...

(Infirmière n°1) : Oui en urgence, pour éviter qu'ils transitent des heures et des heures sur un brancard. Ce n'est pas toujours faisable, ça dépend de la place. C'est souvent des vomissements de sang, des épilepsies, c'est des choses comme ça, c'est des engagements cérébraux sur des glioblastomes, des tumeurs cérébrales. Des choses vraiment en urgence... Faut vraiment les accueillir avec notre savoir-faire, les protocoles, les produits adaptés... ça on sait faire.

(ESI) : Bien, je pense que si je vous parle de personnes anxieuses lors des soins, ça vous évoque des choses?

(Infirmière n°1) : Oui, oui dans notre service en particulier. Euh... du coup l'anxiété peut se manifester de différentes façons. Il y a des gens on va voir tout de suite qu'ils sont anxieux, qui vont le verbaliser alors que d'autres pas du tout. Donc la manière, l'approche va être différente en fonction de ce qu'ils peuvent exprimer. Après l'anxiété c'est un mécanisme de défense qui, plus ou moins inconscient, ça dépend des personnes, c'est un mécanisme qu'il faut respecter parce que du coup, c'est nécessaire, ça leur permet de contrer d'autres difficultés. Alors après si l'anxiété devient trop envahissante et du coup devient de l'angoisse alors là on va mettre des choses en place, donc du coup la psychologue et aussi par des thérapeutiques médicamenteuses... mais c'est vrai que l'anxiété de toutes façons on la voit énormément et moi qui travaille de nuit, je la vois encore plus parce qu'elle augmente au fil de la journée.

(ESI) : Elle se majore...

(Infirmière n°1) : Le soir et la nuit ça peut être carrément l'apothéose des fois... pour certaines pathologies, voire certains patients y en a qui sont déjà de nature anxieuse, forcément ça majore.

(ESI) : Et sur quoi vous vous attachez pour identifier l'état anxieux d'une personne comme vous dites que c'est différent?

(Infirmière n°1) : Alors du coup c'est... après chaque personne est différente et puis nous on arrive aussi avec nos propres mécanismes de défense donc du coup c'est vrai que moi je vais être plus ancrée sur tout ce qui est douleur, mais douleur physique et douleur morale. Donc c'est vrai que quand tu connais pas le patient il faut avoir un temps de recul aussi, puis c'est bien d'être à 2, de faire souvent ces visites à 2 parce qu'en soins palliatifs on travaille toujours en binôme, que ce soit le matin, l'après-midi ou la nuit. Toujours une infirmière et une aide-soignante, on a un regard différent et complémentaire donc c'est vrai que l'anxiété peut se verbaliser différemment, dès fois ça va être des gens en repli, des gens qui peuvent avoir un

regard fuyant, un débit verbal qui peut être accéléré et aussi tu peux percevoir la personne comme un peu tachycarde aussi. Après il y a des gens qui vont pas avoir du tout cette perception là, ils vont être plutôt calmes, ils ne vont pas forcément la verbaliser mais tu sens quelqu'un de tendu... C'est des choses qu'on perçoit, même si c'est pas à travers les mots l'observation elle est là.

(ESI) : Du ressenti...?

(Infirmière n°1) : Oui du ressenti voilà exactement c'est ça! Et après il y en a qui sont, c'est leur nature, il faut leur laisser un temps... Souvent ils arrivent dans un lieu différent, souvent nous avec la nuit on est des personnes encore différentes... du coup on apprend à les connaître, c'est vraiment une adaptation des 2 côtés aussi. Généralement avec moi ils sont pas trop anxieux ça va (rires).

(ESI) : Vous êtes plutôt de nature apaisante alors?

(Infirmière n°1) : Oui, oui pourtant à l'origine j'étais plutôt stressée à mes débuts et maintenant bah... ouais non ça va, ça se passe comme ça se passe. Donc du coup ça aide aussi parce que si moi je suis anxieuse, ça va pas les aider de sentir... après c'est pas toujours évident et du coup c'est vrai que moi ma collègue, qui est mon binôme aide-soignant, elle est d'origine africaine donc vous voyez elle a une autre culture, elle a plus de 50 ans donc un autre âge donc du coup c'est vrai qu'on se complète pas mal là dessus. Dès fois c'est vrai qu'on n'est pas toujours d'accord sur ce qu'on perçoit mais ça se complète.

(ESI) : C'est bien deux approches différentes.

(Infirmière n°1) : Oui, oui.

(ESI) : Et quand vous faites ce constat auprès d'un patient, qu'est-ce que vous faites? Est ce que vous pouvez illustrer par des exemples qui vous viendrait spontanément?

(Infirmière n°1) : Alors si le patient le verbalise on peut l'aider à en discuter, alors des fois ça peut être juste des silences parce que le patient il a juste besoin de dire "là, je suis anxieux". Il ne va pas forcément dire "je suis anxieux" mais il va nous dire "j'ai peur" ou on va le voir par des gestes, il va nous agripper, enfin... on le sent, on le perçoit même s'il n'y a pas forcément les mots. Donc ça va être par une approche tactile aussi mais certains patient n'aiment pas, ça dépend, euh... on va essayer de les rassurer comme on peut en fait, avec nous, notre ressenti et la personne qu'on a en face de nous. Alors après je pense que faut déjà aller dans la démarche de l'écoute, de l'observation, voir ce qu'on peut faire pour ce patient là. Et si vraiment l'angoisse elle est omniprésente, elle est envahissante et qu'elle est mal ressentie par le patient, non par le soignant mais par le patient, on peut mettre des choses en place. Donc là, est ce que le patient a déjà un passé anxieux?, est ce qu'il a déjà des traitements?, à ce moment là on va peut être voir avec le médecin si on peut donner des choses supplémentaires. Toujours avec l'accord du patient en lui expliquant les choses. Je pense qu'on peut faire des choses mais c'est aussi une question d'évaluation parce qu'on a toujours un temps de recul. La personne peut être anxieuse à un moment donné et ne plus l'être aussi, il faut identifier ce qui la rend anxieuse. Après je pense aussi que ça passe par la communication, qu'elle soit verbale et non verbale, et vraiment si elle est mal ressentie, on peut mettre des choses en place notamment au niveau médicamenteux. Mais je pense que ce qui est primordial c'est déjà d'en parler avec la personne.

(ESI) : Mmm... d'accord et là justement vous parlez d'évaluation, est ce que vous avez un support pour cette évaluation?

(Infirmière n°1) : Oui. Alors déjà on va parler avec la personne et du coup autant on a des échelles pour la douleur, et ces échelles pour la douleur on va les adapter aussi pour la douleur du coup non pas physique mais psychique. Donc nous à l'hôpital on utilise tout ce qui est Algoplus, l'observation pour la douleur physique et tout ce qui est EVS, donc échelle simplifiée au niveau douleur. Donc du coup on va adapter ces échelles là aussi au niveau de l'anxiété et après on va le formuler en transmissions ciblées au médecin. Parce qu'avant on le formulait sur les transmissions par exemple mais le médecin ne pouvait pas coter cette douleur psychique donc du coup on a décidé aussi d'adapter ces échelles là aussi à l'anxiété comme ça le médecin peut coter le ressenti du patient tout en ayant après une approche auprès du patient lui-même et voir si ce que nous on a coté le patient le ressent de la même façon parce que dès fois c'est pas toujours la même chose donc il y a une autoévaluation et une hétéroévaluation qui sont importantes. La douleur physique, mais la douleur psychique notamment en unité de soins palliatifs est très très importante.

(ESI) : Oui, elle est très importante et quand vous parlez d'autoévaluation, c'est le patient...

(Infirmière n°1) : Le patient qui évalue lui-même cette fameuse douleur, cette fameuse gêne et donc du coup l'hétéroévaluation c'est ce que le soignant lui va percevoir. Alors des fois ça va être concordant, des fois pas du tout mais je pense que les 2 sont à noter au départ pour pouvoir réévaluer les choses.

(ESI) : D'accord et quand vous dites que c'est l'échelle comme Algoplus qui est adaptée pour l'anxiété, vous gardez les mêmes items?

(Infirmière n°1) : Oui, on garde les mêmes items.

(ESI) : D'accord donc sur le faciès, les mimiques...

(Infirmière n°1) : Voilà, voilà oui alors du coup ces 2 échelles là sont gardées au niveau de l'établissement mais nous au niveau de l'anxiété, on les a adaptés et décidés de les utiliser récemment autant pour l'anxiété mais uniquement dans notre service. C'est une décision d'équipe en fait.

(ESI) : Bien et alors justement moi j'avais fait un questionnaire pour des services de médecine général, là c'est vraiment en soins palliatifs. Donc vous est ce que vous utilisez des plans de soins type?

(Infirmière n°1) : Oui.

