

Quand les lettres masquent les maux

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1		B	P	C	O		I	N	R
2		I		C		D		A	
3	A	S		M		O		P	
4	E			S	E	P			B
5	G	E	P			A	C	F	A
6			I	R	A		C		V
7	I	R	C		L		D		
8		A		E	R	V		P	
9		I	M			S	A	M	R

« C'est le besoin qui a créé le nom des choses ¹ »

¹ LUCRECE (98-54) – De rerum natura (De la nature des choses). Livre V, vers 1028-1070.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION	P.1
I. SITUATION DE DEPART ET CHEMINEMENT JUSQU'A LA QUESTION D'ETUDE	P.2
II. CADRE CONCEPTUEL	P.3
2.1. <u>LA RIGUEUR AU TRAVAIL</u>	P.3
2.1.1. Définitions	P.3
2.1.2. Qualité ou handicap ?	P.4
2.1.3. Nécessité ou contrainte ?	P.4
2.2. <u>LE GROUPE DE TRAVAIL</u>	P.4
2.2.1. Définitions	P.4
2.2.2. L'influence du groupe sur l'individu	P.5
2.2.3. La communication comme facteur d'intégration	P.5
2.2.4. Les obstacles à la communication	P.5
2.3. <u>L'IDENTITE INFIRMIERE</u>	P.6
2.3.1. Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?	P.6
2.3.2. Législation	P.6
2.3.3. L'identité infirmière	P.7
2.4. <u>LES TRANSMISSIONS DANS LES SERVICES DE SOINS</u>	P.7
2.4.1. Le langage	P.7
2.4.2. Les transmissions dans les services de soins	P.9

2.5. <u>LES ACRONYMES, LES ABREVIATIONS ET LES SIGLES</u>	P.9
2.5.1. Le jargon médical et ses origines	P.9
2.5.2. Différentes définitions	P.10
2.5.2.1. Les acronymes	P.10
2.5.2.2. Les sigles et les abréviations	P.10
2.5.3. Avantages et inconvénients	P.10
III. METHODOLOGIE	P.11
IV. ANALYSE DES ENTRETIENS	P.12
V. RETOUR SUR HYPOTHESES	P.17
VI. DIFFICULTES RENCONTREES	P.18
VII. CONCLUSION	P.18
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
- Liste des acronymes comportant un risque d'erreur	P.I
- Un monde idéal où les acronymes n'existent pas	P.III

Remerciements

Avant de commencer la présentation de mon travail de fin d'études, j'aimerais adresser toute ma reconnaissance aux personnes qui m'ont soutenu durant la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie mon guidant, Mme Véronique PECHEY, qui a su, par sa disponibilité et ses conseils éclairés, m'apporter une aide précieuse, autant dans la construction du guide d'entretien que dans celle du cadre conceptuel et de l'analyse des données recueillies sur le terrain.

Merci également à Mr Othman EDBAIECH qui, par le professionnalisme et l'humanité qu'il a toujours su nous montrer, au cours de ces trois dernières années, reste, à mes yeux, une personne ressource d'un grand intérêt.

Je remercie, à son tour, le docteur Claire RIS pour la conscience professionnelle et l'altruisme qui la caractérisent. En effet, en ce qui concerne la quatrième de couverture, et notamment la traduction du résumé en anglais, celle-ci n'a pas hésité à nous faire profiter de ses connaissances, afin de pouvoir proposer un travail de qualité.

Merci, bien entendu, aux personnes qui ont eu la gentillesse de bien vouloir m'accorder un peu de leur temps, et de me permettre, ainsi, au cours de différents entretiens, d'approfondir ma recherche au sein des services de soins.

Merci, enfin, à mon épouse pour ses encouragements, son soutien, et la compréhension dont elle a fait preuve, chaque fois que j'ai eu besoin de me consacrer à ce travail de fin d'études.

INTRODUCTION

Le langage, ce moyen de communiquer entre nous, d'échanger des opinions, ou encore d'avouer nos sentiments, est, a priori, l'un des éléments principaux qui distingue l'homme de l'animal. Cependant, nous savons tous que le langage humain peut revêtir plusieurs aspects : tantôt, il est familial, tantôt il est dit « châtié », tantôt il est professionnel, et tantôt, il peut même être qualifié d'« identitaire ».

D'ailleurs, qui, à l'époque où nous vivons, tout âge confondu, n'a jamais entendu ou utilisé, pour s'exprimer, des sigles, des acronymes, ou des abréviations ? En effet, ceux-ci occupent désormais une place prépondérante dans notre façon de communiquer, et ce, dans tous les domaines de notre existence. Que ce soit dans le monde du travail ou dans notre vie privée, ils sont devenus monnaie courante : SNCF, RATP, FNAC, PC, DVD, SMS, FIAT, HLM, SMIC, RSA... pour ne citer que ceux-là.

Les adolescents, également, utilisent parfois une façon de communiquer qui peut parfois sembler déroutante pour des personnes plus âgées; ainsi, on entend ou on lit des sigles comme, par exemple, « lol », « mdr », « ptdr », des termes qui sont devenus, dorénavant, inévitables dans les textos ou les e-mails (grâce ou à cause de la technologie moderne, selon les points de vue). Si bien que nous finissons par les utiliser, sans nous soucier du sens caché des lettres, ni d'où ils peuvent tirer leurs origines, ni des difficultés qu'ils peuvent parfois engendrer. Notamment lorsque ceux-ci deviennent source d'ambiguïté ou d'incompréhension.

Le milieu médical, lui non plus, n'a pas échappé à ce moyen d'expression ; alors que de nombreux sigles médicaux et abréviations peuvent être source d'erreurs, dans la mesure où ils peuvent recouvrir plusieurs significations, on constate, aujourd'hui, que ceux-ci continuent pourtant d'être utilisés dans les milieux médical et paramédical. A ce sujet, une publication datée de septembre 2007² a révélé qu'un minimum de 5% des erreurs médicales déclarées auraient pour origine l'emploi de ces abréviations.

