

Institut de formation en soins Infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35053 Rennes Cedex 09



**Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers**

---

# Soigner les mots

FLOCH Victor

Formation Infirmier

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 : Soigner les mots**

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 06 Mai 2020**

**Signature de l'étudiant :**

*Floch*

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<sup>er</sup> : 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 :

Pour l'écriture de ce mémoire je voudrais d'abord remercier mon amie Justine qui m'a soutenu tout au long du travail et qui m'a aidé à la rédaction. Je voudrais également remercier mon père qui m'a aidé à la reformulation et à corriger mes fautes d'orthographe. Je remercie aussi mon ami François qui a pris le temps de relire et de me donner son avis.

Je remercie également tous mes amis de la formation. Nous avons été solidaires les uns des autres nous entraînant pour l'écriture de nos mémoires et nous transmettant la motivation d'y arriver.

Enfin je remercie Pascal MANCHERON, ma tutrice de mémoire qui a pris le temps de répondre à mes questions et qui m'a aidé à garder le cap.

## Citation :

Je souhaite citer Luis Sepúlveda, un auteur qui a disparu à la suite du covid-19. C'est un auteur que j'admire beaucoup par les combats qu'il a menés dans sa vie et que je continuerais de l'admirer au travers de ses œuvres. Touché par la nouvelle de sa mort pendant la rédaction de mon mémoire, je lui dédie. Grâce à ses écrits j'ai repris goût à la lecture au lycée et peut-être m'a-t-il transmis son affection qu'il avait pour le sens des mots.

*« Écrire, c'est former des lettres qui, à leur tour, forment des mots et, avec les mots, je peux raconter tout ce que j'ai vu »*

Luis Sepúlveda (2008), *La lampe d'Aladino*.

*« Il ne sait peut-être pas voler avec des ailes d'oiseau, mais en l'entendant j'ai toujours pensé qu'il volait avec ses mots »*

Luis Sepúlveda (1996) *L'histoire d'une mouette et du chat qui lui apprit à voler*.

## Sommaire

1	Introduction et problématique .....	1
2	Cadre conceptuel.....	3
2.1	L'anxiété, le stress et l'angoisse .....	3
2.1.1	L'anxiété qu'est-ce que c'est ? .....	3
2.1.2	A quoi sert l'anxiété au quotidien ? .....	3
2.1.3	Quelle différence avec le stress ? .....	4
2.1.4	La différence avec l'angoisse ? .....	4
2.1.5	Où commence l'anxiété chronique ?.....	4
2.2	Comprendre les émotions .....	5
2.2.1	Qu'est-ce qu'une émotion ?.....	5
2.2.2	Le rôle des émotions .....	5
2.3	Les patients et l'origine de leurs anxiétés .....	5
2.3.1	Qui est le patient ? .....	5
2.3.2	L'univers hospitalier, un univers anxiogène .....	6
2.3.3	Le vécu du diagnostic et la vision de la maladie.....	6
2.3.4	Les répercussions de l'anxiété du patient sur les soins.....	7
2.4	De la communication aux mots.....	7
2.4.1	Déchiffrer la communication.....	7
2.4.2	La communication non verbale, 70% de la communication .....	8
2.4.3	La communication para-verbale, 20% de la communication .....	8
2.4.4	La communication verbale, 10% de la communication.....	9
2.4.5	La place du langage dans la communication.....	9
2.4.6	Qui sont les mots.....	9
2.5	Le lien entre le patient et le soignant.....	10
2.5.1	Les soins infirmiers .....	10
2.5.2	La relation soignant-soigné .....	10
2.5.3	Le langage du soignant .....	10
2.5.4	L'accompagnement du patient par l'infirmier .....	11
3	Partie méthodologie.....	12
3.1	Choix de l'outil : .....	12
3.2	Choix du professionnel : .....	12
3.3	Modalité de l'entretien : .....	12
3.4	Objectifs :.....	13
3.5	Les limites rencontrées :.....	13

4	Analyse .....	14
4.1	Comprendre l'origine de l'anxiété d'un patient.....	14
4.2	Qu'est-ce qu'un soin anxiogène.....	14
4.3	Les indices évocateurs d'anxiété chez le patient .....	15
4.4	Les méthodes utilisées par l'infirmier pour repérer les signes d'anxiété d'un patient.....	15
4.5	Les stratégies mises en œuvre par l'infirmier pour accompagner une personne anxieuse .	16
4.6	Les techniques possibles pour apaiser l'anxiété d'un patient.....	16
4.7	La place de l'utilisation des mots dans l'exercice infirmier.....	17
4.8	Les conséquences du choix des mots de l'infirmier sur l'anxiété du patient.....	18
4.9	Les mots perçus par l'infirmier comme anxiogènes pour le patient.....	18
4.10	Les mots perçus par l'infirmier comme apaisant pour le patient .....	19
5	Discussion .....	20
5.1	Des multiples causes d'anxiété chez un patient.....	20
5.2	Accompagner l'anxiété d'un patient, le rôle de l'infirmier .....	22
5.3	L'impact des mots sur l'anxiété n'est pas négligeable .....	24
5.4	Des pratiques avancées.....	27
6	Conclusion .....	30
7	Bibliographie.....	32
8	Sommaire des annexes :.....	35

## 1 Introduction et problématique

Je suis actuellement en troisième année d'école d'infirmier à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmier) du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rennes. Lors de cette année, je dois rédiger un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, plus communément appelé MIRS. Pour déterminer le sujet de mon mémoire j'ai choisi un thème qui m'intéressait depuis le début de la formation d'infirmier et que je souhaitais explorer plus en détails. Ce thème c'est la communication de l'infirmier et plus précisément les mots qu'il emploie.

Je porte un intérêt important aux mots et aux sens qu'ils renvoient. Je suis sensible à cela depuis très longtemps, ce qui a fait grandir un intérêt pour la littérature, les jeux de mots ou encore la poésie. Depuis le début de la formation, il nous est enseigné d'être prudent avec certaines appellations à employer auprès du patient et que certains termes ont changés. Je ne comprenais pas toujours les enjeux de ces modifications ce qui a piqué ma curiosité. Grâce à ce travail de recherche, j'espère faire grandir ma réflexion de soignant. Pour commencer j'ai choisi deux situations d'appel qui m'ont marquées.

La première situation d'appel se passe en EHPAD, lors du stage du deuxième semestre, je dois poser une perfusion sous-cutanée à un patient qui souffre de Parkinson ainsi que des troubles du comportement. Une aide-soignante et une infirmière viennent de l'installer dans son fauteuil et l'ont contentionné. Je réalise donc la pose de la perfusion dans ces conditions et les soignantes restent dans la chambre pour finir de ranger leur matériel. Avant de piquer, comme je savais que le patient ne pouvait pas voir mes actions je lui dis : « Je vais piquer et ça peut faire un peu mal ». Au moment où je touche sa peau avec ma main, il a eu un cri de douleur. Cela m'a surpris car je n'avais pas encore piqué et c'était la première fois qu'il réagissait de cette manière. A la suite de cela, l'aide-soignante me reprend sur mon discours en m'expliquant que si j'induis de la douleur cela peut générer de l'anxiété chez le patient et il peut se préparer à avoir mal. Elle me suggère de dire « j'y vais ».

La deuxième situation d'appel se déroule lors d'une échographie cardiaque d'une patiente sous dobutamine, la médecin demande à l'infirmière de préparer des bulles d'air à injecter par une VVP (Voies Veineuses Périphériques). Ayant toujours entendu que injecter de l'air dans le sang était dangereux car cela pourrait provoquer une embolie, j'affiche un rictus mais garde ma question pour moi de peur d'inquiéter la patiente. L'infirmière ressentant ma réserve ou ma surprise m'explique à voix haute qu'il est dangereux de réaliser ce soin et qu'ils ont déjà eu des situations d'embolies. La patiente entendant les explications de l'infirmière panique. Elle semble très confuse et demande à arrêter le soin. Pour poursuivre, l'infirmière et la médecin ont dû trouver les mots pour l'apaiser.

Ces deux situations ont fait naître en moi beaucoup d'interrogations, notamment : Comment les mots de l'infirmier agissent sur le patient et le soin ? Plus précisément : Est-ce que le discours du soignant peut modifier la perception du patient face à un soin ? Ces premiers questionnements en entraînent d'autres : De quelle façon le patient comprend le discours de l'infirmier ? Ou : Comment le soignant peut percevoir l'impact de son discours sur le patient et la dimension de ses émotions ? Les émotions étant un vaste sujet, je me suis concentré sur l'anxiété, une émotion souvent rapportée dans l'attitude de patient. Enfin j'en suis arrivé à me demander si les mots qu'emploie un soignant peuvent être positifs pour un patient anxieux.

Toutes ces interrogations ont abouti à ma question de départ : En quoi les mots qu'utilise un infirmier participent-ils à la gestion de l'anxiété d'un patient lors d'un soin potentiellement anxiogène ? Je vais donc m'intéresser à définir ce qu'est un soin anxiogène ou du moins comprendre en quoi il peut rendre anxieux un patient. Je vais également chercher ce qui constitue le discours d'un infirmier et comment cela agit sur l'anxiété du patient. Enfin j'approfondirai en cherchant si les mots ont un rôle dans le langage du soignant quand celui-ci cherche à diminuer l'anxiété d'un patient. Réaliser un soin avec un patient anxieux peut rendre celui-ci complexe. Tous les soins n'étant pas anxiogènes j'oriente ma recherche pour comprendre lesquels peuvent l'être. Les émotions du patient peuvent être variées mais l'anxiété se rencontre souvent chez un patient. Je choisis de concentrer ma recherche sur cette émotion dans le but d'établir un axe.

Pour ce mémoire, je vais dans un premier temps réaliser des recherches documentaires d'auteurs pour établir un plan conceptuel. Ce plan conceptuel sera divisé en quatre sous parties. La première sera axée sur l'anxiété et sur les émotions. La seconde sous partie traitera des origines de l'anxiété d'un patient et les effets sur les soins. Puis suivra une sous partie sur la communication pour définir ce qui la compose et notamment l'utilisation des mots. Enfin suivra une sous partie sur la relation qui s'établit entre les soignants et les patients. A la suite du plan conceptuel viendra la partie méthodologie ou j'expliquerai mon choix de réaliser une étude qualitative. Ensuite, dans la partie analyse j'étudierai les données que les entretiens m'auront apporté. Pour finir je mettrai en corrélation toutes les informations recueillies lors de la discussion.

## 2 Cadre conceptuel

### 2.1 L'anxiété, le stress et l'angoisse

#### 2.1.1 L'anxiété qu'est-ce que c'est ?

D'après GRAZIANI (2005) l'anxiété est : « présente là où le sujet perçoit un danger ou une menace » (p.10). Il précise : « L'expérience anxieuse amène ou s'accompagne de tension physique et psychologique en relation avec la perception d'un danger et la peur de ce danger » (p.10). Il explique que l'anxiété est un « état émotionnel » (p.12) qui s'apparente à la peur et ajoute : « Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur » (p.12). Elle est créatrice de « Nervosité », de « Tension envahissante » et de « Sensations corporelles de la vigilance » (p.14).

De plus, GRAZIANI (2005) différencie la peur et l'anxiété car si elles sont très similaires, la peur est une émotion là où l'anxiété est un état émotionnel. Il explique que la peur est associée : « à la confrontation présente et immédiate avec le danger » (p.13), elle a un « caractère rationnel » (p.14). LEOPHONTE (2000) ajoute au sujet de la peur : « Quand le danger est écarté, la peur se dissipe » (p.55). Pour clôturer GRAZIANI (2005) établit un tableau des différences entre la peur et l'anxiété :

**Tableau 2 : Différences entre peur et anxiété**

<b>Peur</b>	<b>Anxiété</b>
Focalisation spécifique sur le danger	Source de danger floue
Lien clair entre le danger et la peur	Lien incertain entre l'anxiété et la menace
Habituellement épisodique	Prolongée
Tension circonscrite	Nervosité, Tension envahissante
Danger identifié	Parfois sans objet
Provoquée par des signaux de danger	Causes imprécises
Ce qui l'atténue est détectable	Persistante
Les limites du danger sont circonscrites	Ce qui l'atténue est parfois incertain
Danger imminent	Le danger n'a pas de limites bien définies
Caractère d'urgence	Le danger est rarement imminent
Sensations physiques de l'urgence	Vigilance élevée
Caractère rationnel	Sensations corporelles de la vigilance
	Caractère incertain, confus

Source : GRAZIANI, P. (2005). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Armand Colin (p.14)

#### 2.1.2 A quoi sert l'anxiété au quotidien ?

Étant un état émotionnel ressenti de manière désagréable elle a pourtant un rôle dans notre quotidien. PALAZZOLO (2019) explique cela : « L'anxiété, qui se manifeste sous forme

de grande inquiétude, est un phénomène tout à fait normal de la vie. [...] L'anxiété est une émotion banale, qui peut être utile à condition de rester modérée. Elle peut constituer une réponse adaptée à une situation difficile » (p.72). Il ajoute : « L'anxiété prépare l'individu à faire face à des situations difficiles ou menaçantes, le pousse à l'action et l'aide à se sortir d'un mauvais pas » (p.72). Il conclut en disant : « Elle est d'ailleurs nécessaire et peut être bénéfique, en nous permettant d'augmenter notre vigilance et de réagir de façon adaptée à certains événements » (p.77).

### 2.1.3 Quelle différence avec le stress ?

Pour LEOPHONTE (2000) le stress est « une réaction de défense de l'organisme à un agent d'agression ou un traumatisme quelconque » (p.53). Il fait le lien avec l'anxiété « comme la manifestation émotionnelle du stress » (p.55). Pour GRAZIANI (2005) le stress et l'anxiété sont liées : « Des degrés modérés d'anxiété se sont révélés jouer un « rôle tampon » face à divers stressseurs » (p.10).

### 2.1.4 La différence avec l'angoisse ?

D'après le Dictionnaire des sciences humaines (2004) : « Angoisse et anxiété sont souvent tenues pour synonymes. En anglais et en allemand, il n'existe qu'un seul mot équivalent » (p.23). Selon le domaine ou la culture qui est observé l'anxiété et l'angoisse n'ont pas de différences.

Néanmoins, en France, un contraste réside dans l'intensité des symptômes. MOGILEVA (s.d.) explique que : « L'angoisse est une forme d'anxiété plus intense et la panique est une crise d'angoisse aiguë ». SOUSA (2017) explique la crise d'angoisse par : « des manifestations de véritables malaises physiques et psychiques ponctuels et répétés. Elle survient souvent dans un environnement de stress et d'anxiété permanent ». De plus pour GIFFARD (s.d.) l'angoisse a pour effet sur la personne d'avoir le sentiment de ne pas avoir de solution, paralysant ainsi l'esprit.

### 2.1.5 Où commence l'anxiété chronique ?

Bien que nous ayons vu que l'anxiété soit utile dans notre quotidien, elle peut néanmoins devenir handicapante. Pour PALAZZOLO (2019) : « L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle perturbe de manière non négligeable la vie du sujet ». (p.72). GRAZIANI (2005) complète en disant : « Le sujet manifeste de la crainte diffuse en absence de danger identifiable ou envers des situations qui ne sont pas du tout dangereuses » (p.11).

L'anxiété chronique est diagnostiquée à l'apparition de troubles anxieux. L'HAS (Haute Autorité de Santé) (2007) a identifié plusieurs pathologies qui y sont associées : « L'anxiété généralisée », « le trouble de panique », « l'anxiété sociale », « la phobie spécifique », « le trouble obsessionnel compulsif » et « l'état de stress à la suite d'un traumatisme » (p.3).

## 2.2 Comprendre les émotions

### 2.2.1 Qu'est-ce qu'une émotion ?

Pour NUGIER (2009) les émotions seraient une réponse comportementale d'une personne à des agressions de son environnement. TCHERKASSOF et FRIJDA (2014) ajoutent que c'est un phénomène qui sort de l'ordinaire.

NUGIER (2009) explique qu'il y a des émotions primaires aussi appelées émotions fondamentales ou darwiniennes qui sont « La joie, la tristesse, le dégoût, la colère et la peur ». Elles peuvent être complétées par « la honte, la culpabilité et la surprise ». D'après l'auteure, l'anxiété ferait partie des émotions les plus complexes dite « secondaires ». Ces émotions secondaires seraient composées des émotions primaires (p.8).

### 2.2.2 Le rôle des émotions

La racine latine « d'émotion » vient de « motion » qui veut dire mouvement. Les romains utilisaient également « motus animi » qui signifie « mouvement de l'âme ». NUGIER (2009) explique que l'émotion « permet à celui qui la ressent de faire comprendre à l'autre la façon dont il a perçu la situation et d'induire chez lui une émotion (dite complémentaire) qui a pour but de modifier son comportement » (p9). Elle ajoute que les émotions peuvent avoir un rôle de survie, des « prédispositions à réagir » (p.8) déclenchant des mécanismes biologiques et psychologiques capables de modifier rapidement le comportement de la personne face à un danger ou d'autres modifications de son environnement pouvant l'affecter.