(ESI) : Vous avez des plans de soins type? Et bien est ce qu'il y a un icône sur l'anxiété? Quelque chose pour l'évaluer systématiquement?

(Infirmière n°1) : Alors si vous voulez on a notre plan de soins avec tous les soins qu'on doit délivrer notamment médicamenteux, les soins de surveillance que l'on doit faire, que les médecins souhaitent que l'on fasse et autrement on a un diagramme de soins où on note tout ce qui est constantes. Alors dans les constantes il y a tout ce qui est effectivement tout ce qui est tension, les choses comme ça mais il y a aussi du coup tout ce qui est douleur. Donc là la douleur on va avoir l'EVS, l'Algoplus, et du coup là on va mettre une note et dans cette note on

va mettre aussi un commentaire. Parce que, à la base je vous disais, c'est des échelles qui étaient utilisées seulement pour la douleur physique mais nous on a décidé de les adapter autrement, en parallèle. On a aussi une petite icône sur notre ordinateur où on va dans le mode portail. Dans le mode portail on a tout, les compte-rendus des médecins, le plan de soins en "abrégé" du patient et toutes les dernières données, alors s'il a uriné, s'il a eu des selles, la tension, on a toutes les données des dernières 24 heures. On a une approche globale de la personne donc c'est vraiment très important dans le service, une approche globale. On voit tout et donc là il va se dire on me met une EVS à 4, qu'est ce qui se passe? Il va voir tout de suite le commentaire, ça va l'interpeller et ça va l'interpeller plus si on met une cotation que si on met juste une petite transmission, ça appuie. Parce que si c'est pas tracé, il n'y aura pas de donnée... c'est pas le même suivi. Et souvent on voit dans d'autres services comme en médecine que le personnel est content parce que le patient vient chez nous, admettons pour une altération de l'état général, de la douleur vraiment extrêmement forte qui n'est pas soulagée et euh donc là je leur dit bah oui vous nous dites qu'il est douloureux, rien n'a été fait? Est ce que vous l'avez tracé? Non. Il y avait des transmissions écrites, il y avait des transmissions orales mais ça n'a pas été coté donc du coup ça n'a pas la même importance, pour le médecin ce n'est pas assez parlant.

(ESI) : Ca n'a pas la même valeur?

(Infirmière n°1) : Ouais.

(ESI) : Donc c'est bien vous répondez un peu à toutes les questions. Je me demandais un peu comment ça se passait, comment vous faisiez pour objectiver donc justement vous utilisez bien une échelle comme pour la douleur. Et comment ces éléments étaient partagés donc vous m'avez répondu que c'est dans le dossier, dans votre portail. Tout est tracé.

(Infirmière n°1) : Il y a tout.

(ESI) : Vous en parlez aussi aux transmissions...

(Infirmière n°1) : Aux transmissions parce que aussi des fois il y a des moments spécifiques où ça ressort, il y a des moments où on a l'impression que ça stagne un peu, qu'il n'y a pas assez de choses qui sont faites. Moi travaillant de nuit je n'ai pas accès directement au médecin. On peut communiquer par mails, par le biais des transmissions mais ce n'est pas pareil, on ne l'a pas directement donc du coup c'est important pour nous de coter et du côté aide-soignant aussi parce qu'eux aussi ils ont, je dirai, un devoir, pas forcément de faire des transmissions, ils peuvent en faire aussi parce qu'ils ont un autre regard qui est tout aussi important et du coup ils ont un devoir, je dirai par contre de coter certaines choses. Parce que quand ma collègue me dit un tel est douloureux, moi je n'étais pas là à ce moment là, je lui dis et bien il faut que tu le traces, il faut que tu décrives ce qui s'est passé, que tu argumentes toi aussi. C'est important et donc du coup nos médecins tiennent à ce que nos aides-soignants le fassent aussi, ils font partie intégrante de l'équipe, ils font partie du soin. Donc c'est très important que chaque membre de l'équipe cote les choses.

(ESI) : Cote et partage ce qu'il voit...

(Infirmière n°1) : Oui, oui, c'est pas forcément l'infirmière, pas que l'infirmière. Souvent les collègues aides-soignants comptaient sur nous mais nous aussi on peut oublier et surtout on peut voir les choses différemment même sur le même moment donc c'est important d'avoir aussi des cotations des 2 côtés.

(ESI) : C'est super... riche. C'est euh... Et sinon peut-être juste pour illustrer, est ce que vous auriez le souvenir d'une personne vraiment anxieuse et le comment ça a pu se dérouler?

(Infirmière n°1) : Alors oui, oui j'en ai pas mal. J'avais une dame qui était très très anxieuse et aussi très très douloureuse. Alors cette dame ce qui était un peu frustrant pour nous en tant que soignants c'est qu'elle se plaignait, elle manifestait des choses, on sentait qu'elle était douloureuse vraiment physiquement. C'est une dame qui avait un cancer généralisé des os avec de multiples fractures et vraiment qui arrivait en fin de parcours, en fin de vie. Et euh du coup cette dame, elle rejetait tout ce qu'on pouvait proposer mais tout en se plaignant, tout le temps, donc il y avait un mal être total, que ce soit physique ou psychique et c'était vraiment frustrant. Donc du coup il a fallu décortiquer et en même temps respecter ce choix, parce que ce qui est dur en tant qu'infirmière ou en tant que soignant c'est d'avoir tout à disposition et de rien pouvoir mettre en place parce qu'il faut respecter le choix du patient. Donc c'est dur de cheminer avec quelqu'un qui se plaint et qui ne veut rien, jusqu'au moment où on a compris qu'elle ne souhaitait rien et surtout le pourquoi. En fait c'est une dame qui était croyante et pour elle il fallait, elle avait la certitude qu'il fallait qu'elle souffre, qu'elle supporte cette souffrance parce que pour elle c'était ses péchés passés, peu importe ce qu'ils étaient, elle ne les a pas exprimés mais c'était sa vie et pour elle il fallait donc qu'elle souffre. Cette souffrance était normale pour elle pour accéder au paradis. Donc du coup il a fallu qu'on chemine avec elle, qu'on accepte ce qu'elle nous disait, par contre il a fallu reposer les choses. Si jamais ça allait moins bien, il y avait toutes sortes de choses et ça, petit à petit, ça l'a rassurée de se dire là et bien finalement j'ai souffert mais je n'en peux plus, il y a des choses à mettre en place, on m'a écoutée, on m'a entendue... jusqu'au jour où elle a lâcher prise. Le lâcher prise qui n'est pas évident et bien elle a accepté les choses. C'est très dur pour un soignant de ne pas soulager les maux.

(ESI) : Dur et frustrant...

(Infirmière n°1) : Voilà, en tant que soignant on a l'impression de ne pas faire notre travail.

(ESI) : Elle était en demande et en même temps elle refusait l'aide...

(Infirmière n°1) : Mais en même temps, on a accepté ses choix, on a adhéré à ses choix, on a tout fait en fonction même si pour nous c'était d'un inconfort total mais c'était son choix à elle. Donc il y a toutes sortes de patients. On a souvent aussi des patients en demande de mort mais la demande de mort il faut savoir que ça n'en n'est pas forcément une. Alors quand j'ai commencé il y a quelques années en soins palliatifs, pour moi tout de suite il fallait mettre quelque chose en place parce que c'était pas possible d'entendre ça. Mais c'était moi finalement qui ne pouvait pas entendre ça et finalement quand on prend le temps et qu'on est un peu plus à l'aise, que tu les écoutes et bien ils se sentent compris et donc du coup la demande de mort est rarement réitérée. Rarement. C'est surtout un mal être qu'ils expriment et qu'ils expriment de manière forte. Donc il y a toutes sortes de personnes, il y aura toujours des cas différents mais l'expérience fait que maintenant, je me dis qu'il y a de l'anxiété et que c'est bien qu'ils la verbalisent, il ne faut pas chercher à la faire taire forcément. Et là où il faut faire quelque chose c'est quand la personne s'en plaint, que ça devient envahissant pour elle et du coup qu'elle se transforme vraiment en angoisse. Donc là effectivement il est impératif de faire des choses en équipe, avec le médecin, avec le patient, ses ressentis... qu'est ce qu'il veut, est ce qu'il veut qu'on fasse taire ce symptôme là?, est ce qu'il veut qu'on le soulage un peu? à quel moment? Enfin ça dépend, c'est un vrai travail d'équipe avec le patient. Le patient est vraiment au centre.

Annexe VIII: Retranscription de l'entretien n°2

(ESI): Alors pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter? Votre parcours professionnel?

