



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La prise en compte infirmière de l'anxiété du patient



Formateur référent mémoire : Mylène Tostivint

Cordonnier Camille
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 02/05/2022



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'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

La prise en compte infirmière de l'anxiété du patient

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'État 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 2 Mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Cordonnier Camille

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce MIRSI.

Une reconnaissance toute particulière à ma référente MIRSI, Mme Tostivint pour m'avoir guidée dans mon travail et ma réflexion.

Un grand merci aussi à l'ensemble de l'équipe de formateurs de mon IFSI pour son accompagnement bienveillant tout au long de ces trois années.

Je remercie aussi ma famille pour son aide précieuse à la relecture et à la correction de mon mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Le cheminement vers la question de départ	2
1. Généralités sur l'anxiété	6
1.1. Définitions	6
1.2. Clinique	7
1.3. Traitements	8
2. L'anxiété du patient hospitalisé	9
2.1. L'hôpital, un milieu propice au développement de l'anxiété chez le patient	9
2.2. Risques de l'anxiété pour le patient	10
2.3. La prise en compte de l'anxiété à l'hôpital et par l'IDE	11
3. Le Bien-être du patient hospitalisé	12
3.1. Qu'est ce que le bien-être ?	12
3.2. Du soulagement de l'anxiété du patient vers son bien-être	13
Le dispositif méthodologique du recueil de données	14
Commentaire d'analyse des entretiens	15
La discussion	22
Conclusion	26
Bibliographie	28
Annexe I : Échelle HADs	
Annexe II : Guides d'entretiens	
Annexe III : Transcription des entretiens (infirmier et patient)	
Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens	

Siglier

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

IDE : Infirmier Diplômé d'État

ESI : Étudiant en Soins Infirmiers

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

P : Patient

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ex : exemple

Introduction

En cette dernière année d'études infirmières, j'ai eu l'opportunité d'explorer un thème qui m'intéresse et me questionne. A partir de mes expériences de stage ainsi que de mes cours, j'ai choisi d'explorer la prise en compte IDE de l'anxiété du patient. En effet, ce thème me tient à cœur car l'anxiété du patient est une problématique très répandue dans le domaine du soin et génère de nombreux défis. Que ce soit dans une situation de soins, tout au long de l'hospitalisation ou, encore, à l'approche d'une annonce médicale, le patient risque de développer de l'anxiété entraînant un mal-être. Durant mes stages, j'ai pu constater que ce mal-être pouvait être, en partie lié à l'anxiété du patient parce qu'elle affecte sa santé mais aussi sa prise en soin à l'hôpital. Les deux situations d'appels de mon MIRSI illustrent, d'ailleurs, ce constat. Après m'être interrogée sur ces situations, plusieurs questionnements en sont ressortis. Je me suis notamment demandée s'il existait une prise en soin pertinente pouvant répondre à une situation d'anxiété donnée... Je vais donc essayer de développer dans ce mémoire, quelques techniques de prise en charge de l'anxiété. Aussi, étant donné la diversité de ses manifestations, je compte approfondir mes recherches sur l'identification de ces dernières car c'est l'étape indispensable à la prise en compte de l'anxiété. Je vais également explorer la notion de bien-être qui est, selon moi, l'objectif principal de ce thème. Ce sont donc les situations d'appels que j'ai vécues et les interrogations que j'ai pu avoir sur l'anxiété du patient qui ont motivé le choix de mon mémoire. De là, j'ai pu rédiger une question de départ qui a guidé mes recherches pour élaborer mon cadre conceptuel mais aussi mes guides d'entretiens. Les résultats obtenus dans mon cadre conceptuel et dans mon analyse des entretiens seront mis en relation et confrontés au sein de la discussion. Cette dernière partie ainsi que la conclusion constitueront une synthèse des résultats obtenus. Ce sera aussi l'occasion de m'exprimer sur ce MIRSI et sur les bénéfices apportés à ma future pratique professionnelle.

Le cheminement vers la question de départ

Première situation d'appel :

La situation que je vais décrire se déroule dans un service de chirurgie digestive. Je prenais en soin une patiente (la quarantaine) qui était en post-op d'une opération des voies biliaires. Elle était donc porteuse d'un drain d'Escat ainsi que différentes perfusions. Cette dame communiquait très peu pendant les soins et restait souvent crispée notamment lors des soins de drain, prélèvements sanguins... Cependant, elle interpellait régulièrement les soignants lorsqu'elle était seule dans sa chambre et posait beaucoup de questions et souvent plusieurs fois les mêmes. Par exemple, lorsqu'elle souhaitait se déplacer pour se rendre aux toilettes, elle sonnait pour qu'on vienne l'aider car elle craignait que sa perfusion ou son drain ne s'arrache. De plus, elle n'osait que très peu bouger en général de peur qu'un mauvais mouvement entraîne une complication au niveau de son opération. Elle était donc peu autonome et anxieuse. Et dès qu'elle ressentait une petite gêne, elle la détaillait avec beaucoup de précisions. Au début, les soignants prenaient du temps afin de la rassurer en l'informant au maximum et en la guidant. Pendant ce temps, la patiente acquiesçait sans dire grand-chose et il lui arrivait de reposer les mêmes questions à un autre soignant. Son anxiété a très vite été transmise au médecin et prise en charge (anxiolytiques, entretien avec un psychologue...). Cependant, elle était toujours en demande d'aide excessive et quant un soignant lui accordait du temps pour l'écouter et la rassurer, elle l'accaparait. C'est pourquoi, au bout d'un certain moment, j'ai remarqué un changement de comportement de la part des soignants. Ainsi, ils limitaient leur conversation avec elle, n'essayaient plus autant de la rassurer et répondaient plus sèchement parfois lorsqu'elle émettait une plainte. Les soignants ont aussi réfléchi en équipe à la déplacer dans une chambre double à côté d'une jeune patiente avec de lourds antécédents et appareillages. Avec ces changements, la patiente interpellait moins les soignants mais restait anxieuse. Je m'en suis rendue compte alors que je l'aidais à mettre ses chaussettes de compression, elle me dit que son retour à domicile l'angoissait car elle ne savait pas comment elle se débrouillerai « avec tout ça toute seule ». J'étais un peu démuni car j'essayais de la rassurer en lui rappelant qu'elle aurait une infirmière à domicile qui viendrait tous les matins et qu'elle avait aussi son mari pour l'aider. Mais elle ne réagissait pas, comme si elle n'entendait pas ce qu'on lui disait.

Questionnements :

- Comment se manifeste l'anxiété chez cette patiente et peut-elle s'exprimer de manières différentes en fonction de son intensité ou d'une personne à une autre ?
- Est-ce l'hospitalisation en général qui l'angoisse (et tous les changements qu'elle implique) ou est-ce une chose en particulier (par exemple l'inconfort des divers appareillages reliés à son corps...) ?
- Est-il important de rechercher l'origine de son anxiété pour la prendre en charge et comment le faire si elle même ignore ce qui l'angoisse précisément ?
- Une expérience similaire antérieure, personnelle ou indirecte (un proche), peut-elle déclencher ou renforcer son anxiété ?
- Quelles sont les différentes techniques de prise en charge de l'anxiété.
- Pourquoi l'attitude plus rassurante, disponible et à l'écoute des soignants envers cette patiente n'ont pas eu les effets attendus sur son anxiété ?
- Comment expliquer que certains soignants soient devenus plus distants avec la patiente et pourquoi ont-ils modifiés leur communication ?
- Quels sont les risques de ce changement d'attitude ? Quelles peuvent-être les bénéfices ?
- En tant que soignant, comment adapter notre relation au patient en fonction de son niveau d'anxiété et de ses demandes tout en conservant une relation thérapeutique de confiance ? Quels en seraient les bénéfices ?

Deuxième situation d'appel :

Au début de mon stage de semestre 5, j'étais au module court des Urgences adultes et je prenais en soins des patients qui arrivaient essentiellement pour des traumatismes physiques ou des douleurs abdominales et atteintes génito-urinaires. Une patiente (la vingtaine) venait d'arriver sur un tableau de colique néphrétique avec des douleurs intenses au niveau des lombaires survenant par crises depuis deux jours, des brûlures mictionnels et une pollakiurie, sans fièvre. Je devais donc l'installer dans un box seule, réévaluer sa douleur et lui donner un antalgique, lui poser un KT obturé, lui faire un prélèvement biologique et l'informer de la démarche à suivre pour l'examen urinaire, sachant qu'elle devait aller passer une radio prochainement.

Après m'être présentée à elle, j'ai donc essayé de l'installer de manière la plus confortable possible dans son brancard. Puis, je suis sortie lui chercher un antalgique après avoir vérifié le plan de soin et j'en ai profité pour ramener la prescription et les étiquettes patient ainsi que mon chariot de soin

avec sur le dessus tout le matériel nécessaire au prélèvement et à la pose du KTO. Mais en revenant dans son box, son regard se fixa tout de suite sur le chariot et elle me dit instantanément qu'elle n'aimait pas du tout ça ! Je lui ai donc demandé ce qu'elle n'aimait pas et elle me répondit qu'elle avait peur des piqûres et qu'elle avait déjà fait des malaises à cause de ça. En voyant qu'elle commençait un peu à s'agiter, je me suis assise près d'elle et j'ai essayé de la rassurer en lui expliquant en détail le soin et quel était son intérêt. Pendant ce temps, elle acquiesçait et avait l'air de comprendre l'intérêt de l'examen puisqu'elle l'accepta. Donc une fois plus apaisée, je me relevais pour préparer le reste du matériel. Mais au moment où je me suis rapprochée d'elle pour lui poser le garrot, elle s'est retendue et sa respiration était plus rapide. Elle tournait la tête, son visage était crispé et son bras tremblait légèrement. Je lui ai donc proposé de se concentrer sur sa respiration en inspirant et expirant profondément juste avant la pose mais, n'ayant pas posé beaucoup de cathéter jusque là, j'étais surtout concentrée sur la technique du soin. Malheureusement, la canule n'est pas bien remontée le long de la veine de sa main et j'ai dû la retirer pour comprimer. Pendant ce temps, je félicitais la patiente pour son courage et lui disais qu'il fallait encore qu'elle patiente un instant dans cette position pour que j'essaye un peu plus haut sur le bras. A ce moment, l'infirmière est entrée dans la chambre et elle comprit que la patiente était stressée par le soin car elle continuait de tourner la tête et de respirer rapidement et profondément. Alors, elle lui prit la main et commença à lui parler en lui posant des questions sur ce qu'elle faisait dans la vie et en plaisantant avec elle pendant que je cherchais une autre veine. Je voyais qu'elle se détendait peu à peu et respirait plus lentement alors je l'avertis que j'allais reposer le cathéter. L'infirmière lui redit de respirer lentement, de fermer les yeux et de se concentrer sur le trajet de l'air jusqu'à ses poumons tout en visualisant un endroit qu'elle aimait. Le cathéter s'inséra alors plus facilement et je pu réaliser le prélèvement pendant que l'infirmière continuait de lui parler. A la fin du soin, je l'informais que c'était fini et qu'elle avait été très bien et coopérante. Elle s'est donc redétendue totalement et nous a remercié. Puis, je lui ai expliqué la suite des examens.

Questionnements :

- Dans cette deuxième situation, s'agit-il du même type d'anxiété que dans la situation 1 ? Qu'est ce qui les différencie ?
- Comment se manifeste l'anxiété dans cette situation ?
- La douleur ressentie par la patiente a-t-elle eu un impact sur son anxiété ?
- Pouvons-nous décrire un soin en détail à un patient qui en est phobique ? Cela ne peut-il pas aggraver son anxiété ou au contraire le rassurer et pourquoi ?

- L'anxiété manifeste de la patiente a-t-elle eu un impact sur mon attitude, ma communication, ma gestion du soin ? Quelle est l'impact de l'anxiété sur la relation soignant-soigné et quelles sont les risques ? A l'inverse, du stress ressenti par un soignant dans une situation particulière pourrait-il avoir un impact sur sa relation au patient, son bien être ou son anxiété ?
- En quoi le travail d'équipe peut-il être bénéfique pour la prise en charge de l'anxiété ?
- En quoi les exercices de respiration et de détournement d'attention ont-ils été efficaces et peuvent-ils être utilisés dans toutes les situations ?
- Quels autres actions du rôle propre infirmier peut on mettre en place dans une situation d'anxiété aiguë ?
- Pourquoi est-il important de prendre en charge l'anxiété aiguë au-delà de la réussite du soin technique ?

Question de départ :

En quoi la prise en compte de l'anxiété du patient par l'infirmier(e) contribue à améliorer son bien être durant l'hospitalisation ?

1. Généralités sur l'anxiété

1.1. Définitions

Pour commencer, il convient de définir ce qu'est l'anxiété. Pour cela, de nombreux auteurs se sont penchés sur la question. Pour le psychologue Frédéric Talbot (2000), « l'anxiété est une émotion déplaisante affectant à la fois le corps et l'esprit. Cette dernière est avant tout déclenchée par la perception consciente ou non d'un danger éventuel ». En d'autres termes, il s'agit de l'anticipation d'un potentiel danger futur. Cette définition nous permet ainsi de différencier l'anxiété du stress. En effet, le stress est « une réponse physiologique qui est déclenchée par l'organisme lorsqu'il fait face à un état de perturbation, que ce soit un danger réel ou une menace physique ou psychologique » (Clinique de psychologie Québec, 2019). C'est pourquoi le stress et l'anxiété sont souvent confondus, car la réponse physiologique du stress est similaire à une partie des symptômes de l'anxiété. De même, nous pouvons différencier l'anxiété de la peur qui est une « réaction d'alarme face à un danger immédiat » (Raphaël Trouillet, 2012). Un autre aspect propre à l'anxiété, c'est aussi qu'elle est spécifique à l'être humain et, selon Frédéric Talbot (2000), « l'anxiété représente même un avantage évolutif significatif (voire de survie pour la race !) parce qu'elle permet à l'Homme de s'adapter aux dangers de son environnement ». Et c'est en cela que l'anxiété peut s'avérer bénéfique lorsqu'elle est modérée car, toujours selon le même auteur, elle permet d'améliorer notre performance intellectuelle et physique en aiguisant nos sens, en affinant nos réflexes et en augmentant notre vigilance. L'anxiété a donc des avantages mais c'est pourtant en des termes négatifs que cette notion est régulièrement empruntée de nos jours. En effet, selon la Clinique de psychologie Québec (2019), l'anxiété peut avoir un fort impact négatif sur la vie quotidienne d'une personne en interférant avec son fonctionnement normal sur les plans social, familial, scolaire et professionnel. Ainsi, « l'anxiété est considérée problématique lorsque : son intensité est exagérée par rapport au danger « réel », les inquiétudes sont irréalistes et excessives, elle entraîne un niveau de détresse important. Chez les personnes pour qui l'anxiété prend une telle place dans leur vie, nous dirons qu'elles souffrent d'anxiété pathologique ou de troubles anxieux ». En ces termes, nous pouvons définir une notion souvent associée à l'anxiété qu'est l'angoisse. Selon Raphaël Trouillet (2012), ces deux mots sont étymologiquement liés mais la racine -ango- de l'angoisse vient du latin -angere- qui signifie serrer. L'angoisse est donc utilisée « afin de désigner le versant somatique correspondant aux sensations de resserrement et d'oppression physique ». L'anxiété quant à elle, vient du latin -anxio- qui « désigne globalement le tourment, l'inquiétude » et prend donc aussi en compte l'aspect psychologique.

