

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Centre Hospitalier

B.P. 436

69655 – VILLEFRANCHE SUR SAONE

L'INFORMATION :
UNE NÉCESSITÉ
DANS LA PRISE EN CHARGE
DU PATIENT.

Frédéric BRUSS

Promotion 2003 - 2006

REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier mon épouse, Lynda, car elle a dû faire preuve de beaucoup d'abnégation et de soutien tout au long de ces trois dernières années pendant lesquelles je n'ai pas pu être entièrement disponible, parfois même un peu distant, avec mes moments de doute et de découragement. Elle a su me redonner courage et a toujours fait preuve d'une présence aidante et rassurante.

Merci à mes enfants pour le temps que j'ai « oublié » de leur consacrer pendant mes études et l'élaboration de mon travail personnel de fin d'études.

Je tiens également à remercier Mme M. KRAWCZYK pour ses conseils avisés ainsi que pour la patience qu'il lui a fallu pour me guider tout au long de ce travail, pour son constant soutien et pour les nombreuses fois où elle m'a insufflé l'énergie nécessaire pour poursuivre ma tâche.

De même, je remercie sincèrement pour leur aide P. CHALAYER et P.A. BRUSS qui m'ont aidé à la correction de ce travail de fin d'études.

Je remercie les infirmier(e)s qui ont accepté de répondre à mes questions ainsi que leur établissement respectif et les enseignant(e)s de l'institut de formation en soins infirmiers de Villefranche sur Saône.

SOMMAIRE

Remerciements	Page 2
1. Préambule	Page 4
1. Situation n°1	Page 6
2. Situation n°2	Page 8
2. Cadre conceptuel	Page 10
1. Le service de soins généraux	Page 11
2. L'information	Page 11
1. Définitions et réflexions	Page 12
2. La communication, fil conducteur de l'information	Page 13
1. Qu'est-ce que la communication	Page 13
2. L'écoute, outil de communication	Page 15
3. Pourquoi informer	Page 17
1. Un devoir pour le soignant	Page 18
2. Un droit pour le patient	Page 19
4. Les effets du manque d'information	Page 20
1. Angoisse et anxiété	Page 20
2. Les manifestations de l'anxiété	Page 22
3. Enquête exploratoire	Page 23
1. Méthodologie	Page 24
3. Choix des structures	Page 24
4. Méthode	Page 24
2. Résultats de l'enquête	Page 25
1. Question n°1	Page 26
2. Question n°2	Page 29
3. Question n°3	Page 31
4. Question n°4	Page 34
4. Problématique	Page 36
Bibliographie	Page 39
Annexes	

1

PREAMBULE

« Celui qui sait détient le « pouvoir », celui qui ne sait pas est dépendant de celui qui sait ».



Tout au long du contact que peut avoir le patient avec un hôpital, que ce soit lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou bien en consultation, celui-ci est aux prises avec une multitude **d'informations** ; affiches placardées sur les murs, paroles de la secrétaire, de l'infirmière, du médecin, du voisin de lit. Un véritable déluge de données s'abat sur lui : étiquettes et entrées, organisation du service, dossier à présenter, anciens examens, nouveaux bilans etc.

Dans ces conditions, le novice en hospitalisation a de quoi se perdre dans ce dédale et s'inquiéter pour sa santé qui demeure sa préoccupation première.

Cette constatation, je l'ai faite tout au long de mon parcours professionnel, que ce soit dans le milieu médical, extra-médical ou paramédical. C'est ce qui m'amène à percevoir une interrogation des individus sur leur propre devenir, leur état physique et psychologique particulièrement au détour d'investigations qu'ils auront à subir.

Bien sûr, les sources d'informations sont de plus en plus nombreuses et faciles d'accès (Internet, livres, brochures de vulgarisation,...).

- Cette information est-elle suffisante ?
- Qui est capable d'éclairer les patients sur ce chemin ?

Au cours de ma 2^{ème} année d'apprentissage en institut de formation en soins infirmier, j'ai eu l'occasion de m'interroger sur des événements vécus lors de mes stages concernant l'information que le patient peut recevoir à l'occasion des divers examens qu'il aura à vivre.

1.1 SITUATION N°1 :

Certaines situations m'ont interpellé, notamment celle de cet homme de quarante-cinq ans, Monsieur Z., hospitalisé dans le service depuis la veille.

Il vient dans le service pour subir une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) avec prélèvement de parenchyme pulmonaire lors d'une fibroscopie, programmée ce jour dans un but de recherche de diagnostic.

A son arrivée dans le service, l'infirmière installe Monsieur Z. dans une chambre seule en attente de cet examen. Il paraît nerveux, inquiet, apeuré. Il croise et décroise les doigts en permanence, reste mutique et renfermé.

Ces gestes me font suspecter une inquiétude. Est-ce l'examen qui lui fait peur ou autre chose ?

Je me pose alors la question de savoir ce qui pourrait rassurer et apaiser ce patient, permettre un meilleur déroulement du soin. Un temps suffisant a-t-il été pris avec ce monsieur pour l'accueillir ?

L'infirmière responsable de la réalisation de cet examen vient le chercher dans sa chambre et l'emmène dans la salle de fibroscopie broncho-pulmonaire (FBP) en lui mentionnant qu'il va passer un examen pour explorer ses poumons. Elle lui demande de s'installer et explique :

« Restez calme et tout ira bien, dit-elle, respirez calmement, il n'y en a pas pour longtemps. »

Malgré ces explications, l'homme ne peut s'empêcher de trembler et de suer à grosses gouttes.

Puis, l'infirmière prépare son matériel. Le médecin arrive dans la salle d'examen.

Après avoir lancé un « *bonjour* » à l'ensemble des personnes présentes dans la pièce, il endosse un sarrau et commence à étudier le dossier du malade.

« M. Z., dit-il, nous allons effectuer un examen de vos poumons avec une caméra et prendre de minuscules morceaux de ceux-ci pour les analyser. Cet examen est désagréable mais n'est pas douloureux. Vous pouvez vous détendre, tout se passera bien. »

« Oui docteur, répond-il, mais j'ai peur de ne plus pouvoir respirer avec le tube dans la bouche. »

Le pneumologue sourit et demande d'où lui vient cette idée.

« *C'est mon voisin qui a eu le même examen qui me l'a dit.* » répond M.Z.