Pour illustrer ceci, prenons le cas d'une personne de sexe masculin qui va se faire hospitaliser pour une I.V.G. Qui, à ce moment précis, fera le lien avec une insuffisance (cardiaque) ventriculaire gauche (dans la mesure où l'on possède déjà quelques notions médicales), avant de penser à une interruption volontaire de grossesse ? Ce qui, bien sûr, serait dénué de sens, en parlant d'un homme. De même, que veut dire par exemple, l'acronyme SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise), malheureusement connu en France, pour des étrangers qui parleraient, quant à eux, du AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) ?

C'est ce qui m'a poussé à aborder ce thème, dans la mesure où un(e) infirmier(e), ou tout autre professionnel de santé, nouvellement arrivé(e) dans un service, pourrait éprouver des difficultés de compréhension, et se voir perdre du temps, quant à la prise en charge du/des patient(s) concernés. N'aurait-il/elle pas l'impression de se retrouver dans un pays étranger ? Et que penser des erreurs qui pourraient être commises, suite à une mauvaise interprétation ?

Alors, à une époque où la rigueur est de plus en plus prise en compte, et l'erreur médicale jugée comme inacceptable par nos concitoyens, qu'est-ce qui peut justifier le fait que les soignants continuent d'utiliser un tel langage ?

Est-ce réellement dû à un manque de rigueur ? Est-ce l'influence du groupe de travail sur les individus ? Ce langage prend-il sa source au sein d'une identité professionnelle ?

Autant de questions auxquelles j'ai tenté de répondre à travers ce travail de fin d'études.

² Helen Mc GURRIN - *Message - Représentant de la communauté*. Hôpital d'Ottawa.2003.p.1

I. SITUATION DE DEPART ET CHEMINEMENT JUSQU'A LA QUESTION D'ETUDE

L'intérêt que je porte à ces observations est né d'une situation que j'ai connue au cours de mon premier stage en chirurgie (notamment à propos des difficultés de compréhension rencontrées), situation dont je vais parler maintenant:

« *Tu es en deuxième année. Tant mieux, tu sais donc gérer un retour de bloc* ». Tels ont été les mots de l'infirmière qui, le premier jour de mon premier stage en chirurgie, m'a confié le dossier d'un patient qui venait d'être opéré. Puis, juste avant de quitter l'étage où j'étais affecté, celle-ci me dit « *Si tu as besoin, tu appelles quelqu'un, et surtout, tu n'oublies pas le CCMS!!!* ».

Avant même que je puisse lui poser une question, elle était déjà partie, en compagnie d'une autre collègue. Il ne restait plus qu'une aide-soignante, diplômée depuis peu, et moi-même, pour prendre en charge les patients du secteur.

Du haut de mon statut d'étudiant, j'ai donc commencé à lire les observations concernant l'intervention et les prescriptions postopératoires. Sur une des feuilles, je pouvais lire, "AEG+BIS", "NVPO", avec d'autres notes comme "PP 16 – 22 – 04 – 10". En regardant l'âge du patient (28 ans), je me suis dit rapidement qu' "AEG" voulait certainement dire autre chose qu' "Altération de l'Etat Général". Effectivement!!!! J'ai appris par la suite qu'on parlait ici d' "Arthroscopie de l'Epaule Gauche".

Puis, plus tard, on m'a expliqué le sens des autres données: "BIS" signifiait "Bloc Inter-scalénique"³, "NVPO" voulait dire "Nausées, Vomissements Postopératoires" et "PP 16 – 22 – 04 – 10" était une prescription pour administrer au patient du PERFALGAN et du PROFENID, par voie intraveineuse, ce même jour, à 16h00, à 22h00, puis le lendemain, à 04h00, et à 10h00. Quant au fameux "CCMS", il s'agissait d'un moyen mnémotechnique pour évaluer le membre opéré, par rapport à sa couleur, sa chaleur, sa mobilité, et sa sensibilité. J'ai été satisfait de pouvoir donner enfin un sens à ces sigles, mais déçu, une fois encore, d'avoir dû attendre le retour des infirmières, pour commencer une bonne prise en charge. En effet, au cours de mes stages précédents, j'avais déjà été confronté à ce type d'écrits qui m'avaient, à l'époque, posé des problèmes de compréhension. Mais cela a vraiment été la première fois que je me suis retrouvé devant un document contenant autant de termes inexploitable à mes yeux.

Au regard de cette situation, des premières questions me sont venues rapidement. Aurais-je eu plus de facilité si j'avais étudié le module de traumatologie auparavant? Cet enseignement n'était prévu que quelques mois plus tard. Pourquoi utilisait-on autant de sigles incompréhensibles et obligeant à fournir un effort intellectuel pour en trouver le sens? Et est-ce qu'une infirmière diplômée, mais étrangère au service, aurait eu les mêmes difficultés de compréhension?

Par la suite, ma question de départ a découlé sous la forme « *Les abréviations et les acronymes, utilisés par les infirmier(e)s, doivent-ils être considérés comme un moyen de gagner du temps ou plutôt comme un obstacle à la prise en charge du patient?* ».

Afin d'approfondir ma réflexion et d'y apporter de nouveaux éclairages, j'ai commencé en cherchant des articles et des revues qui parlaient de ce phénomène. Je suis alors parvenu à trouver deux articles (une dépêche intitulée "Sigles médicaux, attention danger"⁴, et un compte-rendu de réunion d'Helen Mc GURRIN⁵, représentante communautaire, au Canada, sur l'amélioration de la qualité des soins infirmiers).