1.2. Clinique

Comme nous l'avons vu précédemment, toute personne a déjà fait l'expérience de l'anxiété. Mais comment se manifeste-t-elle ? Dans le cours de résidanat sujet 69 sur les troubles anxieux (2019), nous apprenons que l'anxiété normale, lorsqu'elle est modérée et adaptée à une situation, s'exprime par « des sentiments pénibles de peur, d'alerte, d'hypervigilance, d'appréhension et de crainte d'un danger imminent, associés à des manifestations neurovégétatives ». Cependant ces symptômes ont une intensité limitée et contrôlable et permettent à la personne d'agir et de s'adapter. Toujours selon la même source, lorsque l'anxiété devient incompatible avec la vie quotidienne d'une personne et que ses capacités d'adaptation et d'apprentissage sont dépassées, celle-ci devient pathologique. On parlera alors de Troubles anxieux. D'après le Vidal (2019), « les troubles anxieux s'expriment de très nombreuses manières selon l'histoire familiale et personnelle du patient, son hérédité, son imaginaire ou les causes des premiers épisodes d'anxiété ». Néanmoins, des symptômes de l'anxiété sont caractéristiques de la pathologie et peuvent être regroupés afin de faciliter le diagnostic médical. Ainsi, Françoise Radat (1998) a tout d'abord mis en avant une symptomatologie relative à l'anxiété aiguë qu'elle appelle aussi « crise d'angoisse aiguë ». Cette crise survient donc de manière paroxystique avec une sémiologie psychique, physique et comportementale. Pour la « sémiologie psychique : il s'agit soit d'une sensation de mort imminente, soit du sentiment de devenir fou ». Dans la sémiologie physique, on retrouve des manifestations cardiaques avec « palpitations et tachycardie, gêne ou même douleur rétrosternale », des manifestations respiratoires avec « sensation d'étouffement, dyspnée », digestives avec « sensation de boule dans la gorge et de dysphagie, nausées douleurs abdominales, diarrhées », neurologiques avec « vertiges, paresthésie, céphalées » et neurovégétatives avec « hypersudation, bouffées de chaleur, frissons, tremblements ». La sémiologie comportementale inclue des comportements de « sidération, fuite, attaques de colère, accès de violence hétéro- ou auto-agressive pouvant aller jusqu'à des comportements suicidaires impulsifs, ... , prise de grandes quantités d'alcool ou de psychotropes ... Ces troubles du comportement représentent, du fait de leur dangerosité éventuelle, la principale complication des crises d'angoisses aiguës ». Ensuite, Françoise Radat (1998) décrit une symptomatologie qui porte cette fois-ci sur l'anxiété chronique. Elle explique que les symptômes vont être relativement semblables à ceux décrits dans l'anxiété aiguë à la différence près qu'ils vont être durables dans le temps et variables de part leur intensité et leur présentation. Les caractéristiques de cette chronicité vont être à l'origine d'autres symptômes. Parmi ceux-ci, on trouve la fatigue psychique et physique « due à un état de tension interne durable », des troubles cognitifs avec des troubles de la concentration et de la mémoire « qui sont eux-même très anxiogènes », des troubles somatiques fonctionnels (courbatures,

céphalées...), des troubles du caractère (irritabilité, perte de confiance en soi, attaques de colère...), des troubles du sommeil et des troubles sexuels. Ainsi, qu'elle soit aiguë ou chronique, d'après l'AQPAMM (2018), l'anxiété est très handicapante pour les personnes qui en souffrent car ces derniers vont essayer d'éviter les situations ou objets qui provoquent cette anxiété et les symptômes désagréables associés, pouvant mener à un isolement social. Cependant, « L'évitement des sources d'anxiété contribue à son maintien, car en évitant de confronter la peur, la personne ne peut réaliser que cette crainte est disproportionnée ». Sur ce même site Web, nous apprenons que « À ce jour, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) reconnaît sept troubles anxieux : La phobie spécifique [...] Le trouble d'anxiété sociale [...] Le trouble d'anxiété généralisée [...] Le trouble panique [...] L'agoraphobie [...] Le trouble d'anxiété de séparation [...] Le mutisme sélectif ». Pour finir, selon le Cégep de Sainte-Foy (2018), il faut savoir que l'anxiété est le plus fréquent des troubles de santé mentale. Une personne sur dix souffre de troubles anxieux ou de panique. Entre 20% et 30% des adolescents et des jeunes adultes souffrent d'un trouble anxieux. Le trouble anxieux apparaît souvent tôt à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

1.3. Traitements

Comme nous venons de le voir, l'anxiété peut provoquer souffrance et incapacité et ainsi devenir pathologique. De plus c'est un problème très fréquent dans la population. De nombreuses méthodes de gestion de l'anxiété ont donc émergé au cours du temps afin de traiter ce problème. Selon le psychiatre Neveux Nicolas, il est tout d'abord important d'aller consulter un spécialiste afin d'éliminer d'autres causes organiques ou psychologiques ou de savoir s'il existe d'autres comorbidités (addictions...). Puis, une fois le diagnostic posé, différents types de traitements existent mais sont à adapter au patient et à son type d'anxiété. Selon le site Anxiété.fr, la prise en charge de l'anxiété peut combiner différentes méthodes telles que : la psychothérapie, les traitements médicamenteux, les mesures hygiéno-diététiques, la relaxation, la participation à des associations de patients et la prise en charge médico-sociale. Concernant la psychothérapie, il en existe plusieurs types qui sont particulièrement efficaces sur l'anxiété et qui peuvent aussi être associés dans le traitement. Parmi celles-ci on trouve : la psychothérapie de soutien qui « repose sur un soutien psychologique, une écoute attentive et la délivrance de conseils, [...] Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui sont l'option thérapeutique de choix dans les troubles anxieux, la psychothérapie d'inspiration analytique, la psychanalyse ou des thérapies de type « self-help » (gestion de l'anxiété par soi-même) ». Pour les TCC, d'après le psychiatre Neveux Nicolas, il s'agit entre autres d'accompagner le patient à se questionner sur ses pensées qui l'angoissent et à s'exposer progressivement à la situation

ou l'objet anxiogène. « Ainsi le psy TCC aide le patient à relativiser, prendre de la distance vis à vis de ses pensées, auxquelles le patient accorde trop d'importance et de véracité ». Concernant la prise en charge médicamenteuse, elle repose essentiellement sur les antidépresseurs (utilisés principalement en prévention et donc au long cours) et les anxiolytiques (pour traiter les crises). Pour Anxiété.fr, « certaines mesures hygiéno-diététiques sont conseillées : quantité de sommeil suffisante à respecter, bon équilibre alimentaire, tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, pratique régulière de l'exercice physique ». La prise en charge médico-social permet quant à elle d'assurer « une continuité de scolarité pour les enfants ou un maintien dans une activité professionnelle ». De plus, « pour certains troubles anxieux sévères dont le retentissement est important, le médecin peut être amené à faire une demande d'Affection Longue Durée (ALD) ». Il existe encore une multitude d'autres méthodes qui ont un impact bénéfique sur l'anxiété (en fonction de la sensibilité de chacun) et qui peuvent notamment être classées dans la catégorie des médecines douces comme : la méditation, l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, la cohérence cardiaque, l'hypnose... Ces pratiques connaissent un véritable essor depuis quelques années car de nombreuses personnes témoignent qu'elles se sentent plus actrices dans leur processus de guérison et qu'elles ressentent un bénéfice sur leur bien être en général.

2. L'anxiété du patient hospitalisé

2.1. L'hôpital, un milieu propice au développement de l'anxiété chez le patient

Dans la première partie, nous avons vu que l'anxiété est une émotion pénible qui peut se déclencher lors de l'anticipation d'un potentiel danger futur. Nous allons donc voir maintenant en quoi un patient hospitalisé est-il plus à risque de ressentir cette émotion.

Pour commencer, lorsque la santé d'une personne est altérée, l'anxiété devient un risque majoré car, selon le manuel de diagnostic infirmier (2015-2017), plusieurs facteurs liés à ce contexte favorisent cette anticipation de danger. En effet, l'état de cette personne la place dans une position de vulnérabilité qui la renvoie à sa condition humaine et donc à la possibilité de souffrance et, surtout, à sa propre mort. Les facteurs de risques sont donc liés à ces craintes tels que : « la perception de l'approche de la mort », « l'incertitude concernant le pronostic », « l'anticipation de la douleur », « la peur d'être un fardeau »... Ensuite, cette personne malade peut avoir recours à l'hospitalisation afin de recevoir des soins et améliorer sa santé. Elle devient ainsi un patient, c'est à dire une « personne qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical, d'une opération chirurgicale » selon le dictionnaire Le Robert. Cependant ce mot renvoie aussi au terme de patience qui est lié à l'attente, la résignation et le courage pour supporter. Ainsi, en incarnant ce nouveau rôle, la personne peut

ressentir un sentiment de passivité et d'impuissance propice au développement d'anxiété et renforcé par le fait que dans l'attente nous sommes plus aptes à imaginer et anticiper. D'après Marie Roosen (2007), ce même patient, en arrivant à l'hôpital, se retrouve dès lors dans un univers qui lui est souvent inconnu avec un fonctionnement et des personnes qui lui sont étrangers ainsi qu'un espace-temps qui lui est imposé. De plus, ses objets personnels sont limités et il doit souvent mettre une blouse d'hôpital. Le patient subit donc une perte de repère et d'identité partielle (signes extérieurs d'identité) qui font qu'il doit s'adapter encore plus. Or, nous avons vu dans la première partie que lorsque ses capacités d'adaptation sont dépassées, le patient peut développer de l'anxiété pathologique. Il convient aussi d'évoquer le lieu d'hospitalisation qui peut être oppressant et anxiogène pour le patient de par la grandeur du bâtiment, les couloirs labyrinthiques, la décoration et couleurs utilisées... Néanmoins, durant son hospitalisation, le patient est amené à côtoyer divers soignants qui font partie de cette organisation inconnue et peuvent donc le rassurer en l'aidant à se repérer et s'adapter. Or, certains patients n'osent pas réclamer cette aide à cause des représentations qu'ils peuvent avoir à propos des soignants et ce que leur uniforme et leur posture renvoient : « le tablier blanc qui indique des compétences dans le domaine de la santé et/ou de l'institution sera, selon les patients, une invitation à la sollicitation ou au contraire l'indication d'un statut important, un signal d'une personne à ne pas déranger, à ne pas importuner inutilement. »

2.2. Risques de l'anxiété pour le patient

Il existe donc de nombreux facteurs favorisant l'émergence ou l'entretien d'anxiété chez le patient hospitalisé mais quelles en sont ses risques ? Sans revenir sur tous les symptômes désagréables et handicapants que nous avons abordé dans la partie clinique de l'anxiété, nous allons voir quelques conséquences de l'anxiété pour le patient.

Tout d'abord, d'après l'IADE Maria Teresa de Vito Woods, l'anxiété est un frein au bien-être du patient de part ses nombreuses manifestations somatiques et psychiques mais aussi parce qu'elle peut induire plus d'exams, afin d'exclure d'autres diagnostics, et l'administration de plus de médicaments durant l'hospitalisation. Pour ces mêmes raisons, l'hospitalisation peut aussi être prolongée. De plus, dans les services de chirurgie, l'anxiété doit particulièrement être prise en compte car elle peut « influencer négativement le déroulement de l'opération et la phase postopératoire ». En effet, dans notre cours du semestre 5 sur la réhabilitation postopératoire, nous avons vu que l'anxiété pouvait favoriser la survenue de complications chirurgicales, dont le risque de douleurs, et ainsi retarder la convalescence. Concernant, la douleur de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'elle a une affinité très forte avec l'anxiété car elles s'entretiennent l'une l'autre. Ainsi, dans

un autre cours portant sur la douleur chronique, nous avons vu que l'anxiété faisait partie du processus de chronicisation de la douleur et cela peut s'expliquer en partie par l'existence d'une composante émotionnelle dans la douleur. Enfin, l'anxiété peut aussi affecter le patient indirectement notamment par le biais de la relation qu'il entretient avec les soignants. Effectivement, comme nous l'avons vu dans la partie clinique, l'anxiété peut pousser le patient à la fuite ou au combat. De plus, elle peut le rendre irritable, méfiant et altérer sa concentration. L'ensemble de ces facteurs sont donc un obstacle à la mise en place d'une relation soignant-soigné et donc à la prise en soin globale du patient.

2.3. La prise en compte de l'anxiété du patient à l'hôpital

L'hospitalisation dans toutes ses composantes peut donc être vectrice d'anxiété chez le patient. Cette dernière peut nuire à la bonne prise en soin du patient et même avoir des effets néfastes sur sa santé. C'est pourquoi, la prise en compte de l'anxiété est devenue un enjeu important à l'hôpital. En effet, tout d'abord, les différents acteurs de santé employés à l'hôpital ont été formés durant leur cursus, à savoir reconnaître et prendre charge l'anxiété. En ce qui concerne les études d'infirmières, l'anxiété est abordée dans de nombreuses unités d'enseignements. On peut citer par exemple, l'UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière, l'UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical, l'UE 2.6 Processus psychopathologiques et l'UE 4.2 Soins relationnels... La prise en charge de l'anxiété est donc complexe et nécessite l'acquisition et le développement de plusieurs compétences. Dans l'un des cours sur l'anxiété que nous avons eu en psychopathologie au semestre 2, nous avons appris que le rôle infirmier lors d'une crise d'angoisse aiguë consistait entre autres à : repérer et évaluer l'anxiété, éliminer l'urgence somatique, sécuriser et rassurer le patient, l'informer, mettre en place une relation thérapeutique, ne pas banaliser son anxiété, rechercher et intervenir si possible sur les facteurs déclenchant ou favorisant, transmettre et appliquer une prescription médicale (administration d'anxiolytiques...). La relation thérapeutique repose notamment sur : « Une attitude calme et rassurante, se montrer directif lorsqu'il le faut, être à l'écoute et reconnaître la souffrance de la personne, utiliser la relation d'aide ». Concernant l'évaluation de l'anxiété, il existe de nombreuses échelles qui permettent de la mesurer et qui sont aussi des outils d'aide au diagnostic pour l'infirmier qui peut se référer au nombreux critères pris en compte dans ces échelles. Par exemple, l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), consultable en Annexe I, permet à la fois de dépister les troubles anxieux mais aussi dépressifs. Concernant la prise en compte de l'anxiété du patient par l'hôpital en général, il existe des hôpitaux qui commencent à faire de cette problématique une priorité. Cela passe notamment par la création d'unités dédiées au traitement du

stress et de l'anxiété. C'est le cas de l'hôpital Suburbain du Bouscat qui a mis en place une unité de consultation, de suivi et d'hospitalisation de jour centrée sur la problématique de l'anxiété. L'équipe pluridisciplinaire est constituée de médecins, infirmiers, psychologues, mais aussi de diététiciens, masseurs, psychomotriciens et thérapeutes en hypnose médicale. Pour finir, nous avons vu dans la partie 2.1 que l'hôpital en lui-même, c'est à dire le bâtiment et ses locaux, pouvait être anxiogène et oppressant. En effet, ce lieu est inconsciemment associé à la maladie et à la mort pour de nombreux patients. C'est pourquoi, de plus en plus d'hôpitaux tentent de repenser l'environnement des locaux afin d'agir sur cette source d'anxiété. Dans cet optique, l'hôpital de jour pédiatrique du CHU de Bordeaux a développé un projet de décoration du service aussi appelé « projet distraction ». Il a débuté en 2006 avec la réalisation d'une fresque dans le couloir « créant une ambiance ensoleillée et rassurante pour les patients et leurs parents dès leur arrivée ». Puis jusqu'en 2016, toutes les chambres ont pu être décorées ainsi que les salles de détente. Ce projet a connu un véritable succès auprès des enfants, des parents mais aussi des soignants. Yves Pérel, le chef du pôle pédiatrique, constate ainsi que « Un service agréable, joyeux, coloré est propice à ce climat et diminue l'anxiété ». Les retours des parents étaient aussi positifs : « c'est agréable, nous n'avons pas l'impression d'être à l'hôpital » « mon enfant est détendu, a envie de jouer », « nous imaginions autre chose de plus triste et plus froid ». Ainsi, ce projet a permis aux patients d'oublier un peu où ils étaient et « la raison de leur hospitalisation » grâce à la distraction apportée par ces décorations. Le dossier de presse dans lequel est présenté ce projet met aussi en avant un certain bénéfice sur le soulagement de la douleur qui interagit fortement avec l'anxiété, comme nous l'avons vu précédemment.