(Infirmière n°2): Alors moi je suis infirmière depuis mai 2006. J'ai fait mon stage pré pro ici où j'ai été embauché ensuite. Dans un premier temps en tant qu'aide-soignante en attendant les résultats du diplôme. Je suis passée dans tous les services c'est-à-dire en cardiovasculaire, en nutrition donc TCA: anorexie, obésité et en RDN: réadaptation digestive et nutritionnelle. J'ai fait également des remplacements en consultations, pour remplacer l'infirmière stomathérapeute en consultation, pendant les vacances. J'assiste parfois les médecins aux GPR.

(ESI): Ca vous plaît?

(Infirmière n°2): Oui, j'aime bien c'est complet. Je vois plein de choses différentes. En changeant de service, on change un peu de métier. Moi ça me plaît.

(ESI): Ca permet de se diversifier et de ne pas tomber dans une routine

(Infirmière n°2): Et de s'ouvrir à plein de choses, à plein de nouveautés, d'évoluer tout le temps donc ça permet de connaître plusieurs pathologies, les traitements. Et se remettre au point régulièrement.

(ESI): La question suivante était la nature du service et des patients accueillis mais vous y avez déjà répondu. C'est parfait. Euh... si maintenant je vous parle de personnes anxieuses pendant les soins, est ce que cela évoque quelque chose pour vous?

(Infirmière n°2): Oh oui. Alors, en digestif par exemple il y a tous les patients qui ont des cancers, c'est très anxiogène. L'avenir, savoir quel(s) traitement(s) ils vont avoir, où si le traitement va être efficace. Il y a tous les patients qui ont des stomies parce qu'au niveau de l'image corporelle c'est très compliqué que ce soit temporaire ou pas. Là c'est 2 choses complètement différentes mais 2 angoisses quand même réelles. Et puis je ne sais pas si je parle aussi de la cardio?

(ESI): Oh si!

(Infirmière n°2): On a des soins, comme des patients qui ont des soins très compliqués et ils savent qu'ils sont dépendants d'une machine. Si la machine s'arrête, le coeur s'arrête. Et ça c'est très très angoissant pour eux.

(ESI): Ca se comprend.

(Infirmière n°2): C'est ça. Donc c'est complètement différent, les angoisses sont différentes en fonction des pathologies mais elles sont réelles et dans beaucoup de service.

(ESI): Et à quoi vous attachez-vous pour dire que la personne présente un état anxieux?

(Infirmière n°2): Il y a le discours déjà. Les patients par exemple qui ne veulent absolument pas voir leurs soins, qui ne veulent pas être autonomisés, très vite on se rend compte en fait, euh... Quand ils bloquent, ils bloquent complètement sur un soin, ils ne veulent pas regarder, ils ne veulent pas toucher, on voit bien qu'en creusant un peu c'est à cause de l'angoisse, de l'anxiété et bah de se voir comme ça. De savoir comment ça va se passer chez eux, c'est quand même très compliqué.

(ESI): Et donc il n'y a pas de signes spécifiques?

(Infirmière n°2): Euh ça peut être par exemple... une fois qu'on a passé ce stade là et qu'ils commencent à être éduqués par exemple dans l'éducation thérapeutique, ça peut être les tremblements, quand ils parlent ils bafouillent, ils ont du mal à intégrer ce qu'on leur dit, ils n'enregistrent pas ce qu'on leur dit. Ca ça peut être des signes mais sinon c'est dans la parole surtout, ce qu'ils disent, en creusant un peu on se rend compte.

(ESI): D'accord et quand vous faites ce constat auprès d'un patient avez-vous une démarche spécifique?

... *silence*

(ESI): Est ce que vous avez peut-être des exemples pour vous aider à illustrer?

(Infirmière n°2): Euh... alors... Bah les exemples le plus, c'est quand même les patients qui ont des stomies. Souvent ils sont très angoissés et nous on essaie de les autonomiser pour rentrer à domicile, ces des soins qui sont très anxiogènes. Déjà nous notre rôle c'est de bien connaître notre soin et notre matériel, ça va les rassurer de savoir..., de les rassurer sur le... que le soin est assez simple et qu'il est faisable par quelqu'un de non professionnel. On a eu aussi un patient qui lui n'était pas contre un retour à domicile, la chirurgie n'allait se faire que dans 4 mois pour un rétablissement de continuité mais c'est ses enfants qui étaient absolument contres et qui étaient angoissés par une iléostomie à domicile. Pour eux c'était inimaginable d'avoir une poche à domicile! Et dans ces cas là et bien c'est à nous de connaître le sujet, de bien leur expliquer comment ça se passe et de monter. En fait c'est en montrant, en faisant faire les choses, que les gens s'approprient le soin et qu'ils comprennent que c'est faisable.

(ESI): C'est de la réassurance.

(Infirmière n°2): Ouais de la réassurance, c'est ça. Aller chercher ce qui les angoissent parce que finalement chacun va avoir une angoisse finalement différente. Certains ça va être "bah oui mais si ça fuit la nuit, qu'est ce que je fais?", d'autres ça va être "je ne vais plus pouvoir aller faire mes courses". Enfin ça va être des angoisses dans leur quotidien mais différentes en fonction de chacun. Certains c'est "je veux absolument pas que ma femme me regarde, me voit" et d'autres au contraire c'est "il faut absolument que ma femme apprenne parce que je ne me sens pas capable tout seul". Donc les angoisses sont différentes, donc à nous de savoir quelle est l'angoisse pour pouvoir bien la comprendre, et d'où vient l'angoisse.

(ESI): Et comment faites-vous pour identifier quelle est l'angoisse?

(Infirmière n°2): Et bien il faut chercher, il faut questionner le patient, euh... Parfois ils ont du mal à expliquer mais en creusant vraiment..., en ..., il faut connaître le patient en fait, il ne faut pas faire ça, euh... il faut connaître son patient, il faut connaître son histoire, comment c'est

arrivé parce que... si c'est complètement soudain, s'il n'a pas été du tout préparé, s'il est accompagné dans sa vie et puis euh... petit à petit. Il faut que lui il est aussi confiance en nous et petit à petit c'est sur que c'est pas en deux jours qu'on va y arriver quoi. S'ils sont très très angoissés, pour répondre à leur angoisse, il faut plusieurs jours parfois, par exemple, bah moi je ne vais pas y arriver et ça va être une collègue ou quelqu'un d'autre qui va réussir, donc c'est pour ça que c'est important aussi d'être plusieurs parce que parfois ça nous arrive de ne pas identifier ce qui va être angoissant pour lui alors que l'autre va mieux comprendre. Et puis ben petit à petit, sur le long terme, parfois il faut plusieurs semaines pour certaines personnes parce que certaines personnes on va répondre à leur angoisse on va leur dit "mais non, ça vous voyez ça se passe bien" mais il y a une autre angoisse qui va venir donc euh voilà... et puis il y a des personnalités, il y a des gens qui sont plus angoissés que d'autres donc euh qui vont vouloir essayer d'anticiper le maximum.

(ESI): Donc, en fait là ça s'inverse. C'est aux soignants de devenir patients!?

(Infirmière n°2): Bah d'être patient avec le patient, c'est exactement ça!

(ESI): C'est d'être avec eux quoi.

(Infirmière n°2): Parce que ça peut faire, enfin euh... c'est difficile de faire vite. Sur certaines choses en tous cas. L'angoisse ça peut être... par contre parfois on ne peut pas répondre à leur angoisse... sur l'avenir. Sur les soins, là nous on peut parce que c'est des choses concrètes où on a des réponses. Par contre quand l'angoisse est liée, euh par exemple à la mort ou au devenir, ben on peut pas toujours rassurer. Donc on peut expliquer, le mieux c'est de trouver les mots pour expliquer et puis ben parfois c'est que, euh..., l'oncologue, le spécialiste qui va pouvoir répondre aux questions très spécifiques. Sur l'avenir, par contre les angoisses sur l'avenir, c'est compliqué de, à gérer... parce que c'est pas concret, il n'y a pas... euh... ça fait pas $1+1=2$, c'est plus aléatoire.

(ESI): Ca se complexifie quoi.

(Infirmière n°2): Ouais, c'est ça.

(ESI): Et quand vous vous identifiez qu'une personne est anxieuse, quelle démarche entreprenez-vous au sein de l'équipe?

(Infirmière n°2): Donc une fois qu'il y a l'écoute, il y a les transmissions, on se transmet les uns aux autres que les personnes sont angoissées, déjà pour qu'on puisse le savoir chacun et y faire attention. On peut en parler au(x) médecin(s), voir avec le patient s'il souhaite un anxiolytique, s'il souhaite quelque chose pour l'aider, par exemple ça peut l'empêcher de dormir... on peut demander. Ou avant un soin certaines personnes ont besoin d'un anxiolytique ou d'un anti-douleur parce qu'ils ont peur d'avoir mal. Et puis on a les psychologues, pareil on peut demander au patient s'il souhaite voir un psychologue, voir même un psychiatre aussi si on trouve que la personne est même dépressive.