Le premier article parlait du fait que l'utilisation des acronymes restait dangereuse car ceux-ci semblaient constituer un gain de temps, mais se les interdire représentait également un moyen de protéger les patients.

Quant au deuxième, l'idée qui s'en dégagait était que chaque profession possédait sa propre terminologie et ses habitudes, et qu'à la longue, il était possible de s'approprier le sens de ces différents sigles.

Par la suite, j'ai pu rencontrer deux infirmières (la première exerçant en chirurgie, et la seconde travaillant dans un service de réanimation), lors d'un entretien exploratoire, toujours dans le but

³ Technique d'analgésie utilisée avant une intervention chirurgicale.

⁴ APM International - *Sigles médicaux: attention danger!*, in TIC santé.com – Journal APM de l'informatique. Dépêche n°182 / 12 février 2009.p.1

⁵ Op. Cit. p.1

d'affiner mes recherches. Selon elles, l'usage des acronymes et des abréviations restait très présent, au cours des transmissions infirmières.

Elles ont reconnu également le danger lié à l'ambiguïté de certains, et qu'il était alors nécessaire de demander des précisions. Cela pouvait représenter une perte de temps dans la prise en charge du patient, mais cela ne les empêchait pas pour autant d'employer ces "raccourcis", que ce soit en écrivant dans les dossiers, ou lors de transmissions orales. Il leur était même arrivé de découvrir des abréviations et des sigles inventés par un(e) collègue, et qui n'était parlants que pour ce(tte) dernier(-ière).

Après l'analyse et la synthèse de ces lectures, ainsi que celle de l'entretien exploratoire, j'ai donc décidé de retenir la dangerosité des abréviations et des acronymes, lorsque leur utilisation devient excessive et non contrôlée, ce qui peut alors constituer un facteur de risque pour le patient. Je souhaite également parler du fait que le vocabulaire infirmier s'appuie sur des habitudes de langage, qui, comme dans toutes les professions, peuvent s'acquérir, au fil du temps. C'est pour ces raisons que j'ai tenu à reformuler ma question d'étude de la façon suivante :

“Alors que l'on exige toujours plus de rigueur, qu'est-ce qui fait que, dans les services de soins, les infirmier(e)s continuent d'employer des acronymes et/ou des abréviations, source d'ambiguïté, et comportant un risque potentiel d'erreur ?”

En ce qui concerne cette question d'étude, j'ai décidé de proposer deux hypothèses :

- les infirmier(e)s continuent d'utiliser cette façon de s'exprimer car ils/elles pensent que le risque est moindre, dans la mesure où chaque membre de leur équipe est censé connaître, voire « maîtriser ce langage » qui les distingue d'une personne étrangère au service.

- certains infirmier(e)s, dans le but de s'intégrer dans une équipe, s'approprient le langage qui y est employé. Cela constitue une sorte de « mimétisme » qui permet à ces soignants une adaptation plus rapide, tout en gardant le souci de ne pas perturber les habitudes de l'équipe.

II. CADRE CONCEPTUEL

2.1. LA RIGUEUR AU TRAVAIL

Pour débiter ce cadre conceptuel, j'ai décidé de parler de la rigueur, celle-ci étant la première notion introduite dans ma question d'étude.

2.1.1.) Définitions

Si l'on en croit la définition du dictionnaire Le petit Robert ⁶, la rigueur est synonyme de « *rectitude, et parfois même de sévérité, de dureté extrême* ».

Le Larousse⁷, quant à lui, parle du « *caractère d'une personne inflexible et rigide, mais également d'une grande exactitude, et d'exigence intellectuelle* ».

Emmanuelle DEBELLEIX, quant à elle, auteur d'un article intitulé « Réanimation : la vigilance en collectif⁸ », associe la rigueur au fait qu'un(e) infirmier(e) doit pratiquer non seulement les gestes techniques de la façon la plus précise possible, mais aussi au devoir de maîtrise des cours théoriques enseignés durant la formation.

⁶ Petit Robert – Dictionnaire de la langue française. Editions 1990.p.1718

⁷ Le Larousse – Dictionnaire de français « COMPACT ». Editions 2005.p.1226

⁸ Emmanuelle DEBELLEIX – *Réanimation : la vigilance en collectif*, in revue « L'infirmière magazine – Campus ». Octobre 2009. n°14.pp 18-21.

2.1.2.) Qualité ou handicap ?

D'après Nadia ROUSSEL, dans un écrit intitulé « Le niveau d'investissement au travail : entre rigueur et perfectionnisme⁹ », la détermination dont peut faire preuve un individu, dans sa profession, dépend de ses qualités intrinsèques et de facteurs psycho-sociaux pouvant jouer un rôle au quotidien.

Elle ajoute que la rigueur, bien qu'elle puisse comporter parfois un aspect négatif, peut naître d'une recherche de perfection. Cependant, elle ne constitue pas forcément un défaut, à partir du moment où celle-ci reste dans les limites du bon sens.

2.1.3.) Nécessité ou contrainte ?

Dans le livre « La bonne école : penser l'école dans la civilisation industrielle¹⁰ », l'auteur pense que la rigueur est voisine de la discipline qui, comme elle, comporte des notions d'organisation, d'application et de précision. Il s'agit pour celui-ci d'une contrainte à laquelle le sujet doit se soumettre.

Jugée illégitime, elle pousserait tout de même, parfois, certains à enfreindre les règles. C'est l'idée qui ressort d'un texte intitulé « Travail, l'impossible respect des règles¹¹ », dans lequel l'auteur nous apprend que, bien souvent, la violation d'une règle est due au fait que les individus doivent, sans cesse, s'adapter à leurs contraintes professionnelles. Cependant, ils ne choisissent pas de violer n'importe quelle règle. Quand ils le font, c'est après avoir évalué le risque et les conséquences que cela pourrait induire.