3. Le bien-être du patient hospitalisé

3.1. Qu'est ce que le bien-être ?

De nombreux savants ont déjà tenté de définir la notion de Bien-être. En effet, celle-ci étant subjective, il existe plusieurs définitions issues d'approches méthodologiques différentes. C'est pourquoi des auteurs comme Keyes et Lopez (2002) et Ryan et Deci (2001) ont souhaité réunir deux de ces approches pour en faire une définition plus générale. Ainsi, selon ces auteurs, le Bien-être serait issu d'une interaction entre le bien-être psychologique et le bien être subjectif. D'après Ryff et Singer (1998), le bien-être psychologique reposerait sur 6 dimensions principales que sont : l'autonomie, la recherche d'un sens de la vie, la croissance personnelle, les relations positives avec autrui, l'acceptation de soi et la maîtrise de l'environnement. Quant au bien-être subjectif, Diener et ses collègues (1984, 1998, 2006) considèrent qu'« éprouver du bien-être, consiste à ressentir beaucoup d'émotions agréables (joie, plaisir, gratitude, contentement...), peu d'affects désagréables

(anxiété, peur, colère, dépressions...) et un sentiment élevé de satisfaction dans l'existence ». L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a quant à elle repris cette notion pour en définir une autre : la Santé. Ainsi pour l'OMS, la Santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le bien-être est donc une notion importante dans le domaine de la santé, voire un objectif. Certains théoriciens ont donc intégré le bien-être dans leurs conceptions de la santé. On peut citer Virginia Henderson qui a notamment décrit les 14 besoins fondamentaux pour un individu. Pour elle, « une personne est en santé tant qu'elle peut satisfaire seule à ses besoins ». Ces besoins se retrouvent aussi dans la pyramide d'Abraham Maslow et sont répartis en 5 catégories classées par degrés d'importance : besoins physiologiques et de maintien de la vie ; besoins de protection et de sécurité ; besoins d'amour et d'appartenance ; besoins d'estime de soi et de considération ; besoin d'actualisation et de réalisation de soi. Ces théories sont donc une aide pour les soignants dans leur pratique. Ils prennent donc en compte ces besoins pour maintenir la personne prise en soins en bonne santé ; et donc dans un état de bien-être. Pour finir, à partir de ces définitions et théories, le bien-être a pu être décliné en plusieurs composantes : physique, émotionnelle, financière, sociale, de loisirs, spirituelle, intellectuelle et environnementale.

3.2. Du soulagement de l'anxiété du patient vers son bien-être

Comme évoqué dans la partie clinique de ce cadre théorique, selon Françoise Radat (1998), l'anxiété entraîne des répercussions négatives tant sur le plan physique, psychique, émotionnel, social et intellectuel. Elle exprime aussi que l'anxiété nuit au bien-être d'une personne. Ces symptômes négatifs et l'impact que cela crée dans la vie quotidienne des patients impliquent une prise en compte de l'anxiété par les soignants. Selon anxiété.fr, certains des traitements utilisés pour soulager l'anxiété contribuent aussi à améliorer le bien-être. On peut citer par exemple, les mesures hygiéno-diététiques conseillées aux patients anxieux comme le fait de respecter un bon équilibre alimentaire, une quantité de sommeil suffisante, avoir une activité physique régulière... qui améliorent dans le même temps la santé en général. Aussi, nous avons vu que les patients souffrants d'anxiété pouvaient bénéficier d'une prise en charge médico-social. Or, l'amélioration de l'aspect social et professionnel sont des composantes du bien-être. Pour finir, Philippe Vigouroux, le Directeur général du CHU de Bordeaux qui a participé à la mise en place du projet de distraction avec la décoration des murs du service pédiatrique, affirme que ce projet a pour objectif d'améliorer « la prise en charge globale des patients et le bien-être ».

Le dispositif méthodologique du recueil de données

Les données recueillies à l'issue de mon travail de recherche ont permis d'apporter des éclaircissements quant à ma question de départ qui, je le rappelle, est : « En quoi la prise en compte de l'anxiété du patient par l'infirmier(e) contribue à améliorer son bien être durant l'hospitalisation ? ». Cette partie constituait finalement le cadre théorique du mémoire grâce aux apports des auteurs. Voyons maintenant ce qu'il en est dans la pratique et interrogeons directement les personnes concernées aux travers d'entretiens, dont voici la méthodologie de mise en œuvre :

Objectifs généraux des entretiens : Réaliser deux entretiens semi-directifs avec des guides d'entretien réalisés en amont permettant d'obtenir des informations précises sans s'éloigner de la question de départ tout en facilitant la libre expression des interviewés. Compléter ou confronter les données recueillies dans mon cadre conceptuel et celles issues des entretiens, ainsi que les entretiens entre eux.

Objectifs des guides d'entretien : Identifier différentes causes de l'anxiété du patient ; Identifier les répercussions de l'anxiété du patient, ; Déterminer les actions soignantes mises en œuvre auprès d'un patient anxieux ; Déterminer les bénéfices de la détection et de la prise en charge de l'anxiété ; Identifier les facteurs qui vont participer au bien-être du patient ; Déterminer si l'environnement du service, la disponibilité des soignants, les activités proposées et les moyens d'occupation sont des éléments essentiels au bien-être du patient ; Identifier les objectifs et les conséquences de la prise en compte du bien être à l'hôpital.

La population interviewée : 1 infirmier et 1 patient de médecine interne. Le choix de ce service s'explique par le fait que la population accueillie est assez hétérogène ainsi que la durée d'hospitalisation de chaque patient. Les infirmiers de ce service sont donc plus enclin à rencontrer différents types d'anxiétés chez les patients pris en soin et donc à appliquer différentes actions. J'ai volontairement choisi de créer deux guides d'entretien différents. En effet, les questions posées au patient seront davantage axées sur son bien-être à l'hôpital, car, qui de mieux pour en parler que le patient lui même, qui vit l'hospitalisation. Il y aura aussi quelques questions relatives à l'anxiété mais plus générales. Cela permettra de faciliter l'échange durant l'entretien → qu'il se sente plus en confiance pour évoquer son vécu et moins visé particulièrement. Les questions posées à l'infirmier seront, quant à elles, plus axées sur l'anxiété, ses répercussions, les actions correctrices et leurs impacts sur le bien être du patient. Ainsi mes deux entretiens ne seront pas strictement « en miroir » mais seront suffisamment similaires pour pouvoir être comparés entre eux. Ils pourront surtout s'enrichir l'un, l'autre grâce à deux visions différentes, celles d'un infirmier et d'un patient.

L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens : Programmer deux entretiens distincts avec un infirmier puis un patient durant mon stage de S61 dans le service. Prévoir une pièce isolée et au calme (ex : salle de trans, chambre seule). Demander l'autorisation d'enregistrer avec mon portable à chaque entretien.

Commentaire d'analyse des entretiens

J'ai ainsi réalisé mes entretiens auprès d'une infirmière et d'une patiente au cours de mon stage en Médecine Interne en suivant la méthodologie décrite précédemment ainsi que mes guides d'entretiens (annexe I). Analysons maintenant les données issues de ces entretiens dont la transcription se trouve en annexe III. Dans ce commentaire d'analyse, je m'appuierai aussi sur le tableau d'analyse des entretiens situé en annexe IV.

Tout d'abord, l'infirmière a identifié différentes causes à l'anxiété des patients pris en soin dans son service. Parmi celles-ci, on trouve le contexte d'urgence et l'ignorance et l'anticipation de diagnostic graves. Cette cause est renforcée par la patiente lorsqu'elle dit « je me suis dit ... il y a quelque chose qui va pas, j'étais un peu stressée ». Ensuite, il y a l'anxiété éprouvée par comparaison/identification avec un événement désagréable du passé du patient ou d'un de ses proches. Pour étayer cela elle prend l'exemple d'un patient qui lui dit « je sais ce que c'est hein mon père il a eu ça aussi, il est mort trois mois après », « ça l'a énormément touché, marqué et d'avoir cet examen ... ça réveille des choses, il s'identifie ». L'infirmière insiste aussi, plusieurs fois durant l'entretien, sur le fait que « nier l'anxiété » peut être ressenti par le patient comme une forme de violence. De ce fait, avoir connu une ancienne hospitalisation où l'anxiété aurait été niée peut engendrer de l'anxiété dans les hospitalisations futures. Plus généralement, il y a aussi le contexte de l'hospitalisation qui peut « choquer le patient » notamment lorsqu'il se retrouve face à « une situation palliative avec la porte ouverte ... à voir des malades en tenue d'hôpital, de les voir dans les lits etc ça peut être aussi violent ». L'annonce d'un diagnostic médical est aussi source d'anxiété. Et, enfin, il existe des patients qui sont régulièrement anxieux et cela accentue le risque de l'être aussi au décours d'une hospitalisation. Ce dernier point était décrit en terme d'anxiété chronique dans la partie 1.2 du cadre conceptuel. Pour conclure, on remarque de fortes similitudes entre les causes évoquées par l'infirmière et celles des auteurs qui m'ont permis de rédiger mon cadre théorique comme l'anticipation d'un danger réel ou éventuel et l'hospitalisation en elle même. Chaque patient est donc à risque de développer de l'anxiété lors de son séjour à l'hôpital.

Et, justement, quels sont ces risques et/ou répercussions de l'anxiété du patient ? Dans un premier temps, l'infirmière différencie deux manifestations différentes de l'anxiété. D'une part elle évoque des patients qui vont avoir un discours, une attitude, un comportement qui va être modifié, anormal. Ce sont plutôt des symptômes positifs comme : « quelqu'un qui pose plein de questions », « des fois les patients sont très provoqués », « il peut être dans l'agressivité », « colère », « agitation »... D'autre part, elle a remarqué que l'anxiété pouvait s'exprimer à travers des symptômes négatifs : « Par exemple, un patient qui a beaucoup d'exams et qui n'interroge pas les résultats ». L'anxiété a aussi un impact sur le bien-être. En effet, comme nous pouvons le voir en annexe IV, l'infirmière et la patiente ont décrit plusieurs conséquences à l'anxiété que j'ai pu regrouper en fonction des différents types et composantes du bien-être vus dans la partie 3.1 du cadre théorique. Ainsi, les interviewés ont repéré que l'anxiété pouvait avoir un impact sur le bien être social, physique, environnemental, émotionnel, intellectuel mais aussi sur l'autonomie. L'anxiété peut nuire aussi à la relation soignant-soigné. L'IDE raconte qu'une fois, l'anxiété était si intense, qu'elle ne pouvait plus communiquer avec la patiente, elle n'avait plus accès à la raison. Dans cet exemple, la relation sociale de base est altérée car l'anxiété vient perturber la communication. Une relation de dépendance/maternage peut aussi s'installer entre le soignant et le patient si le patient « dit rien, coopère, fait exactement ce qu'on lui dit de faire »... à cause de son anxiété. A l'inverse, s'il est plutôt agité, violent... cela peut donner lieu à une relation autoritaire. L'IDE utilise des termes comme « cadrer », « recadrer », « on ne fait pas ça monsieur » et « gérer son anxiété » plusieurs fois. Par extension, cela peut influencer sur le soignant lui-même qui peut devenir soit maternant, autoritaire, s'engager personnellement, être dans le jugement, irritable et avoir un comportement modifié comme le fait de nier l'anxiété du patient ou de ne pas avoir envie de retourner le voir. Cet aspect de l'anxiété du patient et son impact sur le soignant était une conséquence que je n'avais pas ou très peu abordé dans la partie théorique alors que cela peut affecter sa prise en soin y compris celle de l'anxiété et du bien être du patient. Pour finir, l'anxiété peut entraîner un défaut d'adhésion aux soins, voire un refus/échec du soin. L'IDE parle notamment de mauvaise observance de traitement ainsi que de refus de soin liés à l'anxiété.

Les soignants mettent donc en place des actions auprès des patients anxieux dans le but de pallier ces répercussions. Dans un premier temps, l'IDE insiste sur l'importance du diagnostic clinique. Pour cela, elle adopte une posture "d'écoute", "d'observation" afin de repérer les signes présents ou absents. Il faut aussi "enquêter" et pour cela on peut simplement poser la question "est-ce qu'il y a des choses qui vous inquiètent"... Il lui arrive aussi d'utiliser, sur prescription ou non, une échelle

d'évaluation de l'anxiété qui repose sur le même principe que l'EN de la douleur et qui lui permet d'apprécier l'intensité de l'anxiété du patient et son évolution. Les anciens dossiers d'hospitalisations peuvent aussi être une aide au diagnostic et à la prise en charge de l'anxiété. De plus, tout au long de l'entretien avec l'infirmière, j'ai relevé un grand nombre d'attitudes/principes/valeurs soignantes. Tout d'abord, l'empathie avec le terme "comprends" répétés 5 fois. Mais aussi le principe d'autonomie, de dignité qui était mis en avant. L'information au patient, le fait de savoir, peut aussi "soulager", comme le dit la patiente. Et enfin, de même que je n'avais pas évoqué les répercussions de l'anxiété patient sur le soignant dans mon cadre conceptuel, l'IDE met aussi en place des actions envers soi-même comme le fait d'être patiente et indulgente. En effet, elle dit que parfois, et malgré les actions mises en œuvre, le patient reste anxieux. C'est pourquoi, elle relativise et l'accepte en disant notamment "je fais ce que je peux". Cette attitude permet donc au soignant de ne pas abandonner et de maintenir une relation soignant-soigné. Justement, j'ai identifié qu'elle favorise certains types de relation auprès des patients anxieux. Il y a la relation coopérative qui consiste à accompagner le patient tout en le rendant acteur de sa prise en charge et dont les exemples se trouvent en annexe IV. La relation thérapeutique où la relation devient un soin visant l'anxiété. Mais il y a aussi la relation de maternage et d'autorité utilisée ponctuellement en fonction des manifestations de l'anxiété chez le patient passif/agressif. Un nouveau point que je n'avais pas abordé dans mon travail de recherche mais sur lequel l'IDE a beaucoup insisté, est le fait d'agir de manière indirecte et donc sur les répercussions de l'anxiété. En effet, l'IDE ne peut rien faire par rapport à certaines causes de l'anxiété comme le fait d'apprendre un diagnostic défavorable. Cependant, elle peut « prendre soin de son sommeil, favoriser la visite des proches », « trouver une solution peut être autre que de manger des bonbons sans arrêt »... Ainsi elle va agir sur les conséquences de l'anxiété comme un bien-être altéré. L'IDE montre aussi l'intérêt d'entretenir une relation de confiance avec la famille et les proches car ils peuvent apporter des informations utiles à la prise en charge de l'anxiété du patient et ils lui permettent de maintenir un lien social avec l'extérieur de l'hôpital. La collaboration avec l'équipe soignante est aussi primordiale dans la prise en soin du patient anxieux. Elle repose sur « la transmission, la traçabilité » et un travail d'équipe où les membres s'interrogent entre eux, confrontent leurs points de vue afin d'étayer le recueil de données et « faire des liens ». L'intérêt est

aussi de solliciter les compétences d'autres professionnels pour compléter les actions infirmières et avoir une approche plus globale des problématiques du patient. L'infirmière prend l'exemple des médecins qui peuvent prescrire des anxiolytiques, des psychologues qui peuvent déceler une cause profonde à l'anxiété et la traiter par la suite... Pour finir, elle insiste sur le fait qu'il faut considérer l'anxiété, elle répète à 5 reprises « qu'il faut pas la nier » en appliquant les actions évoquées précédemment. Mais, il faut aussi respecter sa libre expression car parfois il s'agit d'une manifestation normale face à une situation et peut même aider à s'y adapter, comme nous l'avons vu dans la première partie du cadre conceptuel. Ainsi, elle répète plusieurs fois que c'est « normal » que tel patient soit anxieux, « il va devoir s'adapter... mais ça demande du temps ». Puis, elle enchaîne en disant « du coup, je pense qu'il ne faut pas toujours vouloir soulager l'anxiété de manière immédiate car il y a parfois beaucoup de choses à intégrer pour le patient ». En ces termes, elle exprime donc que le soulagement de l'anxiété peut ne pas être une priorité puisqu'il s'agit d'une émotion normale, à un moment donné.