Le médecin le rassure et lui dit :

« *Vous ne risquez rien, le tuyau est petit et vous pourrez respirer sans problème, nous sommes là pour veiller au bon déroulement de l'examen et en cas de problème nous l'arrêterons* »

Après cette explication, le patient se détend, ne tremble presque plus et esquisse même un sourire.

L'examen se passe bien. Une demi-heure plus tard, tout est terminé, Monsieur Z. est dans sa chambre et nous dit :

« *Finalement, ce n'était pas si terrible.* »

Cette expérience me conduit à m'interroger sur différents points :

- Que se serait-il passé si le médecin n'avait rien dit ?
- L'information donnée par l'infirmière à Monsieur Z. avant l'examen était-elle suffisante pour qu'il possède tous les éléments nécessaires afin d'appréhender et de comprendre cette investigation ?
- Pourquoi l'explication de cet examen n'est fournie au patient qu'au dernier moment alors qu'il est le moins apte à la recevoir et à l'entendre du fait de son appréhension, de son inquiétude ?

1.2. SITUATION N°2 :

Je me remémore également une autre situation sensiblement identique. Il s'agit de Madame S., âgée de 72 ans, hospitalisée depuis 4 jours dans le service de chirurgie viscérale en raison d'une occlusion intestinale.

Aux dires de sa famille, c'était une personne très vigoureuse et dynamique jusqu'à cet épisode traumatisant.

Le chirurgien, qui l'a reçue au service des urgences, décide de l'opérer immédiatement et pratique une résection d'une partie de l'iléon.

Les suites opératoires se passent bien. Madame S. et le médecin doivent, maintenant, attendre les résultats d'analyse anatomo-pathologiques du prélèvement.

A 11h30, l'infirmière lui annonce qu'elle doit subir une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ce jour et que son départ est prévu en ambulance à quatorze heures l'après-midi même.

Madame S. est très surprise :

« Je me demande à quoi va pouvoir servir cet examen puisque je suis déjà opérée, pourquoi ne m'a-t-on pas prévenue plus tôt ? »

Il paraît essentiel de rappeler que madame S. ne connaît pas la raison de cette IRM. Le médecin nous confie :

« La prescription est dans un but de recherche d'éventuelles extensions métastatiques. »

Madame S. nous confie ne pas connaître l'examen qu'elle doit subir.

« Je ne veux pas y aller, je suis claustrophobe, je ne supporterai pas d'être enfermée dans un tunnel. »

Elle se renferme et ne dit plus un mot, son visage est écarlate et ses mains se mettent à trembler.

Plus tard, les aides-soignantes nous rapportent que madame S. s'inquiète de cet examen, de ne pas supporter le voyage et de traîner des heures dans un couloir et sur un brancard.

Nous apprendrons qu'à son retour, tout s'est bien passé.

En effet, elle nous a dit :

« Je me suis inquiétée pour rien, je n'aurais pas dû écouter ce que les autres disent sur cet examen. Finalement, le tunnel n'est pas si long que ça et, là-bas, ils m'ont bien expliqué ce qui allait se passer. »

L'on constate, d'après ces deux exemples, que, selon les éléments d'information donnés, l'examen se déroule différemment.

Par quels moyens l'infirmier(e) peut-il (elle) aider le patient à surmonter son appréhension, voire son refus, lors de certains examens ?

Une information apportée avant le départ pour l'examen aurait peut-être pu éviter le stress, rassurer et apaiser la patiente.

L'inquiétude engendrée par le manque de connaissances de l'examen empêche le patient de vivre au mieux celui-ci, voire d'être coopératif, alors que, lorsqu'une information complète est donnée, le patient est plus serein. Ces faits laissent supposer que le malaise, l'inquiétude ressentis par les patients semblent liés à une insuffisance d'information.

La confrontation de ces diverses expériences et interrogations me conduit à la question suivante :

EN SERVICE DE SOINS GÉNÉRAUX, EN QUOI L'AMÉLIORATION DE L'INFORMATION DÉLIVRÉE AU PATIENT AVANT UN EXAMEN PERMETTRAIT-ELLE D'ATTÉNUER SON ANGOISSE ?

Afin de mener à bien mon étude, dans une première partie, j'aborderai les définitions des termes employés dans ma question afin d'étayer ma question de départ.

La deuxième partie sera consacrée à l'enquête exploratoire.

Enfin, la troisième partie, au regard des résultats de l'enquête, m'amènera à faire émerger une problématique plus ciblée, plus précise.

2

CADRE CONCEPTUEL

Cette deuxième partie s'appuie sur mes recherches documentaires et bibliographiques. Elle va me permettre d'approfondir ma réflexion en confrontant les idées des différents auteurs.

Comme je l'ai annoncé dans mon questionnaire initial et en lien avec mes situations d'appels, j'ai fait le choix de restreindre mon étude aux services de soins généraux.

J'aborderai donc le développement du cadre conceptuel par la définition du service de soins généraux

1. LE SERVICE DE SOINS GÉNÉRAUX :

Le **service de soins généraux** est une unité structurelle qui a pour finalité d'assurer une prestation de soins, sous la tutelle d'un directeur des soins, dirigé par un cadre de santé qui coordonne les activités de l'unité. Les soignants présents dans cette unité sont : les agents de service, les aides-soignants(es), les élèves aides-soignants(es), les infirmier(e)s, les étudiants(es) infirmiers(es) mais aussi les médecins, les internes, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les bénévoles, etc; soit une équipe pluridisciplinaire.

Le service de soins généraux remplit la fonction de prestataire de soins de santé sans distinction d'une spécialité particulière (exemple : médecine générale, chirurgie générale). Par conséquent, tous les types de pathologies et de soins peuvent y être rencontrés.

2. L'INFORMATION :

C'est volontairement que je n'aborderai pas l'information qui touche au diagnostic, celle-ci relevant plus spécifiquement du rôle du médecin. Je m'attacherai plus particulièrement à l'information que les soignants sont à même de donner lorsqu'il s'agit d'investigation.

1. DÉFINITIONS ET RÉFLEXIONS :



Information : nom féminin du latin « *Informatio* », 1274, Action de donner connaissance de fait. Renseignements, documentation sur quelqu'un, quelque chose. Instructions, éléments de connaissances, renseignements élémentaires susceptibles d'être transmis et conservés grâce à un support ou un code. Fait ou jugement qu'on porte à la connaissance d'une personne à l'aide de mots, de sens, d'images, de supports.