Rose-Marie MIQUEAU, philosophe, historienne et pédagogue, dans un écrit intitulé « La discipline, soumission au réel et indispensable au respect de la vie¹² », porte, quant à elle, un regard différent. En effet, celle-ci pense que faire preuve de rigueur, c'est faire preuve de professionnalisme, qui reste une qualité nécessaire dans le monde du travail. Pour cela, la formation initiale doit être parfaite, de façon à ce que, par la suite, la personne puisse partir avec des bases solides. Elle précise d'ailleurs que l'école garde une place importante dans l'apprentissage de valeurs comme cette rigueur ou la conscience professionnelle.

2.2. LE GROUPE DE TRAVAIL

2.2.1.) Définitions

Toujours selon le dictionnaire Larousse, le groupe, en général, se définit comme « *un ensemble plus ou moins organisé de personnes liées par des activités et des objectifs communs*¹³ ».

Le petit Robert, quant à lui, se contente de parler de « *réunion de personnes, soit liées par de mêmes activités, soit par des caractéristiques communes*¹⁴ ».

Toutefois, le psychanalyste Didier ANZIEU, dans son ouvrage intitulé « *La dynamique des groupes restreints*¹⁵ », nous apprend qu'à l'origine, le mot « groupe » nous vient de l'Italie, et qu'il était utilisé, à la base, pour désigner plusieurs modèles peints ou sculptés, et qui formaient un sujet. Il précise également que la notion de groupe peut introduire une notion de « bande », de « regroupement », ou même de « foule ».

⁹ N.ROUSSEL - *Le niveau d'investissement au travail: entre rigueur et perfectionnisme*.

BCH Consultants - Services psychologiques et psychosociaux - Bulletin PAE.

¹⁰ Philippe RIVIERE - *La bonne école. Tome 1: penser l'école dans la civilisation industrielle*.

13 septembre 2000. Editions Champ Vallon. Collection Milieux. 134 pages.

¹¹ Anne-Sophie NYSSSEN - *Travail, l'impossible respect des règles*, in Sciences humaines.

juillet 2008.mensuel, n°195. Actualités de la recherche - Le corps sous contrôle.

¹² Rose Marie MIQUEAU. *La discipline, soumission au réel indispensable au respect de la vie*. Ecole éducation et culture Alcuin. 25 octobre 2005.

¹³ Le Larousse – Dictionnaire de français « COMPACT ». Editions 2005.p.654

¹⁴ Petit Robert – Dictionnaire de la langue française. Editions 1990.p.897

¹⁵ Didier ANZIEU, Jacques-Yves MARTIN - *La dynamique des groupes restreints*. Editions Presse Universitaires de France. Octobre 2004.324 pages

En ce qui me concerne, j'ai décidé de m'intéresser à ses théories sur le groupe de travail qui, selon lui, présente toujours une organisation interne, une attribution des rôles à chacun, un nombre d'individus plus ou moins élevé selon sa structure, mais qui nécessite aussi la création de normes et de relations plus ou moins intenses entre les membres. Sans oublier les buts communs qui animent le groupe.

2.2.2.) L'influence du groupe sur l'individu

Dans son ouvrage, Didier ANZIEU nous fait remarquer que parfois, l'individu, lorsqu'il est confronté aux idées de ses partenaires de travail, ou lorsqu'il en a connaissance, tend à modifier son propre point de vue, son propre comportement. Et ce, de façon immédiate ou retardée.

Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause :

- **Le conformisme**, par lequel l'individu va renoncer à ses idées pour adopter celles du groupe où il se trouve.

- ce que l'on va appeler « **la soumission au groupe** » : ici, on va parler du fait que le groupe tend à adopter certaines normes qui lui sont propres, telles que le port d'une tenue professionnelle, un système de valeurs, un code, ou encore un langage particulier.

- « **la soumission à l'autorité** » : ici, c'est la décision du supérieur qui prime sur le reste. Les valeurs sont établies et elles se doivent d'être respectées par les personnes subalternes.

- l'existence d'une minorité, dans le groupe, qui rejette les normes établies et qui choisit d'adopter un autre comportement, de choisir d'autres valeurs.

C'est devant cette « **résistance au changement** » d'une minorité que l'individu peut-être amené à réviser son jugement, et finir par rejoindre d'autres idées, d'autres façons de travailler.

2.2.3.) La communication comme facteur d'intégration

Toujours selon Didier ANZIEU, la communication au sein du groupe est primordiale, dans la mesure où les informations circulent et doivent permettre à ses membres de pouvoir les traiter de la façon la plus adéquate possible.

Cependant, il précise que chacun doit tenir compte de différents facteurs comme l'intellect de l'interlocuteur, son statut social, son état émotionnel, ou encore les normes et le langage du groupe d'appartenance, qui font que la communication pourra être potentiellement altérée.

Rose-Marie MIQUEAU¹⁶, dans son écrit, nous parle, quant à elle, de l'esprit d'équipe et précise que pour être intégré dans le monde du travail, il faut, en premier lieu, être capable de comprendre les autres membres du groupe, mais également de se faire comprendre. Elle écrit :

« ...Qui ne sait clairement s'exprimer, qui est incapable de faire un compte-rendu accessible, de transmettre des consignes sans équivoque, de comprendre ce qu'on lui dit ou ce qu'il doit lire, est aujourd'hui en grand danger dans le monde du travail qui le rejettera. »

2.2.4.) Les obstacles à la communication

En consultant un article intitulé « L'importance de la communication au sein de l'entreprise¹⁷ », bien que la liste, qui est présentée, ne soit pas exhaustive, on peut constater qu'il existe certains obstacles récurrents à la communication.

Pour commencer, le fait que chaque personne possède sa propre expérience et donc son propre jugement, peut constituer une première entrave au dialogue.