Voyons maintenant quels sont les bénéfices de la détection et de la prise en charge de l'anxiété pour les personnes interrogées. Pour ces derniers, cela favorise la mise en place d'une relation soignant-soigné visant l'alliance thérapeutique. En effet, l'infirmière évoque notamment une collaboration active entre elle et le patient dans le but de « trouver ensemble une solution ». Le terme « confiance » est répété plusieurs fois, ainsi que « accompagner » et « ensemble ». Cette relation particulière va elle-même jouer un rôle dans « l'adhésion aux soins » du patient. L'IDE parle de « meilleure observance thérapeutique » et « des patients qui vont être plus compliants ». La prise en compte des patients anxieux améliore aussi la qualité de la continuité des soins. L'IDE l'exprime en disant que « une fois que c'est rentré, c'est plus facile par la suite » en parlant de la connaissance des histoires de vie des patients et des anciennes hospitalisations via le dossier patient par exemple. Ensuite, l'infirmière prend l'exemple d'un patient diabétique qui va se retrouver régulièrement en hyperglycémie car il mange beaucoup de confiseries... Suite à cela elle explique que si l'anxiété est recherchée comme pouvant être une cause à ce trouble alimentaire et est ensuite détectée, et bien, elle va pouvoir comprendre et adapter sa prise en charge de ce trouble tout en prenant en compte

l'anxiété qui est associée. Dans la dernière partie, nous avons vu que la collaboration pluriprofessionnelle était essentielle dans la prise en charge globale de l'anxiété. Cette approche permet notamment de palier aux limites de disponibilité et de compétences de l'IDE dont les exemples se trouvent en annexe IV, et ainsi d'apaiser ou d'initier l'apaisement de l'anxiété. Pour finir, nous constatons que les interviewés considèrent aussi que la prise en charge de l'anxiété du patient favorise son bien-être. On peut le remarquer lorsque la patiente dit « j'étais un peu stressée mais j'avais confiance en le docteur donc ça s'est bien passé. D'ailleurs j'étais même soulagée ».

Nous allons maintenant centrer notre analyse des entretiens davantage sur le bien-être du patient. J'ai donc relevé, dans un premier temps, des facteurs qui y participent. Ainsi, comme nous avons pu l'aborder précédemment, l'infirmière « pense vraiment que quand c'est détecté, pris en charge [l'anxiété] ... ça peut améliorer le bien-être ». Autrement, on se rend compte à la lecture des entretiens, que plusieurs composantes du bien-être sont évoquées. L'infirmière insiste sur le fait qu'agir sur ses différentes composantes (douleur physique, sommeil, lien social...) permet d'améliorer le bien-être (ce qui est aussi le cas avec l'anxiété comme nous l'avons vu précédemment). De plus, la patiente confie, dès le début de l'entretien, qu'elle a très mal dormi la nuit dernière à cause d'une soignante qui parlait fort. Suite à cela, elle s'est sentie « vraiment sonnée », « très fatiguée », « inconfortable ». Cet exemple confirme que si une composante du bien-être est altérée, ici le sommeil, cela peut engendrer un mal être. Comme pour l'anxiété, l'IDE pense qu'il est important de respecter un temps d'adaptation pour le patient. En effet, le patient peut se retrouver dans une situation inédite, bouleversante comme l'annonce d'un cancer mais, finalement, c'est normal qu'il ne se sente pas « bien ». Elle dit aussi « il va devoir s'adapter mais ça demande du temps », « en effet il va avoir peur, il va pleurer, il va mal dormir ... et toutes ces manifestations là... faut les laisser s'exprimer », « Et au final, le bien être ... des fois on le voit pas trop ... mais ensuite il va rentrer chez lui, il va s'adapter à la situation et ça va mieux se passer par la suite. ». Donc, tout comme l'anxiété, le bien-être n'est pas forcément une priorité mais doit être pris en compte. Pour finir, la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et l'équipe pluriprofessionnelle favorise le bien-être. Comme nous l'avons vu, ce dernier peut être un objectif atteignable sur un plus ou moins long terme.

Et, l'infirmière explique que cette relation de confiance permet de garder un lien avec le patient, qui peut revenir notamment lors d'un suivi d'une maladie chronique et peut donc se confier à l'équipe s'il se sent mal. Ainsi, « des choses vont pouvoir se mettre en place » dans l'objectif d'améliorer son bien-être. De plus, ce rapport de confiance instauré avec l'équipe soignante du service peut faciliter la création d'une même relation avec d'autres soignants, comme les infirmiers libéraux, et ainsi favoriser la continuité des soins et donc le bien-être.

En amont des deux entretiens, je m'étais aussi fixée l'objectif de déterminer si l'environnement du service, la disponibilité des soignants et les moyens d'occupation étaient des éléments essentiels au bien-être du patient hospitalisé. J'en ai retiré deux réponses, différentes mais complémentaires. La première étant que, oui ils vont pouvoir améliorer certaines composantes du bien-être. Par exemple, la patiente dit que cela fait du bien de pouvoir appeler sa fille via le téléphone de sa chambre, c'est l'aspect social. Au niveau environnemental, la patiente apprécie le confort et l'intimité que lui offre la chambre seule avec salle de bain. Elle peut se divertir aussi grâce à la télé qui lui permet de « s'occuper » et donc de pouvoir penser à autre chose et se détendre durant l'hospitalisation. La deuxième réponse, que j'ai retiré de ces entretiens, est que le service est avant tout « fonctionnel ». En effet, l'IDE dit que le service est plutôt neutre et ajoute qu'il « est surtout fait pour les soignants et moins pour les patients ». Elle exprime donc par là, que la priorité du service est de soigner, et que la prise en compte du bien-être du patient est importante mais secondaire. De plus, la patiente vient corroborer cela en disant notamment que « de toute façon on est en attente », « je vais pas me plaindre parce qu'il y a le minimum, c'est l'essentiel » et « de toute façon on est pas là pour vivre là ». Effectivement, les patients sont amenés à côtoyer le service parce qu'ils ont un souci de santé, il est donc normal que leur préoccupation première soit de connaître et d'améliorer ce problème pour ensuite peut-être pouvoir rentrer chez eux, retrouver certaines habitudes qui rassurent et procurent du bien-être.

Pour finir, mon dernier objectif était d'identifier les conséquences et les objectifs de la prise en compte du bien-être à l'hôpital. Et une fois encore, les deux entretiens ont mis en exergue l'anxiété et notamment son soulagement. On constate donc, arrivé à ce stade du commentaire d'analyse, que l'anxiété et le bien-être interagissent ensemble, de sorte que l'un peut modifier l'autre et inversement. De même, leur prise en compte infirmière est finalement assez similaire. Nous retrouvons aussi l'objectif de continuité des soins car, selon l'IDE, « si une relation de confiance s'est déjà établie en cours d'hospitalisation, ça peut favoriser aussi ce rapport de confiance avec les infirmiers libéraux... ». On peut aussi considérer que cette prise en compte particulière favorise l'adhésion thérapeutique. En effet, les deux interviewés ont surtout donné des exemples inverses où le bien-être était peu ou mal pris en compte. Ainsi, l'IDE explique que cela peut entraîner et expliquer une mauvaise observance de traitement par la suite, ou même un retard de prise en charge médicale si le patient consulte trop tard à cause du souvenir de cette hospitalisation vécue difficilement. De même, pour en revenir à l'altération du sommeil de la patiente provoquée par le bruit des soignants dans le couloir, celle-ci raconte qu'elle a fait semblant de dormir lors des passages suivants des soignants dans sa chambre. Cet événement a donc altéré la relation soignant-soigné et peut exposer à des risques si le patient ne veut plus solliciter les soignants. Et finalement, tout comme l'anxiété, l'objectif de la considération du bien-être va être d'obtenir un mieux-être. L'infirmière parle « d'objectifs plus modestes » en parlant de la recherche du bien-être du patient car cela prend du temps et n'est pas forcément une priorité que ce soit pour le soignant mais aussi pour le patient. Selon l'IDE, ces objectifs plus modestes peuvent être par exemple : l'amélioration de la qualité du sommeil, de l'appétit et des interactions sociales.

La discussion

Forte des résultats de mes recherches portant sur l'anxiété ainsi que de mes entretiens, j'ai pu confirmer l'importance que j'accordais à la prise en compte de l'anxiété du patient. En effet, les manifestations de l'anxiété et ses répercussions sont handicapantes pour le patient car elles peuvent nuire à sa santé, à sa prise en soin globale, à son bien-être... L'infirmière insiste d'ailleurs sur le fait qu'« il ne faut pas nier l'anxiété ». Or, l'anxiété est très fréquente à l'hôpital et cela s'explique par différents facteurs détaillés à la fois dans mon cadre théorique et à partir de mes entretiens. C'est donc une problématique qui revient souvent dans les projets de soins des patients pris en soin à l'hôpital et c'est d'ailleurs pour cela que j'ai choisi d'en faire mon mémoire.

La détection de l'anxiété

Ce MIRSI m'a, en outre, apporté différentes connaissances relatives à la prise en compte de l'anxiété du patient. Les auteurs et l'infirmière s'entendent sur l'importance du diagnostic de l'anxiété mais aussi sur sa difficulté. Cette dernière s'explique par des manifestations très variées de l'anxiété, plus ou moins évidentes, comme l'exemple du patient diabétique qui va exagérer sur les confiseries. Il existe aussi plusieurs types d'anxiété que l'on peut réduire à de l'anxiété aiguë ou chronique. Mes deux situations d'appels illustrent d'ailleurs ces deux types d'anxiété. D'autres classifications plus spécifiques sont aussi utilisées, comme celle du DSM-V qui décrit plusieurs troubles anxieux comme la phobie spécifique, l'anxiété sociale, le trouble anxieux généralisé... Ainsi, afin de faciliter le diagnostic de l'anxiété, j'ai appris qu'il existait plusieurs échelles permettant la détection de l'anxiété mais aussi sa cotation. Cependant, au regard de mes expériences de stage, je suis étonnée de constater que ces outils sont très peu utilisés. Mais cela peut s'expliquer, encore une fois, par le fait que l'anxiété est très variée et subjective. Ce qui implique que ces échelles doivent être suffisamment complètes pour être valides et donc peut-être que leur utilisation prend trop de temps. De plus cela nécessite une participation importante du patient ainsi que des capacités cognitives permettant la réflexion sur son état, ses émotions...

La prise en charge de l'anxiété

Ensuite, une fois l'anxiété diagnostiquée, on va pouvoir essayer de trouver des moyens pour l'apaiser. Cela nécessite tout d'abord une collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Ensuite, concernant l'IDE, celui-ci va pouvoir adapter sa communication, sa posture, mettre en place des actions spécifiques comme l'encouragement du patient à pratiquer la cohérence cardiaque... Il existe de

nombreuses autres actions que l'IDE peut mettre en place comme le fait de favoriser le sommeil, les relations sociales...(qui ont été altérés par l'anxiété), l'hypnose, l'humour, les massages... En effet, ces techniques sont multiples mais sont surtout à adapter au patient, à la situation et au type d'anxiété du patient. C'est pourquoi elles n'ont pas pu être toutes mentionnées/détaillées dans ce mémoire. Cependant, chacune pourrait faire l'objet d'un nouveau mémoire... Finalement, pour toutes ces raisons, je me rends compte qu'il n'existe pas de « mode d'emploi », même complexe, de la prise en charge de l'anxiété. Mais, cela n'empêche pas de rechercher, analyser, essayer des techniques, collaborer, s'adapter,... autrement dit : prendre en compte l'anxiété du patient.

L'environnement hospitalier et l'anxiété

Durant ce mémoire, j'ai aussi cherché à savoir si l'environnement de l'hôpital pouvait interagir avec l'anxiété du patient. En effet, j'ai eu l'occasion de constater durant mes stages que les services étaient en général assez froids. D'ailleurs, lors de l'entretien, l'infirmière dit aussi que « c'est des services qui sont plutôt neutres... très fonctionnels... qui sont surtout faits pour les soignants et moins pour les patients ». De plus, dans la partie théorique, nous avons vu que l'hôpital est déjà chargé de symboles dans l'esprit de la population car il peut être associé à la maladie, la mort... Dans la partie 2.3, nous apprenons donc que certains hôpitaux ont mis en œuvre des projets de distraction par la décoration de services. Cela a eu comme conséquence de diminuer l'anxiété et d'améliorer le bien-être. C'est pourquoi, je suis persuadée que les hôpitaux gagneraient à s'appuyer sur ces exemples de réaménagement des espaces en utilisant des moyens de distraction et de bien-être. L'infirmier peut aussi jouer un rôle indirect dans cette prise en compte de l'anxiété du patient notamment en donnant son avis dans un contexte de restauration d'un service par exemple. Il pourrait proposer d'amener de la musique dans le service, de s'appuyer sur des méthodes de Feng Shui pour harmoniser les espaces... Cependant, lors de l'entretien avec la patiente, j'ai essayé de recueillir son avis à propos des locaux, comment elle s'y sentait et s'il manquait des éléments qui pourraient faire qu'elle vive mieux l'hospitalisation. Celle-ci m'a répondu qu'elle ne voyait pas et que sa priorité reposait surtout sur le fait d'être soignée car elle ne comptait « pas vivre là » et donc les aménagements, les locaux lui suffisaient. Mais, il pourrait être pertinent à la suite de ce Mirsi, de mener une enquête incluant d'autres patients et d'autres services comme de long séjour, afin de déterminer s'ils ont les mêmes avis à propos de l'importance de la décoration d'un service par exemple. On peut donc conclure que, certes la prise en compte de l'anxiété ne représente pas une priorité dans un service de Soins mais, il est intéressant de repenser l'environnement de l'hôpital pour tous les bénéfices évoqués précédemment.

La relation entre l'anxiété et le bien-être

A partir de ma question de départ, j'ai considéré le bien-être, dans mes recherches, comme étant le principal objectif de la prise en compte de l'anxiété et donc une conséquence de celle-ci. J'ai donc pu démontrer, dans mon cadre conceptuel, que le bien-être était effectivement très important dans le domaine de la santé et qu'il pouvait être amélioré une fois l'anxiété apaisée. Mais, je me suis aussi rendue compte que le bien-être était un état qui pouvait être très subjectif comme l'anxiété, difficile à définir et qui dépendait de nombreuses composantes. Finalement, on pourrait dire que la complexité du bien-être reflète celle de l'être humain. Lors de mes entretiens, j'ai donc posé certaines questions dans le but de confirmer ou d'infirmer les résultats de mes recherches. Il en est ressorti de fortes similitudes entre ces deux notions. En effet, lorsque une de celles-ci est altérée chez le patient, cela peut aussi avoir un impact négatif sur l'autre et inversement. Par exemple, on a vu que l'anxiété pouvait entraîner une perturbation du sommeil, des relations sociales... C'est pourquoi, certaines actions soignantes vont aussi se rejoindre dans la prise en compte de ces deux notions. Lors de l'entretien, l'infirmière explique que pour prendre en charge l'anxiété, elle peut agir sur des composantes du bien-être. Par exemple, elle peut favoriser la visite des proches et donc renforcer l'aspect social, ce qui aura pour effet d'améliorer le bien-être du patient mais aussi son anxiété. De plus, l'infirmière a mis en évidence un autre point commun entre ces deux notions. Ainsi, elle rappelle qu'il peut être normal dans le cadre d'une hospitalisation, d'éprouver un mal-être ou de l'anxiété. Elle prend notamment pour exemple l'annonce d'un diagnostic grave et l'impact émotionnel que cela implique ainsi que le bouleversement des habitudes de vie du patient. Pour conclure, le bien-être et l'anxiété sont très liés et la prise en compte de l'un nécessite aussi celle de l'autre. C'est pourquoi, si je devais revenir sur ma question de départ, je ne considérerai plus le bien-être comme étant l'objectif final de la prise en compte de l'anxiété. J'intégrerai plutôt ces deux notions dans la prise en compte IDE afin de rechercher peut-être autre chose ... que je vais essayer de développer par la suite.