A.F. Pauchet-Traversat donne comme principe de l'information au patient cette définition « *des informations sont dispensées à chaque patient tout au long de sa prise en charge par l'ensemble des professionnels de santé. Elles portent sur l'état de santé, la description et le déroulement des examens, des soins, des traitements. De plus, les informations précisent les effets et les complications liées aux actes diagnostiques et thérapeutiques... Chaque professionnel est responsable de l'information qu'il délivre.* »

Informé, pour le soignant c'est donc : donner des connaissances à quelqu'un, des renseignements, l'instruire sur les soins dispensés, les orientations thérapeutiques.

Mais c'est aussi rassurer le malade en lui fournissant les explications qu'il réclame, en répondant à ses attentes.

L'information est ainsi clairement un support à la disposition du soignant pour la prise en charge globale du patient. Il permet de créer des liens entre le soigné et le soignant. Ainsi, un climat de confiance s'installe, car, comme le dit Josette Bourgon « *l'inconnu est source*

d'angoisse ».

La question se pose alors de savoir comment faire passer cette information. Le procédé le plus adapté se trouve être la communication avec le patient.

2. LA COMMUNICATION, FIL CONDUCTEUR DE L'INFORMATION :

*« **Informer**, c'est transmettre un savoir. C'est donner des raisons et des moyens d'agir. L'information fait partie du processus de communication »* comme le dit Josette Bourgon :

*« Communiquer c'est à la fois **parler, entendre, répondre**, mais c'est aussi **comprendre** et pour cela **écouter** sous peine d'utiliser deux langages parallèles, qui ne se rencontrent pas et aboutissent à un dialogue de sourd ».*

Ainsi, pas de communication sans passage d'informations, pas d'informations sans communication !

1. QU'EST-CE QUE LA COMMUNICATION ?

Communication : *Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un. Fait d'être en relation avec quelqu'un. Ensemble des phénomènes concernant la possibilité, pour un sujet, de transmettre une information à un autre sujet, par le langage articulé ou par d'autres codes.*

Comme le dit Constantino Iandolo : *« la communication est la navette qui tisse les toiles entre les personnes, c'est le moyen qui permet d'établir un rapport entre les hommes. Elle est donc par cela même le fondement de la civilisation humaine. »*

L'établissement de la communication se fait par le biais d'un message qui doit être diffusé par « l'émetteur » jusqu'au « récepteur ».

Tableau synthétisant la démarche de communication :

EMETTEUR ⇒ MESSAGE ⇒ RECEPTEUR

Josette Bourgon nous rappelle que :

« Il est indispensable que malades et soignants soient tour à tour émetteur et récepteur, d'une part pour éviter les distorsions du message et faire les réajustements nécessaires, et d'autre part pour s'informer mutuellement. » car patient et soignant sont en interrelation.

Les outils de cette communication peuvent être de différentes natures ; verbales : langages, écritures, codes... ou non verbales : regards, mimiques, langage du corps, odeur, bruits, images, postures, vêtements, maquillage, rythme respiratoire, sueurs...

Toutefois, le message peut être court-circuité par un ou plusieurs obstacles comme par exemple : la langue étrangère, le langage spécialisé, la surdité, les bruits, l'anxiété, le manque d'attention, etc.

Lors d'une communication entre un soignant et un soigné, le langage ne suffit pas à la compréhension, au passage de l'information. Il faut un contexte, une ambiance.

Le son, l'intonation, la gestuelle sont intimement liés au langage purement verbal et au message que l'on veut faire passer.

A Manoukian nous explique que *« les informations à donner au patient, ses craintes éventuelles ou ses attentes à l'encontre du personnel peuvent constituer les prémices au soin. »*

La communication avec la personne soignée doit permettre d'apaiser ses craintes vis-à-vis de l'examen qu'elle doit subir. Il ne s'agit donc pas d'avoir une attitude trop volontariste mais plutôt empathique.

C'est donc à l'infirmier(e) d'adapter sa façon de travailler et son comportement pour faciliter une relation vraie, authentique, avec le patient. Cette relation sera un moment privilégié de communication entre soignant et soigné.

Ainsi, communiquer, échanger imposent un effort de compréhension et de considération de l'autre.

Pour cela, l'écoute serait-elle un outil qui nous permettrait d'être attentif à ce que dégage le patient : son attitude, ses craintes, pour saisir le sens de ses paroles, de ses maux ?

2. L'ÉCOUTE, OUTIL DE COMMUNICATION :



Ecouter : Prêter l'oreille pour entendre, prêter attention à l'avis de quelqu'un, être aux aguets.
Etre à l'écoute, être attentif à ce qui se dit.

Entendre : Percevoir par le sens de l'ouïe, comprendre, saisir le sens, saisir par intelligence, avoir compris.

Ecouter relève de l'attention que l'on porte à « l'autre » et aux propos de « l'autre » alors qu'entendre est percevoir par le sens de l'ouïe, comme nous le précise Ghislaine KINDERMANS :

« Je tiens à vous préciser la différence que je ressens entre écouter et entendre.

-écouter c'est prêter attention. On peut le faire d'une oreille attentive ou distraite.

-entendre résulte d'une écoute qui ne peut être qu'attentive

Être entendu sous-entend que l'on a été écouté. Être écouté ne sous-entend pas que l'on a été entendu. »

Ces différentes réflexions nous montrent qu'il est nécessaire d'apprendre à communiquer mais aussi qu'il est fondamental d'apprendre à écouter l'autre.

L'attention que l'on porte au message de l'autre permet de saisir le sens de ses paroles et de se forger une opinion ou de répondre à sa demande par un comportement adapté.

L'écoute la plus attentive se trouve néanmoins influencée par toute une série d'éléments psychologiques perturbateurs.

Parler se déroule sous un flot continu, certains mots plus difficiles à prononcer ou inconnus de l'auditeur échappent à la fixation dans la mémoire, permettant des divergences parfois importantes entre le « **dit** » et « **l'entendu** ».

Pour une écoute active et de qualité, il est préférable d'adopter certaines attitudes comme : choisir un endroit calme favorable à l'écoute, se pencher légèrement vers l'autre pour être à la même hauteur de manière à ce que le patient ne se sente pas en infériorité, ne pas croiser les bras, adapter son comportement et ses paroles selon l'âge, le sexe, le statut socio-économique et culturel du patient, apporter de l'intérêt à tout ce que dit le patient, veiller à ce que la position de chacun soit confortable sinon un inconfort serait ressenti et entraînerait une rupture prématurée de la relation, pratiquer le toucher si le patient en manifeste le besoin pour favoriser une relation.