¹⁶ Op. Cit. p.4

¹⁷ Encyclopédie Chat-land – *L'importance de la communication au sein de l'entreprise*.cf bibliographie

Ensuite, certaines personnes, de façon consciente ou inconsciente, ont tendance à filtrer les informations, et font parfois preuve d'une écoute sélective.

La hiérarchie également joue un rôle prépondérant, dans la mesure où un employé prendra, davantage, en compte les conseils d'un supérieur plutôt que ceux de ses collègues.

Enfin, les difficultés liées au langage, que ce soient les problèmes de définitions ou ceux concernant la compréhension du jargon professionnel.

2.3. L'IDENTITE INFIRMIERE

2.3.1.) Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?

Claire TOURMEN¹⁸, de l'université de GRENOBLE II, répond à cette question en précisant que le sentiment d'appartenance à une profession est présent à partir du moment où l'individu parvient à faire usage d'un vocabulaire spécifique, et également lorsqu'il se sent reconnu par les autres membres du groupe. Cette identité professionnelle serait donc un facteur porté par l'ensemble des membres, les plus anciens initiant les novices aux différents rites et pratiques, au sein du groupe.

Anne CHARLOT, formatrice à l'IFSI Henri MONDOR de CRETEIL (94), dans un article intitulé « Qu'est devenue notre identité professionnelle ?¹⁹ », rejoint cette idée en citant les propos de E.H.ERIKSON, extraits de son œuvre « Adolescence et crise : la quête de l'identité²⁰ » :

« L'identité est construite, par chaque génération, sur la base des positions héritées de la génération précédente, mais aussi à travers les stratégies identitaires déployées, dans les institutions que traversent les individus. »

Yann ROBIC, dans son mémoire intitulé « Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité²¹ », précise que chaque profession comporte des techniques, des valeurs, des codes et langages qui lui sont propres. Il définit cette identité comme un mécanisme complexe qui ne cesse d'évoluer, au fil du temps, en fonction des événements traversés par les professionnels.

2.3.2.) Législation

Rappelons maintenant quelques articles de lois, relatifs à la profession infirmière, et auxquels les professionnels doivent se référer, tout au long de leurs pratiques quotidiennes :

- Les articles R.4311-1, R.4311-2 et R.4312 du décret du 29 juillet 2004²² décrivent la fonction et l'exercice infirmier, en rappelant que ceux-ci se pratiquent dans le respect des règles professionnelles.

- L'article R.4311-3, quant à lui, définit les soins infirmiers selon leur rôle propre, alors que l'article R.4311-7 les définit selon un rôle sur prescription médicale.

- La circulaire n°88 du 15 mars 1985, relative au dossiers de soins infirmiers reste, elle aussi, très importante dans la mesure où ce dossier constitue un document légal devant les tribunaux. On considère qu'un soin non retranscrit n'a pas été réalisé. **De même, les écrits qui y apparaissent se doivent d'être précis et lisibles.** Tout écrit doit également être signé par l'auteur du soin qui aura été exécuté auparavant.

¹⁸ Claire TOURMEN – *Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?* Cf. Bibliographie

¹⁹ Anne CHARLOT – *Qu'est devenue notre identité professionnelle?*, in Revue de l'infirmière. Mensuel n°124, p.13. Octobre 2006.

²⁰ E.H.ERIKSON – *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Editions FLAMMARION. 1990 (édition originale, 1968)

²¹ Yann ROBIC. *Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité*. Mémoire cadre de santé. 2005.

²² Cf. Bibliographie. Code de la santé publique.

Pourquoi ne pas parler également de la circulaire DHOS/P 2 no 2005-258 du 30 mai 2005, du Code de la santé publique (qui précise les droits et les devoirs de l'infirmier(e), titulaire d'un diplôme, reconnu en Europe²³) dans la mesure où aujourd'hui, beaucoup de professionnels n'hésitent plus à traverser les frontières pour obtenir un emploi.

Ce texte reprend les propos suivants :

- « *L'infirmier ou l'infirmière ressortissant d'un des États membres de la Communauté économique européenne, qui est établi et exerce légalement les activités d'infirmier responsable des soins généraux, dans un État membre autre que la France, peut exécuter en France des actes professionnels sans avoir procédé à l'inscription prévue par l'article L. 478* ».

- « *L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par un décret en Conseil d'État. Si l'urgence ne permet pas de faire cette déclaration préalablement à l'acte, elle doit être faite postérieurement dans un délai maximum de quinze jours.*

La déclaration est accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'État membre certifiant que l'intéressé possède les diplômes, certificats ou autres titres requis et qu'il exerce légalement les activités d'infirmier responsable des soins généraux dans l'État membre où il est établi.

Elle est également accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice de l'activité de l'infirmier responsable des soins généraux dans l'État d'origine ou de provenance n'est en cours à son encontre ».

- « *L'infirmier ou l'infirmière prestataire de services est soumis aux dispositions des articles L. 482 et L. 482-1.* »

2.3.3.) L'identité infirmière

Anne CHARLOT²⁴, précise que la théorie ne suffit pas pour être un(e) bon infirmier(e). Cette identité, comme toute autre identité professionnelle, est une chose qui se construit au fur et à mesure de la pratique, une pratique durant laquelle l'infirmier(e) va s'adapter, en fonction de ce qu'il/elle aura appris, mais également en fonction du regard qu'il/elle va porter sur sa profession.

Selon elle, le soignant doit faire preuve de facultés d'analyse et de réflexion, et la profession infirmière ne peut exister sans des valeurs comme le respect, l'altruisme, ou encore le dévouement aux autres.