## 2.3 Les patients et l'origine de leurs anxiétés

### 2.3.1 Qui est le patient ?

La définition d'un patient d'après le dictionnaire en ligne Larousse (patient, patiente) est une « Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ».

A cela LE PEN (2009) ajoute l'idée que « Les choix relatifs à la santé des « patients » sont intégralement délégués à des professionnels » (p.258). Il ajoute que la « Délégation,

confiance et éthique » (p.258) sont des éléments essentiels à la relation soignants-soignés. GASPARUTTO (1992) complète en disant que « être soigné équivaut à s'en remettre aux soignants qui décident des modalités de son existence. Le soignant a le devoir de vie envers le soigné. Il met tout en œuvre pour maintenir, restaurer l'état de santé, voire la survie du malade » (p.111).

### 2.3.2 L'univers hospitalier, un univers anxiogène

MAWARD et AZAR (2004) explorent beaucoup de causes d'anxiété qu'un patient peut rencontrer à l'hôpital. La première qu'ils citent est le milieu hospitalier : « ce patient qui est sorti de sa vie habituelle, pour pénétrer dans l'univers hospitalier, clos, spécifique, énigmatique [...] une seule chose lui importe : sortir le plus rapidement possible » (p.36). Ils expliquent les origines de cela par des visions communes du monde hospitalier et plus spécifiquement au bloc opératoire : « l'atteinte à l'intégrité physique, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit (son univers clos, son matériel, son rituel), la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention... » (p.39). Ils ajoutent concernant le patient, que : « il se retrouve dans une situation qu'il ne peut fuir : il doit y faire face » (p.40).

### 2.3.3 Le vécu du diagnostic et la vision de la maladie

GASPARUTTO (1992) dit : « La souffrance, la maladie et la mort sont des réalités que la société cherche à occulter. La plupart des individus tentent de s'en éloigner » (p.174).

Plus précisément MBOUA, NGUEPY KEUDO et BIANKE (2018) ont une vision plus tournée vers l'anxiété due à l'annonce d'un diagnostic à un patient qui serait « anxiogène et traumatogène [...] ce dernier devenant l'objet du diagnostic » (p.150). Ils expliquent cela par les représentations de la maladie perçues par le patient qui sont « fortement empreinte de péjoration et d'idéation de mort » dues à une « vision pessimiste de la maladie » (p.151). A cela MAWARD et AZAR (2004) ajoutent que l'anxiété d'une personne peut apparaître face à la vision des changements que la maladie peut provoquer dans sa vie. Ils parlent aussi bien des changements physiques que moraux. Ils l'associent aux 14 besoins de Virginia HENDERSON et à « la perturbation de l'estime de soi, la perturbation de l'image corporelle, la peur, le deuil anticipé » (p.37). Autant de peurs liées à l'impossibilité de la personne de revenir à sa vie quotidienne, qu'ils définissent par « l'impact angoissant des multiples changements de la vie » (p.39). Ils ajoutent une raison qui est une cause de l'anxiété des patients : « La maladie peut être la plus haute des solitudes » (p.36) et, les deux auteurs de ce texte, ajoutent cette solitude à l'univers hospitalier.

De son côté LEOPHONTE (2000) traduit cette anxiété par : « une peur liée au diagnostic et à la difficulté d'avoir un sommeil de qualité la veille de l'examen » (p.51).

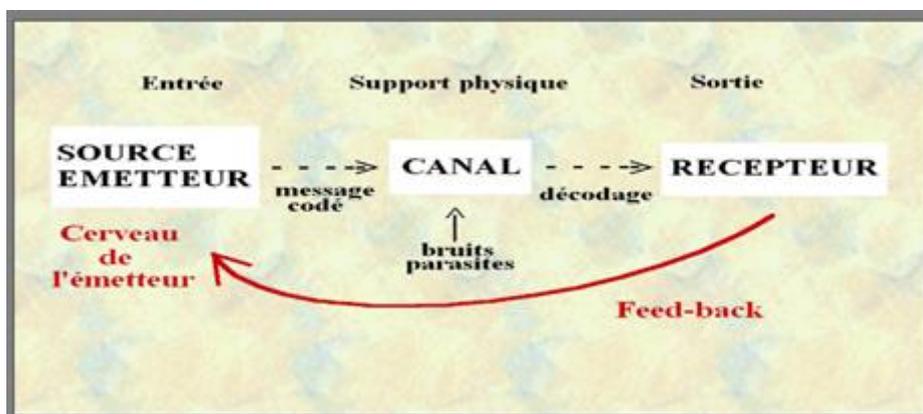
### 2.3.4 Les répercussions de l'anxiété du patient sur les soins

Pour LEOPHONTE (2000) le niveau d'anxiété varie d'un patient à un autre. Les différents facteurs sont : les antécédents de vécu anxieux du patient, la nature de son anxiété ou encore la gravité de sa maladie conjugée aux risques encourus des soins qu'il va recevoir. Il ajoute que : « Ces émotions vécues par le patient peuvent se répercuter sur la qualité de l'examen mais aussi sur sa durée » (p.51). MAWARD et AZAR (2004) ajoutent que : « Dans certains cas d'anxiété préopératoire intense, le chirurgien refuse de procéder à l'opération » (p.38). Pour autant, MAWARD et AZAR (2004) expriment une demi-mesure en écrivant que : « une anxiété faible ou modérée paraît pour certains spécialistes, souhaitable, ayant un effet positif sur le patient du bloc opératoire et sur le déroulement de l'acte chirurgical et de ses suites » (p.38). Ils citent l'ouvrage de SELVE « Le stress et la vie » (1975) qui appelle cela : « un travail d'inquiétude constructive » (p.38). Pour ses auteurs l'anxiété, qu'elle soit due à un diagnostic ou préopératoire ou autres, est une « réaction normale » (MAWARD et AZAR, 2004, p.38).

## 2.4 De la communication aux mots

### 2.4.1 Déchiffrer la communication

Une définition de la communication pour HUGUET (1985) retranscrit par GIFFARD serait : « La communication est une conduite psychosociale visant à transmettre une information par l'emploi du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques ». Elle s'appuie sur le Schéma de Shannon :



Source : Site internet Psychiatrie Infirmière - communication - formation pour Infirmier de Secteur Psychiatrique - cours de Mr Giffard - repéré à :

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm>

COSNIER (1977) explique cela de cette manière :

« La *Communication* implique un *émetteur* et un *récepteur*, reliés par un *Canal* (ou des canaux) qui fournit un support aux *signaux* qui véhiculent le *Message*, les signaux sont organisés selon les prescriptions d'un *Code*, et le Message ainsi transmis apporte une *Information*, C'est-à-dire modifie le niveau de connaissance (ou « d'incertitude ») du récepteur » (p.2034).

HUGUET (1985) retranscrit par GIFFARD décrit le « feed-back » comme une réponse de la personne récepteur à la personne émetteur. Cette réponse confirme qu'il a bien compris le message ou non. « La communication est une série de feed-back successifs ».

#### 2.4.2 La communication non verbale, 70% de la communication

Considéré aujourd'hui comme la partie la plus importante de la communication, souvent quantifiée comme représentant 70% de la communication. La communication non verbale aussi appelé « *bodily communication* » (le langage du corps) et définie par AGNIESZKA (2008) comme tout ce qui permet de transmettre un message sans l'emploi de la parole. Cela passe par la posture dans l'espace, la proximité avec la personne, les expressions faciales entre autres.

#### 2.4.3 La communication para-verbale, 20% de la communication

Pour AGNIESZKA (2008) la communication para-verbale est une partie de la communication non verbale. Ce sont tout ce qui habille la communication verbale. Par exemple le ton de la voix, les intonations ou encore les silences.

#### 2.4.4 La communication verbale, 10% de la communication

La communication verbale est une façon de codifier l'information. BATHELOT (2019) la définit comme : « l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication ».

#### 2.4.5 La place du langage dans la communication

Le langage est une des caractéristiques de la communication verbale. Il est un des outils qui codifient l'information dans une communication. On estime qu'il correspond à 10% de la

communication seulement mais sa place est prédominante dans le sens que l'on souhaite donner à notre interlocuteur.

Pour NICAISE (2015) une définition du langage serait : « un vocabulaire, c'est-à-dire par un pouvoir de nomination, et par une grammaire, c'est-à-dire par des règles régissant la nature et les relations des mots » (p.1). Il définit le langage comme un comportement « arbitraire » (p.1) à l'inverse d'un comportement naturel c'est pour cela que chez les humains il y a des langages différents.

MICHON apporte une idée supplémentaire : « Le langage traduit par les mots notre pensée » (p.23).

#### 2.4.6 Que sont les mots

Les mots sont une partie intégrante du langage. Une définition donnée par le dictionnaire Robert Dixel (2014) est : « Chacun des sons ou groupes de sons (de lettres ou groupes de lettres) correspondant à un sens isolable spontanément, dans le langage ; (par écrit) suite ininterrompue de lettres, entre deux blancs ». NICAISE (2015) ajoute à cela que : « les mots que nous utilisons pour parler (ou signes) sont la totalité d'un signifiant (la suite de sons qui compose le mot) et d'un signifié (ce que le mot désigne) » (p.1). Il ajoute que : « Les mots ne renvoient pas à des choses, mais à des concepts abstraits et généraux » (p.2).

Pour conclure NICAISE (2015) ajoute : « Comprendre un mot, dans le contexte du locuteur, c'est comprendre le monde auquel il appartient » (p.2).

### 2.5 Le lien entre le patient et le soignant

#### 2.5.1 Les soins infirmiers

Le livre *Formation des professions de santé, Profession Infirmier, les soins infirmiers* (2017) définit les soins infirmiers de cette façon :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. [...] dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle » (p.45).

## 2.5.2 Une relation soignant-soigné

La relation se crée entre le soignant et le soigné à partir du moment où une personne nécessite des soins. MICHON (2013) exprime cette relation du point de vue du soignant par : « Soigner signifie avant tout s'intéresser à l'autre et avoir la volonté de s'impliquer dans une relation interpersonnelle singulière » (p.23). Il précise la tenue de cette relation pour l'infirmier : « Il est ainsi primordial d'être à une juste distance avec le patient, ni trop près ni trop loin afin de clarifier la relation soignant-soigné et de poser le cadre, celui de la bienveillance, de l'authenticité et de la courtoisie » (p.23).

FORMARIER (2007) qualifie cette relation de professionnelle. Elle parle également de l'intérêt pour le patient qui est : « d'aider la personne à répondre à ses besoins, soit en maintenant son indépendance dans la satisfaction des besoins, soit en l'aidant ou en la remplaçant quand elle ne peut les satisfaire elle-même » (p.35). Elle ajoute que les émotions ressenties par le soigné et sa famille font partie intégrante de cette relation. Elle conclut en expliquant que cette relation est « au cœur des soins » (p.41).

## 2.5.3 Le langage du soignant

Pour MICHON (2013) le langage dans le soin « fait partie intégrante de la pratique soignante » (p.23). Il ajoute que : « À travers l'échange le plus banal, le soignant doit mettre en œuvre son sens clinique et ses aptitudes relationnelles » (p.23). Le langage est donc « un acte de soins » (p.23).

GROSCLAUDE (2013) ajoute à cela : « Le langage tient une place privilégiée et participe au respect de la personne dans la relation de soins » (p.38).

## 2.5.4 L'accompagnement du patient par l'infirmier

Les patients ont un besoin relationnel qui passe par les échanges avec les soignants. Pour FORMARIER l'univers hospitalier n'étant pas familial aux patients et à leur entourage, il est donc de la responsabilité de l'infirmier de les accompagner. Elle ajoute à cela que :

« en fonction de leurs représentations respectives et des rôles qu'ils jouent, les patients et les soignants peuvent avoir des attentes différentes, ce qui peut entraîner des discordances, des désillusions de la part des patients qui sont majoritairement dans une relation d'affect » (p.34)

Elle poursuit en expliquant que les émotions que peuvent vivre les patients « (insécurité, stress, angoisse, séparation, perte, douleurs...) » (p.36) sont des « obstacles » (p.36) à la

relation entre le patient et les soignants que le soignant doit prendre en compte. Elle développe aussi que le patient peut avoir la sensation d'être « objet de soins » (p.35) cela est dû aux échanges avec les soignants qui sont souvent « informatif et éducatif » (p.35). A cela GROSCLAUDE exprime qu'il est important de « mesurer l'impact de la parole du soignant dès le tout début de la prise en charge » (p.38).

Pour GASPARUTTO les informations sur les évolutions thérapeutiques n'est pas ce qui va « combler le malade dans sa quête de communication » (p.115) mais c'est ce qui va anticiper « les questions anxieuses du malade » (p.109).

De son côté SVANDRA (2013) avance que la communication du soignant doit être là pour accompagner le patient, le réhumaniser : « Sa tâche consiste à « re-possibiliser » l'existence de son patient, à donner un horizon nouveau à sa vie et ouvrir son champ des possibles » (p.26). Que c'est le meilleur lien possible entre soignant et patient car il garde une distance physique tout en se rapprochant de l'autre. Le langage dans les soins permet de rompre l'isolement du patient.

## 3 Partie méthodologie

### 3.1 Choix de l'outil :

Je réalise cette étude qualitative dans le cadre de mon mémoire qui porte sur le choix des mots d'un infirmier vis à vis de l'anxiété d'un patient dans les soins anxio-gènes.

L'étude qualitative fait suite à mon plan conceptuel. Si je choisis cette méthode c'est qu'elle permet d'analyser et de comprendre les phénomènes que je souhaite étudier en me permettant de récolter des données de qualité plutôt que de quantité.

Dans le déroulement de mon étude qualitative je décide de réaliser des entretiens semi-directifs avec des infirmiers. Ce choix est motivé par le besoin d'avoir des explications et des éléments qui concrétisent les recherches théoriques. L'entretien sera constitué de questions à réponses libres pour permettre d'explorer largement certains aspects et en ressortir des questions plus précises. Dans un second temps je poserais des questions à réponses ciblées sur un cas concret que la personne partagera si elle le souhaite pour faire ressortir une expérience professionnelle en situation.

### 3.2 Choix du professionnel :

J'ai décidé d'interroger une infirmière spécialisée dans l'hypnose et la communication thérapeutique dans un service d'hématologie. L'intérêt de rencontrer une infirmière spécialisée dans ces domaines est de pouvoir profiter de son expérience professionnelle approfondie et de la questionner sur l'utilisation de ses pratiques avancées. L'intérêt pour le service d'hématologie est sa diversité de soins qui peuvent être anxio-gènes pour les patients. J'interrogerai seulement un professionnel. Ce choix est dû à une limite que j'ai rencontrée que je développerai plus loin dans le MIRSI.

### 3.3 Modalité de l'entretien :

L'entretien ne durera pas plus de trente minutes. Au-delà, nous risquons de nous éloigner du sujet à explorer. Il se peut que l'entretien soit plus court.

J'enregistrerai l'entretien avec un dictaphone si la personne accepte, pour pouvoir le retranscrire à l'écrit et créer une base d'analyse la plus authentique possible (Voir l'annexe).

L'entretien se déroulera dans son service car elle me recevra sur son temps de travail, cela lui évitera un trajet trop long. Il se passera dans un bureau pour éviter que l'environnement

du service ne parasite l'entretien et aussi pour que chacun soit bien installé pour favoriser la communication.

J'expliquerai très brièvement et d'une manière peu approfondie le sujet de mon étude pour éviter que les réponses de l'infirmière ne soient trop orientées.

### 3.4 Objectifs :

Le but de ces entretiens est d'avoir des informations qui concrétisent, approfondissent, développent voire contredisent les recherches théoriques réalisées dans le cadre conceptuel.

- Comprendre ce que sont les soins anxiogènes et ce qui les rend anxiogènes.
- Comprendre comment les infirmiers utilisent les mots pour accompagner l'anxiété d'un patient.

Le guide de questions pour l'entretien est une trame. Il se peut que le soignant réponde à plusieurs questions sans que je ne les ai posées ou qu'il y réponde dans le désordre. Certaines nouvelles questions pourront apparaître au fil des réponses du professionnel. Ce sont les réponses du professionnel qui feront le contenu et je m'adapterai à celles-ci.

### 3.5 Les limites rencontrées :

Une première limite rencontrée a été la recherche des professionnels à interroger. Il m'a été difficile de trouver les profils d'infirmiers que je souhaitais rencontrer. Une fois sûr de mon choix il a été difficile de concorder nos disponibilités pour nous rencontrer.

Une deuxième limite a été mon inexpérience dans la tenue d'un entretien semi-directionnel, ce qui a faussé le premier entretien que j'ai réalisé (voir l'annexe IV). J'ai donc modifié ma méthodologie et mon guide de questions pour que le deuxième entretien soit plus intéressant.