Hélène Lazure nous explique que :

*« Chaque être humain, quel qu'il soit, éprouve le besoin de se sentir important aux yeux des autres. L'état de vulnérabilité que provoque un problème de santé accroît d'autant chez ce patient ce besoin de se sentir important, besoin que seule une **écoute attentive**, de la part de l'infirmier(e), peut combler. »*

Alors que Constantino Iandolo nous dit :

« prêter l'attention au malade signifie : être tous oreilles pour lui et lui donner la sensation

chaleureuse que tout ce qu'il dit ne tombera pas dans le vide mais sera l'objet d'une considération attentive. »

L'infirmier(e) crée les conditions d'une écoute de qualité par une attitude de bienveillance, ce qui favorise l'expression du patient et permet au professionnel de santé d'assembler des renseignements qui lui permettent d'établir le climat de confiance nécessaire.

Comme le souligne Valérie Macrez

*« L'objectif de **l'écoute active** est de recevoir avec empathie et bienveillance l'émotion transmise et de permettre à la personne, par la reformulation de ce qu'elle dit, de découvrir, par elle-même les raisons de ce sentiment ».*

L'écoute permet à l'autre d'exprimer ce qu'il ressent. Ce qui est exprimé ne provoque plus de tension interne et permet donc de faire baisser l'anxiété.

Le temps investi dans l'écoute n'est jamais du temps perdu :

« C'est le temps que tu prends pour ta rose qui rend la rose importante à tes yeux » écrit Saint-Exupéry.

3. POURQUOI INFORMER ?

Il est étonnant de constater que le premier usage du terme **information** date du XIII^{ème} siècle et était employé dans le domaine judiciaire pour désigner le début d'une enquête ; on parlait *« d'ouvrir une information »*.

Emmanuel Hirsch, dans son article sur l'information au cœur de la relation de soin, nous relate : *« Le désir d'être, en dépit des circonstances, reconnu digne d'information et de communication, revient au besoin d'estime de soi... Informer signifierait restaurer l'autre dans son sentiment d'être toujours respectable... »*.

L'information que reçoit le patient est fondamentale pour sa reconnaissance personnelle, pour retrouver l'estime de lui-même mutilée par la maladie, la souffrance et l'anxiété.

Cette information est régie par un certain nombre de textes qui s'appliquent aux infirmier(e)s et que je vais développer maintenant :

1. UN DEVOIR POUR LE SOIGNANT :

Informé est l'une des missions de l'infirmier(e), car c'est également soigner.

La charte du malade hospitalisé, dans son chapitre III, précise que :

« ...le personnel paramédical participe à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences... ».

Les textes qui régissent la profession d'infirmier(e) sont clairs en ce qui concerne les informations données aux malades, c'est une obligation légale, comme le code de la santé publique nous le rappelle :

Article **R. 4312-32** du code de la santé publique (CSP), livre III, Titre 1^{er} : *« L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement. »*

L'article **L.1111-2** du CSP précise que :

« L'information est donnée dans le cadre des compétences de chacun et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ».

Nathalie Lelièvre nous spécifie également :

« Une pratique respectueuse du patient incite à adapter l'information et le contenu du dialogue à l'état du patient. Aucune règle définitive et stricte n'est posée en la matière. Cependant, tout est question de personne et d'état de santé, d'aptitude à recevoir, comprendre et assimiler l'information ».

Force est de constater qu'informer le patient relève bien du devoir des soignants. Notamment lorsque celui-ci doit subir un examen. Il s'agit de lui donner les éléments qu'il peut intégrer et

qui lui sont nécessaires pour la compréhension de l'examen et de son état de santé, dans le respect du patient et des textes réglementaires.

Cette étape permet également d'anticiper sur les éventuelles complications qui pourraient survenir à cause de ce manque d'information (patient non à jeun par exemple).

Si le soignant a l'obligation d'information auprès du patient, celui-ci bénéficie du droit à recevoir cette information.

2. UN DROIT POUR LE PATIENT :

Un malade doit être tenu informé du déroulement d'un examen, il doit recevoir une information complète et détaillée comme nous y engage la **loi du 4 mars 2002** : Chapitre II, Droits et responsabilités des usagers, Article 11, *L. 1111-2 du CSP* :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

C'est, pour le soignant, accepter de partager de son pouvoir avec le patient, pouvoir représenté par les informations qu'il détient et par là même, participer à atténuer les effets du manque d'information.

4.

LES EFFETS DU MANQUE D'INFORMATION :

Le manque d'information, comme nous l'avons vu, provoque un certain nombre de désagréments ou de réactions, notamment **anxiété** et/ou **angoisse**.

Josette Bourgon, dans son ouvrage sur « *l'information du malade à l'hôpital* », nous parle des effets du manque d'information. Selon elle :

« La principale conséquence est une augmentation de l'angoisse existentielle, inhérente à la condition humaine ».

Elle cite également en terme de conséquences : la dépendance liée à l'hospitalisation, la régression et l'infantilisation ainsi que la solitude.

Selon Josette Bourgon :

« Il est impossible pour ces malades d'établir une relation de cause à effet entre un examen, par exemple, et l'affection dont ils souffrent... Les malades sont donc amenés à imaginer ce qu'ils ne savent pas et à fantasmer à partir de ce qu'ils ignorent ou ont intercepté ».

Afin de comprendre cet extrait, il nous est nécessaire de définir ce que sont l'angoisse et l'anxiété

1. ANGOISSE ET ANXIÉTÉ :

L'angoisse : *« ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissants à se défendre. »*

L'anxiété : *« état de non-quiétude dans lequel prédomine l'appréhension d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voire dangereuse. »*

Nous pouvons remarquer également que l'anxiété et l'angoisse ont une origine linguistique

commune : *angh* de racine indo-européenne signifie serrer, comprimer ; en latin *angustus* et *anxius* veulent dire serrement, striction, contraction que l'italien a transformé en « *ansia* », impatience.