Pascal SCHINDELHOLZ, cadre de santé au Centre hospitalier de MONTFAVET (84), semble partager, lui aussi, un avis proche de celui d'Anne CHARLOT ; dans son écrit intitulé « L'identité infirmière existe-t-elle ? », il décide de parler des étudiants et précise que c'est en fonction de leur expérience qu'ils parviendront à se situer au sein de leur profession :

« On n'aspire plus à être infirmier à vie. C'est un projet dans lequel le professionnel s'investit, s'engage. A contrario, l'image du professionnel que l'étudiant sera et qu'il s'imagine, est peu précise, peu élaborée, floue, voire erronée. C'est la rencontre de la formation, des expériences de stage, puis des professionnels, plus tard, qui vont contribuer à faire évoluer le positionnement et l'identité professionnelle²⁵ ».

2.4. LES TRANSMISSIONS DANS LES SERVICES DE SOINS

2.4.1.) Le langage

Comme nous l'avons vu dans les chapitres 2.2.3. et 2.2.4.²⁶, la communication et le langage restent des éléments primordiaux, au sein d'un groupe de travail, quelle que soit son importance. Aussi, il me semble nécessaire de définir ce qu'est plus précisément le langage de communication.

²³ Cf. Bibliographie. Circulaire DHOS/P 2 n°2005-258 du 30 mai 2005.

²⁴ Op.Cit. p.6

²⁵ Pascal SCHINDELHOLZ – *L'identité infirmière existe-t-elle ?*, in Revue trimestrielle « Soins cadres ». n°57. Février 2006.pp.58-60

²⁶ Chapitres de mon travail de fin d'études traitant de la communication au sein du groupe de travail.

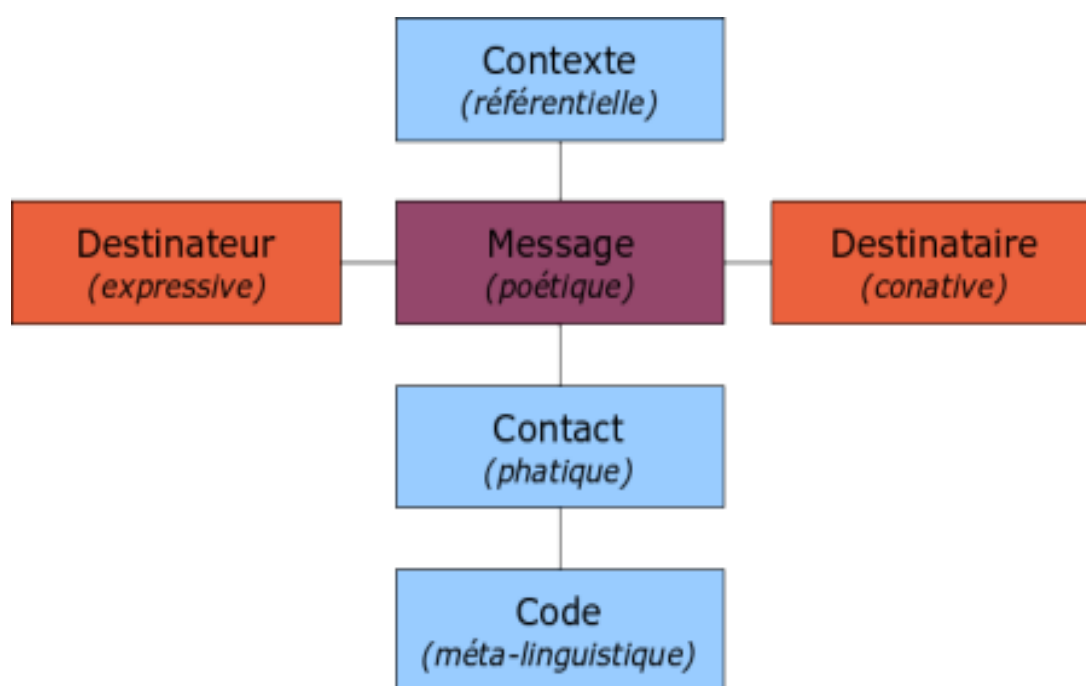
Pour le Larousse²⁷, « le langage est la faculté que les hommes ont de communiquer entre eux et d'exprimer leur pensée au moyen de signes vocaux (la langue) qui peuvent éventuellement être transcrits ».

Alex MUCCHIELLI et Claire NOY²⁸, quant à eux, précisent que le langage varie en fonction du vocabulaire, de la syntaxe, ou encore de l'accentuation. Que cela soit à l'oral ou à l'écrit, on distinguera, par exemple, le langage populaire, le langage familier, le langage châtié, ou même le langage professionnel.

Selon eux, le niveau de langue doit être choisi en fonction de la situation dans laquelle se produit la communication (personnalité des interlocuteurs, histoire de leurs rapports, position sociale réciproque, objet de la communication, nature du canal...).

Pour ce qui est de Roman JAKOBSON²⁹, le langage comprend plusieurs éléments (voir schéma ci-dessous³⁰) :

- Le message, qui comporte la nécessité d'un contexte, d'un code et d'un contact.
- L'émetteur, qui envoie le message
- Le destinataire, qui le reçoit



Bien évidemment, le code doit être commun à l'émetteur et au destinataire, pour que le message soit efficace. De même, on parlera de contact à partir du moment où il va se créer une proximité physique et/ou psychologique entre les deux interlocuteurs.

²⁷ Le Larousse – Dictionnaire de français « COMPACT ». Editions 2005.p.790

²⁸ Alex MUCCHIELLI et Claire NOY - *Etudes des communications: approches constructivistes*. Editions Armand COLIN. 2005. Paris.240 pages.

²⁹ Roman JAKOBSON - *Closing statements : Linguistics and Poetics, Style in langage*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Nicolas RUWET : « Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, Paris, 1963.

³⁰ Schéma de la communication générale de JAKOBSON. Disponible sur internet. Cf bibliographie.