Lors du deuxième entretien j'ai également rencontré une limite qui a été la posture de l'infirmière. Elle travaille dans la recherche et est également formatrice en hypnose médicale, ce qui lui donne du recul sur ses pratiques. Au fil des questions il m'a été de plus en plus difficile de diriger l'entretien, celui-ci prenant l'aspect d'un cours professeur à élève.

Une dernière limite a été paradoxalement la richesse des entretiens que j'ai réalisés. Les infirmiers étant spécialisés en hypnose, ils ont répondu en intégrant toutes les connaissances acquises grâce à ces pratiques. Je ne pourrais pas confronter leurs réponses à un infirmier n'ayant pas reçu ces formations.

## 4 Analyse

### 4.1 Comprendre l'origine de l'anxiété d'un patient

Lors de l'entretien l'infirmière a parlé du « diagnostic », de « l'annonce de la maladie ». A maintes reprises elle exprime que cela peut avoir un effet anxiogène sur les patients. En effet le diagnostic peut créer un choc chez la personne.

L'infirmière explique que la représentation de la maladie est un facteur anxiogène supplémentaire. D'une manière générale en dehors du monde de la santé, la maladie est très connotée, souvent perçue d'une manière négative, empreinte d'inconfort, de douleur et de mort. À l'annonce de la maladie la personne peut avoir peur de souffrir voire de mourir.

De plus, l'entourage de la personne peut partager cette vision de la maladie. Le patient se retrouve dans une posture où il est face à l'anxiété de ses proches en plus de sa propre anxiété. La personne peut avoir tendance à ne pas ou peu exprimer ses peurs, afin d'éviter de les transmettre et de les majorer auprès de ses proches.

L'infirmière explique également qu'il est possible que le futur patient ait une nature anxieuse dans son quotidien. Le diagnostic pouvant être une épreuve très anxiogène, pour ces personnes l'anxiété créée peut-être très forte.

Une autre cause d'anxiété chez les patients est l'univers hospitalier qui va accueillir le patient et va l'entourer pour la prise en charge de sa maladie. C'est un univers nouveau et inconnu qui est en rupture avec son quotidien. Ce monde hospitalier est également associé à la maladie et à la vision négative qui lui est donnée. En plus de cela, il va être confronté à un nouveau vocabulaire qui est spécifique au domaine de la santé et qu'il ne connaît pas. Celui-ci pouvant déjà être anxieux se retrouve à devoir s'adapter à ce nouvel environnement majorant son anxiété.

### 4.2 Qu'est-ce qu'un soin anxiogène

Dans l'univers hospitalier, quand l'infirmier est en contact avec les patients, le plus souvent, c'est pour lui administrer des soins. Je pose la question à l'infirmière de ce que pourrait être, d'après elle, un soin anxiogène.

Elle cite à plusieurs reprises des soins qui sont appelés "soins invasifs". Cette appellation vient du fait que lors de ces soins la barrière de la peau est franchie pour pénétrer dans le corps de la personne. Ces soins, d'une façon générale, sont désagréables à vivre pour

le patient et peuvent parfois être douloureux. Cette notion d'inconfort et de douleur peut créer en amont de l'anxiété chez le patient qui sait qu'il va les recevoir.

Face aux soins il peut y avoir des peurs, voire des phobies chez certaines personnes. Lors de l'entretien, l'infirmière prend pour exemple les aiguilles qui peuvent être angoissantes. Pour les personnes qui ont ces appréhensions, les émotions peuvent être très fortes avant le soin.

L'infirmière, en prenant exemple sur un de ses patients, explique comment un soin est devenu anxiogène pour lui. Si un soin qu'une personne a reçu s'est mal passé, elle peut en retour créer une peur de ce soin.

#### 4.3 Les indices évocateurs d'anxiété chez le patient

Pour pouvoir savoir si un patient est anxieux il faut pouvoir repérer son anxiété. L'infirmière a évoqué trois éléments qui permettent de l'identifier.

Le premier est le champ du verbal. Les mots qu'utilise le patient peuvent trahir son anxiété par l'utilisation de termes négatifs ou anxiogènes. Également la rapidité de ses paroles. Si celui-ci est circulaire, « en boucle » il est possible que le patient soit anxieux.

Le deuxième facteur est sa communication paraverbale. Il va y avoir des indices dans son élocution qui sera différente de son état apaisé. L'infirmière prend pour exemple le ton que le patient emploie ou le fait que sa voix tremble.

Un troisième facteur qui n'est pas des moindres est son comportement. Si celui-ci a une attitude d'opposition, de recul, ou dans des cas plus extrêmes de malaise, il est possible qu'il soit dans une situation intérieure d'inconfort sûrement liée à son anxiété.

#### 4.4 Les méthodes utilisées par l'infirmier pour repérer les signes d'anxiété d'un patient

Pour déceler l'anxiété d'un patient, l'infirmier doit avoir des méthodes pour l'identifier. L'infirmière explique lors de l'entretien que cela passe avant tout par l'observation du patient. Cette observation permet de détecter les signes cités précédemment et de juger de l'état d'anxiété du patient. Le regard du soignant doit lui permettre d'analyser le patient et sentir les émotions qui l'habitent.

Une deuxième méthode qui peut être appliquée par le soignant est de se fier à son instinct. En effet, celui-ci peut ressentir que le patient est chargé d'émotions, et ainsi adapter son comportement.

#### 4.5 Les stratégies mises en œuvre par l'infirmier pour accompagner une personne anxieuse

Un des rôles de l'infirmier est d'accompagner la personne dans les soins. Cela passe par la considération de leurs émotions pendant ceux-ci. L'anxiété en faisant partie.

L'infirmière, très tôt dans l'entretien, explique qu'il faut avant tout rassurer le patient. Cela passe par la prise en main du soin par l'infirmier pour pouvoir, le mieux possible, accompagner l'anxiété du patient.

La technique que l'infirmière emploie est de « valider l'anxiété du patient » avec lui. Cela passe par exprimer ce que l'infirmier a observé chez le patient pour lui en faire prendre conscience. Dans un deuxième temps l'infirmière s'appuie sur les dires du patient. Sur ce qu'il a répondu, sur ce qu'il a exprimé. Elle va dans son sens. Enfin, son objectif est d'ouvrir la parole au patient. Lui laisser la possibilité d'exprimer ce qu'il ressent.

Pour cela l'infirmier doit créer une relation avec le patient. Il faut en amont instaurer une relation de confiance et ce, dès l'accueil du patient. C'est le premier contact physique et la première impression entre le soignant et le patient. L'infirmier doit montrer au patient qu'il est unique et qu'il est au centre de son attention.

L'infirmier doit veiller à sa façon de s'exprimer lors des échanges avec le patient. Il faut qu'il ait la capacité d'adapter son vocabulaire suivant la personne et à la situation. Cette disposition renforce le lien entre le soignant et le patient et la manière dont le soignant va accompagner l'anxiété du patient.

A cela s'ajoute le positionnement vis-à-vis du patient. Penser à se positionner à son niveau, à son égal, permet de renforcer le lien entre eux.

Enfin un autre élément qui aide à accompagner l'anxiété du patient est d'être en accord avec sa parole. Si le soignant dit qu'il va faire quelque chose il faudra qu'il le fasse. Cela renforce la confiance que le patient aura envers le soignant.

#### 4.6 Les techniques possibles pour apaiser l'anxiété d'un patient

Après avoir identifié et accompagné l'anxiété du patient, l'infirmier peut également mettre en œuvre des techniques pour tenter d'atténuer voire de faire disparaître cette anxiété.

D'après l'infirmière interrogée une des techniques est de reprendre les mots du patient et de les inclure dans les réponses et les questions. Lorsque le patient utilise un vocabulaire il faut s'y adapter. Cela permet de retrouver le sens que le patient exprime.

Lorsque le patient utilise un vocabulaire qui montre de l'anxiété c'est parce qu'il perçoit d'une manière peu agréable certains soins qu'il va recevoir. En reformulant, l'infirmier peut l'aider à changer sa vision du soin pour que le patient le perçoive d'une façon moins anxiogène. Une des manières est de remplacer les mots qui ont une connotation anxiogène ou négative par des mots qui ont une connotation plus positive.

En parallèle de cela, il faut faire attention à ne pas utiliser des termes qui peuvent être connotés négativement ou anxiogènes car cela peut majorer l'anxiété. Il faut donc faire attention aux mots qu'utilise le patient mais également à ceux qu'ils évitent d'utiliser. Le patient n'est peut-être pas encore capable de se confronter au sens des mots qu'il esquisse.

Mais attention à ne pas mentir. Le risque de la reformulation est de trop modifier ce qu'est réellement le soin. De la même manière il ne faut pas chercher à cacher la réalité au patient. Cela évite qu'il se retrouve confronté à un soin différent de ce dont le soignant lui a parlé.

Pour réduire l'anxiété, l'infirmier peut également tenter de détourner l'attention du patient pour qu'il soit moins concentré sur ce qui crée son anxiété, en parlant d'autre chose ou en créant une distraction par exemple.

Enfin le soignant peut tenter de créer de l'espoir chez le patient. Il faut tenter d'insuffler au patient l'idée que s'il reçoit des soins, si des soignants sont autour de lui, c'est qu'il peut traverser cette étape qu'est la maladie.

#### 4.7 La place de l'utilisation des mots dans l'exercice infirmier

Dans la gestion de l'anxiété du patient par l'infirmier, pour l'accompagner comme pour la réduire, la communication verbale est un élément très important. Je pose donc la question de la place que cela prend dans l'exercice infirmier.

L'infirmière me répond que le verbal n'est qu'une petite partie de la communication. Environ « 10 à 15% ». Le reste est partagé entre le paraverbal et le non verbal. Les mots prennent donc une place restreinte dans la communication.

Ils ont quand même un bénéfice pour le patient. Une bonne utilisation des mots aide le patient à comprendre ce qui va lui arriver.

Un aspect négatif que peut être l'utilisation des mots par l'infirmier et de se rassurer lui et non le patient. Cela conforte le soignant mais le patient n'en retire pas de bénéfice. Une mauvaise utilisation de certains mots peut dégrader la relation avec le patient ou augmenter son anxiété. Cela sera d'autant plus dur de réduire l'anxiété que le patient ressent.

#### 4.8 Les conséquences du choix des mots de l'infirmier sur l'anxiété du patient

Les mots utilisés peuvent avoir une répercussion sur l'anxiété ressentie d'un patient. Lors de l'entretien, l'infirmière explique à l'aide d'une situation vécue que cet impact peut être aussi bien anxiolytique qu'anxiogène.

Effectivement, si le soignant utilise un terme négatif, le patient peut rester focalisé dessus. Il n'entendra pas la phrase en entier, ni son sens et restera sur l'aspect négatif du terme employé.

A cela s'ajoute les représentations du patient qui peuvent être différentes de celles du soignant. Un terme que le soignant utilise, qu'il pense ne pas être anxiogène peut l'être pour le patient qui le perçoit différemment.

Enfin, si le message transmis au patient a un sens pessimiste, cela majorera l'anxiété de celui-ci. Plus le message aura un impact anxiogène fort sur le patient plus il sera dur de calmer son anxiété.

Mais une bonne utilisation des mots aide à la création d'une relation de confiance. Cela aide également à rassurer le patient. D'une manière générale, si le patient se sent en confiance avec les soignants qui l'entoure il sera plus à l'aise dans le service et sollicitera moins. C'est un bénéfice secondaire pour le soignant.

#### 4.9 Les mots perçus par l'infirmier comme anxiogènes pour le patient

A plusieurs reprises lors de l'entretien l'infirmière a parlé de mots qui sont négatifs ou anxiogènes. La question est donc de savoir lesquels.

Les plus communs sont ceux qui ont un sens en lien avec la douleur, la mort ou d'autres représentations qui s'y rapprochent comme la souffrance ou l'inconfort. Ce sont des termes qui peuvent véhiculer un message qui n'est pas celui que l'on souhaite pour rassurer le patient.

Pendant l'entretien, l'infirmière cite des mots comme « gavage », « pistolet » ou « électrode ». Ces termes ont un sens différent dans le vocabulaire médical et dans le sens commun. Ils peuvent être perçus par le patient d'une autre manière que ce que l'infirmier souhaite transmettre. De plus, beaucoup de termes techniques ont un sens qui peut être mal perçu, empruntant des mots ayant un sens déjà négatif comme « une piqûre » ou « défense immunitaire ».

Enfin certains termes étant utilisés dans un but de rassurer le patient peuvent avoir l'effet inverse. Le plus représentatif est le mot « petite ». Son utilisation est là davantage pour rassurer le soignant que le patient. En effet celui-ci peut percevoir que si le soignant cherche à amoindrir le soin, c'est que celui-ci sera douloureux ou inconfortable.

#### 4.10 Les mots perçus par l'infirmier comme apaisant pour le patient

L'infirmière me cite lors de l'entretien les termes qu'elle a repérés qui peuvent aider à calmer l'anxiété du patient.

Tous les mots ayant un sens positif et agréable s'opposent généralement à ceux ayant un sens négatif. Ce sont des mots liés au confort, au bien-être par exemple. Ce sont également des mots ayant un sens plus atténué que ceux qui peuvent avoir un sens violent. Par exemple « tirailler » à la place « d'arracher ».

Pour contrecarrer tous les termes spécifiques au vocabulaire médical il est possible de trouver des synonymes qui sont moins connotés ou dont la connotation est plus positive. Par exemple à la place du « gavage », dire « alimentation » ou encore à la place « d'électrode » utiliser « pastilles ».

Enfin, utiliser un vocabulaire inclusif peut également être anxiolytique. En incluant le patient et ses proches dans la phrase avec des mots comme "Vous" ou "ensemble" cela leur donne aussi de l'intérêt. Cela renforce la relation de confiance.

## 5 Discussion

### 5.1 Des multiples causes d'anxiété chez un patient

Les auteurs et les infirmiers interrogés ont tous explicité des raisons diverses de l'anxiété d'un patient. Ma question de départ était orientée vers les soins anxiogènes, donc de quelle façon un soin pouvait créer de l'anxiété chez un patient. Mes recherches et les deux entretiens ont élargi ce questionnement. Je me suis rendu compte que si un patient est anxieux lors d'un soin cela n'est pas forcément dû à l'acte en lui-même.

L'infirmière en hématologie et plusieurs auteurs (GASPARUTTO (1992), MBOUA, NGUEPY KEUDO et BIANKE (2018), MAWARD et AZAR (2004)) ont mentionné le diagnostic d'une maladie comme étant le facteur anxiogène majeur chez une personne. Lors de mes recherches j'ai pu comprendre que si un diagnostic pouvait être anxiogène c'est que la maladie est perçue d'une manière très négative dans la société. Cette vision de la maladie est empreinte d'une idée de douleur, de mort. Le diagnostic est donc le premier contact d'une personne avec la maladie. La personne prend conscience d'être malade et cela génère des peurs. Des peurs de souffrir, des peurs de mourir mais également la peur de ne plus pouvoir revenir à sa vie quotidienne habituelle. D'une manière implicite, plus la maladie est perçue comme grave, plus l'anticipation des changements peut être anxiogène. La vision de la maladie peut être partagée par les proches du patient qui à leur tour peuvent être anxieux des étapes que va traverser la personne, voire peur de la perdre. Le patient se retrouve donc dans un univers d'anxiété, aussi bien la sienne que celle de ses proches. Mais tout le monde ne vit pas l'anxiété de la même façon. Certaines personnes pouvant avoir une nature anxieuse dans leur quotidien, risquent d'avoir une anxiété très forte après l'annonce du diagnostic.

La personne arrive donc dans le monde hospitalier avec déjà de l'anxiété en elle. Cet univers hospitalier va entourer la personne pendant toute la prise en soin de sa maladie. Mais cet univers peut également créer son lot d'anxiété chez un patient. Effectivement c'est un univers inconnu pour un futur patient qui se différencie de son quotidien. Cet univers souffre également de représentations négatives en partie associées à la vision de la maladie mais également par les soins prodigués. La personne peut être anxieuse de la réussite de l'intervention, être anxieuse d'avoir des séquelles comme si l'hôpital était une source de mauvaises nouvelles. La personne peut également avoir des appréhensions en lien avec le lieu de l'hôpital dû à son vécu. Cela peut être les uniformes des soignants, le matériel utilisé, l'environnement clos... A cela s'ajoute le vocabulaire médical qui est spécifique à la santé. Ce vocabulaire est inconnu pour une personne qui ne travaille pas dans les soins. Elle peut avoir

des représentations différentes de celle du soignant créant une incompréhension et une insécurité en elle.

Un patient doit donc traverser ces étapes avant de débiter les soins. Mais à leurs tours les soins peuvent être également anxiogènes. Définir les soins anxiogènes a été un des axes de mes recherches. Les auteurs et les infirmiers ont à plusieurs reprises exprimé ce qui pouvait rendre un soin anxiogène. J'ai pu comprendre qu'il y avait différentes raisons à cela.