Pour P. Pichot, l'anxiété (ou l'angoisse) est un état émotionnel fait de trois éléments
f o n d a m e n t a u x :

- *La perception d'un **danger** imminent,*
- *Une attitude **d'attente** devant ce danger,*
- *Un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une **impuissance** totale en face de ce danger.*

C'est donc l'état de l'affectivité qui résulte de la prévision ou de la crainte d'un danger prochain. C'est ressentir une vive inquiétude du fait de l'incertitude d'une situation ou de l'appréhension d'un évènement qui peut générer un sentiment d'insécurité, de l'irritabilité, jusqu'à une peur incontrôlable.

La distinction entre angoisse et anxiété est difficile à faire, mais nous pouvons constater que l'angoisse s'accompagne d'un cortège de symptômes physiques, voyons comment cela s'exprime.

2.

MANIFESTATIONS DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'ANGOISSE :



« De l'anxiété flottante à l'angoisse invalidante, la fréquence et l'intensité du malaise physique et du mal-être mental varient d'un individu à l'autre. »

Voici une liste non exhaustive des troubles ressentis lors de l'anxiété ou de l'angoisse, qui souvent se recoupent entre eux : tremblements, jambes « en coton », sueurs, insomnies, impatience, irritabilité, mutisme, etc. Nous retrouvons certains de ces signes dans les situations de départ, auprès de patients devant subir un d'examen.

Les manifestations de l'angoisse et de l'anxiété sont nombreuses et peuvent conduire à un véritable blocage de la personne soignée.

Prendre en compte les expressions verbales mais aussi non verbales nous conduira à une meilleure qualité de la prise en charge globale du patient.

Pour conclure, nous pouvons dire que :

« Le manque d'information, en plaçant les malades dans une grande insécurité, augmente leur angoisse, surdramatise la situation, et ne leur permet ni de la comprendre ni d'avoir une prise sur elle. »

Afin de vérifier la pertinence de ma question de départ ainsi que du cadre conceptuel que je viens d'aborder, je vais maintenant m'intéresser à l'enquête exploratoire réalisée auprès de professionnels.

3

ENQUETE

EXPLORATOIRE

1.

MÉTHODOLOGIE

1. CHOIX DES STRUCTURES :

Le choix des lieux correspondant aux besoins de mon enquête a été déterminé par la nécessité d'avoir des entretiens avec des infirmier(e)s (IDE) de services de soins généraux dans lesquels des patients sont amenés à subir des examens.

C'est dans cette optique que j'ai choisi un grand établissement hospitalier de la région ainsi qu'un établissement local ce qui m'a permis de poursuivre l'élaboration de mon travail personnel de fin d'études.

2. MÉTHODE :

La méthode choisie pour mon questionnement auprès de ces personnes est l'entretien semi-directif.

En effet, celui-ci m'a permis de privilégier un contact direct avec la personne interrogée ainsi que la reformulation des questions mal comprises ou mal interprétées.

Cet entretien semi-directif auprès de six IDE m'a été accordé par les directeurs des soins infirmiers de ces établissements, après les avoir contactés par courrier et obtenu une réponse favorable de leur part.

J'ai pu, par la suite, construire un guide d'entretiens qui m'a permis de recueillir des renseignements nécessaires en vue de poursuivre ce travail par l'analyse de l'enquête.

Les IDE ont autorisé l'enregistrement des entretiens et leur retranscription. La durée de ces rencontres était approximativement de dix à quinze minutes par personne, ils ont eu lieu en septembre 2005 et octobre 2005.

1. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE :

Population concernée par l'enquête exploratoire :

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4	Entretien n°5	Entretien n°6
Service	Médecine Gériatrique	Médecine Gériatrique	Pneumologie	Cardiologie	Cardiologie	Gastro-enté- rologie
Ancienneté dans le service	6 ans	7 ans	3 ans	2 ans	6 mois	9 ans
Ancienneté du diplôme	11 ans	7 ans	3 ans	2 ans	6 mois	19 ans
Âge	36 ans	46 ans	25 ans	24 ans	38 ans	50 ans

La population concernée par l'enquête exploratoire se compose de six IDE.

La plus ancienne compte dix-neuf ans d'ancienneté dans la profession ayant intégré son service actuel depuis neuf ans alors que la plus jeune exerce depuis 6 mois dans son premier poste.

1.

QUESTION N°1 : Outre le diagnostique parfois incertain d'une pathologie, qu'est-ce qui selon vous peut-être source d'angoisse ou d'anxiété pour un patient ?

Les six IDE interviewés sont unanimes pour dire que l'ignorance du patient, le fait qu'il ne sache pas, qu'il ne soit **pas suffisamment informé** est une source d'angoisse pour lui.

Elles le soulignent ainsi :

« C'est important de **savoir où l'on va**, ce que l'on va avoir comme examen, son **déroulement** ».

« Ce qui peut paraître source d'angoisse c'est qu'il ne sache pas de quoi il en retourne, **le manque d'information** que l'on peut apporter au patient ».

« Il est très important qu'il sache **pourquoi on le fait** (l'examen), le **déroulement**, pour que déjà, il soit moins anxieux ».

Nous nous apercevons d'emblée, de la relation entre cette première idée émise par les six IDE et la question de départ de ce travail. Il semble que les patients soient sensibles au fait de connaître le déroulement de l'examen qu'ils doivent subir. Qu'ils désirent savoir où nous pouvons les conduire de façon à faire baisser cette pression psychologique qui pèse sur eux.

Cette dernière IDE nous explique également qu'il s'agit du rôle des soignants :

« C'est important, c'est le **rôle du médecin et de l'IDE**. ».

On peut observer par ces propos, une corrélation avec la charte du patient hospitalisé :

« Des informations sont dispensées à chaque patient tout au long de sa prise en charge par l'ensemble des professionnels de santé ».

De plus, nous pouvons également nous référer aux dires de A.F. Pauchet-Traversat, lequel nous a précédemment rappelé :

« Des informations sont dispensées à chaque patient...Elles portent sur l'état de santé, la description et le déroulement des examens, des soins, des traitements. »

Ici, nous constatons l'adéquation entre la loi, la charte du patient hospitalisé et les obligations des soignants envers les patients. Ces textes de loi peuvent également aider les soignants dans leur

rôle à diffuser l'information auprès des malades, car ils peuvent s'appuyer sur ce cadre législatif.

Deux IDE énoncent que, outre le fait de ne pas être informé :

« Être dans *l'incertitude*, ne pas savoir ce *que veulent dire les termes médicaux* » sont des sources d'anxiété pour le patient.