2.4.2.) Les transmissions dans les services de soins

Olivier GUEGUAN, dans un article intitulé « Réflexions sur les transmissions », définit les transmissions de la façon suivante : « ...des informations nécessaires orales et/ou écrites, permettant, à chaque membre de l'équipe soignante, de connaître les éléments nécessaires et indispensables à la dispensation de soins adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée ³¹ ».

Il souligne également un aspect particulier des transmissions orales. Concernant le temps dont disposent les infirmier(e)s pour s'y consacrer, ce dernier pense qu'il n'est pas utilisé de manière optimale : « *Le moment où ces transmissions sont effectuées, en pic d'activités par exemple, nécessite de la part de celui ou celle qui reçoit l'information de la mémoriser dans des conditions qui ne sont pas toujours favorables à cette mémorisation. Les transmissions, lors du chevauchement inter-équipes, ne sont pas toujours d'égale qualité. La principale raison est à mettre au compte du peu de temps dévolu à cette activité ³²* ».

En ce qui concerne Isabelle FLACHAIRE DE ROUSTAN, cadre supérieur de santé et cadre coordonnateur de fédérations médico-chirurgicales, à la Direction des soins, à l'Hôpital d'instruction des armées BEGIN, semble d'accord sur le fait que la communication à l'hôpital repose aussi bien sur l'écrit que sur l'oral³³.

D'ailleurs, dans son article intitulé « Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité », celle-ci fait référence aux consignes énoncées durant les différentes prises de poste, et écrit :

« ... L'infirmière doit mobiliser un panel de compétences indispensables à sa fonction, et faire appel à des outils spécifiques comme les connaissances professionnelles, l'analyse, la synthèse, l'écriture... sans omettre la communication verbale ³⁴ ».

Au fil de son article, celle-ci va même jusqu'à préciser certaines conditions, nécessaires à la maîtrise d'une communication verbale, et parmi lesquelles elle cite celle de pouvoir comprendre ce qui est dit, afin de pouvoir l'exploiter le mieux possible, et ensuite celle d'utiliser un langage professionnel.

Michèle GROSJEAN et Michèle LACOSTE, quant à elles, sociologues et auteurs du livre « L'oral et l'écrit dans les communications de travail, ou les illusions du tout écrit³⁵ », laissent penser qu'il existe une complémentarité entre l'écrit et l'oral. Elles poursuivent en écrivant que, lors des relèves à l'hôpital, les infirmier(e)s doivent parfois repréciser certains messages écrits, tout cela dans le but de pouvoir utiliser ces informations à bon escient.

2.5. LES ACRONYMES, LES ABREVIATIONS ET LES SIGLES

2.5.1.) Le jargon médical et ses origines

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un jargon ? Béatrice TURPIN, de l'université de CERGY-PONTOISE, dans son livre « Le jargon, figure du multiple³⁶ », définit celui-ci comme un langage qui vise à améliorer la communication entre les différents interlocuteurs, et à renforcer son efficacité. Elle va jusqu'à parler d'un « *langage de connivence* », pour reprendre ses propres termes, qui peut exclure toute personne qui ne saura pas le comprendre.

En ce qui concerne les origines du parler médical, le docteur Catherine Di COSTANZO, dans un article intitulé « Les secrets du vocabulaire médical³⁷ », affirme que le langage médical international,

³¹ Olivier GUEGUAN – *Réflexions sur les transmissions*, in Revue « L'aide-soignante ».n°37, p.24.mai 2002.pp.24-25

³² Ibid p.25

³³ Isabelle FLACHAIRE DE ROUSTAN - *Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité*, in Revue de l'infirmière. n°154.pp.32-34.Octobre 2009

³⁴ Ibid p.32

³⁵ Michèle GROSJEAN et Michèle LACOSTE - *L'oral et l'écrit dans les communications de travail, ou les illusions du tout écrit*, in Sociologie du travail. n°4.1998

³⁶ Béatrice TURPIN - *Le jargon, figure du multiple*. La linguistique 2002/1,38.pp.53-68

³⁷ Catherine Di COSTANZO - *Les secrets du vocabulaire médical* – Article Formation santé droit. 12 janvier 2009.

de par son étymologie, est issu de la langue grecque qui a apporté les deux tiers de son vocabulaire. Le latin également y tient une place très importante.

Elle ajoute que des formes gréco-latines sont ensuite apparues; on pourrait citer, par exemple le mot « mammectomie » qui provient du latin « *mam* » (qui signifie « mamelle ») et du grec « *ektomé* » (qui signifie « ablation »).

Ou encore la « duodénographie » : du latin « *duodenum digitorum* » (signifiant « douze doigts de long » et relatif au duodénum, première portion de l'intestin grêle, ainsi nommée, car sa longueur avait été évaluée à douze travers de doigts) et du grec « *graphein* » (qui signifie « écrire »).

2.5.2.) Différentes définitions

2.5.2.1.) **Les acronymes** : quand on consulte les dictionnaires Larousse et le Petit Robert, il s'agit de sigles qui peuvent être prononcés comme des mots.

Mais pour le docteur DI COSTANZO, il s'agit de « *mots très fluides, très agréables, très faciles à retenir, mais que l'association de lettres n'oriente pas du tout vers le sens du concept* ». Elle ajoute : « *...l'avantage de la facilité l'emporte sur l'inconvénient de la difficulté à comprendre...ces acronymes tendent à se multiplier en continuant à dissimuler leur signification*³⁸ ».

2.5.2.2.) **Les sigles et les abréviations** : dans un autre article intitulé « La siglophilie. L'utilisation extensive des sigles dans l'éducation nationale et dans le champ médico-social³⁹ », l'auteur précise que les abréviations ont commencé à être utilisées comme un moyen de préserver le savoir par un système codé.