Un type de soins est revenu à plusieurs reprises ; c'est celui des soins dit « invasifs ». Ces soins ne sont pas anodins car ils traversent la barrière de la peau du patient. Pour cette raison ils ont une tendance à être plus anxiogènes que d'autres soins. Le patient peut avoir peur de la douleur ou de l'inconfort créés par ces soins. Ils peuvent être mal à l'aise également que quelque chose pénètre leur corps traversant la peau. Ils peuvent avoir peur de perdre leur intégrité physique ou peur d'avoir une infection par exemple. D'autre part, un soin peut être anxiogène si la personne en a des représentations négatives jusqu'à des phobies de ce soin. L'évocation même de ce soin crée donc de l'anxiété chez cette personne. Cette représentation peut être due au matériel utilisé pendant le soin ou à d'autres facteurs. Enfin un soin qui n'était pas anxiogène pour une personne peut le devenir. Si un patient a un vécu désagréable voire traumatisant d'un soin, la récurrence de celui-ci va générer une anxiété liée au souvenir désagréable associé.

Tous ces facteurs cités précédemment sont d'éventuels générateurs d'anxiété chez un nouveau patient. Mais cette anxiété ne s'arrête pas là. Grâce aux auteurs et aux infirmiers j'ai pu comprendre que l'anxiété pouvait modifier le déroulement d'un soin. Beaucoup expliquent que cela peut avoir des répercussions sur le temps du soin, la personne étant dans un sentiment d'insécurité, de peur. Dans certains cas le soin est reporté pour cette raison. A l'inverse des auteurs, MAWARD et AZAR (2004) expliquent que cette anxiété peut être positive pour un soin : ils citent SELEV qui appelle cela « un travail d'inquiétude constructive ». En croisant cela avec les explications de PALAZZOLO (2019) je comprends que l'anxiété est un phénomène normal dans les soins. Le patient se prépare grâce à son anxiété à traverser une situation qui lui est difficile. Je pense que c'est une étape qui est nécessaire à beaucoup de patients. Mais un patient s'en remettant aux soignants, il ne peut être dans l'action du soin et son anxiété peut ne pas se transformer en une réponse constructive et devenir un frein voire un obstacle au soin.

Prenant conscience de ces différentes causes d'anxiété, dans ma future pratique professionnelle je saurai être attentif à ces différents moments pour prévenir l'anxiété. Chaque

personne ainsi que son entourage ayant des perceptions et des réactions différentes, je devrais savoir les repérer pour agir dessus.

## 5.2 Accompagner l'anxiété d'un patient, le rôle de l'infirmier

Comme je l'ai dit dans la partie précédente, un patient peut arriver en consultation avec de l'anxiété et celle-ci peut devenir problématique pour le soin. Comme certains auteurs l'ont mentionné, l'anxiété est vécue d'une manière désagréable pour la personne. Elle n'est donc pas dans de bonne disposition pour recevoir un soin. Grâce à des auteurs (LE PEN (2009) et GASPARUTTO (1992)) je réalise que le patient lors d'un soin s'en remet au soignant. En croisant cela avec le livre de *Formation des professions de santé, Profession infirmier les soins infirmiers* (2017) et les paroles de l'infirmier en psychiatrie, je comprends qu'il est du rôle de l'infirmier de considérer la souffrance morale de la personne et d'agir dessus. C'est une partie intégrante d'un soin.

Grâce à l'entretien avec l'infirmière en hématologie je découvre comment un infirmier peut percevoir les signes d'anxiété d'un patient. Elle explique que l'anxiété va être visible chez une personne à trois endroits. Son verbal, son paraverbal et son comportement qui fait partie du non verbal. Ces trois éléments constituent la communication. J'en déduis que le patient dans sa communication avec l'infirmier va avoir des signes d'anxiété repérables. Dans son comportement cela peut s'apparenter à du refus de soin, de l'opposition, du repli entravant le déroulement du soin. Dans son paraverbal cela peut se déceler par un ton de voix inhabituel, forte ou plutôt fluette par exemple, ou encore par une voix tremblante, trahissant une émotion présente chez la personne. Enfin dans le verbal une partie intéressante va être son vocabulaire. Si celui-ci comporte des termes connotés négativement c'est qu'actuellement le patient n'est pas psychologiquement serein. L'infirmière en hématologie et l'infirmier en psychiatrie explique que pour prendre conscience de l'anxiété du patient il faut observer le patient, il faut l'écouter. L'infirmière en hématologie parle également de sentir si la personne se sent à l'aise ou si elle est inconfortable. A mon avis cela passe par les codes de la communication où le patient est l'émetteur du message et le soignant récepteur et non l'inverse. Les deux infirmiers interrogés expliquent que cet instinct s'acquiert avec le temps et l'expérience, en revenant sur des erreurs commises ou des pratiques qui ont fonctionné.

Après avoir repéré l'anxiété chez un patient les deux infirmiers interrogés usent de techniques pour l'accompagner et tenter de la réduire. Ils sont d'accord sur la méthode de réutiliser les mêmes mots que le patient emploie. Je comprends que cette méthode est très utile. La personne pouvant avoir une représentation différente de certains mots cela peut créer une incompréhension. En employant le même mot on s'approche le plus possible du sens que

la personne lui donne. Cela permet de mieux se comprendre. L'infirmier en psychiatrie ajoute que cela permet de renforcer le lien car la personne se sent écoutée et comprise. Justement la création d'un lien de confiance entre le patient et l'infirmier aide grandement à accompagner l'anxiété d'un patient. Pour l'infirmière en hématologie, ce lien commence dès l'accueil en donnant à la personne le sentiment qu'elle est au centre de l'attention du soignant ; elle se sentira déjà rassurée. La confiance se renforce grâce au positionnement de l'infirmier envers le patient. J'en déduis que se placer au-dessus du patient n'aide pas à cette relation. Si le patient est toujours positionné en dessous du soignant il sera dans une position de soumission et le relationnel entre lui et le soignant en sera affecté. Il faut tenter d'établir une position d'égal à égal en se positionnant à son niveau le plus possible.

À la suite de l'accueil si l'infirmière en hématologie détecte de l'anxiété chez le patient elle lui fait savoir en lui exprimant ce qu'elle l'observe dans sa communication. Ce que je comprends ici c'est que la personne ne se rend pas toujours compte de son anxiété ou n'arrive pas par elle-même à la calmer. En exprimant à la personne ce qu'elle renvoie et si elle le valide, le patient et l'infirmier auront donc la même base pour commencer à travailler à réduire son anxiété. Ensuite l'infirmier peut user de reformulation. Lorsqu'une personne emploie un terme qui est connoté anxiogène l'infirmier peut lui proposer un terme qui soit plus positif ou moins connoté pour l'aider à changer sa perception vers une représentation plus acceptable et moins anxiogène. Il faut tenter d'introduire les termes simplement pour ne pas donner une idée trop complexe au patient qui pourrait majorer son anxiété. Il faut également porter attention à certains mots que le patient évite d'employer ou n'arrive pas à dire. Ces mots peuvent avoir un sens très fort et très anxiogène pour lui. L'infirmier doit veiller à ne pas les employer pour ne pas y confronter le patient si celui-ci ne s'en sent pas capable. Une autre technique évoquée par les infirmiers interrogés est de détourner l'attention de la personne. Ce qu'ils entendent par là c'est de s'écarter du sujet qui est anxiogène pour le patient. Par exemple, en changeant de sujet pour une discussion plus agréable ou en distrayant le patient. Je comprends que cela permet de prendre du recul avec le patient le soulageant des pensées anxiogènes qui pouvait l'habiter pour pouvoir y revenir avec moins d'émotions. Les infirmiers interrogés s'accordent également sur l'importance d'ouvrir la parole au patient, qu'il puisse exprimer ce qu'il ressent. En mettant des mots sur ses émotions cela lui permettra d'en avoir plus conscience et de pouvoir s'appliquer à les rendre plus acceptables, seul ou avec l'aide des soignants.

Enfin un dernier élément que l'infirmière d'hématologie amène est de créer de l'espoir chez le patient. En confrontant cela avec l'origine de l'anxiété du patient il est possible que celui-ci s'imagine un futur différent de celui qu'il prévoyait avant d'être confronté à la maladie et il est

possible que ce nouveau futur soit rattaché à la souffrance, à la perte d'autonomie, au changement corporel ou plus extrêmement à la mort. En tentant de redonner de l'espoir à la personne en lui disant que les traitements et les soins sont là pour la guérir ou que tous les soignants autour d'elle sont là pour la soigner par exemple, cela peut adoucir sa vision du futur et l'amener à la reconsidérer d'une manière plus positive.

Toutes ces pratiques ont un but, c'est de soulager l'anxiété d'une personne. Je comprends qu'une personne anxieuse est une personne qui est dans l'inconfort, habitée par une émotion désagréable qui est l'anxiété. Cette anxiété appartient au patient et en tant que futur soignant je dois en prendre conscience. Apprendre à déceler leur anxiété sera une partie intégrante de mon observation soignante. Grâce aux techniques des deux infirmiers interrogés j'ai des outils théoriques qu'il me sera possible d'utiliser dans les situations qui le demanderont. Je comprends également que cela s'acquiert avec l'expérience et qu'il faudra que j'apprenne de mes erreurs. Pour adapter mon vocabulaire et ma posture il faudra que j'apprenne à prendre un recul nécessaire pour m'acclimater au patient car chaque personne est singulière et les raisons de son anxiété ainsi que son comportement lui sont propres. Enfin l'infirmier en psychiatrie a expliqué qu'il était important qu'une personne ne ressorte pas d'une consultation avec de l'anxiété. Je comprends donc que dans ma future pratique j'accorderai du temps à l'accompagnement de l'anxiété comme étant un soin à part entière.

### 5.3 L'impact des mots sur l'anxiété n'est pas négligeable

Lors de mes différents stages j'ai compris que l'on ne pouvait pas se rendre auprès d'un patient pour délivrer un acte de soin sans engager la discussion. Mais comme mes deux situations d'appel l'ont montré, cette discussion peut engendrer des réactions que l'on ne souhaite pas et rendre le soin désagréable pour le patient. Je me suis questionné sur l'origine de ces situations et j'avais l'impression que cela venait du vocabulaire utilisé. Grâce aux auteurs et à l'infirmier interrogé je prends conscience de l'impact des mots du soignant sur les émotions du patient. Mais en voulant m'intéresser aux mots j'ai dû en amont comprendre l'importance du langage du soignant.

J'ai appris grâce aux auteurs (MICHON (2013), FORMARIER (2007), GROSCLAUDE (2013), GASPARUTTO (1992) et SVANDRA (2013)) que le langage du soignant avait un rôle très important pour le patient. Il ne faut pas donner au patient l'impression qu'il devient un « objet de soin », lui qui remet sa santé entre les mains des soignants. Les informations techniques à but éducatif ne sont pas ce qu'un patient souhaite de ses échanges avec un soignant. MAWARD et AZAR (2004) écrivent que « La maladie peut être la plus haute des solitudes » (p.36). Le patient a donc plus un besoin d'affect que d'information. Le langage est

le meilleur outil que le soignant a pour cela. S'intéresser au patient et à ce qu'il ressent dans les différentes étapes de sa maladie le réhumanise en lui portant de l'intérêt et lui redonne de l'existence en tant que personne avant d'être un patient. Cela rompt l'isolement dans lequel le patient peut ruminer des idées anxieuses. Le langage permet de se rapprocher de la personne tout en gardant une distance physique et donc d'ajuster son positionnement professionnel. Ma déduction est que le soignant doit pouvoir dans son discours faire preuve de relationnel tout en adaptant celui-ci à la personne. C'est à mon avis une richesse de ce métier qui est avant tout un métier d'humain à humain et j'accorde de l'importance à élever cette richesse dans ma pratique professionnelle.

En croisant l'importance du langage de l'infirmier avec les techniques possibles pour accompagner l'anxiété du patient je discerne que le vocabulaire employé a un rôle important, que ce soient les mots du patient ou du soignant. Les mots faisant partie intégrante du langage je cherche donc à comprendre leur place dans le discours de l'infirmier, cela étant mon véritable questionnement de base. Lors de mes recherches il est souvent mentionné les notions de termes négatifs ou anxiogènes et leurs opposés : les termes positifs ou anxiolytiques. Les deux infirmiers interrogés à leurs tours les évoquent à maintes reprises. Il est alors évident que les mots ont un sens qui impacte les émotions de la personne qui les reçoit. Pour découvrir quels sont ces mots je questionne les infirmiers. L'infirmière en hématologie m'aiguille beaucoup lors de l'entretien. Les mots dit négatifs peuvent être des mots appartenant à des champs lexicaux renvoyant une image commune négative, pessimiste comme la violence, la peur, la mort par exemple. Je remarque que ces mots transmettent un message qui se rapproche de la vision de la maladie. Ils sont les porteurs de ce que la personne ressent comme émotion. Ils sont le reflet de leur anxiété. Comme je l'ai écrit plus haut ces mots anxiogènes utilisés par le patient peuvent être un signe de son anxiété. Dans un autre cas, utilisés par le soignant cela peut majorer l'anxiété du patient. La représentation de ce mot lui est transmise avec son sens. L'infirmière en hématologie m'explique également que le patient s'arrêtera sur ce mot, ne retenant que le sens négatif qu'il lui évoque même si la phrase cherchait à en changer le sens. Je prends pour exemple « Vous n'allez pas avoir mal ». Le patient entendra en particulier le mot « mal » en gardera le sens négatif que celui-ci lui évoque alors que la phrase cherchait à lui communiquer l'inverse. En plus de cette situation, je me souviens que les infirmiers m'ont expliqué en stage qu'utiliser dans sa phrase un terme négatif induisait un aspect négatif. D'une autre manière les représentations d'un mot peuvent être différentes entre celles du soignant et celles du patient. Le soignant utilisant un mot qui lui paraît anodin peut avoir une répercussion sur l'anxiété du patient. L'infirmière en hématologie prend pour exemple « pistolet » ou « gavage » qui pour le patient n'ont pas le même sens que le soignant et qui pour lui est négatif. Cela peut être dû à un vocabulaire

spécifique au monde de la santé ou à un vécu différent. Je réalise donc l'importance de reprendre les mots que le patient emploie et d'adapter son vocabulaire à celui-ci. La phrase de NICAISE (2015) prend tout son sens : « Comprendre un mot, dans le contexte du locuteur, c'est comprendre le monde auquel il appartient » (p.2).

Mais ma réflexion ne s'arrête pas là. Ma pensée était que si des mots peuvent être anxiogènes, d'autres à l'inverse peuvent être anxiolytiques. Une pensée qui peut paraître manichéenne mais qui me permet de continuer d'explorer l'impact que les mots ont sur le patient. L'infirmière en hématologie m'apporte beaucoup d'informations à ce sujet. Si un mot est anxiogène il peut y avoir dans son champ lexical un mot ayant un sens plus doux, ou du moins plus acceptable. L'infirmière prend pour exemple « tiraillement » à la place de « arrachement ». Pour les mots qui peuvent avoir un sens commun différent de celui de l'hôpital comme « électrode » l'infirmière conseille de les changer par des mots qui sont moins connotés mais qui ont un sens similaire comme « pastille ». Enfin il y a des mots qui ont un champ lexical porteur d'une idée positive comme « confortable » ou « agréable ». S'appuyer sur ces mots permet également d'en inclure leur sens dans le langage de l'infirmier. Je me projette donc dans mon futur professionnel. En connaissance de cause je devrais faire attention à mon vocabulaire. Ayant la volonté d'apaiser le patient qui pourrait avoir trop d'anxiété je mettrai en œuvre les techniques et conseils que j'ai découverts grâce à ce mémoire. Mais cela ne peut avoir un effet immédiat, je dois accepter de faire des erreurs à condition que celles-ci me permettent d'évoluer dans ce métier. Il faut également écarter l'idée d'avoir ce que j'appelle un « langage dépollué ». J'ai mes propres expressions et ma façon de m'exprimer qui sont une partie de mon identité. Je ne peux pas changer radicalement tout mon vocabulaire mais je dois savoir adapter celui-ci autant que possible dans l'intérêt du patient.

Loin de moi l'idée que l'infirmier grâce à son vocabulaire a un pouvoir sur le patient mais il n'est pas négligeable que les mots du soignant puissent avoir une répercussion sur les émotions du patient. Le soignant doit en prendre conscience pour éviter d'augmenter l'anxiété du patient et il peut également essayer de réduire celle-ci en prenant un temps d'échanges. Ce temps permet de découvrir la personne et ce qu'elle ressent.