(ESI): D'accord. Et je vois, euh... dans les plans de soins type que vous utilisez, est ce que ce type d'événement est tracé?

(Infirmière n°2): Alors ça ne va pas être dans le plan de soins, ça va être dans les transmissions. On va noter dans les transmissions que le patient est angoissé par ses soins. On a, par exemple pour l'éducation ou le devenir, on va essayer de transmettre... euh, les choses qui l'angoissent vraiment et on va se transmettre oralement les informations les uns aux autres.

(ESI): Mhum... d'accord. Et est ce que dans... pff, là c'était une question, c'était plus pour les services de médecine où ils accueillent un peu plus de patients... euh... il y avait certaines pathologies, par exemple on sait que les personnes qui sont BPCO, ils ont en fait dans leur diagnostic, l'anxiété en fait qui est déjà incluse. Est ce que vous vous avez ça dans vos plans de soins type ou euh...?

(Infirmière n°2): Non.

(ESI): Non. ... ?

(Infirmière n°2): Non, on n'a pas. C'est à nous d'aller chercher et de voir si il y a de l'anxiété mais euh... non on n'a pas dans le plan de soins type, il n'y a pas.

(ESI): D'accord. Et est ce que dans vos prises en soins vous vous servez d'échelles pour objectiver le niveau d'anxiété des patients?

(Infirmière n°2): Non. Non, on n'a pas d'échelles, alors après on peut le faire, comme l'échelle EVA mais c'est pas trop utilisé... dans le service.

(ESI): D'accord. OK. Donc voilà bah les éléments sont partagés vous disiez donc c'est surtout au niveau des transmissions...

(Infirmière n°2): Ouais, ouais, orales et écrites, on essaie de bien noter quand il y a un patient qui est angoissé, et où est son angoisse, pour que ça puisse être pris ensuite par d'autres professionnels. Si c'est une angoisse, par exemple, d'autonomie et bien on va en parler au kiné pour qu'il puisse travailler sur l'autonomie et sur les angoisses. Si c'est une angoisse sur le retour à domicile et le logement, par exemple, et bien on va en parler à l'assistante sociale, on a la chance quand même d'avoir plein de professionnels ici qui peuvent répondre spécifiquement aux besoins du patient. Et il faut savoir que les ateliers de relaxation qui ont été mis en place le vendredi après-midi, c'était justement pour répondre aussi à ces angoisses, d'être euh... soulagés, détendus.

(ESI): Ah, d'accord.

(Infirmière n°2): Ben oui parce que c'est quand même récurrent chez nos patients.

Annexe IX: Retranscription de l'entretien n°3

(ESI): Pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter? Votre parcours?

(Infirmière n°3): Ca va être rapide. J'ai 22 ans, je suis diplômée depuis juillet 2019. Après le diplôme j'ai travaillé 6 mois dans une clinique chirurgicale, en chirurgie viscérale, orthopédique, urologique et ORL avec un service d'ambulatoire et un service d'hospitalisation. Et après je suis arrivée en réadaptation digestive.

(ESI): D'accord, ben c'est de la chirurgie assez variée, enfin...

(Infirmière n°3): Oui, il y a aussi de la chirurgie bariatrique. J'ai fait de l'ambulatoire, j'ai fait de la salle de réveil et j'ai fait des consultations.

(ESI): Et donc ici quelle est la nature du service et des patients accueillis?

(Infirmière n°3): Alors ici on accueille des patients en réadaptation digestive qui ont besoin de renutrition ou alors des patients en médecine toujours en besoin de renutrition mais avec des objectifs de soins différents en fait. Après qu'ils ont repris du poids c'est pas forcément, en fait pour rentrer chez eux, ça peut être pour continuer une chimio, ça peut être plein de choses... ouais ça peut être pour pouvoir se faire opérer. On a des patients qui viennent là en attente d'un rétablissement de continuité et ils peuvent pas faire parce qu'ils sont trop dénutris et donc... euh... après...

(ESI): Bien. Alors là on va rentrer un peu plus dans le vif du sujet, si je vous parle de personnes anxieuses lors des soins, qu'est ce que cela évoque pour vous?

(Infirmière n°3): Votre question là... elle est dure... Une personne anxieuse lors des soins? Bah c'est... qu'est ce que ça évoque? Bah c'est quelqu'un qui est angoissé, qui pose... alors je trouve que les angoissés soit ils ne parlent pas mais ils sont contractés. Tu es là pour une prise de sang, t'as pas de veines alors qu'il a des boulevards normalement. Soit ils parlent pas, soit ils parlent mais à un débit de paroles... qui parlent, qui parlent. Et en fait tellement ils parlent bah en fait t'as du mal à te concentrer, ils te posent beaucoup de questions. C'est les mêmes questions, tous les jours les mêmes questions d'ailleurs mais alors euh... c'est quoi la question?

(ESI): Si je vous parle de personnes anxieuses lors des soins, qu'est ce que cela évoque pour vous? Après sinon je peux vous aider... est ce que vous pensez que c'est une situation qui est fréquente?...

(Infirmière n°3): Oui, c'est une situation fréquente et euh? je pense qu'en fait tous les patients sont stressés. T'as pas un patient qui va venir hospitalisé et tu vas lui quelque chose et ben il va se demander "pourquoi on me fait ça en fait?", "pourquoi je suis hospitalisé?" et encore à la limite il peut le comprendre mais à moins que tu sois en maternité, t'es hospitalisé c'est pas

franchement bon signe donc oui je pense qu'ils sont angoissés après ils sont pas forcément angoissés du geste, par exemple une prise de sang pour certains c'est anodin, ils sont peut être angoissés du résultat. Donc parfois quand tu les piques ou alors ben quand tu fais leur pansement ben ils vont attendre de savoir si c'est beau, si la plaie elle s'est améliorée, si c'est mieux, si c'est en voie de cicatrisation, enfin... C'est plutôt, je pense, le après, c'est pas le geste en lui-même mais ce qui va venir derrière, ce que ça va induire sur son état de santé.

(ESI): D'accord et, euh, à quoi est ce que vous vous attachez pour identifier un état anxieux chez une personne?

(Infirmière n°3): Je m'attache? Comment ça?

(ESI): Qu'est ce que... quel(s) signe(s)? Qu'est ce que vous voyez?

silence

(Infirmière n°3): Et bien je t'ai dit tout à l'heure, le débit de parole, le mutisme... ils ont aussi euh... souvent des... "tics nerveux". Soit ils ne vont pas du tout regarder et en fait ils vont bouger la tête comme si... enfin je sais pas c'est compliqué à expliquer... enfin des tics nerveux ou alors euh... dans le regard t'as l'impression que tu vas les tuer. Ils sont apeurés... et puis euh... C'est beaucoup dans la gestuelle, dans le non-verbal. En fait le verbal je pense qu'il n'y a que le débit de parole et le mutisme sinon de toutes façons si tu parles pas bah y a plus de verbal mais ouais c'est surtout dans la gestuelle. Ou avant, bah tu vas leur dit "je reviens dans 10 minutes pour tel soin" et ils vont être stressés en fait, tu vas entrer dans la chambre et "ah, déjà"...

(ESI): Et quand vous faites ce constat auprès d'un patient qu'est ce que vous faites? Là si ça peut vous aider ben vous pouvez vous servir d'exemple, comme vous le faites depuis tout à l'heure.

(Infirmière n°3): Alors, on va réfléchir... un exemple... On va prendre un exemple tout bête du lovenox, de l'HBPM. Tu vas pour faire ta piqûre, alors j'en n'ai jamais eu mais il paraît que ça fait mal et il y a certains patients ben ça fait x temps qu'ils en ont et en fait ben au bout d'un moment ben ils en veulent plus quoi. Ça fait des bleus, ça fait... les points de ponction deviennent indurés, ça fait mal et du coup ben moi je détourne l'attention. C'est ça la question hein? Il fallait que je trouve des moyens?

(ESI): Non, pas forcément je vous demandais comment vous faites...quand vous faites ce constat.