Favoriser l'alliance thérapeutique

Dans le cadre conceptuel, nous avons vu que la prise en compte de l'anxiété nécessitait des compétences relationnelles. C'est un point essentiel que j'ai aussi relevé au cours de mes entretiens. Je suis aussi convaincue que des attitudes de compréhension, de soutien... (attitudes de Porter) sont bénéfiques à la prise en charge d'un patient anxieux. Dans le cadre de l'anxiété ou du bien-être, ces attitudes peuvent être mises en place dans un but thérapeutique. C'est la relation thérapeutique et c'est ce qu'exprime l'IDE lorsqu'elle dit : « l'anxiété a aussi besoin d'être exprimée ». L'infirmière

évoque aussi d'autres types de relations avec le patient comme la relation de confiance qui est primordiale, selon elle, dans ce contexte de prise en soin. De plus, elle explique qu'elle essaye au mieux de rendre le patient acteur, notamment en lui demandant son avis, ses attentes, ses souhaits ... afin d'adapter ses actions soignantes. Elle insiste sur le terme « accompagnement » et « ensemble » en parlant de la relation de coopération qu'elle favorise ainsi avec le patient anxieux. Ce lien de confiance et cette collaboration active entre le soignant et le patient permettent, entre autres, d'instaurer une relation soignant-soigné. Cela nécessite évidemment en amont une prise en compte de l'anxiété et du bien-être du patient. Mais, je pense que si l'IDE favorise d'emblée ces types de relation, la détection d'un mal-être chez le patient sera facilitée. Mais, pourquoi cette relation soignant-soigné est-elle si importante dans la prise en compte de l'anxiété et du bien-être ? En effet, nous avons vu précédemment que le sentiment de mal-être ou d'anxiété pouvait être considéré comme normal dans un contexte d'hospitalisation. L'IDE renchérit en disant qu'il arrive que des patients rentrent chez eux en étant toujours dans ce même état malgré les actions mises en œuvre pour qu'ils se sentent mieux ou soient moins anxieux. Cependant, ce n'est pas « grave » et c'est même normal certaines fois (anxiété ou mal être en réaction à l'annonce d'un diagnostic grave, anxiété chronique, contexte de l'hospitalisation, histoire de vie...) et comme elle le dit : « ça demande du temps ». Néanmoins, la relation de confiance tissée avec le patient va favoriser la continuité des soins ainsi que l'adhésion thérapeutique. Sans revenir sur tous les exemples cités dans l'analyse des commentaires, on comprend que le patient qui s'est senti écouté, compris et bien pris en soin lors de son hospitalisation soit plus enclin à revenir voir ces mêmes soignants notamment lors d'un suivi médical. De plus, comme mentionné dans la partie 2.1 du cadre conceptuel, le soignant est doté d'un statut (symbolisé par la blouse blanche) et qui, aux yeux du patient, le rend « similaire » à un autre soignant. Ce qui peut expliquer le fait que la relation soignant-soigné installée avec un soignant en particulier favorise celle avec un autre soignant dans un autre service/contexte, et donc la continuité des soins. De plus, l'infirmière est persuadée que le patient aura une meilleure observance thérapeutique. Et, si on voulait étendre la réflexion un peu plus loin, on pourrait rechercher les bénéfices de cette adhésion thérapeutique. Peut-être que cela permettrait au patient d'être en meilleure santé, de se sentir mieux et d'être moins anxieux à long terme. On pourrait parler de cercle vertueux de la prise en soin de l'anxiété. On serait alors dans un processus de soin dans lequel le soignant et le patient collaborent au profit de la santé de ce dernier. Ce processus rappelle une notion importante que j'ai étudiée au cours de mes études d'infirmière : l'Alliance thérapeutique. Ce qui m'amène donc à formuler une question d'ouverture : En quoi la prise en compte de l'anxiété du patient par l'infirmière permet d'instaurer une alliance thérapeutique ?

Conclusion

Durant mes trois années d'école d'infirmière, j'ai appris à prendre en soin des personnes dont la santé est altérée et ce, pour différentes raisons : maladies, traumatismes, pertes d'autonomie... L'anxiété du patient est donc une problématique qui a été abordée dans plusieurs unités d'enseignement et à laquelle j'ai rapidement été confrontée lors de mes stages. De plus, l'anxiété est une thématique très diversifiée de part ses nombreuses raisons, manifestations, types, conséquences et prises en charge. On la retrouve aussi dans tous types de services soignants. C'est pourquoi j'ai choisi d'approfondir ce sujet dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Mes deux situations d'appels ont aussi été déterminantes pour le choix de mon sujet. En effet, l'une d'entre elles a d'ailleurs fait l'objet d'une Analyse de Pratique Professionnelle (APP) au cours de mon stage aux urgences et plusieurs questionnements en étaient ressortis. Étant donné la diversité des situations impliquant l'anxiété d'un patient, j'ai choisi ma deuxième situation d'appel de façon à être plus généraliste dans mon approche de l'anxiété. Ainsi, mes deux situations se différencient par le type d'anxiété manifesté (aiguë ou chronique), ainsi que les actions et postures soignantes. D'autres questionnements ont donc été mis en évidence. Pour élaborer ma question de départ, je souhaitais rester dans cette approche généraliste en évitant de cibler un type d'anxiété, de prise en charge... Je suis donc partie sur la prise en compte infirmière de l'anxiété du patient hospitalisée. Puis, j'ai identifié le bien-être comme étant l'objectif principal de la prise soin de l'anxiété.

J'ai ensuite effectué des recherches à partir de différents auteurs. J'ai particulièrement aimé réaliser ce travail très enrichissant. Je me suis rendue compte qu'il existait une multitude de manifestations et de conséquences de l'anxiété. Cela me sera bénéfique dans ma pratique professionnelle notamment pour pouvoir détecter un état d'anxiété et ainsi mieux le prendre en compte. J'ai appris qu'il existait aussi beaucoup d'interventions possibles mais j'ai regretté de ne pas pouvoir en développer plus dans mon cadre théorique. En effet, contrainte par le nombre de pages, j'aurai pu finalement d'avantage cibler ma question de départ. Pour ces mêmes raisons, j'avoue avoir eu un peu de difficultés à être plus synthétique dans cette partie du MIRSI. Cependant, j'ai pu développer brièvement l'environnement de l'hôpital et son impact sur l'anxiété. Je peux en conclure que la manière dont est organisé/décoré un service peut réellement influencer l'anxiété ou le bien-être du patient. Quand je serai infirmière, j'aimerais avoir l'occasion de défendre cette conviction notamment lors d'une restauration de service afin que ce dernier soit plus accueillant et chaleureux. Pour finir, mes

recherches sur le bien-être ont été facilitées car c'est une notion très répandue dans le domaine du « care ». J'ai trouvé beaucoup d'exemples où l'anxiété et le bien-être étaient concomitants. Néanmoins, je n'ai pas trouvé d'auteur qui voyait le bien-être comme l'objectif principal de la prise en charge de l'anxiété.

Afin de compléter/confronter les résultats de mes recherches, j'ai mené deux entretiens semi-directifs auprès d'une infirmière et d'une patiente. Celles-ci m'ont apporté d'autres éléments de réponse à ma question de départ. Elles m'ont notamment fait remarquer que le bien-être n'était peut-être pas forcément une priorité/l'objectif principal de la prise en compte de l'anxiété du patient hospitalisé. Cependant la prise en compte de chacune de ces notions demeure essentielle. D'ailleurs, il existe des similitudes entre ces dernières concernant les causes, conséquences, techniques utilisées... Pour l'IDE comme pour la patiente, l'élément primordial de cette prise en compte repose sur la relation soignant-soigné et le lien de confiance qu'elle sous-entend. En effet celle-ci entraîne par la suite une continuité des soins et une meilleure adhésion thérapeutique. Ainsi dans un contexte de relation soignant-soigné, ces bénéfices évoquent la notion d'alliance thérapeutique. Cette dernière permettra donc à son tour, une amélioration de la santé, du bien être et de l'anxiété du patient. Concernant l'environnement du service, l'IDE et la patiente ne se sont pas attardées sur ce sujet malgré les questions dirigées dans ce sens. Pour elles, cela ne semblait pas être une priorité. Mais encore une fois, peut être faut il considérer les limites de ce mémoire. En effet, concernant les entretiens, les deux personnes interviewées côtoyaient un service de court séjour et, comme le dit d'ailleurs la patiente, elle n'était là que depuis deux jours. Il serait donc intéressant de poursuivre la réflexion sur ce sujet et de mener d'autres entretiens dans d'autres types de services et notamment en long séjour.

Bibliographie

- Trouillet, R. (2012). L'anxiété : Cliniques, modèles et prises en charge. Dunod.
- Radat, F. (1998). Les états anxieux. Doin.
- Carpenito-Moyet, L. (2015-2017). Manuel de diagnostics infirmiers (15ème édition). Elsevier Masson.
- Roosen, M. (2007). L'influence de l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients. Éducation du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 25 (n°2), page 29 - page 34.
<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/188557/1/anxie%CC%81te%CC%81.pdf>
- Vito Woods, M. (2014). Réduire l'anxiété du patient en instaurant la confiance. Cure infirmieristique, Soins infirmiers, volume 2, page 68 – page 70.
https://siga-fsia.ch/files/Anaesthesie_Journal/SBK_-_ASI_Artikel/Soins_infirmiers_02-2014_Reducire_l_anxiete_du_patient_en_instaurant_la_confiance.pdf
- Talbot, F. (2000) L'anxiété, ce mal nécessaire.
http://www.cscp.umontreal.ca/documents/anxiete_mal_necessaire.pdf
- Clinique de psychologie Québec. (27/02/2019) Anxiété, stress et angoisse : comment les distinguer ?
<https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/>
- Cours Commun de Résidanat. (07/2019) Sujet 69 : Troubles anxieux.
<https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/69%20trouble%20anxieux.pdf>
- Vidal. (10/12/2019) Anxiété.
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html>
- AQPAMM. (2018) Les troubles anxieux.
<https://aqpamm.ca/les-troubles-anxieux/>
- Centre collégial de soutien à l'intégration – Cégep de Sainte-Foy. (2018) Troubles anxieux.
https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Fiche_Troubles_anxieux_dsm-v_01.pdf
- Cherry for Life Science. Prise en charge des troubles anxieux.
<https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/prise-en-charge/>
- Neveux N. Anxiété ou angoisse : comment la reconnaître et la soigner ?
<https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/anxiete-angoisse-attaque-panique-crise-coeur-respiration-tremblement-sueur-boule-gorge-ventre-psy-paris/>
- Le Robert Dico en ligne. Patient Définition.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/patient>

- Unité de traitement du stress et de l'anxiété. Hôpital Suburbain du Bouscat.

<https://hopitaldubouscat.com/specialites-annuaire-praticiens/gestion-stress-anxiete/>

- Direction de la communication du CHU de Bordeaux (13/06/2016). Dossier de presse « Une chambre pour rêver, s'évader et voyager ...».

<https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-m%C3%A9dia/Actualit%C3%A9s/ACTUALITES-2016/R%C3%A9alisation-d-oeuvres-sur-les-murs-des-chambres-de-l-h%C3%B4pital-des-Enfants/Chambre-a-dessin-hopital-des-enfants-chu-bordeaux.pdf/>

- Gilles Favro (17/08/2016). Bien-être psychologique et bien-être subjectif ; deux approches scientifiques du bien-être.

[https://be-and-become.com/bien-etre-psychologique-et-bien-etre-subjectif-deux-approches-scientifiques-du-bien-etre/#:~:text=Ed%20Diener%20\(1984%2C%201998%2C,d'exp%C3%A9riences%20n%C3%A9gatives%20ou%20d%C3%A9sagr%C3%A9ables.](https://be-and-become.com/bien-etre-psychologique-et-bien-etre-subjectif-deux-approches-scientifiques-du-bien-etre/#:~:text=Ed%20Diener%20(1984%2C%201998%2C,d'exp%C3%A9riences%20n%C3%A9gatives%20ou%20d%C3%A9sagr%C3%A9ables.)

- Jérôme Pellissier (02/2007). Réflexions sur les philosophies de soins Henderson, Maslow... et après ?

<http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/philopellissier.htm>

- Guy. D, Formatrice en soins infirmiers (2021). Cours sur la réhabilitation postopératoire.

- Davy. A, Infirmière ressource douleur (2021). La douleur chronique.

- Robin. G, Formateur en soins infirmiers (2020). Cours sur les névroses et psychoses. Chapitre sur les troubles anxieux.

Annexe I : Échelle HADs

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

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

1. Je me sens tendu(e) ou énérvé(e)

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

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

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

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

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

5. Je me fais du souci

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

6. Je suis de bonne humeur

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

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

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

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

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

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

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

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

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

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

Scores

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

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

Interprétation

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

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

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

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

Annexe II : Guides d'entretiens

Guide d'entretien IDE

Rencontrez vous régulièrement des patients en situation d'anxiété aiguë ou chronique durant votre pratique ?

Comment détectez vous cette anxiété et quelles sont ses principales manifestations ?

Utilisez vous des outils particuliers permettant d'évaluer l'anxiété du patient ?

Quelles sont les répercussions majeures de l'anxiété sur le patient et sur la relation soignant-soigné ?

Selon vous, quel est l'intérêt de prévenir, détecter et prendre en charge l'anxiété du patient ?

Selon vous, l'environnement du service avec ses couloirs, chambres et autres pièces favorise-t-il l'apaisement du patient ou permet-il de prévenir l'anxiété ?

Que mettez vous en place comme actions de votre rôle propre lorsqu'un patient est anxieux ?

Le service a-t-il recours à des professionnels ou des activités permettant de lutter contre cette problématique ?

Quels sont les bénéfices de cette prise en soin particulière ? Cela influence-t-il le bien-être du patient à court et long terme ?

Guide d'entretien patient

Qu'avez vous pensé de l'accueil dans ce service ? Les soignants sont-ils suffisamment disponibles selon vous ?

Les interventions soignantes vous permettent-elles de mieux vivre l'hospitalisation ? (relation, posture, "techniques" qu'ils utilisent...)?

De la même manière, est-ce que l'environnement, les locaux, les activités vous permettent de mieux vivre l'hospitalisation ?

A l'inverse, pourriez vous concevoir que l'hospitalisation puisse être ressenti comme un stress/une angoisse pour certaines personnes et comment pourriez-vous l'expliquer ?

Quels sont les éléments qui y contribuent selon vous ?

Vous même avez vous ressenti du stress ou un mal-être à un moment particulier ?

Comment occupez-vous vos journées à l'hôpital ? Ressentez-vous de l'ennui parfois ? Si oui, pensez-vous que le manque d'occupations puisse favoriser le stress à l'hôpital ?

Qu'est ce qui pourrait contribuer à ce que vous vous sentiez mieux à l'hôpital (moyens de détente, de distraction, structure, postures soignant ...)?

Annexe III : Transcription des entretiens (infirmier et patient)

Entretien avec l'infirmier

ESI: Rencontrez vous régulièrement des patients en situation d'anxiété aiguë ou chronique durant votre pratique ?

IDE : Alors moi je suis infirmière dans un service de médecine interne polyvalente et en effet c'est des situations qu'on rencontre très souvent. Il faut savoir que nos patients, pour la plupart, à peu près 98% arrivent par les urgences et plus de la moitié d'entre eux n'ont pas de diagnostic : ça va être pour un bilan d'anémie, un bilan de syndrome inflammatoire etc et c'est vrai que cette recherche de diagnostic peut être source d'anxiété. Ne pas savoir ce qu'on a et anticiper l'annonce de maladies graves, ce genre de chose peut être source aussi d'anxiété.