« Souvent les *termes médicaux ne sont pas compris* par les patients. »

L'article R-4312-32 du code de la santé publique déjà cité dans le cadre conceptuel nous rappelle que :

« *L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal ...de façon adaptée, intelligible et loyale* ».

Il apparaît donc important de communiquer, de manière appropriée, pour que le malade puisse intégrer nos explications le plus aisément possible, car il lui faut intégrer un nombre important d'informations dans un temps parfois assez court.

Alors que l'IDE n°5 pense que :

« *L'examen en lui-même peut-être source d'angoisse quand ils ne sont pas très bien informés, ils peuvent s'imaginer le pire* ».

Nous retrouvons ici l'idée de Josette Bourgon :

« *Les malades sont donc amenés à imaginer ce qu'ils ne savent pas et à fantasmer à partir de ce qu'ils ignorent ou ont intercepté* ».

Une autre idée émerge de cette première question. Pour deux IDE :

« *L'hospitalisation en elle-même est source d'angoisse* »

« *L'hospitalisation est source d'angoisse et d'anxiété, la durée d'hospitalisation, tout ce qui tourne autour, n'est pas très rassurant, est très angoissant* ».

Nous voyons ici que l'irruption dans un monde aussi mystérieux que l'hôpital peut être une source génératrice d'angoisse existentielle majeure pour le patient.

A contrario, la première IDE énonce que *l'excès d'information* peut être néfaste pour le patient :

« C'est à double tranchant, en *expliquant trop les risques* on peut apporter une *angoisse supplémentaire* », elle nous précise que :

« Il faut *trouver un juste milieu*, ce n'est pas la peine de *faire peur* aux gens en donnant trop d'informations ».

Comme le dit le dicton, « *le mieux est l'ennemi du bien* ». Il s'agit de trouver l'équilibre entre rassurer le patient ou lui infliger une anxiété supplémentaire due aux explications trop directes et détaillées sur les conséquences possibles d'un examen ; explications que le malade ne peut pas forcément relativiser ou comprendre du fait de son manque de connaissances médicales et du stress important déjà présent.

Les différentes causes étudiées dans cette première question semblent être les sources d'anxiété et d'angoisse que les IDE interviewé(e)s ont le plus souvent rencontrées.

La seconde question introduit judicieusement cette problématique et elle va permettre d'explorer de façon plus approfondie la ou les interactions en lien avec l'angoisse.

QUESTION N°2 : Quels sont les effets de cette angoisse sur le patient ?

Le risque qui découle majoritairement des entretiens pour cette deuxième question est : **le refus de l'examen**. C'est ce que disent trois des IDE sur les six interrogées.

« Cela peut, peut-être, l'amener à **refuser un examen** qui se révèle important ».

« On peut arriver à un **refus de soins surtout si celui-ci n'a pas été expliqué correctement** ».

« **Il peut refuser**, il ne sera pas rassuré pour aller faire cet examen ».

Nous constatons que le premier effet expliqué par le patient amène celui-ci à repousser l'examen qui lui est pourtant nécessaire.

Une symptomatologie est également présente lors de manifestations d'angoisse, que l'on retrouve dans les propos de quatre IDE sur six : « **Sueurs, tremblements, ...** ».

« **Ils angoissent sur tout...** Ils seront tout de suite **inquiétés** si rien ne leur a été expliqué ».

« On peut trouver de **l'agitation, de l'agressivité** ».

« Il y en a certains qui **ne dorment pas**, d'autres qui sont **excités** ».

« Ils sont **nerveux, tendus**, ils ont des **craintes**, cela crée des **tensions** ».

D'autres signes déjà cités sont également souvent présents tels que : **mutisme, irritabilité, pâleur, etc** ; symptômes que nous avons pu entrevoir dans la situation d'appel numéro un lorsque la personne concernée se met à trembler et suer à grosses gouttes.

Ce constat nous permet de faire le lien avec ce que nous dit Josette Bourgon dans le cadre conceptuel :

« La principale conséquence est l'augmentation de **l'angoisse existentielle** », angoisse qui se manifeste lors de l'appréhension d'un danger imminent : « **l'inconnu est source d'angoisse** » précise-t-elle.

Une autre idée se développe autour de cette deuxième question, il s'agit de l'émergence d'un questionnement important de la part du patient envers les soignants, ainsi, deux IDE expliquent :

« Ils posent **beaucoup de questions** auprès de l'infirmière et souvent pas auprès des médecins...Ils seront tout de suite **inquiets** si rien ne leur a été expliqué ».

« Il y a des patients qui vont nous poser **beaucoup de questions pour savoir**, cela peut les rassurer ».

L'anxiété développée par le patient amène celui-ci à interroger le personnel soignant, à désirer un surplus d'information de façon à diminuer son taux d'anxiété.

Une autre notion apparaît dans cette enquête, c'est le **manque de confiance** que le patient pourrait avoir face aux soignants.

« **Il n'aura plus confiance** dans l'équipe et la **confiance est très importante** » nous signale l'infirmier(e) n°2.

C'est, en effet, par la confiance que le patient peut se livrer et accorde plus de véracité aux **informations** que l'IDE lui apporte.

Nous pouvons constater ici que toutes les IDE, quelle que soit leur ancienneté, ont pu reconnaître les manifestations de l'angoisse et de l'anxiété auprès du patient.

Voyons maintenant comment ces IDE réagissent face à ces effets avec la question suivante.

QUESTION N°3 : Comment y répondez-vous ?

Expliquer est le maître mot des six IDE interrogées ; prendre le temps d'expliquer ou de ré-expliquer.

« Je pense qu'un soin bien expliqué, en donnant **toutes les phases du soin**, cela va résoudre le phénomène anxigène du patient. Si une personne a bien **compris le soin**, cela résout déjà beaucoup de problèmes ».

« J'essaye **d'expliquer** la préparation éventuelle, le **déroulement** de l'examen, **les différentes étapes** ».

« En expliquant l'examen...on explique que c'est rapide, parfois désagréable...Il faut **être vrai**, il ne faut pas dire que ce n'est rien mais dire ce qu'il en est, comme cela, le patient sait à quoi s'attendre ».

Le fait que le patient sache exactement ce que l'on va faire de lui :

« Cela peut enlever un peu d'anxiété, d'angoisse, **rassurer, mettre en confiance** ».