(Infirmière n°3): Ben, moi je détourne, je détourne tout le temps l'attention. Euh... à part si c'est un patient qui est très... très fixé sur le soin et ben je vais discuter avec lui du soin mais en fait... ouais je fais tout... je détourne tout le temps l'attention. Par exemple, un lovenox si le

patient est vraiment focalisé sur son soin et qu'il ne m'écoute pas et bien par exemple, je vais pincer très fort, enfin très fort, je vais pincer la peau, il va plus se focaliser sur le fait "et bien c'est bizarre elle me pince un peu plus fort que d'habitude", que sur la piqûre. Ou alors et bien j'utilise un truc que j'ai appris à l'école, c'est l'hypnose conversationnelle, voilà... On a beaucoup appris ça à l'école, on n'induit pas la douleur, par exemple on ne dit pas "est ce que vous avez mal?" mais "comment vous vous sentez aujourd'hui?". C'est des trucs tout bêtes mais tu peux pas les appliquer avec tout le monde donc euh... ça marche bien la télé aussi. Il y a des patients qui éteignent quand tu arrives, tu leur demandes pas de rallumer mais on a un patient là qui a tout le temps la musique, tout le temps, tout le temps, mais c'est sur la télé, c'est des clips vidéos et alors il baisse quand on arrive mais moi je lui dis de pas forcément couper le son parce qu'il reste focalisé sur la musique et puis on va parler de la musique ou alors de choses banales et en fait ça va passer tout seul.

(ESI): D'accord. Et quand vous identifiez que la personne est anxieuse, quelle démarche entreprenez-vous au sein de l'équipe?

(Infirmière n°3): Alors ça dépend quelle anxiété. Si c'est une anxiété liée aux soins bah je vais juste en parler qu'il était stressé, voilà, honnêtement je vais pas forcément...si c'est lié aux soins, euh... à part si c'est un gros soin, par un exemple un gros pansement, là peut-être qu'on pourrait envisager euh... des... pff même pas... en fait c'est l'appréhension de la douleur, tout ça c'est lié à la douleur. Ils sont rarement anxieux parce qu'on va leur faire du bien. Mais euh... Ouais si c'est un, si c'est lié aux soins on peut peut-être envisager une prise en charge thérapeutique... Après si c'est un patient qui est anxieux de nature ou alors qui est, ben, angoissé, il arrive pas à dormir, il est angoissé pas forcément parce qu'on va lui faire quelque chose mais il se sent angoissé, bah là oui euh... Soit on met en place des choses euh... non médicamenteuses qui peuvent le détresser, le détendre alors le problème c'est que ça dépend des endroits où tu travailles, à l'EHPAD tu as le snoezelen, en addicto tu as la musicothérapie, ici... ben des fois à la limite la kiné ben ça devient un peu leur exutoire... Mais en fait il faut leur changer les idées alors si on peut organiser, ben ici il y a des ateliers qui sont organisés pour euh... les personnes en obésité je crois... Et pour le digestif, il n'y a pas énormément d'ateliers, ils sont tellement dénutris que limite ils ne peuvent pas trop sortir de leur chambre... On a un patient il est tellement angoissé et en plus avec l'actualité, il habite à côté de la Sagesse, il a trop peur d'être contaminé, lui par contre par exemple tu peux pas lui parler, tu peux pas le faire changer de discours, tu peux rien faire avec lui donc du coup lui par exemple on a instauré un traitement médicamenteux pour qu'il puisse dormir la nuit, parce que sinon il ne dort pas.

(ESI): D'accord.

(Infirmière n°3): Au sein de l'équipe on en parle et on voit si c'est un patient qui est connu d'avance, parce que moi je viens d'arriver, mais si c'est un patient qui est connu d'avance et qu'il a toujours été anxieux et qui a eu un traitement et qu'il n'en n'a plus et bien on va le remettre et si c'est pas connu et ben on va essayer de savoir pourquoi et puis parfois même de discuter avec la famille ça permet de savoir pourquoi ils sont anxieux. Voilà.

(ESI): L'approche par l'entourage... Et dans les plans de soins que vous utilisez, est ce que ce type d'événement est tracé? Et comment?

(Infirmière n°3): Quand tu fais tes transmissions ciblées, tu as une cible qui s'appelle communication, alors moi quand j'ai un problème là-dessus, qu'ils sont anxieux ou quoi, je mets ça là dedans. Après euh... on a aussi euh... entourage, famille je crois ou entretien avec la famille, quelque chose dans le genre et là tu mets par exemple "la famille m'a dit que monsieur était anxieux ou ne se sent pas bien, voudrait avoir plus de compagnie" par exemple. C'est tout bête mais par exemple des patients ils ne vont jamais nous dire qu'ils aimeraient dormir la porte ouverte et en fait tu apprends par leur famille qu'ils ont l'habitude de dormir la porte ouverte parce qu'ils entendent un peu plus ce qui se passe, ils sont moins dans le noir. Le problème c'est que dans les services en général, on n'est pas discrètes et puis en plus de ça on met la lumière mais il y a des patients ça les rassure ou alors de ne pas fermer les volets. Ils sont plus... ils sont mieux, ils dorment mieux si les volets ne sont pas fermés.

(ESI): D'accord, c'est des petits détails qui font les grandes choses. Et euh alors au tout début j'avais orienter mon questionnaire plus vers des services de médecine mais de médecine générale on va dire et j'avais une question qui était : il y a certaines pathologies, on peut prendre par exemple la BPCO, qui sont connues en fait pour exposer davantage à ce type de problème, l'anxiété, et est ce que les plans de soins y font référence, ici?

(Infirmière n°3): Non. Alors ici en plus, ils viennent pour un problème et en fait ils en ont 50 alors on prend en charge les problèmes mais ouais... c'est vrai que non pas ici. Je sais que dans mon ancien travail, en chirurgie par rapport à l'anxiété, on fait un questionnaire, ils voient l'anesthésiste avant et quand ils arrivent on fait un questionnaire pour savoir s'ils ont des douleurs, tout ça et on n'a pas la case, on a demandé à l'avoir mais on ne l'a pas encore, la case par rapport à l'anxiété mais souvent il y a des prémédications qui sont faites, par exemple en systématique pour les enfants et pour le jeune qui a 17 ans, bah euh il est..., c'est notamment en ambulatoire, en ambulatoire c'est d'autant plus stressant pour les gens parce qu'ils se disent "mais comment ça je vais me faire opérer et je vais rentrer chez moi le soir". Mais euh... ils n'ont pas forcément de prémédication, du coup on a demandé à ce que ce soit mis en place au lieu de le tracer mais en fait on a des protocoles, on fait validé... On passe un coup de fil à l'anesthésiste, on lui dit "il est stressé est ce que je peux lui donner?" mais on a un protocole qui dit que par exemple de tel âge à tel âge, on peut donner 20 gouttes d'Haldol ®... et ... une ampoule de Midazolam ®, pour les enfants ouais. On a plein de moyens mis en place pour les enfants, maintenant on a une petite voiture pour quand ils quittent leurs parents jusqu'au bloc.

(ESI): C'est excellent.

(Infirmière n°3): C'est trop bien. Et euh donc ça c'est pour les enfants, après il y a des jeunes ils ont pas peur mais t'en as, ils le disent pas ou alors t'as des gens ils sont fumeurs alors les fumeurs plus mauvais patients, désolée... parce que les fumeurs ils sont comme ça sur la table et

puis ils te disent “non, non je ne suis pas stressé”, tu leur demandes “vous voulez un patch?”, “non, non je ne suis pas stressé” et on fini toujours par leur donner une prémédication, pareil on a un protocole pour les patchs parce que ben même si la personne elle ne fume que 5 cigarettes dans la journée et ben finalement tu te rends comptes que ces 5 cigarettes et ben c’est au moment où elle est le plus stressée.

(ESI): Et... dans vos prises en soins est ce que vous vous servez d’une échelle pour objectiver le niveau d’anxiété des patients?

(Infirmière n°3): Du tout. Je ne sais même pas s’il y en a une qui existe. Il y en a une?

(ESI): Si, il y en a quelques-unes.

(Infirmière n°3): Honnêtement, j’ai du en voir à l’école... pourtant c’était il y a pas si longtemps que ça...

(ESI): Moi je n’en n’ai pas vu à l’école.

(Infirmière n°3): T’en as pas vu à l’école?

(ESI): Non, justement on nous parle de l’anxiété et c’est de là qu’est parti mon mémoire... c’est que... on le retrouve en facteur favorisant de plein...

(Infirmière n°3): De problèmes !

(ESI): De problèmes, oui. Mais c’est pas, comme par exemple on sait que... la mauvaise alimentation ben du coup on va pouvoir agir là dessus en mettant des choses en place, que l’anxiété, ça reste quelque chose de flou en fait.

(Infirmière n°3): C’est propre à la personne, moi je dis, je pense hein. Tu vois moi demain je me fais hospitalisée ben bien sur que je vais être stressée. Bah par contre l’infirmière, elle vient me voir, elle me dit “vous êtes stressée?”, je vais lui dire “non, non ça va!”.

(ESI): Mais est ce que le stress et l’anxiété, c’est la même chose?