ESI : Du coup comment détectez vous cette anxiété et quelles sont ses principales manifestations ?

IDE : Ça va être dans l'écoute du patient, dans son observation, dans le regard qu'on peut avoir sur lui... d'être à l'écoute de ce qu'il va dire, dans ses mots, dans les questions qu'il pose, dans les questions qu'il ne pose pas. Par exemple un patient qui a beaucoup d'exams et qui n'interroge pas les résultats d'exams etc bah ça nous questionne autant que quelqu'un qui pose plein de questions. Du coup on peut lui demander : voilà vous avez vécu plein de choses durant votre hospitalisation, vous êtes arrivé par les urgences, vous avez passé tout un tas d'exams etc il y a des choses qui vous ont peut être été dites et peut être des choses un peu difficiles à entendre, comment est-ce que vous avez vécu tout ça? Comment est-ce que ça impacte sur le moral? et comment envisagez-vous la suite de l'hospitalisation? Est-ce qu'il a des choses qui vous inquiètent? etc

ESI : Et des fois ils en parlent peut-être d'eux même aussi ?

IDE : Oui ils en parlent d'eux même. Par exemple : un patient qui va passer un scan abdo et qui va dire bah moi je sais ce que c'est que d'avoir une masse dans le foie, de passer des scanners et qu'on vous fait une biopsie, le scanner je sais ce que c'est hein mon père il a eu ça aussi, il est mort trois mois après, d'un cancer et il est mort. Les médecins m'ont pas dit que c'était d'un cancer mais moi je sais que c'était d'un cancer. Donc oui les patients nous le disent aussi et des fois ils sont très provoqués ... et c'est un signe aussi car on se dit qu'il a très peur de ça, il peut être dans l'agressivité, être très franc et très direct, provocateur

ESI : Ça peut être un appel à l'aide ?

IDE : Ça peut, disons que ça doit interpeller : tiens bah il teste un peu nos limites, il a peut être besoin d'être cadré, d'être rassuré et c'est aussi une manifestation de l'anxiété.

ESI : Utilisez vous des outils particuliers permettant d'évaluer l'anxiété du patient ?

IDE : Et bien des échelles d'évaluations de l'anxiété, comme les EN du coup : si vous deviez évaluer votre anxiété sur une échelle de 0 à 10, sachant que 0 vous vous sentez complètement serein et 10 c'est une anxiété majeure, le maximum que vous puissiez imaginer. Ça c'est des échelles qu'on utilise, qui peuvent être prescrites mais qu'on fait peu encore. On va être honnête, on en fait très peu. Mais souvent c'est des choses assez diffuses, souvent ça va être des angoisses assez difficiles à coter. Ya des patients qui vont dire tout va bien et coter à 0, mais en fait non tout va pas bien à l'intérieur et il ne va pas forcément l'exprimer et il faut aussi savoir respecter ça. Certains ne vont pas forcément en

avoir conscience mais pour d'autres, ce système de cotation marche très bien. Mais il faut aussi savoir s'adapter, notamment aux personnes âgées, certaines sont démentes et ça doit être adapté.

ESI : Quelles sont les répercussions majeures de l'anxiété sur le patient et sur la relation soignant-soigné ?

IDE : D'abord sur le patient, l'anxiété, ça va être un repli sur soi, ça peut être des troubles du sommeil et donc de la fatigue, une majoration d'une douleur-> l'expression somatique de l'anxiété, quand on a très peur, quand on est anxieux vis à vis de quelque chose ex: oui j'ai très mal au ventre, c'est probablement un cancer que j'ai et bien cette angoisse de cancer va accentuer la douleur abdominale ... du coup il peut y avoir une perte d'appétit, une dénutrition... aussi une mobilité physique réduite car on n'ose pas trop, on va éviter de sortir du lit, on va avoir des difficultés à se mobiliser. Ça peut être aussi une diminution des interactions sociales et ça peut jouer sur plein de choses : le fait de ne plus voir ses amis, de ne pas donner de nouvelles à sa famille ... car on a pas envie de leur dire que ça va très mal, qu'on est mal... donc on coupe un peu les ponts. Ça peut donc être de différents ordres les répercussions.

ESI : Mais plutôt négative du coup

IDE : Oui en général les répercussions sont plutôt négatives pour le patient. Après il est important aussi qu'il puisse exprimer cette anxiété, il faut pas non plus la nier et c'est important du coup tout ce repérage. On peut se dire aussi à un moment donné, oui il peut temporairement diminuer cette interaction sociale, avoir des troubles du sommeil etc et ... on peut aussi nous, agir de manière indirecte. Prendre soin de son anxiété, ça va être prendre soin de son sommeil, favoriser la visite des proches, quand un proche va prendre des nouvelles -> expliquer aussi la situation, pourquoi est ce que le patient communique moins, pourquoi il a ces troubles là, oui il vit aussi des choses difficiles et expliquer aussi aux proches ce que le patient n'est pas capable de dire avec le consentement du patient bien sûr car on est tenu au secret professionnel donc faut pas dire n'importe quoi, n'importe comment... mais avec la personne de confiance, son rôle est important car elle va faire le lien avec le reste de la famille, va permettre d'expliquer ce qui se joue pour le patient. Et il y a des choses aussi que nous on perçoit pas par exemple nous on sait pas forcément que le père est décédé d'un cancer du foie et c'est la personne de confiance ou un proche qui va pouvoir nous l'apprendre, il va nous dire : oui ça l'a énormément touché, ça l'a énormément marqué et d'avoir cet examen abdominal au niveau du foie et bien chez lui ça réveille des choses, il s'identifie. Voilà, donc c'est aussi dans les deux sens, c'est aussi les proches qui vont nous alerter sur un vécu particulier.

ESI : Et du coup les répercussions sur la relation soignant-soigné?

IDE : Et bien l'anxiété peut avoir différents impacts. Le patient peut être fermé, ne pas verbaliser, on peut avoir l'impression qu'il vit bien l'hospitalisation, il dit rien, il coopère, en effet il fait exactement ce qu'on lui dit de faire parce qu'il a tellement peur de quoique ce soit, c'est un peu une poupée, il se laisse totalement faire. Donc c'est un patient qui va être passif, qu'il va falloir stimuler : vous avez pris votre douche, vous avez mangé etc donc faudra sans arrêt répéter les choses, le stimuler. Et le fait d'être très anxieux, ça peut le rendre... dans la colère... il peut dire par exemple : ça fait trois jours que j'ai passé cet examen, on ne me dit rien, on ne m'a rien annoncé, c'est pas normal et donc du coup il va y avoir de l'agitation... Donc dans la relation soignant-soigné ça peut devenir des relations un peu plus complexes car il faudra gérer cette angoisse qui se transforme en colère. Il faudra aussi gérer le fait qu'on peut se dire : mais il commence à m'enquiquiner, c'est pas moi qui suis responsable des

résultats des examens, il n'a pas à me parler comme ça etc. Et du coup un patient qui te parle mal comme ça et qui peut être agressif verbalement, de se dire que c'est pas parce que le patient est comme ça naturellement, que derrière c'est peut être une anxiété aussi. Et de se dire mais qu'est ce qu'il est pénible, j'ai pas forcément envie d'y retourner... et même si ça rend pas forcément les choses plus faciles mais le fait de se dire que il y a aussi cette angoisse là chez le patient qui fait qu'il est pénible, c'est parce qu' il a son histoire, sa maladie etc. On peut le dire : je sais bien que vous avez vécu des choses qui sont pas faciles, on sait que c'est dur pour vous, j'entends bien, mais là non vous pouvez pas m'insulter, ça marche pas, moi je fais ce que je peux en effet... Des fois il faut le dire, faut recadrer les choses, faut dire qu'on comprend un certain nombre de chose, qu'on comprend peut être pas tout non plus, à vous aussi de me dire ce que j'ai besoin de savoir pour mieux vous comprendre et mieux prendre soin de vous et de vous accompagner au mieux ... Et là-dessus comment on fait pour s'adapter et pour aller ensemble dans un même endroit, cheminer ensemble, le travail d'accompagnement c'est ça. Pour vous qu'est ce qui est le plus important, est-ce que c'est le diabète etc ou est-ce que c'est pouvoir manger votre goûter quand vous voulez avec tel ou tel biscuit etc. Parce qu'on serait tenté de dire parfois : non mais regardez moi tous ces gâteaux, ces bonbons etc mais quand on a 4g de glycémie on ne fait pas ça monsieur! Sauf que non parce que nos priorités à nous ça va pas être les mêmes priorités que le patient -> Si il arrête pas de boulotter le patient, ça va être aussi une manière pour lui de gérer son angoisse. Donc même s'il à 4g de glycémie ce patient, le fait de boulotter ça va l'apaiser. Donc pour lui la priorité c'est de gérer son angoisse et même si ça déséquilibre son diabète et bah c'est pas grave. Alors que pour nous en tant qu'infirmière on se dit que c'est beaucoup trop, il a des plaies, il va jamais cicatriser etc donc voila on a pas les mêmes priorités.. donc voila l'anxiété c'est important... mais on va essayer de trouver une solution peut être autre que de manger des bonbons sans arrêt..., on va essayer de trouver un compromis, une alternative. Essayer de trouver ensemble une solution.

ESI : Selon vous, quel est l'intérêt de prévenir, détecter et prendre en charge l'anxiété du patient ?

IDE : Et bien j'en ai déjà un peu parlé mais cela va améliorer la relation soignant-soigné, cela va favoriser la relation de confiance...

ESI : ... Et dans les soins ...

IDE : Dans les soins, du coup ça va être des patients qui vont être plus compliants -> l'adhésion aux soins, avoir une meilleur observance thérapeutique. Et, à terme, sur la maladie chronique, il y a beaucoup de patients qui rentrent quand même dans un cycle de la maladie ex: décompensation cardiaque, une hypertension etc et... voila... de se dire qu'ils peuvent aussi avoir confiance en l'Institution enfin... une fois que c'est rentré, c'est quand même plus facile pour la suite ... en connaissant les histoires de vie des patients, quand il y a des hospitalisation complexes où l'anxiété a été nié etc et du coup ça a entraîné de l'agressivité, car c'est une forme de violence de nier l'anxiété d'un patient, c'est extrêmement violent, et bien cette violence qui a été exercé contre la patient a un moment donné, et bien va être intériorisée par le patient, ce qui va être par la suite très compliqué à rattraper. En effet, quand on passe après et que le patient a un passif comme ça avec l'hôpital, on comprend que c'est très difficile à rattraper et on comprend pourquoi par ex il n'a pas bien observé son traitement, pourquoi il a mis trois jours avant de se rendre en consultation. Et malgré tout... quand il vient, bah c'est quand même une réussite, il a quand même franchi le pas malgré les réticences qu'il a pu avoir à un certain moment avec les angoisses etc.. et bien il est quand même venu. Il y a donc quand même des choses qu'on peut encore travailler.

ESI : Selon vous, l'environnement du service avec ses couloirs, chambres et autres pièces favorise-t-il l'apaisement du patient ou permet-il de prévenir l'anxiété ?

IDE : ... Et bien... c'est vrai que c'est des services qui sont plutôt neutres... très fonctionnels... je dirai que c'est un service qui est surtout fait pour les soignants et moins pour les patients. Parce qu'on a tous nos chariots, tout un tas de choses dans les couloirs pour les soignants... il y a quand même des rambardes qui favorisent les déplacements... mais en termes d'anxiété les couleurs sont plutôt neutres, la lumière n'est pas très forte non plus... après toutes les portes des chambres ne sont pas forcément fermées, il y a des patients qui aiment avoir la porte ouverte. Mais ça peut aussi choquer, quand on vient avec une certaine maladie et qu'on voit une situation palliative avec la porte ouverte, ou une personne démente ou une personne polyhandicapée avec la porte ouverte, et bien quand on est pas forcément habitué à voir des malades en tenue d'hôpital, de les voir dans les lits etc et bien ça peut être aussi violent ... après je dis pas qu'il faut fermer toutes les portes car pour certains c'est aussi une manière de se rassurer, de gérer l'anxiété etc mais il faut savoir que pour celui qui marche ça peut être aussi violent. Enfin je pense que si on explique les choses... à celui qui marche... ça se passe bien.

ESI : Que mettez vous en place comme actions de votre rôle propre lorsqu'un patient est anxieux ? Le service a-t-il recours à des professionnels ou des activités permettant de lutter contre cette problématique ?

IDE : Alors par rapport au rôle propre, ça va être le repérage, l'écoute, l'observation dans la manière d'être dans la manière de faire. Après il y a le rôle de transmissions, de traçabilité, c'est à dire qu'est-ce qui nous à alerter sur l'éventualité d'anxiété... de transmettre aux médecins, aux collègues, demander s'il l'a repéré aussi et qu'est ce qu'il en a pensé. C'est important de transmettre au médecin parce que lui il va pouvoir faire le lien avec ... : Oh oui j'ai déjà eu la femme en entretien et elle m'a déjà dit qu'il était déjà très anxieux etc j'en avais déjà discuté avec elle, et en effet, tu es passé juste après moi mais moi je lui ai annoncé qu'on avait les résultats de sa biopsie et en effet j'ai prononcé le mot cancer, j'ai parlé d'oncologie etc ... et toi tu arrives après -> donc ça peut expliquer, ça permet de faire des liens notamment avec le fait qu'il n'a pas dormi de la nuit, il a pas arrêté de sonner etc enfin ça explique qu'il a besoin d'une présence, qu'il a besoin d'être rassuré, ... sauf que malheureusement on ne peut pas être H24 dans sa chambre donc si tu peux prescrire quelque chose pour l'aider à surmonter son anxiété. Parce que les anxiolytiques peuvent aussi aider... voilà il y a la prescription médicale qui peut aussi ponctuellement aider. Mais l'anxiété a aussi besoin d'être exprimée, c'est pas bon de la cacher... Et puis, j'avais une patiente qui avait une terreur des aiguilles et même quand j'avais voulu piquer un ECBU sur sonde urinaire, elle refusait et l'angoisse était telle que j'avais pas accès à la raison, je pouvais plus communiquer, elle voyait que ça, et du coup je me suis dit je m'en sors pas etc et donc je me suis dit et bien on va appeler la psy, car il y a peut être des choses qui nous échappent. Finalement, je l'ai appelé et ça a mis beaucoup de temps, mais finalement on a appris qu'elle avait été violée et qu'elle revivait ce soin comme une intrusion et une répétition de son viol. Du coup derrière il y avait toute une histoire personnelle très forte et le soin renvoyait à tout ça en fait. Et en effet là ça demande un gros travail psy, une analyse... Des fois en tant qu'infirmière la situation nous dépasse, donc là dans la situation on bien vu que c'était le cas mais on a su repérer que quelque chose n'était pas normal... mais à notre échelle on a pas pu mettre en place les actions adaptés à elle mais ... de passer la main à notre collègue ... elle a pris le temps, parce que elle, quand elle passe une demi heure avec un patient, elle a pas une tension à prendre, elle a pas

une perf à vérifier etc, elle vient que pour lui donc elle a vraiment un temps d'écoute particulier qui est aussi très important car le patient a besoin de ça aussi.

ESI : Dernière question, quels sont les bénéfices de cette prise en soin particulière ? Cela influence-t-il le bien-être du patient à court et long terme ?