Nous pouvons remarquer qu'à l'unanimité les infirmier(e)s constatent que l'explication donnée aux patients peut permettre de les apaiser. Ici également, l'analyse de l'IDE ayant le moins d'expérience, corrobore celle de ses collègues plus expérimenté(e)s. Cette infirmier(e) nous précise d'ailleurs l'importance de la sincérité de nos propos, même si ceux-ci doivent être pondérés.

Il faut également « **ré-expliquer le soin, vérifier si la personne a bien compris** » complète l'IDE n°2. C'est également ce que nous a déjà précisé Nathalie Lelièvre dans son article :

« Tout est question de personne et d'état de santé, d'aptitude à recevoir, comprendre et assimiler l'information ».

Dans la première situation, nous avons pu constater que l'explication fournie par le médecin a suffi à faire baisser le taux d'anxiété de cette personne assez rapidement car celui-ci **ré-explique** le déroulement et **rassure** le patient. La reformulation, notion que j'ai pu développer dans le cadre conceptuel, fait d'ailleurs partie intégrante de la mise en pratique de **l'écoute active**, et

permet :

« ...de recevoir avec empathie et bienveillance l'émotion transmise... » comme l'a souligné Valérie Macrez dans le chapitre consacré à l'écoute.

L'information reçue permet une meilleure coopération du patient dans le déroulement de l'examen, je ferai ici le rapprochement avec ce que nous disait A. Manoukian :

« Les **informations** données au patient peuvent constituer les prémices du soins ».

De cette troisième question, se dégage également l'idée de la **notion de temps** à consacrer au patient.

« Il faut prendre le temps d'expliquer, comment cela se passe, la durée, si c'est douloureux ou pas ».

« **Prendre du temps** en discutant est primordial » explique l'IDE n°6, alors que « la **présence**, être auprès de la personne soignée, permet de la rassurer » nous dit une autre IDE.

Il est intéressant de noter que l'IDE ayant le plus d'expérience nous parle ici de la **notion du temps**.

Nous pourrions nous dire qu'avec son expérience professionnelle importante, elle en arrive à la conclusion que prendre du temps auprès du patient est important pour qu'il intègre les notions essentielles à son examen le plus tôt possible et le plus complètement possible.

Ceci permettra également au personnel soignant de ne pas avoir à revenir vers ce patient pour ré-expliquer une nouvelle fois, il s'agit donc d'un gain de temps paradoxalement avantageux pour le soignant. Le temps passé ici sera du temps gagné par la suite.

Il est vrai que dans un service extrêmement chargé, il sera plus difficile d'accorder du temps au patient et, par conséquent de pouvoir opter pour une écoute attentive de la personne soignée.

Cette idée est d'ailleurs reprise lorsque nous parlons de l'écoute active citée plus haut. Le patient éprouve alors le besoin de se sentir important, surtout lorsqu'il est dans un état de vulnérabilité lié à un problème de santé, une pathologie.

« Une **écoute attentive** de la part de l'infirmière », nous disait Hélène Lazure, permettrait au malade de se sentir plus serein, d'avoir le sentiment d'être entendu.

Cette information pourrait être complétée par le médecin, c'est ce qu'indique deux IDE sur six :

« *Eventuellement proposer, si cela n'est pas très clair, une **explication par un médecin** ».*

« *Demander au médecin afin qu'il donne une explication plus précise lors de la consultation pour obtenir le **consentement** du patient ».*

Alors que l'IDE n°3 met l'accent sur un éventuel traitement anxiolytique :

« *Si le patient est angoissé, je vais faire appel au médecin pour qu'il prescrive un **traitement** pour le détendre ».*

Nous pouvons encore constater ici que l'IDE ayant une expérience de sept ans rejoint sur ce point l'IDE n'ayant que six mois d'ancienneté dans son service, à savoir : faire intervenir le médecin auprès du patient pour qu'il ait une information plus complète. Voyons maintenant quelle prise en charge idéale, pour les IDE, devrait être mise en pratique.

QUESTION N°4 : Pour vous quelle serait la prise en charge idéale pour ce type de patient ?

Un élément récurrent apparaît alors pour l'ensemble des IDE ; il s'agit de la possibilité par le malade de bénéficier d'une **explication par le médecin** avant qu'il n'arrive dans le service. C'est ce que confie trois IDE sur six :

*« Le médecin devrait **informer** le patient aussitôt que celui-ci prescrit un examen ».*

*« Je pense que le médecin a une grosse influence, il peut **expliquer** beaucoup de choses par rapport à l'examen, les risques mais aussi le **rassurer** ».*

« La prise en charge idéale, c'est déjà une bonne explication lors de la consultation d'anesthésie, lors de la consultation du médecin ».

Nous pouvons constater ici que toutes les IDE interviewées souhaiteraient être soutenues par un médecin dans les informations délivrées aux malades.

La première IDE commente cette idée en nous disant :

*« Comme cela, **par oral, il peut poser des questions et nous pouvons lui répondre** plutôt que de le laisser s'interroger sur un écrit, lors de la signature du consentement éclairé donné par le médecin ».*

De même, elle ajoute:

*« Car en donnant un simple papier, **le patient ne retient que deux ou trois mots** qui vont lui faire peur ».*

Il paraît important également de « **reprendre des explications** que le médecin a déjà données, qui seront peut-être **moins techniques** sur certains termes » nous précise la sixième IDE.

Le fait de redire plusieurs fois la même chose au patient permet de lui faire mémoriser ces informations, car, dans un état de stress, celui-ci ne peut retenir la majorité des données mais seulement une petite partie à chaque fois.

C'est pour cela que nonobstant le document écrit, qu'il soit consentement ou information, les

personnes interrogées précisent que l'écrit ne suffit pas, il faut **expliquer oralement** le déroulement de l'examen.

La reformulation est un outil dont nous avons déjà parlé lors des réponses à la question précédente. Celle-ci nous permet de savoir ce que le patient a déjà retenu et les éléments essentiels de l'information à transmettre.

Dans la prise en charge idéale, certain(e)s infirmier(e)s mettent l'accent sur le fait de prendre en compte le patient dans sa globalité avec sa facilité ou non de compréhension. Il s'agit de délivrer l'information : « *Au coup par coup, **en fonction de la personne**, ce qui ne peut pas être généralisée* » comme nous le signale l'IDE n°2. Celle-ci est **adaptée à chaque personne, personnalisée**, améliorant ainsi l'adhésion et la coopération du patient.