(Infirmière n°3): Est ce que les gens font la différence? Alors l’anxiété il faut savoir que c’est aussi une maladie, c’est une maladie hein. Et, euh... le stress non. Tu as du bon stress sécrété par tes hormones, voilà euh... l’anxiété généralisée c’est une maladie et ça engendre des conséquences par exemple moi j’en ai fait longtemps les frais, j’ai fais des crises de spasmophilie et des crises d’angoisse modérée et donc pour ça soit ils te donnent des traitements médicamenteux, limite des antidépresseurs... mais moi je me suis mise au sport. C’était au lycée, c’était très compliqué, je faisais... j’hyperventilais, je transpirais d’un coup, je me mettais à trembler mais vraiment des crises de tétanie quoi.

(ESI): Des crises d'angoisse.

(Infirmière n°3): Des bonnes vraies crises! Tout le monde flippait, tout le monde croyait que je faisais de l'épilepsie, mais non. Et c'est vrai que les médecins en fait au début ils disaient, et même mes parents, "t'es stressée, t'es stressée, c'est bon". Bah ouais mais non, ça a duré 3 ans. Mais en fait tout ça c'est un élément déclencheur, quelqu'un qui peut être stressé... moi c'était un déménagement mais euh... t'as plein de problèmes. Donc euh moi j'ai dit non aux médicaments mais y en a plein ça les aide. Moi j'ai pris des plantes, ça fonctionne bien aussi, il faut penser à l'homéopathie, les odeurs qui adoucissent...

(ESI): Et comment tous ces éléments autour de l'anxiété sur les patients sont-ils partagés?

(Infirmière n°3): Comment ça? Partagé avec qui?

(ESI): Bah, je sais pas avec le personnel avec qui vous... auprès de qui vous en parlez?

(Infirmière n°3): En général tu arrives, tu constates que ton patient est anxieux, t'arrives dans la salle de soins tu dis "mince, il est anxieux" s'il y a du monde sinon ça sert à rien... et tu finis par appeler le médecin si vraiment ça ne passe pas. Après euh, je suis pas très médicaments donc j'ai pas tendance tout de suite à appeler le médecin, je prévient et je le trace maintenant tout ce qu'on fait il faut qu'on l'écrive...

(ESI): Et vous le tracez comment?

(Infirmière n°3): Bah je fais une transmission écrite, je fais une transmission orale, je fais... même j'en parle au patient, en général il se sent angoissé. Après j'en parle au médecin quand ça devient récurrent et que ça l'empêche de dormir, parce qu'en fait moins les gens dorment et plus ça majore leur anxiété parce qu'ils comprennent pas pourquoi ils dorment pas, ils pensent que c'est dû à leur maladie et tout ça c'est un engrenage, c'est une horreur. Et puis il y en a d'autres ils veulent juste parler, ils vont te parler de tout et de rien, et toi tu te dis "oui mais j'ai pas le temps..." alors tu profites d'un soin mais eux c'est pas le moment qui choisisse et du coup c'est toi qui est stressé, ça se ressent et le patient il faut qu'il ait confiance en toi. Parce que s'il a pas confiance en toi et ben pour pas qu'il soit pas stressé quand tu te pointes le matin et ben bon courage, y a des patients ils en ont tellement bavés, qu'ils vont rien laisser passer.

Annexe X : Objectif de l'analyse 1: Rechercher les signes que les infirmiers prennent en compte pour identifier l'état anxieux d'une personne

Des manifestations différentes selon les personnes			
des signes cliniques observés			d'autres moins visibles
des plaintes verbalisées	des manifestations psychocomportementales	des manifestations somatiques	une perception, un ressenti
<p>ils le verbalisent III</p> <p>"j'ai peur"</p> <p>un mal être qu'ils expriment</p> <p>le discours, la parole, savoir comment ça va se passer chez eux</p> <p>dans la parole surtout, ce qu'ils disent</p> <p>"si ça fuit la nuit, qu'est ce que je fais?"</p> <p>"je ne vais plus pouvoir aller faire mes courses"</p> <p>"je veux absolument pas que ma femme regarde" ou "il faut absolument que ma femme apprenne parce que je ne me sens pas capable tout seul"</p>	<p>gens en repli</p> <p>un regard fuyant</p> <p>un débit verbal accéléré</p> <p>par des gestes, il va nous agripper</p> <p>des patients qui ne veulent pas voir leurs soins</p> <p>qui ne veulent pas être autonomisés</p> <p>ils bloquent, ils bloquent complètement</p> <p>ils ne veulent pas toucher</p> <p>ils ont du mal à intégrer ce qu'on leur dit</p> <p>ils n'enregistrent pas</p> <p>des gens qui sont plus angoissés vont vouloir</p>	<p>un peu tachycarde</p> <p>des tremblements</p> <p>quand ils parlent ils bafouillent</p> <p>des crises de spasmophilie</p> <p>j'hyperventilais</p> <p>je transpirais d'un coup</p>	<p>ils vont être plutôt calmes, ils ne vont pas forcément la verbaliser mais tu sens quelqu'un de tendu</p> <p>c'est des choses qu'on perçoit</p> <p>on le sent, on le perçoit même s'il n'y a pas forcément les mots</p>

<p>savoir comment ça va se passer chez eux, l'avenir</p>	<p>essayer d'anticiper un maximum</p> <p>soit ils parlent pas mais ils sont contractés soit ils parlent mais à un débit de paroles</p> <p>qui parlent, qui parlent</p> <p>ils posent beaucoup de questions, les mêmes questions, tous les jours les mêmes questions</p> <p>des tics nerveux</p> <p>dans le regard</p> <p>beaucoup dans la gestuelle</p>		
<p>11</p>	<p>17</p>	<p>6</p>	<p>3</p>

Annexe XI: Objectif de l'analyse 2 : Rechercher comment cette anxiété est considérée par les infirmiers

"positif"	Un phénomène			Une approche influencée par		
	assimilé à d'autres	dynamique et évolutif	récurrent	les connaissances issues de l'expérience	les connaissances individuelles	la connaissance du patient
un mécanisme de défense, mécanisme nécessaire à respecter une adaptation	la peur une douleur III une gêne un mal être prémisse de l'angoisse angoissant les angoisses + IIIIII	si l'anxiété devient trop envahissante et du coup devient de l'angoisse elle augmente au fil de la journée y en a qui sont déjà de nature anxieuse, forcément ça majore la personne peut être anxieuse à un moment donné et ne plus l'être aussi temporaire ou pas	on la voit énormément dans beaucoup de services c'est quand même récurrent chez nos patients	quand j'ai commencé, pour moi tout de suite il fallait mettre quelque chose en place la douleur psychique en unités de soins palliatifs est très très importante approche globale très importante dans le service on les a adaptées et décidé de les utiliser... uniquement dans notre service. C'est une décision d'équipe les patients qui ont des cancers, c'est très anxigène les patients qui ont des	moi je vais être ancrée sur tout ce qui est douleur... douleur morale à l'origine j'étais plutôt stressée l'anxiété il faut savoir que c'est aussi une maladie... moi j'en ai fais longtemps les frais	connaître le patient, son histoire: si c'est soudain, s'il est accompagné ... il y a des gens qui sont plus angoissés que d'autres voir si c'est un patient qui est connu, s'il a toujours été anxieux, s'il a un traitement

(suite annexe XI)

	<p>stressés</p> <p>tout ça c'est de l'appréhension de la douleur, tout ça c'est lié à la douleur</p>			<p>stomies</p> <p>ils sont dépendants d'une machine... si elle s'arrête, le coeur s'arrête. Et ça c'est très très angoissant pour eux</p> <p>angoisses différentes en fonction des pathologies</p> <p>les ateliers de relaxation qui ont été mis en place le vendredi après-midi, c'était justement pour répondre aussi à ces angoisses</p> <p>en chirurgie... on fait un questionnaire... on a des protocoles</p>			
2	21	5	3	10	3	3	3

Annexe XII : Objectif de l'analyse 3 : appréhender les actions entreprises par les infirmiers lorsqu'ils constatent un état anxieux chez une personne

Différents soins						
relevant du rôle autonome						
la dis- traction	la relation		la réassurance	qui s'inscrit dans le temps	la collaboration	relevant du rôle prescrit
	par l'écoute active	à travers l'investigation				
moi je détourne l'attention ça marche bien aussi la télé	aider à en discuter ça peut être juste des silences une approche différente en fonction de ce qu'ils peuvent exprimer par la communication, verbale et non verbale une démarche d'écoute, d'observation primordial d'en	identifier ce qui la rend anxieuse décortiquer en creusant un peu aller chercher ce qui les angoissent + l savoir quelle est l'angoisse pour pouvoir bien la comprendre, et d'où elle vient il faut	essayer de les rassurer ça va les rassurer rassurer sur le fait que le soin est faisable et réalisable par un non professionnel bien expliquer et montrer réassurance on ne peut pas toujours	avoir un temps de recul laisser du temps apprendre à connaître réévaluer les choses cheminer prendre le temps petit à petit, c'est pas en 2 jours qu'on va y arriver	travail en binôme, avoir un regard différent et complémentaire ma collègue aide-soignante on peut voir les choses différemment... c'est important d'avoir des cotations des 2 psychologues à ce moment là on va voir avec le médecin Toujours avec l'accord du patient en lui expliquant les choses c'est un vrai travail d'équipe avec le patient. Le patient est vraiment au centre. moi je vais pas y arriver et ça va	thérapeutiques médicamenteuses voir avec le patient s'il souhaite un <u>anxiolytique pour l'aider à dormir</u> ou avant un soin on peut envisager une prise en charge thérapeutique