Je souhaite rajouter une dernière idée que l'infirmière en hématologie m'a expliquée. Parfois l'infirmier lors d'un soin qu'il juge désagréable pour le patient peut avoir des appréhensions à réaliser celui-ci. Il peut donc se rassurer en voulant amoindrir. L'exemple le plus concret est « Une petite piqûre ». Le mot « petit » n'apporte rien au patient. Il n'apporte qu'au soignant. De plus le mot « petite » peut induire que ça ne sera « pas petit » donc « grand » pouvant inquiéter le patient et créer de l'anxiété étant à la base l'objectif inverse de l'infirmier. Je souhaitais en parler dans un paragraphe dédié car cela fait écho à une de mes situations

d'appel ou j'ai dit à un patient « Je vais piquer et ça peut faire un peu mal ». C'est une situation qui est à l'initiative de ma question de départ et de mon mémoire. Aujourd'hui plus que jamais je comprends les différentes erreurs que j'ai commises et dans les stages qui ont suivi j'ai commencé à travailler sur mon discours avec les patients pour ne plus les reproduire. Grâce à ce mémoire, aux recherches et aux entretiens je conçois beaucoup de notions et je peux désormais améliorer mon apprentissage en autonomie et avec l'équipe toujours dans l'intérêt du patient.

#### 5.4 Des pratiques avancées

Plusieurs études (MAWARD et AZAR (2004) et LEOPHONTE (2000)) parlent de pratiques infirmières qui peuvent accompagner l'anxiété des patients en amont d'un soin pour la réduire. Dans leurs études, ils utilisent une technique pour mesurer l'anxiété des patients, le STAI (State Trait Anxiety Inventory) conçu par SPIELBERGER. C'est un questionnaire de quarante énoncés qui permettent de comprendre l'anxiété d'une personne ; d'une part les facteurs et d'une autre l'impact émotionnel sur la personne. Je ne m'attarderais pas sur ce sujet mais cette méthode a permis aux auteurs de juger de l'efficacité des pratiques proposées aux patients pour réduire leur anxiété avant le soin. LEOPHONTE (2000) a proposé des séances de sophrologie ou un conseil de santé et de leur côté MAWARD et AZAR (2004) proposent un livre d'information suivi d'un entretien pré-opératoire avec l'infirmier qui les accompagnera au bloc. Il apparaît que l'anxiété d'un patient est qualifiable, j'ai conscience que le STAI ne peut pas être utilisé de manière systématique mais il met en évidence qu'il y a des traits d'anxiété repérables ainsi que la répercussion émotionnelle chez la personne. L'expérience d'un infirmier peut permettre de les repérer. Je comprends également qu'il y a des pratiques qui peuvent être employées avec le patient pour accompagner son anxiété. Les deux infirmiers interrogés avaient des formations en plus de leurs DE infirmier (Diplôme d'Etat) qui permettaient de prendre en soin des patients anxieux. L'infirmier en psychiatrie pratique l'hypnose ericksonienne et également la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) et l'infirmière en hématologie pratique l'hypnose et la communication thérapeutique. Bien que ce soit des pratiques qui dépassent le DE d'infirmier il y a des notions intéressantes qui m'ont aidé à faire avancer ma réflexion.

L'hypnose est perçue aujourd'hui de multiples façons mais je constate qu'avec le temps elle prend sa place dans le monde hospitalier. L'hypnose se divise en différentes pratiques qui ont toutes pour but d'accompagner le patient. Un des courants qui m'a intéressé pour ma recherche est celui de la thérapie brève. L'auteur AÏM (2019) la décrit comme la méthode qui ne considère plus l'inconscient de la personne comme étant un problème mais une solution. Pour cela le soignant passe par une phase où il doit percevoir la façon dont la personne voit

la situation. Cette méthode ne cherche pas à amener la personne dans une transe mais simplement avec des outils de communication à l'aider à modifier sa perception du problème pour le transformer en ressource. Je constate que cela se rapproche de certaines réflexions citées dans les parties précédentes. Le support de l'hypnose est donc une communication spécifique qui comprend des éléments de langage. Les auteures GENTY (2019) et PHAM-DINH (2019) expliquent qu'un infirmier formé en hypnose allait utiliser des formulations différentes pour s'adresser au patient. L'objectif étant dans la discussion avec le patient de l'accompagner à trouver des ressources utiles de lui-même. GENTY (2019) ajoute qu'elle commence dès l'accueil car ces outils de communication aident à créer une relation de confiance avec le patient. Cela rejoint les dires de l'infirmière en hématologie. J'en déduis que les infirmiers interrogés m'ont répondu en parlant de leurs pratiques d'hypnose qu'ils utilisent. Je comprends que l'hypnose est une solution à la prise en soin de l'anxiété d'un patient. Sans chercher à approfondir le sujet je cherche alors ce que cette pratique peut apporter à ma réflexion. Certaines pratiques peuvent être extrêmement complexes et demandent de suivre la formation dédiée pour pouvoir les utiliser correctement. Loin de moi l'idée de vouloir user de méthodes qui demandent d'être formé et qui mal maîtrisées peuvent être délétères pour un patient. Une des techniques qui rejoint les parties précédentes est la communication positive. C'est une communication où le soignant n'utilise pas de formulations ou des termes connotés négatifs et les remplace par des formulations positives. Par exemple « Vous êtes mal installé » peut-être remplacé par « Vous pourriez être mieux installé », le sens est le même mais l'un comporte un mot connoté négatif « mal » quand dans l'autre, un mot est connoté positif « mieux ». Pour l'auteur BENHAMOU (2019) la communication positive est à la portée de tout soignant, elle est facile à assimiler, à utiliser et ces effets sont directs. C'est une pratique que je pourrais utiliser dans des situations où je la considérerais judicieuse. Une autre notion dans l'hypnose est les objectifs. Lors d'un entretien où le soignant cherche à réduire l'anxiété du patient il ne faut pas chercher à la faire disparaître à tout prix. La personne doit pouvoir y arriver selon ses capacités. L'objectif du soignant peut donc devenir un vécu néfaste pour le patient et dégrader la relation de confiance entre eux. Pour l'auteur PHAM-DINH (2019), les objectifs doivent émaner du patient et le soignant doit s'y conformer. Il faut également faire en sorte que les objectifs soient modérés pour qu'ils restent toujours atteignables par la personne. Cela la rassurera de les avoir atteints et évitera de la positionner face à un échec qui pourrait être décourageant et réduisant la force de la personne pour passer au-dessus de ses peurs, de son anxiété. Il est important que je comprenne cela. Etant encore étudiant et bientôt diplômé je ne dois pas chercher à tout prix à conforter ce que j'ai appris. Le patient doit rester au centre de mon attention et je ne dois pas lui imposer mes pratiques si celui-ci n'en a pas besoin, n'en est pas capable ou n'est pas demandeur. Je dois donc prendre conscience des limites de la

personne et de ne pas chercher à les atteindre. Si celle-ci est déjà habitée par l'anxiété il n'est pas bon qu'elle reçoive de la pression de l'infirmier.

J'observe grâce à ces auteurs et infirmiers interrogés qu'il y a un intérêt de plus en plus grand porté à l'anxiété des patients. Cette émotion est de plus en plus considérée dans le monde hospitalier et beaucoup de techniques et de méthodes apparaissent et évoluent dans ce sens. J'ai pu comprendre que l'hypnose est une bonne réponse à l'anxiété du patient. Je comprends qu'elle mobilise les techniques de communication et par conséquent un langage différent et un choix des mots judicieux. Tout ce que j'ai appris m'a permis d'en prendre pleinement conscience et dans mon futur professionnel si mon intérêt pour ce sujet continue de grandir je pourrais compléter ma formation avec des diplômes d'hypnose, de sophrologie ou autres pratiques qui ont montré leur efficacité et renforcer ainsi le potentiel de l'équipe dans laquelle je travaillerai.

## 6 Conclusion

Ce mémoire est né de situations qui m'ont interpellé en stage comme en cours. Il est arrivé que des infirmiers rencontrés en stage me conseillent de changer certains mots que j'employais. En cours, nous avons appris que des appellations avaient changés car elles étaient plus respectueuses. Mes deux situations d'appel sont les cas les plus parlants que j'ai rencontrés mais il y en a eu d'autres. Je me suis interrogé sur ce sujet très tôt lors de la formation et finaliser ma réflexion avec ce mémoire permet de sortir avec une expérience nouvelle. Ces interrogations ont fini par se transformer en questionnements et ont abouties à ma question de départ. Celle-ci n'a pas été simple à formuler car il a fallu abandonner mes représentations personnelles en passant par un conflit socio-cognitif pour me rapprocher le plus possible de mon véritable intérêt.

J'ai débuté mon mémoire en faisant des recherches qui ont grandement enrichi mes connaissances. J'ai énormément appris et approfondi sur plusieurs sujets. Grâce à de nombreux auteurs, j'ai pu comprendre plus en détail ce qu'est l'anxiété mais également l'angoisse, le stress et la peur. D'une manière plus générale, j'ai assimilé beaucoup d'informations sur les émotions et leurs rôles dans nos vies. J'ai également beaucoup approfondi mes connaissances sur la communication. Celles-ci font suite au cours que nous avons reçus sur cette thématique. J'ai pu aussi m'intéresser de plus près au langage, un sujet qui a attisé ma curiosité, et plus particulièrement découvrir les mots et leurs implications dans notre communication. Enfin j'ai étudié la relation entre les soignants et les patients ainsi que comment la communication crée un lien dans les soins. Lire des articles scientifiques n'était pas facile au début mais maintenant je me sens plus à l'aise, cela ne sera plus une difficulté.

Pour poursuivre mon mémoire, j'ai réalisé deux entretiens semi directionnels. À la suite du premier entretien avec l'infirmier en psychiatrie, j'ai dû modifier ma trame de questions. Comme c'était la première fois que je réalisais cet exercice, j'ai constaté des erreurs à ne pas reproduire lors du deuxième entretien. Le premier entretien fut très enrichissant et le deuxième encore plus car j'étais mieux préparé. Toutes les informations que les deux infirmiers m'ont transmises ont encore accru ma curiosité. Beaucoup de leurs connaissances ont fait écho avec les auteurs cités. Il y a eu également beaucoup de nouvelles idées. Des liens avec leurs expériences sur le terrain ont ouvert encore davantage ma perception de ma problématique. Les deux infirmiers m'ont également parlé de pratiques comme l'hypnose ou le PNL. Cela m'a intéressé et j'ai réalisé des recherches à ce sujet pour voir si cela pouvait apporter des éléments supplémentaires à mon mémoire.

Grâce à l'écriture de mon mémoire j'ai pu mettre en lumière de multiples informations, de multiples pratiques qui enrichissent mes connaissances et ma pratique de soignant. Tout au long de mes recherches, l'intérêt que je porte à l'anxiété des patients a grandi. Je comprends désormais que la prise en soin de l'anxiété peut être du rôle de l'infirmier. Je comprends également que l'anxiété du patient s'observe dans sa communication et que celle du soignant peut l'apaiser. En orientant mon mémoire sur les mots qu'utilise l'infirmier, j'ai pu comprendre l'intérêt de ceux-ci auprès du patient. Les mots n'ont qu'une petite place dans la communication mais ils peuvent avoir un grand rôle. Les auteurs et les infirmiers m'ont fait découvrir des concepts et des méthodes qui vont alimenter ma pratique professionnelle. Je serais tout de même attentif à l'intérêt que cela apportera au patient car cela doit lui être bénéfique. Chaque méthode doit s'adapter à la personne et à l'anxiété qui lui est propre. Il faut adapter son vocabulaire au sien et ne pas le confronter à plus d'incompréhension, d'inquiétude ou d'inconfort. Cela ne ferait que naître plus d'anxiété en lui. J'ai compris également que l'accueil du patient joue un grand rôle dans la prise en soin de son anxiété. C'est là que la relation de confiance commence à se créer. Enfin il est devenu évident qu'un patient anxieux est inconfortable et que cela a une répercussion sur le soin. Il ne faut donc pas hésiter à prendre un temps nécessaire avec le patient pour qu'il exprime ce qu'il ressent et chercher avec lui une nouvelle façon de visualiser ce qui le rend anxieux. De plus il faut prendre en compte sa capacité à réduire son anxiété. Il faut que ce soit lui qui exprime l'objectif. En outre, je ne dois penser que je puisse réduire entièrement l'anxiété du patient. Cela dépend de lui avant tout. L'efficacité des techniques que j'utiliserais s'amélioreront au fur et à mesure des situations rencontrées. Je dois accepter de pouvoir commettre des erreurs à condition qu'elles m'aident à m'améliorer.

Pour ce mémoire j'ai orienté mes recherches sur l'anxiété d'un patient lors d'un soin anxiogène. Cela sous entendait que c'était le soin qui était à l'origine de l'anxiété d'un patient. Mes recherches et les infirmiers l'ont également explicité, l'anxiété d'une personne est souvent due à ses représentations en lien avec la maladie, l'univers hospitalier mais également vis-à-vis d'un soin. Je me rends compte que pour comprendre l'origine de l'anxiété, l'infirmier doit prendre un temps pour établir une relation de confiance et ouvrir la parole au patient. Il est donc possible de continuer la recherche avec un nouveau questionnement : En quoi l'infirmier, par ses mots, peut-il modifier la perception du patient face à ce qui le rend anxieux pendant un soin ?

## 7 Bibliographie

### Dictionnaire :

DORTIER, J-F. (2004). *Anxiété* Dans le *dictionnaire de science humaines* (p.23). Auxerre : Editions Sciences Humaines.

### Dictionnaires en ligne :

Patient, Patiente (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58655>

### Articles de périodiques :

PALAZZOLO, J. (2019). De l'anxiété normale à l'anxiété à l'anxiété pathologique. *Journal des psychologues*, 369, 72-77.

LEOPHONTE, P. (2000). Effet de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique. *Recherche en soins infirmier*, 60, 50-66.

MAWARD, L. & AZAR, N. (2004). Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. *Recherche en soins infirmiers*, 78, 35-55.

MBOUA, P.C., NGUEPY KEUDO, F.R. & BIANKE, P. (2018). L'anxiété du patient en situation de maladie grave : la réponse palliative. *Revue internationale de soins palliatifs*, 33 (3), 149-152.

LE PEN, C. (2009). « Patient » ou « Personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins. *Revue économique*, 60, 257-271.

MICHON, F. (2013). Le langage dans le soin. *SOINS*, 773, 23.

FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.

COSNIER, J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie Médicale*, 9 (11), 2033-2049.

GROSCLAUDE, M. (2013). Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. *SOINS*, 773, 38-40.

SVANDRA, P. (2013). Le soin est langage. *SOINS*, 773, 27-27.

AGNIESZKA, H.-B. (2008). La communication non-verbale et paraverbale – perspective d'un psychologue. *Synergie Pologne*, 5, 21-30.

NUGIER, A (2009). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de psychologie sociale*, 4, 8-14.

TCHERKASSOF, A & FRIJDA, N.H. (2014). Les émotions : Une conception relationnelle. *L'année psychologique*, 3 (114), 501-535.

AÏM, P. (2019). Communication thérapeutique et hypnose. *Santé Mentale*. 239, 30-36.

PHAM-DINH, C. (2019). Déployer les outils de l'hypnose en psychiatrie. *Santé Mentale*. 239, 38-43.

GENTY, G. (2019). « En quoi puis-je vous être utile ? ». *Santé Mentale*. 239, 70-75.

BENHAMOU, D. (2019). Hypnose et soins infirmiers. *Objectif Soins & Management*, 266, 55-58.

#### **Articles en ligne :**

HAS, (2007). *Affection psychiatrique de longue durée, Troubles anxieux graves. Guide – Affection longue durée*. p.3. Repéré à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)

HAS, (2007). *La prise en charge de votre trouble anxieux. Vivre avec un trouble anxieux. Guide – Affection de longue durée*. p.3. Repéré à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-091\\_tag.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-091_tag.pdf)

GASPARD, C. (2019). Etude qualitative : définition, technique, étapes et analyse. Repéré dans le site Scribbr, section Accueil – Ressources – Méthodologie :  
<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

GASPARD, C. (2019). L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes. Repéré dans le site Scribbr, section Accueil – Ressources – Méthodologie :  
<https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

#### **Pages web :**

MOGILEVA, M. (s.d.). *Anxiété, stress : Comprendre les symptômes, faire la différence*. Repéré à : <https://www.goodpsy.fr/thematique/list/t/Anxi%C3%A9t%C3%A9++Stress/m/1>

SOUSA, A. (2017) ; Stress, Angoisse ou Anxiété ? Sachez faire la différence. Repéré à : [https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/stress\\_angoisse/articles/11992-stress-angoisse-anxiete.htm](https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/stress_angoisse/articles/11992-stress-angoisse-anxiete.htm)

GIFFARD, D. (s.d.). *Formation pour infirmier de secteur psychiatrique – Cours et tableaux présenté par Mr Giffard*. Repéré à : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/angoisse.htm>

GIFFARD, D. & HUGUET (1985). *Communication*. Repéré à : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm>

BATHELOT, B. (2019). *Communication verbale*. Repéré à : <https://www.definitions-marketing.com/definition/communication-verbale/>

NICAISE, G. (2015). Le langage. Repéré à : <http://www.guillaumenaicaise.com/2015/10/20/le-langage/>

#### **Ouvrages :**

GRAZIANI, P. (2005). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Armand Colin

GASPARUTTO, G (1992). *Communication entre partenaires de soins*. Clamecy : Edition Lamarre.