IDE : Je pense vraiment que quand c'est détecté, pris en charge et quand il y a une relation de confiance qui s'installe ça peut améliorer le bien-être. Par exemple, une fois que le cancer est là, le patient apprend à vivre avec. Et en effet, c'est possible qu'il n'en guérisse pas, qu'il développe des métastases au cours de l'hospitalisation. Et bien on va laisser le temps au patient car en effet il y a une anxiété majeure qui peut être là ... mais c'est normale de s'angoisser, c'est normale de s'inquiéter dans certaines situations, c'est normal de se poser des questions car il va devoir s'adapter ... mais ça demande du temps. Du coup je pense aussi qu'il ne faut pas toujours vouloir soulager l'anxiété de manière immédiate car il y a parfois beaucoup de choses à intégrer pour le patient, et en effet il va avoir peur, il va pleurer, il va mal dormir ... et toutes ces manifestations là, il ne faut pas les gommer, il ne faut pas les nier, faut les laisser s'exprimer et se dire ... c'est très dur en ce moment mais faut aussi se laisser du temps pour le patient. Et au final le bien être, et bien parfois quand il y a des hospitalisations plutôt courtes, des fois on le voit pas trop, on a l'impression que le patient va être tout le temps avec ce mal-être, cette anxiété ... mais ensuite il va rentrer chez lui, il va s'adapter à la situation et au final ça va mieux se passer par la suite. Aussi dans le cadre de maladies chroniques, il y a un suivi derrière, il vont revenir voir les médecins, les infirmières etc et il va y avoir un suivi, des choses vont pouvoir se mettre en place etc. et on peut aussi lui dire que si jamais il y a des choses qui sont trop dures, vous pouvez venir nous revoir, nous parler, il y a des infirmières, des kinés etc car si une relation de confiance s'est déjà établie en cours d'hospitalisation, ça peut favoriser aussi ce rapport de confiance avec les infirmiers libéraux ... ça favorise donc la continuité des soins. Donc voilà le patient est pris en charge par tout un réseau et au final, le bien-être c'est plus un objectif mais même si on l'obtient pas, on réussit pas à l'hôpital ou le patient a une personnalité anxieuse, bah il faut laisser le temps aussi... et si le patient arrive par exemple à mieux dormir, à meilleur appétit et s'il retrouve un certain nombre d'interactions sociales bah même s'il y a toujours de l'anxiété, il y a mieux aussi et au final le patient peut aussi apprendre à vivre avec. Après c'est pas optimal, c'est sûr, car on a pas envie de voir nos patients souffrir, avoir mal etc mais des fois on peut pas tout soulager immédiatement et il faut admettre ... avoir des objectifs peut-être plus modestes. Et encore une fois le fait de jouer sur la douleur avec un bon traitement antalgique, sur le sommeil, sur l'appétit, le lien qu'on a avec les proches etc ... Au final, on se dit qu'on a réussi un certain nombre de choses, c'est pas parfait, mais ça va jouer sur l'anxiété, le bien être et c'est déjà bien.

ESI : Très bien, merci beaucoup!

Guide d'entretien avec le patient

ESI : Qu'avez vous pensé de l'accueil dans ce service ?

P : Bien, très bien, tous ceux qui sont venus étaient très bien. Sauf il y a deux nuits, comme je vous l'ai déjà dit, j'ai très mal dormi avec la soignante qui parlait très fort là dans les couloirs. Mais autrement j'ai rien à redire.

ESI : Oui donc ça à été la nuit qui à été compliquée c'est ça?

P: Ah bah oui ça m'a vraiment sonné oui. Et j'étais très fatiguée le lendemain. Et vous voyez, le lit que je trouvais inconfortable cette même nuit, je l'ai trouvé mieux après et cette nuit. C'est quand même aberrant, il a pas changé lui. Vraiment je sais pas ce qui s'est passé. C'était beaucoup trop fort, je plain tous les gens autour qui dorment ou qui sont mal. Cette personne, mais je pense qu'elle ne s'en rendait pas compte, parce que dans sa façon... elle est venu m'apporter le cachet pour dormir là et j'ai bien vu qu'elle était professionnelle, il n'y a pas de soucis, mais elle ne se rend pas compte du bruit qu'elle fait autour d'elle. Du coup cette nuit, j'ai fait celle qui dormait pour ne pas la voir parce que ça m'agaçait tellement ... et en plus elle mettait la lumière, ça éclaire de partout, mais je crois que c'est pas comme ça que l'on vient dans une chambre! Moi je pensais qu'elle serait venu avec une petite lampe discrète et elle repartait mais bon...

ESI : Je comprends et sinon les soignants sont-ils suffisamment disponibles selon vous?

P : Oui parce que de toute façon on est en attente, donc on peut dire que oui. On sait bien que vous pouvez pas être avec tout le monde et au même moment. Et puis moi, en plus, vu ce qu'ils ont eu à me faire, ils sont venus et m'ont posé des questions, mais sinon j'ai très peu de traitement de toute façon donc je n'ai pas à me plaindre.

ESI : Et les interventions soignantes vous permettent-elles de mieux vivre l'hospitalisation?(relation, posture, "techniques" qu'ils utilisent...)?

P : Bah oui... mais, de toute façon dans un ensemble général, j'ai toujours dit qu'on critique pas le monde médical parce qu'il fait ce qu'il peut et nous est-ce qu'on pourrait faire mieux, pas sûr...

ESI : D'accord, mais sans parler de critique, est-ce que vous pensez que certaines choses pourraient être améliorées ...

P : Bah oui mais... à dire... ils sont ci, ils sont ça, ça devient de la critique donc bon... Et puis en plus, je ne suis pas restée beaucoup à l'hôpital.

ESI : Ou peut être sur des hospitalisations antérieures?

P : Oui je suis passé par l'hématologie aussi. Mais je n'y suis pas restée très longtemps non plus.

ESI : De la même manière, est-ce que l'environnement, les locaux, les activités vous permettent de mieux vivre l'hospitalisation?

P : Bah les activités il n'y en a pas. Sinon, les locaux je vais pas me plaindre parce que il y a le minimum, c'est l'essentiel, donc oui oui très bien...

ESI : Oui ça vous convient, vous avez ce qu'il vous faut?

P : Oh bah oui et puis de toute façon je ne suis là que depuis deux jours et on est pas pour vivre là aussi donc...

ESI : Oui bien sûr, mais la journée vous trouvez de quoi vous occuper quand même, c'est pas trop long?

P : oui, oui... je trouve de quoi m'occuper. Sinon par rapport à la chambre, c'est bien, j'ai ce qu'il me faut. J'ai une salle de bain à moi, ça c'est l'idéal. J'ai une chambre seule aussi et ça j'ai beaucoup apprécié ça aussi, oui... Parce que du coup, on peut faire nos faits et gestes comme on veut, on met la télé quand on veut, après je suis pas une fan de la télé non plus mais il y a certaines choses que j'aime bien comme les jeux télévisés ... ça me divertit, ça m'informe donc j'aime bien.

ESI : A l'inverse, pourriez vous concevoir que l'hospitalisation puisse être ressenti comme un stress/une angoisse pour certaines personnes et comment pourriez-vous l'expliquer? Quels sont les éléments qui y contribuent selon vous?

P : Bah ça peut arriver ça c'est sûr, après c'est de la nature de chacun...

ESI : Vous même avez vous ressenti du stress ou un mal-être à un moment particulier ?

P : Alors c'est à dire que ... pour vous situer, j'ai été hospitalisé deux fois. La première fois, au début, j'allais juste chez le docteur, il devait être 11h et il m'annonce : il faut que vous vous rendiez dans tel service pour 15h. Et là je me suis dit ... vitesse grand V ... ya quelque chose qui va pas, j'étais un peu stressé mais j'avais confiance en le docteur donc ça s'est bien passé. D'ailleurs j'étais même soulagée parce que ça faisait quelques mois que j'étais pas très bien, je n'avais plus de force, plus d'appétit donc je me disais au moins là il vont trouver quelque chose et je vais savoir pourquoi je suis comme ça. Donc voilà, ensuite j'ai eu tout un tas d'exams, ils ont trouvé ce qui n'allait pas et ensuite j'ai eu un suivi plus régulier avec mon médecin. Et un jour il m'a envoyé passer un scanner et le lendemain il m'a parlé de ganglions. Et là ... je me suis dit ça, ça va rester sous couvert... donc j'ai décidé de ne pas en parler à mes enfants ou à mes petits enfants, juste mon mari, parce que je me suis dit qu'ils allaient se poser des questions, s'inquiéter, donc c'est pas la peine. Et donc, pour en revenir à l'annonce des ganglions, moi, très terre à terre, j'ai tout de suite dit au médecin "ça c'est une leucémie". Ensuite il a palpé avec ses mains là mais ne m'a rien répondu. Donc j'étais pas très bien. A vrai dire ils savent pas... ni maintenant parce que c'est pas encore vraiment clair.

ESI : Comment occupez-vous vos journées à l'hôpital? Ressentez-vous de l'ennui parfois? Si oui, pensez-vous que le manque d'occupations puisse favoriser le stress à l'hôpital?

P : Bah, comme je vous ai dit, je regarde un peu la télé, ça m'occupe et du coup le temps passe plus vite. Sinon, je reçois beaucoup d'appels, le téléphone ça marche bien. J'ai reçu la visite de ma fille aussi hier après et c'est vrai que ça fait du bien parce que mine de rien le fait de se retrouver dans un environnement comme ça un peu inconnu ... et même si vous êtes tous très sympathiques, c'est vrai dans le service, bah de voir une figure familière ça fait du bien aussi, ça rassure. J'ai aussi une autre fille mais elle habite un peu plus loin donc du coup on s'appelle régulièrement et c'est très bien aussi, c'est quand même super les téléphones aujourd'hui... et surtout dans ce genre de situation... oui parce que d'habitude vous savez je l'utilise presque pas. Mais après, je ne suis pas exigeante non plus, je sais qu'elles ont une vie aussi... mais ça fait toujours du bien de garder un lien avec ses proches, sa vie, quand on est ici. Donc du coup par rapport à la deuxième question, c'est vrai qu'on ne peut pas dire que je m'ennuie. Même lors de ma première hospitalisation qui avait été un peu plus longue, j'avais reçu pas mal de visites aussi donc je ne m'étais pas ennuyée non plus. Après quelqu'un m'avait apporté des livres/revues mais j'avais pas envie de lire et même là j'ai emmené des livres ici mais j'ai même pas l'envie de lire... alors que d'habitude je lis un peu. Je pense que j'arrive pas en fait,

peut-être à me concentrer... malgré tout j'ai de l'œdème, j'ai l'impression que le cœur il est pris là dedans, enfin c'est mon impression mais c'est peut-être faux, l'estomac je pense que aussi... alors euh... bon bah mes mains aussi... après je me dis que ça va revenir mais c'est quand même long... mais malgré tout je pense à ça. Parce que finalement là, ils ont doublé le traitement mais ça s'arrête là.

ESI : Pour finir, qu'est ce qui pourrait contribuer à ce que vous vous sentiez mieux à l'hôpital (moyens de détente, de distraction, structure, posture soignants ...)?

P : Bah .. pas forcément... et puis vous savez je pense qu'on ne peut pas vous en demander plus... après je pense que c'est à nous aussi d'être patient, patient deux fois. Et puis je trouve que vous êtes suffisamment disponibles, enfin, me concernant en tout cas, je trouve que c'est le cas.

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Objectifs d'analyse	Catégories	Thèmes et items
- Identifier différentes causes de l'anxiété du patient	<p>- Le contexte d'urgences, l'ignorance et l'anticipation de diagnostic</p> <p>- Par comparaison/identification avec un événement désagréable de son passé ou d'un de ses proches.</p> <p>- Ancienne hospitalisation où l'anxiété a été niée</p> <p>- Le contexte d'hospitalisation</p> <p>- L'annonce d'un diagnostic médical</p> <p>- Des antécédents d'anxiété (anxiété chronique)</p>	<p>→ « A peu près 98 % arrivent par les urgences », « Ne pas savoir ce qu'on a et anticiper l'annonce de maladies graves », « je me suis dit ... il y a quelque chose qui va pas, j'étais un peu stressée »</p> <p>→ « je sais ce que c'est hein mon père il a eu ça aussi, il est mort trois mois après », « ça l'a énormément touché, marqué et d'avoir cet examen ... ça réveille des choses, il s'identifie »</p> <p>« terreur des aiguilles... histoire personnelle très forte »</p> <p>→ « il y a des hospitalisations où l'anxiété a été niée ... et bien cette violence ... va être intériorisée par le patient, ce qui va être par la suite très compliquée à rattraper »</p> <p>→ « ça peut aussi choquer... quand on voit une situation palliative avec la porte ouverte ... à voir des malades en tenue d'hôpital, de les voir dans les lits etc ça peut être aussi violent »</p> <p>→ « j'ai prononcé le mot cancer, j'ai parlé d'oncologie... ça explique qu'il a besoin d'être rassuré... »</p> <p>→ « j'ai eu la femme en entretien et elle m'a dit qu'il était déjà très anxieux »</p>
- Identifier les répercussions de l'anxiété du patient	-Discours/attitude/comportement qui est modifié/anormal.	→ <u>Positif</u> : « quelqu'un qui pose plein de questions », « des fois les patients sont très provoques », « il peut être dans l'agressivité, être très franc et très direct, provocateur », « colère », « agitation », « elle refusait... j'avais pas accès à la raison, je pouvais plus communiquer, elle voyait que ça », « j'étais un peu stressée »

	<p>- Impact sur l'attitude du soignant (risques)</p> <p>- Défaut d'adhésion aux soins, voire refus/échec du soin</p>	<p>de quoique ce soit, c'est un peu une poupée, il se laisse totalement faire. Donc c'est un patient qui va être passif, qu'il va falloir stimuler », « qu'est ce qu'il est pénible ! »</p> <p><u>Relation autoritaire</u> : « gérer » son angoisse, son anxiété (x5), « cadrer », « recadrer », « on ne fait pas ça monsieur »</p> <p>→ <u>maternant, autoritaire, engagement personnel</u></p> <p>« c'est pas moi qui suis responsable des résultats des examens, il n'a pas à me parler comme ça », <u>jugements</u> (altération de l'objectivité du soignant)</p> <p>« il arrête pas de boulotter » « comme ça naturellement », <u>modifications de l'humeur (irritabilité)</u> : « il commence à m'enquiquiner », <u>et du comportement</u> « j'ai pas forcément envie d'y retourner », « nier l'anxiété »x4</p> <p>→ « il n'a pas bien observé son traitement, pourquoi il a mis trois jours avant de se rendre en consultation », « elle refusait... j'avais pas accès à la raison, je pouvais plus communiquer, elle voyait que ça... je m'en sors pas », « des fois en tant qu'infirmière la situation nous dépasse »</p>
<p>- Déterminer les actions soignantes mises en œuvre auprès d'un patient anxieux</p>	<p>- Diagnostic clinique (Observation clinique de signes présents ou absents , enquête)</p>	<p>→ « <u>l'écoute</u> » (x4), « <u>observation</u> » (x2), « <u>le repérage</u> », « <u>le regard</u> », « dans ses mots, dans les questions qu'il pose et dans les questions qu'il ne pose pas », <u>l'enquête</u> « à vous aussi de me dire ce que j'ai besoin de savoir pour mieux vous comprendre et mieux prendre soin de vous et de vous accompagner au mieux » « Est-ce qu'il y a des choses qui vous inquiètent ? », <u>utilisation</u> « <u>d'échelles d'évaluation de l'anxiété, comme les EN</u> », <u>se renseigner sur les anciennes hospitalisations</u> « une fois que c'est rentré, c'est</p>