(suite annexe XII)

<p>2</p>	<p>parler tu les écoutes bien il faut que lui il est aussi confiance en nous bien connaître notre soin et le matériel l'écoute il faut qu'il ait confiance en toi discuter avec la famille j'en parle au patient il y en a ils veulent juste te parler j'utilise l'hypnose conversationnelle</p>	<p>chercher, il faut questionner le patient essayer de savoir pourquoi</p>	<p>rassurer</p>	<p>il faut parfois plusieurs jours sur le long terme, parfois il faut plusieurs semaines c'est difficile de faire vite</p>	<p>être une collègue ou quelqu'un d'autres, c'est important d'être plusieurs... ça nous arrive de ne pas identifier... l'autre va mieux comprendre en parler au médecin, voir avec le patient et puis on a les psychologues, voire même un psychiatre on va en parler au kiné on va en parler à l'assistante sociale parfois même de discuter avec la famille ça permet de savoir pourquoi ils sont anxieux des choses pour déstresser, détendre avec les kinés tu finis par appeler le médecin si ça ne passe pas</p>	<p>un traitement médicamenteux pour qu'il puisse dormir quand ça devient récurrent et que ça l'empêche de dormir... ça majeure l'anxiété</p>	<p>14</p>	<p>8</p>	<p>6</p>	<p>9</p>	<p>15</p>	<p>4</p>
----------	--	--	-----------------	--	--	--	-----------	----------	----------	----------	-----------	----------

Annexe XIII : Objectif de l'analyse 4 : repérer les outils utilisés pour partager ces éléments autour de l'anxiété au sein de l'équipe

Des données consignées au dossier du patient		L'oralité	
dans les transmissions écrites		dans le diagramme de soins	
<p>tracer pour avoir des données et un suivi</p> <p>toutes les données qui permettent une approche globale</p> <p>on essaie de bien noter quand il y a un patient qui est angoissé et où est son angoisse pour que ça puisse être pris ensuite par d'autres professionnels</p> <p>je trace</p>	<p>transmissions ciblées</p> <p>tu fais tes transmissions ciblées, tu as une cible qui s'appelle communication, alors moi quand j'ai un problème là-dessus, qu'ils sont anxieux ou quoi, je mets ça là dedans</p>	<p>où on note tout ce qui est constantes... il y a aussi tout ce qui est douleur... on va avoir l'EVS, l'Algoplus, et du coup là on va mettre une note et dans cette note on va mettre aussi un commentaire</p> <p>cotation (plus parlant pour le médecin)</p> <p>on n'a pas d'échelles, on peut le faire, comme l'échelle EVA mais c'est pas trop utilisé dans le service</p>	<p>on en parle aux transmissions</p> <p>Des transmissions orales</p> <p>transmissions orales</p> <p>les transmissions, on se transmet les uns aux autres IIII</p> <p>je vais juste en parler</p> <p>je préviens</p>
4	2	2	11

Annexe XIV : Analyse de situation professionnelle “Communication et compétence relationnelle dans les situations complexes”.

Lors de mon premier stage de semestre 6, je suis dans une clinique spécialisée dans la réadaptation nutritionnelle et digestive. La prise en soins délivrée a été une réelle découverte pour moi tant dans ses aspects techniques que psychologiques. En effet, les patients accueillis se trouvent pour la majorité dans des situations très complexes et leurs prises en soins globales constituent une priorité pour l'ensemble des différents professionnels. Ces circonstances expliquent notamment que les infirmiers travaillent souvent en binôme et qu'en tant que stagiaire je suis rarement seule.

C'est ainsi que le mercredi de ma troisième semaine j'accompagne deux de mes tuteurs, Jacques et Carole, pour participer à l'entrée de Mr T. dans le service. Il arrive du CHU de Nantes et le médecin explique son hospitalisation par la prise en charge d'une dénutrition sévère dans un contexte de grêle court sur ischémie mésentérique secondaire à une thrombophilie. Rien que sa présentation en ces quelques mots me plonge dans un véritable imbroglio. Avant d'aller rencontrer le monsieur, les infirmiers parcourent son dossier : suite à une occlusion grêlique sur une ischémie de l'artère mésentérique, la résection d'un mètre de grêle a été effectuée ainsi que la réalisation d'une iléostomie à haut débit en canon de fusil. Dans les suites de cette intervention, il a été transféré en réanimation pour défaillance rénale, pneumopathie infectieuse, décompensation d'un diabète de type 2 diagnostiqué en décembre 2019... la lecture est fluide mais je n'arrive plus à suivre le flux d'informations mais la situation s'éclaircit déjà un peu plus dans ma tête. Cette première rencontre est également le moment où les infirmiers font le point sur les appareillages dont sont porteurs les patients. Le dossier de Mr T précisant qu'il a un picc-line au bras gauche, ils préparent donc le nécessaire pour la réfection systématique de ce pansement.

Nous nous dirigeons dans la chambre, mes tuteurs se présentent puis moi en demandant au patient s'il m'autorise à rester, ce à quoi il consent.

« Bon, nous on vient faire les curieux, commence Jacques. On va regarder un peu tout ce que vous avez et on va en profiter pour faire connaissance avec vous.

- Bien entendu.
- Alors est ce que vous pouvez nous raconter un peu ce qui s'est passé ? Vous venez du CHU de Nantes ?
- Oui, j'habite à Nantes. Le 29 janvier, je ne me sentais pas très bien et j'ai voulu consulté mon médecin traitant. En fin de matinée je suis allé directement à son cabinet mais il était déjà parti. Un autre médecin a accepté de me recevoir et il m'a fait hospitalisé directement au CHU, si je ne l'avais pas rencontré je serais certainement mort en rentrant chez moi, je reviens de loin il paraît.
- Certaines rencontres fortuites peuvent parfois être très bénéfiques, poursuit Carole.
- Oui, c'est grâce à cela que je me retrouve avec cette poche maintenant.

- En effet mais elle n'est que temporaire. Le but de votre hospitalisation ici est de vous renforcer et de débiter une réinstillation afin que votre chirurgien vous reprenne au bloc pour un rétablissement de continuité. En général, ils attendent toujours environ trois mois entre les deux interventions.
- Effectivement c'est ce que ma chirurgienne m'a annoncé également.
- C'est plutôt rassurant de confirmer qu'on parle bien de la même chose, non ?, lance Jacques avec un grand sourire
- Oui lui répond Mr T. en souriant également.
- On va refaire le pansement de votre picc-line maintenant.
- Entendu. »

Pendant que les deux infirmiers s'affairent en harmonie, ils poursuivent le dialogue tout en complétant leur recueil de données. En terminant le soin, Carole interroge :

« Et vous avez de la famille ? Une femme ?

- J'avais... elle est décédée il y a trois mois, termine-t-il la voix tremblante et les yeux remplis de larmes.

Silence.

« Et vous avez des enfants ?, finit par reprendre Carole.

- Oui deux, une fille qui habite à Nantes non loin de moi et un garçon avec qui je n'ai plus aucun contact. »

Les larmes coulent sur ses joues.

« Vous savez que si vous avez besoin de quelqu'un pour parler...

- Oui, je sais. On m'a déjà proposé de rencontrer un psychologue mais je vous remercie.
- Bien. Pour l'instant, nous avons terminé ce que nous avions à voir avec vous. Nous allons laisser la place au médecin et nous reviendrons vous voir lorsqu'il aura fait les prescriptions. A toute à l'heure et si vous avez besoin, n'hésitez pas.
- A toute à l'heure. »

Une dizaine de jours s'écoulaient durant lesquels les événements s'enchaînaient pour ce patient. Le lendemain de son entrée, la stomathérapeute le rencontre afin de pouvoir prescrire le matériel pour son iléostomie et d'introduire une sonde d'instillation dans le segment d'aval. Accompagnée du médecin, ils n'ont pas réussi à le trouver. Il est donc retourné voir sa chirurgienne sur Nantes qui a confirmé qu'elle non plus ne le trouvait pas, il ne pourra donc être repris qu'au bloc opératoire. Par ailleurs ses urines sont très hématuriques et dès qu'il se mobilise il a des pertes importantes d'urines et de caillots sanguins par la verge. Une instillation en continue a donc été prescrite sur sa sonde de Foley double courant.