Luis Sepúlveda (2010), *La lampe d'Aladino*. Saint-Amand-Montrond : Métailié

Luis Sepúlveda (2004) *L'histoire d'une mouette et du chat qui lui apprit à voler*. Saint-Amand-Montrond : Métailié.

#### **Texte législatif :**

Annexe 1 : Diplôme d'état infirmier. Référentiel d'activité Art.R.4311-2. (2017). Formations des professions de santé. Profession Infirmier, juin, p.45.

## 8 Sommaire des annexes :

I – Guide d’entretien

II – Entretien avec une infirmière en hématologie

III – Tableau d’analyse de l’entretien de l’infirmière en hématologie

IV – Entretien avec un infirmier en psychiatrie

## I – Guide d’entretien

### **Introduction :**

*“Bonjour, nous nous retrouvons aujourd’hui pour que je puisse vous poser des questions en lien avec mes recherches sur le mémoire. Mon sujet parle des mots qu’utilise l’infirmier pour communiquer avec le patient. Acceptez-vous que j’enregistre l’entretien pour que je puisse le retranscrire ? L’entretien sera anonyme”*

### **1 - Présentation du professionnel et du contexte :**

Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours brièvement ? (Parcours professionnel, années de pratique, formation, poste)

Pouvez-vous me présenter votre environnement de travail et vos missions ?

### **2 - Questions introductives du sujet :**

Pour vous, quels soins peuvent générer de l’anxiété ?

Comment identifiez-vous l’anxiété d’un patient vis à vis d’un soin ? (méthode, technique, critère...)

Comment accompagner vous cette anxiété lors du soin ? (avant, pendant, après)

Avez-vous des technique/méthodes pour calmer l’anxiété du patient lors du soin ?

Dans votre exercice professionnel comment percevez-vous l’utilisation des mots ?

### **3 - Questions sur la problématique :**

Pensez-vous que la manière de parler, plus précisément les mots que vous utilisez peuvent modifier l’anxiété d’un patient en la diminuant ou alors en l’augmentant ?

### **4 - Recherche de cas concret vécu par le professionnel :**

Pouvez-vous me parler d’un soin que vous avez vécu où les mots d’un soignant (vous, ou un autre) ont pu générer de l’anxiété chez un patient ?

- Comment avez vécu/perçu ce soin ?
- Qu’avez-vous fait pour répondre à l’anxiété du patient ?
- Avez-vous adapté votre langage ?

- Avez-vous utilisé des mots rassurants ou minimisants le sujet d'anxiété du patient ?

### **5 - Questions d'approfondissements :**

Avez-vous repéré des mots que vous ne souhaitez plus utiliser car ils pourraient être anxiogènes ?

A l'inverse avez-vous des mots qui sont anxiolytiques ? (amélioration du soin)

Pouvez-vous me parler de vos spécialités ? (hypnose, PNL, communication positive...)

### **6 - Fin :**

Voulez-vous ajouter certaines choses ?

## II - Entretien avec une infirmière en hématologie

Etudiant : Bonjour, Merci de me recevoir en entretien pour mon mémoire. Je vous présente succinctement mon sujet, cela évitera de diriger trop vos réponses et permettra à l'entretien de se développer en fonction de vos réponses. Sur quoi je travaille ? C'est sur la prise en charge de l'anxiété par les infirmiers et après sur certains éléments plus particulièrement. Dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter vous, votre parcours professionnel, votre travail ?

Infirmière : Moi, je suis M\*\*\*\*\* G\*\*\*\*\*, une infirmière en hématologie depuis... cela va faire onze ans. J'étais aide-soignante avant, ASH (Agent de Service Hospitalier) avant. À la base j'ai même une licence de psychologie et depuis que je suis infirmière, depuis onze ans, j'ai fait un DU douleur et je me suis formé à l'hypnose. Hypnose et douleur aiguë il y a sept ans et hypnose et thérapie brève il y a quatre ans. Depuis un an, j'ai 40% de mon temps dédié à l'hypnose et le reste de mon temps je suis une infirmière en secteur.

E : D'accord. L'hypnose au Centre Hospitalier Universitaire, pas à votre compte ?

I : Ah non ! En hématologie. Qu'en hématologie. Au Centre Hospitalier Universitaire en hématologie. Je suis payée par le Centre Hospitalier Universitaire pour faire de l'hypnose dans le service.

E : D'accord. Est-ce que vous pouvez présenter un peu votre environnement de travail en dehors de l'hypnose ?

I : Oui bien-sûr. Mes missions c'est d'accompagner le patient en secteur... Je fais les trois secteurs : Hôpital de jour, secteur conventionnel et secteur stérile. Donc il y a l'accompagnement suite à une annonce en fait, suite à un diagnostic de cancer : Rassurer le patient, etc... Tu as tout le côté technique avec les prescriptions médicales et surtout il y a toute la grosse partie de mon travail qui est d'aider le patient à supporter ce que l'on vient de lui apprendre.

E : D'accord. Le diagnostic en quelque sorte ?

I : Oui parce que quand ils apprennent qu'ils ont un cancer ce n'est pas toujours simple à vivre. On est différent quand on est en hôpital de jour, quand on est en secteur conventionnel, et quand on est en hôpital stérile. J'ai même de la programmation de chimio ici. C'est encore une autre façon de prendre en charge le patient.

E : Ok. Mes premières questions vont être sur les soins et plus précisément sur ce qui est pour vous un soin anxiogène ?

I : En hémato ?

E : En hémato !

I : En fait ils sont anxieux dès que l'on rentre dans la chambre. Ils sont anxieux parce que c'est un nouvel univers pour eux. C'est un univers cancéreux. Donc tout ce que l'on va leur dire déjà, ça va créer de l'anxiété la plupart du temps. Parce que ce sont des termes qu'ils ne connaissent pas quand on parle d'aplasie, de défenses immunitaires. Après au niveau plus technique même poser une VVP chez un patient ça peut être compliqué s'il a des angoisses des aiguilles. Après, tout ce qui est biopsie ostéomédullaire, ça crée de l'anxiété parce qu'il y a un diagnostic derrière. Poser des sondes urinaires, poser des sondes à double courant, en général ce n'est pas vécu... les sondes naso-gastriques, ce n'est pas vécu de façon très positive.

E : Quand vous dites peu positive, en quelque sorte comment vous identifiez l'anxiété chez un patient ?

I : Comment je le vois ?

E : Oui, comment vous la percevez ?

I : De trois façons. Il y a trois façons de regarder une personne. Une façon dans son verbal, la façon dont il va s'exprimer, les mots qu'il emploie bien-sûr. Des mots négatifs, des mots connotés anxiogènes. Soit le para-verbal, le ton qu'il emploie. Des gens qui peuvent employer des mots positifs mais avec un ton qui montre... je ne sais pas : La voix qui chevrote. On sent que là il y a quelque chose qui se passe. Et ça va être aussi dans son comportement, donc la façon dont il est. Si on voit qu'il tremble, si on voit qu'il claque des dents. C'est les extrêmes mais bon... C'est cela toute l'observation du patient.

E : D'accord. Et de quelle manière vous accompagnez, en quelque sorte, cette anxiété ?

I : Déjà je la valide avec lui. Si ce sont des mots je reprends ses mots. Si c'est un ton de voix je le signale en lui disant : "Vous avez peut-être un ton de voix un peu particulier", sans employer le mot forcément "anxiété" pour ne pas ouvrir des zones anxiogènes encore plus importantes et le patient répond "oui", "non" et en fonction je rebondis. Si c'est dans son comportement je lui signale également. Je valide ce que je vois et il peut me répondre "non

c'est ma façon d'être tout le temps" mais c'est rare qu'ils disent ça. Et s'il dit "peut-être vous avez raison" cela ouvre la porte pour qu'il dise ce qu'il a besoin de dire.

E : D'accord. Du coup quand vous expliquez que la personne utilise certains mots et que vous reprenez ces mots-là. De quelle manière ?

I : Le même mot qu'il a employé. Je le reprends.

E : Ok, d'accord. Cela en vient à ma question d'après. Est-ce que vous avez des techniques ou des méthodes pour accompagner, en quelque sorte, cette anxiété ? Vous employez les mêmes mots mais ...

I : Je reprends le même mot en question ouverte. Je ne sais pas si quelqu'un... Je vais reprendre le cas extrême toujours mais en général quand le médecin leur annonce qu'ils ont une leucémie ils ne vont pas vous parler qu'ils ont peur de mourir mais forcément ils y pensent. Donc il faut leur permettre de leur laisser la possibilité de l'exprimer. S'ils n'ont pas envie d'employer le mot "mort" il n'y a pas besoin de le mettre ce mot-là. En général moi je leur dis : "Oui, parfois quand on a une leucémie ça fait penser à des choses ». Il y a toujours des voisins qui connaissent quelqu'un qui a une leucémie, ça s'est passé peut-être plus ou moins bien et donc là on ouvre la porte et donc le patient vous dit : "Oui, ils sont morts. Ou on pense qu'on peut mourir peut-être". Donc tu reprends le mot "mourir" : "Pourquoi vous pensez ça en fait". Parce que je leur dit : "Si vous êtes là c'est qu'il y a un traitement, c'est qu'il y a quelque chose. Les médecins ne proposent pas de traitement s'ils ne pensent qu'il n'y a pas de possibilités". Il faut créer un peu de... — ça paraît un peu utopique comme ça — mais de l'espoir en fait. Parce que, comme nous disent les médecins : "Si on propose un traitement c'est qu'on croit que ça peut fonctionner". Donc si on dit au patient avant même de commencer un traitement que ça ne va pas marcher, je pense que ça n'a pas trop d'intérêt.

E : Et vous leur dites "l'espoir" au patient justement ?

I : Ah ouais ! Ah oui, oui !

E : Pour vous ça amène quelque chose de nouveau ?

I : Je pense qu'en général ils protègent leur famille. Ils n'osent pas leur dire qu'ils ont peur de mourir. Parce que tout le monde le pense, tout le monde le sait mais personne n'ose le dire. Mais de leur dire qu'un traitement est proposé, et je leur dis très terre à terre : "Au coût de votre hospitalisation, vu l'état du moment de la sécurité sociale je ne pense pas qu'elle proposerait ce genre de traitement au prix de la journée." Donc je leur dit : "Si on vous propose

ce traitement-là, c'est que les médecins pensent que vous pouvez réussir à passer cette maladie".

E : D'accord. La question qui découle un peu de tout ce dont on a parlé est : Dans votre exercice professionnel comment vous percevez l'utilisation des mots ?

I : Dans mon exercice professionnel ?

E : En quelque sorte dans le soin, dans l'approche avec la personne comment l'utilisation des mots à une importance ou non ?

I : Alors, les mots. A une annonce par exemple ?

E : Voilà. Le choix en fait. L'utilisation que vous allez en faire de chacun des mots ?

I : Alors il faut que tu saches que si on parle de la roue de la communication le verbal ne correspond qu'à peine à 10, 15% de la communication. C'est à dire très peu. Donc ça a peu d'importance en soi. Mais n'empêche que le mot que tu vas utiliser... Si tu utilises le mot : "Ça va être grave" ou quelque chose comme ça, ton patient il peut rester sur le mot "grave" et puis s'arrêter. Donc tout le reste que tu pourrais dire après qui pourrait amoindrir ou arrondir les angles de ce mot-là, il n'entendra plus rien parce que sa focalisation va être resté sur ce mot-là. Alors on n'est pas parfait. On peut utiliser des mots négatifs ou qui pour toi te paraissent peut-être standards mais qui pour le patient cela va lui réveiller en lui des... Ça va avoir une connotation en lui hyper anxiogène et tu vas un peu mariner et mariner à récupérer tout ça derrière.

E : D'accord. C'est exactement vers ça que je veux aller. Est-ce que vous pensez que dans la manière de parler ou dans l'utilisation des mots on peut jouer sur l'anxiété du patient. C'est à dire l'augmenter ou l'amoindrir ?

I : Mais carrément ! Mais ça c'est clair ! Si tu dis à un patient... Si tu rentres en contact avec lui... Si je te dis que le mot en lui-même n'apporte pas tant de choses que ça dans une communication mais il en apporte, si tu n'emploies que des mots négatifs ou des mots anxiogènes, ton patient tu ne peux que majorer son anxiété. Quelqu'un qui est en fin de vie par exemple, si tu lui amènes "Vous avez mal ?", "Peut être que quand vous allez mourir vous allez être douloureux. Vous ne réussirez plus à respirer correctement et peut être que vous allez saigner par le nez, par la bouche". Je pense que ça peut amener de l'anxiété. Mais si tu apportes à ton patient une autre façon de parler en disant "Vous sentez-vous confortable là, actuellement ? Est-ce qu'il y a une zone peut-être qui vous tiraille un peu plus ? Vous vous sentez un peu mal installé dans votre lit ?". On est pourtant en train de demander s'il a mal

mais on l'emploie différemment. Lui apporter le fait qu'à un moment peut-être il ne pourra plus respirer, il n'y a pas d'intérêt de le faire, à part te rassurer toi. Certainement qu'à un moment il ne pourra plus respirer mais sa famille va appeler ou lui va appeler et tu lui dis : "Je vais revenir dans 30 minutes" et quand tu dis à un patient que tu reviens dans 30 minutes tu reviens dans 30 minutes. Tu dis à la famille : "On travaille ensemble. Vous êtes sa famille c'est vous qui le connaissez le mieux. Si vous sentez qu'à un moment il est moins bien, moins confortable vous nous appelez, on va venir".

E : D'accord. Est-ce que vous avez un cas concret à me proposer où vous avez pu assister à un patient qui, déjà anxieux vis à vis d'un soin a pu devenir encore plus anxieux ou a pu être rassuré grâce à l'utilisation de certains mots ? Est-ce que vous avez un souvenir ou même récemment ?

I : Alors un patient qui est anxieux ou on peut augmenter l'anxiété ou la diminuer. C'est ça que tu veux ?

E : Exactement !

I : Bon alors on va prendre le patient d'hier. J'étais en journée d'hypnose. Je peux parler avec de l'hypnose ?

E : Oui oui oui !

I : Bon d'accord. Donc quand je suis en journée hypnose les médecins me sollicitent quand ils savent qu'il y a des patients anxieux. Là c'était un patient de 26 ans, une leucémie aiguë, réfractaire à beaucoup de traitements et son cathé est infecté. Ça arrive. Donc il faut enlever le cathéter tunnélisé. Le cathéter tunnélisé tu sais ça va être dans les oreillettes donc pour que ça se maintienne il y a une petite cuff. C'est une petite mousse sous peau qui du coup fait une adhérence à la peau. Ça fait 3 mois qu'il l'a. Donc pour l'enlever ça veut dire qu'il faut faire une anesthésie locale, tu incises et le médecin il enlève la cuff. Ça peut être un peu traumatique. Ce patient il était anxieux parce que la pose c'était très mal passée. Donc à partir du moment où la pose s'est mal passée il se dit que la dépose ça ne va pas bien se passer ? Donc depuis le matin il sait que le cathé va être enlevé donc il disait que "ça mal aller, que de toute façon il aurait mal, que de toute façon la pose s'est très mal passée et que c'était n'importe quoi la pose" en boucle, en boucle, en boucle. Et donc l'interne me demande de l'accompagner et il commence à dire que "certainement que ça va tirer. Que ça va peut-être sentir comme un arrachement dans votre cou". Des mots pas forcément très positifs ou tu vois que le patient commence à avoir encore plus d'anxiété à la limite du malaise. Il devient tout blanc, il perle de sueur donc tu te dis qu'il va falloir réagir. Et en fait là il faut reprendre la main.

Bon après moi j'ai une formation particulière mais déjà rien que la formation communication thérapeutique, on apprend à parler différemment avec le patient, à détourner un peu son attention. Donc à côté de lui il y avait un jeu de clés avec des capsules, enfin un... comment on appelle ça pour les bières ?

E : Un décapsuleur.