La cinquième IDE conforte cette idée en définissant la prise en charge idéale ainsi :

« *C'est une **information complète, adaptée à chacun**, parce qu'il y a des personnes qui ne vont pas forcément comprendre certaines choses.* »

Nous avons déjà cité Nathalie Lelièvre dans le cadre conceptuel qui nous disait :

« *Une pratique respectueuse du patient incite à **adapter l'information**...* »

En somme, la prise en charge idéale pour les personnes interrogées lors de cette enquête permettrait de reprendre l'information déjà délivrée par un médecin ce qui faciliterait la compréhension du patient car il est plus facile d'intégrer ce que l'on a déjà entendu plusieurs fois.

De plus, cette information serait divulguée de façon personnalisée en fonction du patient et de ses capacités propres.

Les termes devraient être compréhensibles par celui-ci alors que l'infirmier(e) bénéficierait d'un temps suffisant pour pouvoir communiquer avec le patient, lui permettre d'intégrer les informations qu'elle souhaite communiquer, afin de le rassurer sur l'examen qu'il doit subir et de l'informer sur le déroulement de celui-ci.

4

PROBLEMATIQUE

En regard des différents concepts étudiés dans la première partie de mon travail, de l'analyse développée précédemment et des témoignages recueillis, nous pouvons observer que la base théorique et l'expérience du terrain sont en corrélation.

En effet, les infirmières ont su observer les signes et surtout, ont pu faire émerger les causes principales de cette angoisse :

- **Le manque d'information,**
- **Le milieu hospitalier en lui-même,**
- **le déroulement de l'examen ainsi que l'utilisation de termes médicaux.**

Nous pouvons également remarquer qu'aucun(e) des infirmier(e)s ne parle de la douleur que le patient pourrait ressentir lors d'un examen.

De même, celles-ci ne donnent pas d'informations à propos de l'entourage du patient, qui pourrait jouer un rôle auprès de celui-ci soit en le rassurant soit en majorant l'angoisse existante. Également, nous avons pu constater que le patient a le droit de savoir, de connaître et de s'exprimer sur les divers examens qu'il subit. Ainsi il se trouve en position d'acteur par rapport à son hospitalisation et ne reste pas passif face à ce milieu parfois impressionnant.

Il est donc important de relever que l'information du patient, avant que celui-ci ne subisse un examen, est une étape primordiale et fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient.

Les infirmier(e)s, ayant un rôle primordial dans la délivrance de cette information, sont également dépendant(e)s des moyens mis à leur disposition par l'institution.

De même, leur propre détermination à vouloir informer de façon adaptée et personnalisée est déterminante dans ce processus.

Cela permet d'ouvrir le débat sur la possibilité que certaines actions menées par les infirmier(e)s de manière « routinière » puissent influencer l'écoute et la compréhension des informations délivrées.

Ceci m'amène à modifier la question de départ de la façon suivante :

EN QUOI UNE INFORMATION ADAPTÉE ET PERSONNALISÉE, APPORTÉE PAR LE SOIGNANT, PEUT-ELLE DIMINUER L'ANGOISSE DU PATIENT AVANT UN EXAMEN ?

Si je devais poursuivre ce travail, je pourrais approfondir cette problématique en recherchant :

- L'information délivrée correspond-elle aux besoins des patients ?
- Comment personnaliser au mieux l'information ?
- Comment améliorer cette information ?
- Quels sont les outils existants ?
- Faut-il créer des outils en équipe ?
- Est-il possible d'augmenter le temps disponible auprès du patient ?

Dans cette perspective, une nouvelle enquête auprès de patients pourrait être envisagée de façon à connaître leurs réelles attentes et à les confronter aux dires des infirmier(e)s.

BIBLIOGRAPHIE

Revue :

ANTONI Marc, FROT Nicole, Communiquer avec de Patients de Cultures Différentes, Soins, n°686, cahier n°1, juin 2004, p27-34.

BERNARDY-ARBUZ Marie, DUNYACH Marie, Soins Pédiatrie Puériculture, Améliorer l'accueil à l'hôpital des familles de cultures étrangères, juin 2004, p39-40.

MAWARD Lina, AZAR Nazek, Recherche en Soins Infirmiers, n°78, septembre 2004, p35-58.

LELIEVRE Nathalie, Soins Gérontologie, L'Information aux Personnes Âgées, n°47, mai/juin 2004, p26-30.

MACREZ Valérie, L'Aide-Soignante, L'écoute active, n°54, février 2004, p.22-23.

HIRSCH Emmanuel, Soins, la relation soignant-soigné, l'information au cœur de la relation de soin, n°680, novembre 2003, Masson, page 49.

Livres :

HIRSCH Emmanuel, FERLENDER Paulette, Les Dossiers de l'AP-HP, Espace Éthique, Droits de l'Homme et Pratiques Soignantes, textes de références 1948-1998, DOIN Éditeurs, 368 pages.

BOURGON Josette, L'information du malade à l'hôpital, infirmières d'aujourd'hui, éditions du Centurion, 1977, 133 pages.

IANDOLO Constantino, Guide pratique de la communication avec le patient, MMI éditions, collection Médistratégies, 2001, 192 pages.

COSNIER Jacques et al, Soins et Communications, Approches interactionnistes des relations de soins, presses universitaires de Lyon, ARCI, 1993, 227 pages.

PAUCHET-TRAVERSAT A. F., Soins Infirmiers, Fiches Techniques, 3^{ème} édition, Maloine,

2001, 763 pages.

MANOUKIAN A., Les Soignants et les Personnes Âgées, Lamarre, 1997,

LAZURE Hélène, Vivre la relation d'aide, approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière, Decarie Montréal, 1987, 192 pages.

Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, 1992, 862 pages.

Antoine de Saint-Exupéry, Le Petit Prince, Éditions Gallimard, 1943.

Textes Officiels :

Charte du Malade Hospitalisé, Annexée à la Circulaire Ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux Droits des Patients Hospitalisés.

Décret n°74-27 du 14/01/74 concernant les Règles de Fonctionnement des centres hospitalier et des hôpitaux locaux.

Charte Européenne du Malade Usager de l'Hôpital, article 3 et article 4.

Décret n°90-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Internet :

KINDERMANS Ghislaine, l'accueil, le lien et la relation, visible sur : http://www.sos-suicide-phenix.org/accueil_lien_et_relation.htm, 2005.

<http://www.alaphobie.com/symptomes.php>.