C'est dans ce contexte qu'un après-midi je suis accompagnée de Carole pour aller poser son alimentation parentérale, de l'hydratation et un protecteur gastrique. Pendant que je suis concentrée à préparer les différentes poches avec une main stérile, Carole discute avec Mr T. :

« Finalement, je suis venu pour rien ici puisque je ne peux pas avoir de réinjection.

- Pas tout à fait. On vous aide quand même à reprendre des forces et à avoir un meilleur état nutritionnel pour envisager la chirurgie dans de meilleures conditions. Et si on veut voir le bon côté des choses le rétablissement aura lieu plus tôt. Votre chirurgienne doit nous recontacter pour vous reprendre au bloc avant la fin du mois. Ce qui veut également dire que vous allez retourner sur Nantes et vous rapprochez de votre fille, elle pourra vous rendre visite plus facilement.
- Ce n'est pas aussi simple pour elle, elle ne fait pas comme elle voudrait. Une sclérose en plaques lui a été diagnostiquée il y a 15 ans. Elle n'est pas complètement invalide mais pas entièrement valide non plus surtout quand elle a des poussées.
- Elle a un mari pour la soutenir ? continué-je.
- Ils se soutiennent mutuellement, il a fait un AVC il y a une dizaine d'années et depuis il est hémiparétique à gauche et ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant.
- Ah mince, soufflons-nous en cœur. »

Le silence s'installe, rompu au bout de quelques secondes par Carole qui me signifie qu'elle va me venir en aide car je n'arrive pas à accrocher à un seul bras l'alimentation parentérale de deux litres au pied à perfusion. Puis elle poursuit en me donnant des conseils et nous quittons la chambre.

Cette situation n'est qu'un exemple de celles que j'ai pu rencontrer durant mon stage et qui viennent me soulever plusieurs questions. Depuis le début de ma formation infirmière s'il y avait bien une compétence que j'étais persuadée d'avoir acquise c'est la compétence 6 "*Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*". Or, dans cette situation, je n'aurai pu "*créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante*" et donc "*instaurer un climat de confiance avec la personne soignée*". Cela s'explique principalement par mon manque de connaissances en réadaptation digestive et nutritionnelle. En effet dès la lecture du dossier du patient, j'ai senti que je perdais le fil car je ne comprenais pas tout ce qui était lu et je me suis sentie défaillante en tant que future professionnelle. Je n'arrivais pas à imaginer une "entrée en matière" avec ce patient et l'infirmier m'a apporté la réponse en lui demandant simplement de leur raconter son histoire. Tout simplement. Partir du patient. Ensuite j'ai senti que le professionnalisme dans les réponses des infirmiers a soulagé, rassuré le patient qui m'a semblé se détendre. Les traits de son visage se sont apaisés lorsqu'ils se sont échangés des sourires. Par contre les miens se sont tendus lorsqu'il a répondu que sa femme était décédée il y a 3 mois, il n'avait vraiment pas de chance. Mais ses larmes ont coulé en silence et il a continué à répondre aux questions. Dès lors c'est sa prestance qui m'a frappé, ce charisme ou plutôt cette aura qui se dégageait de lui. Peut-être puis-je appeler cela de la force puisqu'à sa place je me suis dit que j'aurai été complètement

effondrée. Et c'est ce qui fait que je me sentais déstabilisée la deuxième fois où nous sommes allées lui poser sa parentérale. J'étais soulagée que Carole soit avec moi. Qu'est-ce que j'aurais pu lui dire? Je trouvais indécent de parler du temps qu'il faisait. Partir de lui me semblait également inapproprié dans le sens où je l'aurais remis face à une réalité difficilement acceptable et finalement c'est ce que lui a fait en engageant la conversation.

Ensuite le fait que Carole, et moi par la suite, essayons d'apporter du positif dans ce qu'il est en train de vivre, me donne le sentiment de "mettre les pieds dans le plat" et la gêne que je ressens me fait me taire. Même l'aide de Carole pour accrocher la poche d'alimentation au pied à perfusion m'apparaît comme un échappatoire pour ne pas affronter le regard du patient. Encore une fois comment poursuivre? Que dire? Le poids du silence vient potentialiser celui de la situation. Mais pour qui? Certainement plus pour moi. Ce que je ressens ne relève que de ma propre interprétation, qu'en est-il pour lui? Je n'en sais rien. Aurai-je pu lui poser la question? En tous cas cela aurait été la meilleure façon d'avoir le ressenti de ce monsieur. C'est ainsi que me revient le cours que nous avons eu sur l'adaptation des modes de communication en semestre 3 avec le regard, l'écoute active, la reformulation et la gestion des silences. Outils que je pensais avoir assimilés et dont je n'ai pas l'idée d'utiliser. Dans le dernier paragraphe "Se former à l'entretien infirmier" du cours "Approche technique de l'entretien infirmier" (Le Bihan, C., 2018), il est écrit: *"L'entretien est un voyage et comme tous les voyages on n'y rencontre d'abord que soi. Il faut accomplir un réel effort pour y découvrir l'autre. Un autre, tellement proche et tellement différent. Il est des voyages que l'on n'entreprend pas sans s'y être préparé par un long cheminement."*

Avec le recul je me dis que lors de ces rencontres j'étais plus focalisée sur moi que sur le patient. Au début, je restais centrée sur mes émotions et sur ce que j'aurais pu ressentir à leur place. Mais je ne suis pas à leur place! Les différentes personnes que j'ai malheureusement eu la chance de côtoyer durant ce stage m'ont permis de réaliser que rien n'est jamais acquis. J'ai encore plus perçu le sens de ce que nous avons à apprendre des patients, ils nous permettent de continuer à grandir. Je pense désormais pouvoir dire que je fais preuve de plus d'ouverture et que je suis capable de réellement découvrir l'autre afin de pouvoir l'accompagner. Capacité que je continuerai à développer lors de mon prochain stage en unité de soins palliatifs en y incluant l'entourage.

DROUET MELANIE

Titre: Prise en soins de l'anxiété du patient

Résumé: Une femme qui hurle de douleur, un patient qui réitère les mêmes questions en dépit des réponses qui lui ont été apportées... différentes situations de soins où j'ai pu être confrontée à l'anxiété des patients. Anxiété qui s'est révélée être une notion complexe à appréhender et fréquemment rencontrée. Ce constat m'a amenée à m'interroger sur ma future pratique professionnelle, questionnement renforcé par l'influence que l'anxiété exerce sur nombre de problématiques de santé. C'est dans ce contexte que j'ai retenue la question de départ suivante : En quoi le raisonnement clinique de l'infirmière devant des manifestations anxieuses du patient oriente la prise en soins qu'elle établit ? Afin de mieux cerner cette problématique ainsi que le processus guidant les démarches entreprises lorsque les infirmiers se retrouvent face à elle, un cadre théorique définissant les différents concepts et notions cités dans cette question est élaboré. Puis un guide d'entretien est réalisé dans le but de recueillir les propos de professionnels, la collection de données de ce fait constituée sera par la suite analysée. La synthèse ainsi produite fera la lumière sur une part invisible des soins et sera confrontée au cadre conceptuel précédent au cours d'une discussion. Les apports personnels tirés de ce travail seront évoqués en termes de conclusion.

Mots clés: anxiété, manifestations anxieuses, raisonnement clinique, prise en soins

Title: Taking care of patient's anxiety

Abstract: A woman howling in pain, a patient repeatedly asking the same questions despite having been given the answers... various examples of care situations in which I faced patient's anxiety. It has proven to be a notion complex to grasp, was frequently encountered and ultimately made me reflect on my future professional practice. Its significant influence on many health problems further increased my interest. It is in this context that I retained the following initial question: How does the clinical reasoning of a nurse confronted to manifestations of anxiety from the patient lead the care she institutes? In order to better understand this health issue, and its effect on the thought process guiding to actions from the nurses facing it, a theoretical framework defining the various concepts and notions mentioned in this question is first developed. An interview guide that gathers statements of various medical professionals is then introduced and the data collected are subsequently analyzed. Thus, the product of this investigation will shed light on an unseen part of care that will further be discussed in the context of the previous conceptual framework throughout the discussion phase of the research. The personal contributions drawn from this work will be mentioned in closing remarks.

Keywords: anxiety, manifestations of anxiety, clinical reasoning, care

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU DE RENNES
2 Rue Henri le Guilloux 35000 RENNES
TRAVAIL ÉCRIT DE FINS D'ÉTUDES - 2017/2020