I : Un décapsuleur merci. Et donc je suis partie sur ça en fait. Sur le décapsuleur pour tout simplement créer de la distraction en fait. Pendant ce temps-là je lui dis : "vous savez ce qui va se passer ?". Je lui dis les choses claires en lui disant : "Le médecin va faire une anesthésie locale, ensuite peut être vous sentirez un léger tiraillement plus ou moins important." Je ne mens pas mais je ne lui dis pas : "Ça va arracher !". J'emploie d'autres mots et je lui dis "Peut-être si le tiraillement devient moins confortable de me le signaler pour que l'on augmente l'anesthésie locale" et après tu pars autrement avec lui sur de l'hypnose. Mais tous ces mots-là, alors que j'expliquais la même chose que le médecin, avec des mots peut-être sans mentir. On n'est pas là non plus pour dire que "ça va être comme une caresse", ça n'en n'est pas une d'accord ? Donc en employant des mots plus positifs ou en tous cas moins anxiogènes pour que le patient comprenne ce qui va se passer. Que tout ce qui va se passer, son conscient lui, va bien comprendre que c'est comme ce qu'on a détaillé, mais que derrière à côté tu parles d'autre chose. Que tu parles de son trousseau de clés avec son décapsuleur parce qu'il y avait une image dessus, c'était en Espagne et qu'il a été en voyage là-bas.

E : D'accord. Et eux....

I : Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question ?

E : Non non, mais si si. Justement ! Du coup je me retrouve un peu où est-ce qu'on en est.

I : D'accord.

E : Et j'avais des questions qui sont apparues en vous écoutant. Vous parlez beaucoup de vocabulaire positif ou vocabulaire négatif et de vocabulaire anxiogène. Est-ce que vous avez repéré, par exemple des termes qui le sont quoi qu'il arrive ou est-ce que c'est en fonction de la personne ?

I : Bon, il y a des termes qui tout le temps vont créer de l'anxiété. Après il y a des patients qui d'origine sont déjà anxieux. Donc quoi que l'on fasse, quoi que l'on dise, l'anxiété va être majorée. Si on parle de : "Je vais vous piquer", si ce sont des patients déjà anxieux ça va créer de l'anxiété mais même une personne non anxieuse. "Je vais vous piquer" ça n'est pas très positif. Il y a pleins de mots comme cela dans ce qu'on appelle "la fleur des mots doux", je ne

sais pas si tu en a déjà entendu parler. Sur le CHU c'est en train d'être travaillé mais je sais qu'à Nantes ils ont travaillé ça avec par exemple : On ne dit pas... Quand tu poses une sonde naso-gastrique, si tu arrives au patient et que tu dis : "Je vais vous mettre votre gavage" c'est bof quoi. Alors que si tu lui dis : "Je vais vous poser votre alimentation" tu dis la même chose sauf que le mot il est totalement différent. La finalité elle est identique sauf que le gavage tu penses aux oies et aux canards, je n'en sais rien et l'alimentation c'est pour s'alimenter, pour la santé, enfin je ne sais pas quelle connotation il aura le médecin, le patient pardon !

E : C'est ça... Ce sont des représentations, des connotations, qui font qu'il faut jouer avec le sens que la personne va en faire pour amener quelque chose de positif parfois, sans le vouloir j'espère, quelque chose de négatif.

I : "Je vais vous apporter un pistolet !" On peut apporter l'urinal tout simplement.

E : Ça veut dire un pistolet ?

I : Ouais tu as pleins de choses comme ça. Par exemple quand tu fais un ECG : "Je vais chercher les électrodes." Le patient qui ne connaît pas l'ECG il pense que les électrodes tu vas l'électrocuter. Alors que tu dis : "Je vais vous mettre des pastilles qui vont juste faire un enregistrement." Tu dis la même chose sauf que tu n'emploies pas les mêmes mots.

E : Donc c'est vraiment ce côté de représentation qui...

I : Une gymnastique.

E : Voilà exactement ! Une gymnastique. Et du coup est-ce qu'il y a des mots que vous avez mis de côté, que vous ne souhaitez plus utiliser avec les patients ?

I : Je pense que j'ai changé ma façon de travailler. D'avoir eu ma formation de communication thérapeutique puis après tout mon cursus d'hypnose m'a vraiment, vraiment fait changer ma façon d'entrer en contact avec un patient et physiquement et verbalement. Là actuellement il ne faut plus serrer les mains de personne mais sinon mon premier contact avec un patient quand je fais son entrée c'est d'aller vers lui et de lui serrer la main. Ça change beaucoup de chose de toute façon. Ça créer une alliance. Le patient se dit : "Tiens je suis une personne et non un énième patient dans toute la liste qu'elle doit voir." Après dans mon vocabulaire avec lui, oui j'ai changé beaucoup de choses parce que je pense que je n'utilise plus tous ces mots-là. Alors ça n'est pas parfait. Parfois je peux encore employer : "Une petite injection". Le mot "petite" pour peut-être moi me rassurer mais normalement je ne le fais plus.

E : Du coup oui on peut souvent observer quand on pense amoindrir quelque chose ou atténuer quelque chose on utilise souvent le mot "petit". Pour vous ça n'est pas forcément quelque chose qui fonctionne ?

I : Non parce que tu rassures juste le soignant quand tu fais ça. Parce que tu sais toi que ça peut faire mal au patient. Que ce n'est pas parce que tu mets le mot "petite" que ça va être plus petit. Alors que quand tu t'assoies à côté d'un patient quand tu as une prise de sang à lui faire, je lui dis toujours : "Prenez une chaise. Ça ne vous prendra pas plus de temps de vous mettre au même niveau que le patient. Non que d'être en hauteur où il a cette sensation de...". Enfin je ne sais pas si tu as déjà eu cette sensation d'être allongé dans un lit ou quelqu'un vient au-dessus de toi et imagine en plus qu'il a une aiguille pour te faire une prise de sang dès le matin au réveil, c'est un peu violent quand même. Alors que quand tu t'assoies et que tu dis : "Vous allez sentir un léger tiraillement". Il sait que tu viens pour la prise de sang. Tu dis : "C'est le bilan sang du matin" en arrivant dans la chambre, "Je viens pour le bilan ce matin" et quand tu t'installes et que tu ne leur dit plus "maintenant, je vais vous piquer" parce que là c'est toi que tu rassures ce n'est pas lui.

E : D'accord. C'est un petit peu vouloir faire bien sans avoir vraiment...

I : Oui ça part toujours d'une très bonne intention. Tout ce que l'on fait part toujours d'une bonne intention. Parce que notre priorité ça reste toujours le patient. Après ça reste un changement de façon de parler.

E : Et du coup dans les mots qui peuvent améliorer, qui peuvent être anxiolytiques en quelque sorte, est ce que vous en avez repéré certains ou est-ce que c'est vraiment avec la personne que ça se trouve ?

I : Il y a tous les basiques comme je te disais : "urinal", "potence", "pique", le mot "douleur", le mot "mort", tout c'est mot la ça fait peur de toute façon.

E : Il faut leurs trouver des synonymes en fait.

I : En tous cas des mots qui veulent dire la même chose mais de façon positive mais sans cacher quoi. On n'est pas là pour cacher.

E : D'accord. Je ne sais pas si... On est à 20 minutes déjà. Je ne sais pas si on peut prendre un peu de temps pour parler de vos spécialités.

I : Si tu veux.

E : Vous avez parlé de l'hypnose. Peut-être d'une manière plus générale, l'hypnose dans votre pratique, comment vous l'utilisez, la percevez et alors du coup pour finir est-ce qu'il y a un lien pour les mots ?

I : Il a un lien avec les mots forcément puis en hypnose on apprend à parler différemment. Donc ça c'est la base. Ce qu'on appelait avant l'hypnose conversationnel, qu'on appelle maintenant la communication thérapeutique. Ça c'est la base. Le changement de façon de discuter de parler avec le patient dans notre verbal mais n'oublies pas, la communication n'est pas que verbale elle est paraverbale et non verbale d'accord ? C'est les trois. Et tout ça on l'apprend. Alors ça ne se fait pas du jour au lendemain. Après l'hypnose comment je l'utilise dans le soin ? Alors je pense que je l'utilise quand je suis infirmière en secteur, je l'utilise tout le temps. Enfin pas directement en faisant une séance de transe hypnotique mais je vais l'utiliser tout le temps dans ma façon d'échanger, de communiquer avec lui, comment me comporter, comment me... Parce que ma priorité ça restera toujours le patient. Donc je me dis que si lui il est mieux ça sera bon pour lui en fait. Pour sa famille. Pour moi aussi quelque part c'est un bénéfice secondaire. Un patient qui est bien, qui est rassuré, qui est en sécurité et qui est en alliance avec l'infirmière, du coup c'est un patient qui sonne moins parce qu'il sait que quand il va sonner on va venir, on va l'écouter, on va le comprendre.

E : Et d'une manière un peu générale comment vous décririez l'hypnose dans votre travail ? Un peu à quoi ça ressemble ?

I : Je ne comprends pas la question. A quoi ça ressemble ?

E : C'est à dire qu'elle méthodes sont utilisées, comment... Qu'est-ce qu'on appelle faire de l'hypnose avec un patient en quelque sorte.

I : Alors faire de l'hypnose, une transe... Alors soit c'est de la communication. Soit quand ça n'est pas de la communication thérapeutique c'est l'hypnose dite formelle il y a plusieurs méthodes que tu apprends quand tu vas en formation. En fonction de ce que le patient a et si c'est par exemple un patient qui veut te voir pour de l'insomnie tu vas lui apporter des outils. Si c'est un patient qui a des angoisses de mort tu vas lui apporter d'autres outils. C'est vraiment spécifique à chaque personne et chaque jour la personne ça peut être quelque chose de différent en plus.

E : D'accord. Ok. Bon. Je ne sais pas si vous avez des choses à rajouter ?

I : Non je ne pense pas.

E : Merci beaucoup.

I : De rien merci à toi.

### III – Tableau d'analyse de l'entretien de l'infirmière en hématologie

Objectif : Comprendre l'origine de l'anxiété d'un patient		
Catégories	Thèmes	Items
La maladie	L'annonce de la maladie	<p>« Un diagnostic de cancer » I.15</p> <p>« L'accompagnement suite à une annonce » I.15</p> <p>« quand ils apprennent qu'ils ont un cancer ce n'est pas toujours simple à vivre » I.19</p> <p>« biopsie ostéomédullaire ça crée de l'anxiété parce que qu'il y a un diagnostic derrière » I.28</p> <p>« quand le médecin annonce qu'ils ont une leucémie » I.52</p>
	La vision de la maladie	<p>« ils ne vont pas vous parler qu'ils ont peur de mourir mais forcément ils y pensent » I.53</p> <p>« quand on a une leucémie ça fait penser à des choses » I.55</p> <p>« on pense qu'on peut mourir peut-être » I.57</p>
La personne	L'entourage du patient	<p>« ils protègent leur famille » I.65</p> <p>« Ils n'osent pas leur dire qu'ils ont peur de mourir » I.65</p> <p>« tout le monde le pense, tout le monde le sait mais personne n'ose le dire » I.66</p>
	Nature de la personne anxieuse	<p>« il y a des patients qui d'origine sont déjà anxieux » I.140</p> <p>« quoi que l'on fasse, quoi que l'on dise, l'anxiété va être majorée » I.141</p> <p>« des patients déjà anxieux » I.142</p>

L'univers hospitalier	L'environnement hospitalier	« un nouvel univers pour eux » I.25 « un univers cancéreux » I.26 « dès que l'on rentre dans la chambre » I.25 « allongé dans un lit où quelqu'un vient au-dessus de toi » I.175 « une prise de sang dès le matin au réveil » I.175
	Vocabulaire technique	« tout ce qu'on va leur dire déjà, ça va créer de l'anxiété » I.26 « des termes qu'ils ne connaissent pas » I.27

**Objectif : Identifier un soin anxiogène**

⇒ **Quels sont les soins pour vous qui peuvent générer de l'anxiété ?**

<b>Catégories</b>	<b>Thèmes</b>	<b>Items</b>
Les soins	Soins invasifs	« poser une VPP » I.27 « Poser une sonde urinaire » I.29 « Poser une sonde à double courant » I.30 « sondes naso-gastriques » I.30 et I.144 « une anesthésie locale » I.111 « tu incises » I.111 « prise de sang » I.172
	Peur des soins	« angoisses des aiguilles » I.28
	Antécédent de soins	« la pause s'était très mal passée » I.111

		« la pose s'est mal passée il se dit que la dépose ça ne va pas bien se passer » I.112
<b>Objectifs :</b> - <b>Repérer les indices évocateurs d'anxiété chez le patient</b> - <b>Identifier les méthodes utilisées par l'infirmier pour repérer les signes d'anxiété chez les patients</b> <b>=&gt; Comment identifiez-vous l'anxiété d'un patient vis-à-vis d'un soin ? (Méthode, technique, critères...)</b>		
Catégories	Thèmes	Items
Indices évocateurs d'anxiété chez un patient	Le verbal	« Une façon dans son verbal » I.34 « la façon qu'il a de s'exprimer » I.34 « les mots qu'il emploie » I.35 « Des mots négatifs » I.35 « des mots connotés anxiogènes » I.35 « il disait que « ça allait mal aller » » I.113 « en boucle, en boucle, en boucle » I.114
	Le paraverbale	« Soit le paraverbal » I.35 « le ton qu'il emploie » I.35 « la voix qui chevrote » I.36
	Comportement	« dans son comportement » I.37 « la façon dont il est » I.37 « claque des dents » I.38 « réfractaire à beaucoup de traitements » I.107 « à la limite du malaise » I.117 « Il devient tout blanc » I.117 « il perle de sueur » I.117
Les méthodes de l'infirmier pour	Le regard	« Façons de regarder une personne » I.34

identifier l'anxiété du patient		« C'est toute l'observation du patient » I.34
	L'intuition	« On sent que là il y a quelque chose qui se passe » I.37 « tu te dis qu'il va falloir réagir » I.117
<b>Objectif : Identifier les stratégies mises en œuvre par l'infirmier pour accompagner une personne anxieuse.</b> <b>⇒ Comment accompagner vous cette anxiété lors du soin ? (avant, pendant, après)</b>		
Catégories	Thèmes	Items
Stratégie pour prendre en charge l'anxiété d'un patient	Être présent auprès du patient	« Rassure le patient » I.16 « il faut prendre la main » I.117
	Lui faire prendre conscience de son anxiété	« je valide avec lui » I.40 « je le signale en lui disant » I.40 « je lui signale également » I.43 « je valide ce que je vois » I.43 « vous avez peut-être un ton de voix un peu particulier » I.41
	S'appuyer sur ses dires	« le patient répond « oui », « non » » I.41 « en fonction je rebondis » I.42 « Pourquoi vous pensez ça en fait ? » I.57
	Ouvrir la parole au patient	« cela ouvre la porte pour qu'il dise ce qu'il a besoin de dire » I.45 « il faut leur permettre de leur laisser la possibilité de l'exprimer » I.53 « là on ouvre la porte » I.56

Créer une relation	<p>« Ça créé une alliance » I.164</p> <p>« entrer en contact avec le patient et physiquement et mentalement » I.162</p> <p>« mon premier contact avec un patient quand je fais son entrée c'est d'aller vers lui et de lui serrer la main » I.163</p> <p>« je suis une personne et non un énième patient dans toute la liste » I.164</p> <p>« Parce que notre priorité ça restera toujours le patient » 181</p> <p>« ma priorité restera toujours le patient » I.201</p>
La façon de s'exprimer	<p>« Une gymnastique » I.157</p> <p>« dans mon vocabulaire avec lui » I.165</p> <p>« parler différemment avec le patient » I.165</p> <p>« un changement de façon de parler » I.181</p> <p>« Le changement de façon de discuter de parler avec le patient dans notre verbal » I.196</p>
Le positionnement	<p>« prenez une chaise » I.173</p> <p>« vous mettre au même niveau que le patient » I.173</p> <p>« quand tu t'assoies » I.176</p> <p>« tu t'installes » I.177</p>
Être en accord avec ses dires	<p>« quand tu dis à un patient que tu reviens dans 30 minutes tu reviens dans 30 minutes » I.96</p>

**Objectif : Identifier les techniques mises en œuvre pour apaiser l'anxiété d'un patient.**

**⇒ Avez-vous des techniques/méthodes pour calmer l'anxiété du patient lors du soin ?**

<b>Catégories</b>	<b>Thèmes</b>	<b>Items</b>
Stratégie de l'infirmier pour réduire l'anxiété du patient	Reprendre les mots du patient	« Si ce sont des mots je reprends ses mots » I.40 « Le même mot qu'il a employé » I. 48 « je le reprends » I.48 « Je reprends le même mot en question ouverte » I.51 « Donc tu reprends le mot » I.57
	Reformuler	« si tu apportes au patient une autre façon de parler » I.91 « on l'emploie différemment » I.93 « J'emploie d'autres mots » I.125 « j'expliquais la même chose que le médecin » I.127 « en employant des mots plus positifs ou en tous cas moins anxiogènes » I.128 « Tu dis la même chose sauf que tu n'emploies pas les mêmes mots » I.155 « des mots qui veulent dire la même chose mais de façon positive » I.187