	<p>-Attitudes/valeurs soignantes</p> <p>- Relations soignant-soigné</p> <p>- Agir de manière indirecte (donc sur les</p>	<p>quand même plus facile ... en connaissant les histoires de vie des patients »</p> <p>→ <u>empathie</u> « on sait que c'est dur pour vous, j'entends bien... Sauf que non parce que nos priorités à nous ça va pas être les mêmes priorités que le patient » « comprends » x5, <u>autonomie</u> « stimuler », <u>dignité</u> « c'est parce qu'il a son histoire, sa maladie » « pour vous qu'est ce qui est le plus important ? ». <u>Être indulgent et patient envers soi-même</u> « moi je fais ce que je peux », <u>informer le patient</u> « Enfin je pense que si on explique les choses... ça se passe bien », « <u>j'étais même soulagée parce que ça faisait plusieurs mois que j'étais pas bien ... mais je vais savoir pourquoi je suis comme ça.</u> »</p> <p>→ <u>relation coopérative</u> : « à vous aussi de me dire ce que j'ai besoin de savoir pour mieux vous comprendre et mieux prendre soin de vous et de vous accompagner au mieux ... Et là-dessus comment on fait pour s'adapter et pour aller ensemble dans un même endroit, cheminer ensemble, le travail d'accompagnement c'est ça. Pour vous qu'est ce qui est le plus important ? », « on va essayer de trouver un compromis, une alternative »</p> <p><u>relation thérapeutique</u> : « l'anxiété a aussi besoin d'être exprimée »x2, « écoute »x4, « dans la manière d'être et de faire »// actions du rôle propre, « rassuré »x4</p> <p>... <u>Mais aussi relation de maternage, d'autorité</u> en fonction des manifestations de l'anxiété chez le patient passif/agressif.</p> <p>→ « Prendre soin de son anxiété, ça va être prendre soin de son sommeil, favoriser la visite des</p>
--	--	--

	<p>répercussions de l'anxiété)</p> <p>- Entretenir une relation de confiance avec la famille et les proches</p> <p>- Adapter la prise en charge de l'anxiété (diagnostic et actions IDE) en fonction du patient.</p> <p>- Collaboration avec l'équipe soignante</p>	<p>proches et leur expliquer la situation » + rôle important de la personne de confiance, « on va essayer de trouver une solution peut être autre que de manger des bonbons sans arrêt..., on va essayer de trouver un compromis, une alternative. », « il y a quand même des rambardes qui favorisent les déplacements », « il y a des patients qui aiment avoir la porte ouverte ... car pour certains c'est aussi une manière de se rassurer, de gérer l'anxiété»</p> <p>→ favoriser les interactions sociales du patients (cf dessus) et obtenir des informations sur le patient nécessaires à la prise en charge de son anxiété : « il y a des choses que nous on perçoit pas ... et c'est la personne de confiance ou un proche qui va nous l'apprendre ».</p> <p>→ <u>Age et pathologies</u> : « il faut aussi savoir s'adapter, notamment aux personnes âgées, certaines sont démentes »</p> <p><u>patient passif</u> : « patient qu'il va falloir stimuler »</p> <p><u>patient actif</u> : « il faudra gérer cette angoisse qui se transforme en colère », « il teste un peu nos limites, il a peut-être besoin d'être cadré, d'être rassuré »</p> <p>→ « <u>Transmissions, Traçabilité</u> », <u>confrontation de points de vue, interroger l'équipe, étayer le recueil de données</u> : « demander s'il l'a repéré aussi et qu'est ce qu'il en a pensé », « faire le lien »</p> <p><u>Solliciter les compétences d'autres professionnels</u> : « médecins » : « si tu peux prescrire quelque chose pour l'aider à surmonter son anxiété » , « psychologues » : « il y a peut être des choses qui nous échappent... du coup derrière il y avait toute une histoire personnelle très forte et le soin</p>
--	---	--

	<p>- Considérer et respecter la libre expression de l'anxiété (manifestation normale dans certaines circonstances + moteur à l'adaptation) → Le soulagement de l'anxiété peut ne pas être une priorité</p>	<p>renvoyait à tout ça... ça demande un travail psy, une analyse ... elle vient que pour lui donc elle a vraiment un temps d'écoute particulier »</p> <p>→ « il faut pas la nier »x5, « le cancer est là... mais c'est normale de s'angoisser, c'est normale de s'inquiéter dans certaines situations, c'est normal de se poser des questions car il va devoir s'adapter ... mais ça demande du temps. Du coup je pense aussi qu'il ne faut pas toujours vouloir soulager l'anxiété de manière immédiate car il y a parfois beaucoup de choses à intégrer pour le patient, et en effet il va avoir peur, il va pleurer, il va mal dormir ... et toutes ces manifestations là, il ne faut pas les gommer, il ne faut pas les nier, faut les laisser s'exprimer et se dire ... c'est très dur en ce moment mais faut aussi se laisser du temps pour le patient. », « oui il peut temporairement diminuer ses interactions sociales avoir des troubles du sommeil... »</p>
<p>- Déterminer les bénéfices de la détection et de la prise en charge de l'anxiété</p>	<p>- Relation soignant-soigné</p> <p>- L'adhésion aux soins</p> <p>- La continuité des soins</p>	<p>→ <u>Alliance thérapeutique</u> : « confiance » x6, « on va essayer de trouver un compromis, une alternative. Essayer de trouver ensemble une solution. » « comment on fait pour s'adapter et pour aller ensemble dans un même endroit, cheminer ensemble », « accompagner »x2, « ensemble »x3, « adhésion aux soins... meilleure observance thérapeutique », « j'étais un peu stressée mais j'avais confiance en le docteur donc ça s'est bien passé »</p> <p>→ « Ça va être des patients qui vont être plus compliants ... avoir une meilleure observance thérapeutique »</p> <p>→ « une fois que c'est rentré, c'est quand même plus facile pour la suite ... en connaissant les</p>

	<p>- Expliquer, comprendre et traiter d'autres problèmes liés à l'anxiété</p> <p>- Apaiser/initier la prise en charge de l'anxiété grâce à une approche collaborative.</p> <p>- Le bien-être du patient</p>	<p>histoires de vie des patients, quand il y a des hospitalisations complexes où l'anxiété a été niée etc »</p> <p>→ « ça permet de faire des liens, notamment avec le fait qu'il n'a pas dormi cette nuit », « le fait de boulotter ça va l'apaiser... mais on va essayer de trouver un compromis, une alternative »</p> <p>→ <u>Palier aux limites de disponibilité et de compétence de l'IDE</u> : « Sauf que malheureusement on ne peut pas être H24 dans la chambre ... parce que les anxiolytiques peuvent aussi aider », « j'avais pas accès à la raison... ça demande un gros travail psy, une analyse ... elle vient que pour lui donc elle a vraiment un temps d'écoute particulier qui est aussi très important car le patient a besoin de ça aussi »</p> <p>- « j'étais un peu stressée mais j'avais confiance en le docteur donc ça s'est bien passé. D'ailleurs j'étais même soulagée », « Ça fait toujours du bien de garder un lien avec ses proches, sa vie, quand on est ici »</p>
<p>- Identifier les facteurs qui vont participer au bien-être du patient</p>	<p>- Détection et prise en charge de l'anxiété</p> <p>- Agir sur les différentes composantes du bien-être</p>	<p>→ « je pense vraiment que quand c'est détecté, pris en charge ... ça peut améliorer le bien-être »,</p> <p>→ « Et encore une fois, le fait de jouer sur la douleur avec un bon traitement antalgique, sur le sommeil, sur l'appétit, le lien qu'on a avec les proches etc. ... ça va jouer sur l'anxiété, le bien être et c'est déjà bien », « j'ai <u>très mal dormi avec la soignante qui parlait très fort là dans les couloirs... ça m'a vraiment sonné oui</u>. Et j'étais <u>très fatiguée le lendemain</u>. Et vous voyez le lit que je trouvais <u>inconfortable</u> cette même nuit, je l'ai trouvé mieux après et cette nuit... <u>Je plains</u> tous les gens autour</p>

	<p>- Le temps (respecter le temps d'adaptation du patient)</p> <p>- La relation de confiance avec l'équipe pluriprofessionnelle</p>	<p>qui dorment ou qui <u>sont mal</u>. », + cf objectif suivant (environnement, activités...).</p> <p>→ « Une fois que le cancer est là, le patient apprend à vivre avec », « il va devoir s'adapter mais ça demande du temps », « en effet il va avoir peur, il va pleurer, il va mal dormir ... et toutes ces manifestations là, il ne faut pas les gommer, il ne faut pas les nier, faut les laisser s'exprimer et se dire ... c'est très dur en ce moment mais faut aussi se laisser du temps pour le patient. », « Et au final, le bien être ... des fois on le voit pas trop ... mais ensuite il va rentrer chez lui, il va s'adapter à la situation et ça va mieux se passer par la suite. »</p> <p>→ (évoquée x3 dans la partie sur le bien-être),</p> <p>« Aussi dans le cadre de maladies chroniques, il y a un suivi derrière, il vont revenir voir les médecins, les infirmières etc et il va y avoir un suivi, des choses vont pouvoir se mettre en place etc. et on peut aussi lui dire que si jamais il y a des choses qui sont trop dures, vous pouvez venir nous revoir, nous parler, il y a des infirmières, des kinés etc car si une relation de confiance s'est déjà établie en cours d'hospitalisation, ça peut favoriser aussi ce rapport de confiance avec les infirmiers libéraux ... ça favorise donc la continuité des soins. Donc voila le patient est pris en charge par tout un réseau et au final, le bien-être c'est plus un objectif »</p>
<p>- Déterminer si l'environnement du service, la disponibilité des soignants, les activités proposées et les moyens d'occupation</p>	<p>- Oui, ils vont jouer sur quelques composantes du bien-être.</p>	<p>→ <u>social</u> : « je reçois beaucoup d'appels », « j'ai reçu la visite de ma fille aussi hier et c'est vrai que ça fait du bien »</p> <p><u>environnementale</u> : « il y a quand même des rambardes qui favorisent les déplacements... », « Sinon par rapport à la chambre, c'est bien, j'ai ce qu'il me faut. J'ai une salle de bain à moi, ça c'est</p>

<p>sont des éléments essentiels au bien-être du patient.</p>	<p>- Services « fonctionnels » → pour soigner... plus que pour le bien-être qui n'est pas une priorité</p>	<p>l'idéal. J'ai une chambre seule aussi et ça j'ai beaucoup apprécié ça aussi, oui... Parce que du coup, on peut faire nos faits et gestes comme on veut » <u>émotionnelle</u> : « ça fait du bien », « j'étais même soulagée » <u>loisirs</u> : « je trouve de quoi m'occuper », « il y a certaines choses que j'aime bien comme les jeux télévisés ... ça me divertit donc j'aime bien » → « c'est vrai que c'est des services qui sont plutôt neutres... très fonctionnels... je dirai que c'est un service qui est surtout fait pour les soignants et moins pour les patients. Parce qu'on a tous nos chariots, tout un tas de choses dans les couloirs pour les soignants... », « De toute façon on est en attente... on sait bien que vous pouvez pas être avec tout le monde et au même moment... donc je n'ai pas à me plaindre. », « Bah les activités y'en a pas. Sinon, les locaux je vais pas me plaindre parce que il y a le minimum, <u>c'est l'essentiel</u> », « de toute façon je ne suis là que depuis deux jours et <u>on est pas là pour vivre là</u> aussi donc... », « Je pense que c'est à nous aussi d'être patient, patient deux fois. Et puis je trouve que vous êtes suffisamment disponibles »</p>
<p>- Identifier les objectifs et les conséquences de la prise en compte du bien être à l'hôpital</p>	<p>- Soulager l'anxiété - La continuité des soins</p>	<p>→ « Et encore une fois, le fait de jouer sur la douleur avec un bon traitement antalgique, sur le sommeil, sur l'appétit, le lien qu'on a avec les proches etc. ... ça va jouer sur l'anxiété, le bien être et c'est déjà bien » → « car si une relation de confiance s'est déjà établie en cours d'hospitalisation, ça peut favoriser aussi ce rapport de confiance avec les infirmiers</p>

	<p>- L'adhésion thérapeutique</p> <p>- Obtenir un mieux-être du patient (considérer le bien être comme un objectif sur le long terme)</p>	<p>libéraux ... ça favorise donc la continuité des soins. »</p> <p>→ <u>Défaut d'adhésion dans le cas inverse</u> : « En effet, quand on passe après et que le patient a un passif comme ça avec l'hôpital, on comprend que c'est très difficile à rattraper et on comprend pourquoi par ex il n'a pas bien observé son traitement, pourquoi il a mis trois jours avant de se rendre en consultation. », « du coup cette nuit, j'ai fait celle qui dormait pour ne pas la voir [la soignante] parce que ça m'agaçait tellement... »</p> <p>→ « et au final, le bien-être c'est plus un objectif mais même si on l'obtient pas, on réussit pas à l'hôpital ou le patient a une personnalité anxieuse, bah il faut laisser le temps aussi... et si le patient arrive par exemple à mieux dormir, a meilleur appétit et s'il retrouve un certain nombre d'interaction sociales ... il va mieux aussi », « il faut admettre ... avoir des objectifs peut-être plus modestes. »</p>
--	---	---

Légende :

- « abc » : extrait entretien infirmier

- « abc » : extrait entretien patient

Abstract

Contexte- L'anxiété du patient est un problème récurrent à l'hôpital. De plus, elle peut se manifester de nombreuses façons et nuire à la santé du patient. En effet, l'anxiété peut entraîner un mal-être et prolonger l'hospitalisation.

Problématique- C'est pourquoi nous pouvons nous demander dans quelle mesure la prise en compte de l'anxiété du patient par l'infirmier(e) contribue à améliorer son bien-être durant l'hospitalisation ?

Parties- Dans ce mémoire, nous allons aborder les différentes manifestations de l'anxiété. Aussi, nous allons voir quelles sont les conséquences de cette anxiété pour le patient et notamment sur son bien-être. Puis, nous verrons comment l'infirmière peut prendre en compte cette anxiété. Dans cette partie, nous évoquerons quelques techniques de prise en charge. Par exemple, l'adaptation de l'environnement d'un service peut être bénéfique pour le patient anxieux et faciliter sa prise en soins en général.

Questionnaires- Afin de compléter/confronter ces résultats, j'ai mené deux entretiens semi-directifs. Ainsi, j'ai échangé avec une infirmière et une patiente lors de mon stage en Médecine Interne.

Résultats- Ces dernières m'ont confié que ce thème n'était pas forcément une priorité lors d'une courte hospitalisation. Cependant, la prise en compte de l'anxiété facilite la relation soignant-soigné, l'adhésion au soin et donc la santé du patient. De plus, il existe des similitudes entre la prise en compte du bien-être et celle de l'anxiété.

Conclusion- L'infirmier(e) doit prendre en compte l'anxiété ainsi que le bien-être du patient afin d'instaurer une alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné est donc primordiale et permet une meilleure adhésion aux soins. Cette dernière entraîne une amélioration de la santé du patient et donc aussi de son anxiété et bien-être.

Mots clés : ANXIÉTÉ, BIEN-ÊTRE, PRISE EN SOIN, ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE, ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Background- Patient anxiety is a recurring problem in the hospital. Moreover, it can manifest itself in many ways and damage the patient's health. Indeed, anxiety can generate discomfort and extend hospitalization.

Objectives - This is why we can wonder to what extent is nurse's consideration of patient's anxiety contribute to improve his well-being during hospitalization?

Design- In this thesis, we will broach the different manifestations of anxiety. Also, we will see what are the consequences of this anxiety for the patient and, in particular, on his well-being. Then, we will see how nurse can take this anxiety into account. In this part, we will mention some care techniques. For example, adapting environment of a service can be beneficial for the anxious patient and facilitate his care in general.

Method- In order to complete/compare these results, I conducted two semi-structured interviews. Thus, I exchanged views with a nurse and a patient during my internship in Internal Medicine.

Results- The latter told me that this theme was not necessarily a priority during hospitalization. However, taking anxiety into account facilitates the caregiver-patient relationship, adherence to care and therefore, the patient's health. In addition, there are similarities between the consideration of well-being and that of anxiety.

Conclusion- The nurse must take into account the anxiety as well as the well-being of the patient in order to establish a therapeutic alliance. The caregiver-patient relationship is therefore essential and enables better adherence to care. The latter leads to an improvement in the patient's health and therefore also in his anxiety and well-being.

Keywords : ANXIETY, WELL-BEING, CARE, ADHERENCE TO CARE, THERAPEUTIC ALLIANCE