Créer de l'espoir	<p>« Si vous êtes là c'est qu'il y a un traitement » I.58</p> <p>« Les médecins ne proposent pas de traitement s'ils pensent qu'il n'y a pas de possibilités » I.59</p> <p>« il faut créer » I.59</p> <p>« de l'espoir » I.59</p> <p>« on croit que ça peut fonctionner » I.60</p> <p>« un traitement est proposé » I.66</p> <p>« vous pouvez réussir à passer cette maladie » I.69</p>
Détourner l'attention	<p>« détourner un peu son attention » I.118</p> <p>« créer de la distraction » I.123</p> <p>« Pendant ce temps-là » I.123</p> <p>« tu parles d'autres choses » I.131</p>
Ne pas mentir	<p>« Je lui dis les choses claires » I.123</p> <p>« sans mentir » I.127</p> <p>« sans cacher » I.188</p> <p>« On n'est pas là pour cacher » I.188</p> <p>« On n'est pas là pour dire que « ça va être comme une caresse », ça n'en ai pas une » I.128</p>
Ne pas employer de mots pouvant être anxiogènes pour le patient	<p>« sans employer le mot forcément « anxiété » pour ne pas ouvrir des zones anxiogènes » I.42</p> <p>« S'ils n'ont pas envie d'employer le mot « mort ». Il n'y a pas besoin de mettre ces mots-là » I.54</p>
<p><b>Objectif : Comprendre la place de l'utilisation des mots dans l'exercice professionnel</b></p>	

⇒ Dans votre exercice professionnel comment percevez-vous l'utilisation des mots ?		
Catégories	Thèmes	Items
Place de l'utilisation des mots dans l'exercice infirmier	Qu'une partie de la communication	« le verbal ne correspond qu'à peine à 10, 15% de la communication » I.77 « C'est-à-dire très peu » I.78 « ça a peu d'importance en soi » I.78 « le mot en lui-même n'apporte pas tant de choses que ça dans une communication » I.87 « la communication n'est pas que verbale. Elle est paraverbale et non verbale » I.197
Bénéfice de l'utilisation des mots par l'infirmier	Compréhension du patient	« pour que le patient comprenne ce qui va se passer » I.129
Aspect négatif de l'utilisation des mots par l'infirmier	Rassurer le soignant	« te rassurer toi » I.94 « pas d'intérêt de le faire à part te rassurer toi » I.94 « moi me rassurer » I.167 « tu rassures juste le soignant » I.171 « là c'est toi que tu rassures, ce n'est pas lui » I.178
<p><b>Objectif : Discerner les conséquences du choix des mots de l'infirmier sur l'anxiété du patient</b></p> <p>⇒ Pensez-vous que la manière de parler, plus précisément les mots que vous utilisez peuvent modifier l'anxiété d'un patient en la diminuant ou alors en l'augmentant ?</p> <p>⇒ Pouvez-vous me parler d'un soin que vous avez vécu où les mots d'un soignant (vous, ou un autre) ont pu générer de l'anxiété chez un patient ?</p>		
Catégories	Thèmes	Items

Génère de l'anxiété	Termes négatifs ou anxiogènes	« si tu emploies que des mots négatifs ou des mots anxiogènes, ton patient tu ne peux que majorer son anxiété » I.88 « il y a des termes qui tout le temps vont créer de l'anxiété » I.140
	Focalisation sur un terme négatif	« ton patient il reste sur le mot « grave » et puis s'arrête » I.80 « il n'entendra plus rien parce que sa focalisation va rester sur ce mot-là » I.81
	Différence de représentation	« utiliser des mots négatifs ou qui pour toi te paraissent standards » I.82 « ça va avoir une connotation en lui hyper anxiogène » I.82
	Message pessimiste	« si on dit au patient avant même de commencer un traitement que ça ne va pas marcher » I.61 « lui apporter peut-être qu'à un moment il ne pourra plus respirer »
Réduit l'anxiété	Bénéfice pour le patient	« si lui il est mieux, ça sera bon pour lui » I.201 « Pour sa famille » I.201 « Un patient qui est bien, qui est rassuré, qui est en sécurité et qui est en alliance avec l'infirmière » I.203 « il sait que quand il va sonner on va venir, on l'écouter, on va le comprendre » I.204
	Bénéfice pour le soignant	« un bénéfice secondaire » I.202 « un patient qui sonne moins » I.203

**Objectif : Repérer les mots perçus par l'infirmier comme anxiogène pour le patient**

⇒ **Avez-vous repéré des mots que vous ne souhaitez plus utiliser car ils pourraient être anxiogène ?**

Catégories	Thèmes	Items
Termes anxiogènes	Vocabulaire médical	<p>« aplasie, défenses immunitaires » I.27            « Je vais vous piquer » I.141            « Une petite injection » I.166            « Bilan sang » I.177            « piqure » I.185</p>
	Mots négatifs ou anxiogènes	<p>« Ça va être grave » I.79            « Vous avez mal » I.89            « Peut-être vous allez mourir » I.89            « vous allez être douloureux » I.89            « Vous ne réussirez plus à respirer correctement » I.90            « « ça va mal aller » » I.113            « il aurait mal » I.113            « ça va tirer » I.116            « sentir comme un arrachement dans votre cou » I.116            « Ça va arracher » I.125            « le mot « douleur », le mot « mort » » I.185</p>
	Mots pouvant être connotés	<p>« Je vais vous mettre votre gavage » I.145            « Je vais vous apporter un pistolet ! » I.151            « Je vais chercher les électrodes » I.151            « Il pense que les électrodes tu vas l'électrocuter » I.151            « « urinal », « potence » » I.185</p>

	Amoindrir	« Le mot « petite » » I.166
<p><b>Objectif : Repérer les mots perçus par l'infirmier comme apaisant ou ayant une capacité anxiolytique.</b></p> <p>⇒ <b>A l'inverse avez-vous des mots qui sont anxiolytiques ? (Améliore le soin)</b></p>		
Catégories	Thèmes	Items
Termes anxiolytiques	Mots positifs, agréable	<p>« Vous sentez confortable là, actuellement » I.91</p> <p>« il y a une zone qui vous tire un peu plus » I.92</p> <p>« « Vous vous sentez un peu mal installé dans votre lit » » I.92</p>
	Reformuler le vocabulaire spécifique	<p>« Le médecin va faire une anesthésie locale, ensuite peut-être vous sentirez un léger tiraillement plus ou moins important » I.124</p> <p>« si le tiraillement devient moins confortable » I.126</p> <p>« Je vais vous poser votre alimentation » I.147</p> <p>« L'alimentation c'est pour s'alimenter, pour la santé » I.148</p> <p>« On peut apporter l'urinal tout simplement » I.155</p> <p>« Je vais vous mettre des pastilles » I.155</p> <p>« Je viens pour le bilan ce matin » I.177</p>
	Mots pour inclure	<p>« On travaille ensemble » I.96</p> <p>« C'est vous qui le connaissez le mieux » I.97</p> <p>« Si vous sentez » I.97</p>

## IV – Entretien avec un infirmier en psychiatrie

Étudiant : Du coup, dans un premier temps, je vais te demander de te présenter succinctement. Ton parcours et ton métier, ce que tu fais.

Infirmier : Je m'appelle M\*\*\*\*\* C\*\*\*\*\*. Je suis infirmier à temps complet à la clinique psychiatrique de B\*\*\* : La clinique du M\*\*\*\*\*. En parallèle, je me suis également formé à l'hypnose : hypnose ericksonienne et également à la PNL. Voilà. Il y a 2 et 4 ans maintenant je pratique ces pratiques là avec les patients de la clinique mais également en dehors.

Étudiant : D'accord. Du coup, ma première question ça va être : Dans votre exercice professionnel comment percevez-vous l'utilisation des mots ?

Infirmier : Justement avec plutôt des patients d'ordre psy au jour le jour je peux me rendre compte que moi personnellement et mes collègues également, que ça peut induire des angoisses. Donc quelques termes spécifiques à certains moments peuvent générer ces angoisses, là où au contraire bien utilisés en utilisant un vocabulaire adapté rassurer le patient dans les moments d'angoisse et de panique.

Étudiant : D'accord et du coup vous avez peut-être des exemples de situations qui ont pu se produire concrètement où vous avez pu rassurer ou angoisser un patient ?

Infirmier : Je pense que ça peut arriver tous les jours que l'on fasse une bourde entre guillemets, mais simplement, des moments où on réfléchit moins à ce que l'on peut dire mais être dans l'instant présent et de dire quelque chose qui ne convient pas. Le tout est d'en prendre conscience et une fois qu'on en a pris conscience c'est d'utiliser un vocabulaire identique à la personne en face de soi, ça change beaucoup de chose, reprendre les termes ça change beaucoup de choses pour la personne. Elle se sent déjà écoutée et rien que ça, ça peut permettre de rassurer donc rien qu'aujourd'hui ça a pu déjà arriver.

Étudiant : Donc ce que vous dites c'est que reprendre le vocabulaire de la personne ça permet déjà de l'accompagner en quelque sorte pour la rassurer ?

Infirmier : C'est ça. Sur la communication cela va déjà créer un lien entre le patient, en tout cas la personne qu'on a en face de nous et nous-même dans le sens où on va pouvoir se comprendre plus facilement. Elle va aussi se sentir peut-être plus écoutée si j'utilise des termes qu'elle a déjà elle-même déjà utilisés. Donc ça crée ce lien facilement entre guillemets, ça le facilite en tous cas.

Étudiant : D'accord. Et par exemple des termes qui seraient trop techniques ou des termes qui auraient une connotation, ça pourrait avoir justement cet effet d'augmenter l'anxiété de cette personne ?

Infirmier : C'est ça. Soit parce que le terme est anxiogène en lui-même. Soit parce que l'incompréhension qu'il va créer chez la personne va créer une sensation d'insécurité.

Étudiant : D'accord. Du coup lorsque que vous réalisez les soins vous observez l'anxiété de la personne en amont ? Est-ce que c'est lors de la discussion que vous arrivez à trouver les mots qu'il faut pour l'accompagner ? Ou alors est-ce que vous avez déjà des mots que vous préférez utiliser ou non ?

Infirmier : Un petit peu les deux. Alors effectivement quand on est avec quelqu'un qu'on connaît peu ou en tout cas qui est arrivé sur la clinique le matin même par exemple. Là il va falloir qu'on écoute bien son vocabulaire à elle, ses mots, ses angoisses et pouvoir les réutiliser sur l'instant. Maintenant on peut avoir des stratégies, savoir comment amener les choses simplement. Je ne sais pas s'il y a besoin d'exemple mais rien que de questionner sur notamment sur les idées suicidaires d'une personne. Simplement en ayant la formule justement en prenant compte de la souffrance morale et poser la question justement "est-ce que cette souffrance est si importante pour vous qu'elle peut amener là maintenant des idées suicidaires". C'est une technique entre guillemets un peu détournée pour aller à notre but mais elle est plus acceptable en général et génère moins d'angoisse en général.

Étudiant : D'accord. Est-ce qu'au fur et à mesure des personnes que vous rencontrez vous améliorez le vocabulaire que vous utilisez ?

Infirmier : Oui. Je pense qu'on apprend de ses erreurs. Effectivement il y a peut-être des termes que je pouvais employer à l'époque, en tout cas au début de mon poste que je n'emploie plus maintenant, parce que je me suis aperçu que ça n'aidait pas ou au contraire ça pouvait créer une angoisse. Donc j'ai pu évoluer par rapport à ça.

Étudiant : D'accord. Vous avez des exemples peut-être de chose qui ont pu évoluer dans votre vocabulaire ?

Infirmier : Comme tu disais tout à l'heure c'est peut-être au niveau des termes techniques. De soit les expliciter le plus possible directement. Rien que le mot "hypnose". C'est vrai que le mot "hypnose" pour certains va être très connoté, va faire peur. Simplement de pouvoir l'expliquer, de prendre le temps de l'expliquer ça peut rassurer. C'est l'incompréhension pour moi de

certaines termes et de certains actes par rapport à leurs représentations personnelles qui peut créer une angoisse.

Étudiant : De quelle manière amenez-vous les mots dans la discussion ? Est-ce qu'il y a une façon, un moment en quelque sorte où les mots peuvent être dits et des mots qui ne peuvent pas être dits et certains mots qui peuvent en amener d'autres en quelque sorte ?

Infirmier : Effectivement. Je pense que là on est sur du cas par cas. Ça va dépendre de chaque personne, de chaque angoisse, de chaque vécu. Mais de toujours avoir en tête de garder le côté rassurant pour la fin de l'entretien. De ne pas laisser partir quelqu'un d'un entretien, d'une discussion avec une angoisse que nous on verrait comme visible en tous cas. De pouvoir revenir dessus ou inviter la personne à en dire plus et utiliser des termes qu'elle a utilisé elle-même. Peut-être comme de la reformulation en miroir pour qu'elle puisse en dire un peu plus. Ça reste utile.

Étudiant : La reformulation miroir vous pouvez me l'expliquer brièvement ?

Infirmier : Il y a plein de méthodes mais entre guillemets c'est reprendre l'ensemble des termes que la personne a utilisée ou simplement reprendre le dernier mot de la phrase et de laisser un silence derrière. En général ça peut fonctionner pour que la personne puisse rajouter ce qu'elle a envie de rajouter.

Étudiant : Une dernière question c'est ; Que pensez-vous qui puisse être amélioré dans le vocabulaire aujourd'hui ? Souvent on entend que certains termes doivent être utilisés, d'autres non. En quelque sorte dans l'autoformation qu'est-ce qui pourrait être amélioré de nos jours chez les infirmiers dans l'utilisation des mots ?

Infirmier : Je pense que ça passe, d'une, par l'expérience, ça c'est clair, mais aussi par la formation. D'avoir des formations de relationnel. Je sais qu'en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) il y en avait mais c'est bête à dire mais la PNL, la formation de PNL m'a appris beaucoup de choses à ce niveau-là. La PNL : La Programmation Neuro-Linguistique qui a pour but d'aller creuser justement, au plus de détails possibles, pour utiliser ces détails pour aider, accompagner la personne. L'accompagner dans des changements qu'elle aurait désiré. Là-dessus on a comme des protocoles de questionnement avec des termes importants à utiliser. Questionner notamment "l'avantage" qu'aurait une personne ou "les avantages" qu'une personne aurait à poursuivre un comportement ou un symptôme qu'elle a aujourd'hui et qu'elle ne souhaite plus. Ce genre de question, rien que ce genre de questions fait que la personne va se poser des questions à elle-même et réfléchir à des réponses qu'elle n'avait pas, sans que nous nous apportions de réponse. C'est elle-même qui va les chercher en elle.

Ce genre de vision, en tous cas d'idée c'est que c'est peut-être quelque chose qui m'avait manqué en sortant de l'IFSI mais que maintenant grâce à ces formations complémentaires j'ai pu acquérir.

Étudiant : Je n'ai plus de questions. Il y a des choses peut-être que vous voulez approfondir ?

Infirmier : Non. Je reste totalement disponible. Je suis dispo.

Étudiant : Merci.

Infirmier : De rien. Bon courage.

NOM : FLOCH  
PRENOM : Victor

TITRE : Soigner les mots

The anxiety that a patient feels during a treatment can complicate it. This anxiety can have several origins. I observe that the diagnosis, the vision of the disease, the hospital environment or even anxious care can be different reasons that make a patient anxious. It is interesting to know how the nurse can perceive the patient's anxiety in front of him. If the nurse can perceive a patient's anxiety, he or she can also accompany the patient to help make it more acceptable, and not disrupt the success of the care. One of the tools the nurse has for this is his language. Through his speech, the nurse can affect the patient and his anxiety. Then in more detail I would try to understand the role of the words the nurse uses. He has words that can increase anxiety and words that can decrease it. The aim of this dissertation is to understand how words can be anxiogenic or anxiolytic and to discover how these are felt by the patient.

L'anxiété qu'un patient ressent lors d'un soin peut compliquer celui-ci. Cette anxiété peut avoir plusieurs origines. J'observe que le diagnostic, la vision de la maladie, l'univers hospitalier ou encore des soins angoissants peuvent être différentes raisons qui rendent un patient anxieux. Il est intéressant de savoir comment l'infirmier peut percevoir l'anxiété du patient qu'il a en face de lui. Si l'infirmier peut percevoir l'anxiété d'un patient il peut également l'accompagner pour l'aider à ce qu'elle soit plus acceptable, et ne perturbe pas la réussite du soin. L'un des outils que l'infirmier a pour cela est son langage. A travers son discours, l'infirmier peut affecter le patient et son anxiété. Je chercherais à comprendre plus en détail le rôle des mots que l'infirmier emploie. Il a des mots qui peuvent majorer l'anxiété et d'autres qui à l'inverse peuvent la minorer. Ce mémoire a pour but de comprendre comment les mots peuvent être anxiogènes ou anxiolytiques et de découvrir comment ceux-ci sont ressentis par le patient.

KEYS WORDS : Anxiety, Care, Language, Words

MOTS CLEFS : Anxiété, Soins, Langage, Mots

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :  
CHU de Rennes, Rue Henri le Guilloux, 35033 RENNES  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2017 - 2020