Le dictionnaire Larousse parle du sigle comme une suite de lettres initiales constituant l'abréviation d'un groupe de mots (exemple dans le milieu hospitalier : B.P.C.O. (pour parler d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive), et de l'abréviation comme la réduction graphique d'un mot (exemple: « sat » pour désigner la saturation du patient en oxygène).

Le Petit Robert, quant à lui, voit dans les abréviations, le retranchement de lettres dans un mot, de mots dans une phrase, mais précise également que cela permet d'écrire plus vite, ou d'occuper moins de place.

Quant au Docteur DI COSTANZO, qui juge les sigles comme innombrables, celle-ci les décrit bien comme un ensemble de lettres formant une abréviation, mais elle y introduit en plus la notion de concept, d'idée. Elle précise également que le sigle ne se prononce pas comme un mot, mais qu'il s'épelle.

2.5.3.) Avantages et inconvénients

Si on en croit une revue d'études, datant de janvier 1996, et plus précisément un article intitulé « Le procédé de siglaison dans le français contemporain⁴⁰ », on constatait déjà à l'époque que l'on prenait, petit à petit, l'habitude d'abrégé nos propos. L'article précise, à ce sujet que c'est souvent par économie que l'on va utiliser des sigles. Il cite d'ailleurs trois motivations principales :

« *...l'économie d'espace dans certains textes écrits... la lourdeur et la longueur de formation de noms de certains établissements et institutions... le besoin d'une communication rapide et efficace entre experts ou individus appartenant au même groupe socioprofessionnel.* »

D'ailleurs, pour insister sur cette dernière motivation, il est dit dans le texte que le fait de pouvoir parler un même langage, d'employer le même vocabulaire, au sein d'une collectivité, va permettre de créer un environnement sécurisant pour l'individu.

³⁸ Op. Cit. p.9

³⁹ Catherine N. *La siglophilie: de l'utilisation extensive des sigles dans l'éducation nationale et dans le champ médico-social*, in NERVURE.1996.vol.9.n°8.pp.69-74.

⁴⁰ Eva KELEMEN. *Le procédé de siglaison dans le français contemporain*. Revue d'études françaises. janvier 1996.pp.53-63.

Dans le cas contraire, cette forme de barrage linguistique va exclure les personnes n'appartenant pas au groupe alors constitué, idée qui rejoint celle de Rose-Marie MIQUEAU⁴¹, citée précédemment.

Du point de vue du docteur Di COSTANZO, les sigles et les acronymes permettent, le plus souvent, de favoriser un besoin de rapidité, présent dans tous les secteurs professionnels.

D'ailleurs, elle écrit : «...le secteur médical n'a pas échappé à cette logique du toujours plus vite fait, pour toujours plus vite satisfaire, et toujours plus vite rentabiliser...».

Pour sa part, Béatrice TURPIN ajoute que si les sigles et les abréviations peuvent présenter des difficultés de compréhension pour un natif, une personne originaire d'un pays étranger en éprouvera sans doute davantage. Selon elle, le fait de pouvoir maîtriser cette forme de langage confère à l'utilisateur un statut qui lui permet d'être reconnu, et lui procure une certaine forme d'autorité.

D'ailleurs, Claude PINAULT, auteur du livre « Le syndrome du bocal », rejoint cette idée et écrit : « Pourquoi faut-il que les professionnels utilisent toujours un jargon incompréhensible devant le pékin ? Pour jouer à plus pro que pro ? Rester maître de la situation ? Nous éviter la peur ? Ou ne pas faire attention à nous, les ignares. Marquer la différence peut-être...⁴² »

Prenons également le cas du docteur Jacques CHATILLON⁴³, à Genève, qui, dans une de ses correspondances, nous fait part de son regret quant à l'utilisation d'acronymes et d'abréviations parfois incompréhensibles. Il poursuit en précisant que beaucoup semblent d'accord avec lui et qu'il s'agit d'un problème croissant. Néanmoins, celui-ci reconnaît qu'il est difficile de se passer de ce type de rédaction.

Gérard PARMENTIER, quant à lui, s'oppose à leur utilisation et affirme : « ...en matière de soins, l'emploi de sigles peut faire gagner quelques secondes, mais se l'interdire peut sauver des vies... leur usage est à bannir du point de vue des risques⁴⁴ ». Il précise même, qu'à l'origine de ces erreurs de sigles, ce sont les médecins, suivis des infirmier(e)s, qui arrivent en tête.

Enfin, pourquoi ne pas signaler ce témoignage d'une élève infirmière de deuxième année⁴⁵ qui, à son arrivée en stage, et voulant participer aux transmissions, s'est perdue dans les explications et n'a pas compris un traitre mot de ce qui a été dit ?

Même si elle reconnaît la nécessité d'un langage spécifique à la profession, elle n'en reste pas moins déçue par le fait que certains termes lui sont dénués de toute signification. Ce qui, par la suite, l'a obligée à effectuer des recherches complémentaires, ou à se renseigner auprès de l'équipe de soins.

III. METHODOLOGIE

Après avoir effectué mes recherches bibliographiques, il m'a fallu nécessairement confronter ce qui était écrit, dans la littérature, à la réalité du milieu hospitalier. Pour cela, j'ai décidé de poursuivre mes recherches à partir d'entretiens avec différents professionnels de santé, dans la mesure où j'ai pensé que les réponses apportées pourraient être plus riches en données que celles obtenues par un questionnaire.

Avec l'aide de mon guidant, j'ai donc établi un guide d'entretien comportant des premières questions ciblées, tout d'abord, sur le profil de carrière des mes futurs interlocuteurs, la manière dont ils concevaient la rigueur au travail, et sur les moyens mis en place pour faciliter l'accueil d'un nouvel arrivant, dans leur service.

⁴¹ Op. Cit. p.4

⁴² Claude PINAULT- *Le syndrome du bocal*. Département BUCHET/CHASTEL de Méta-Editions. Septembre 2009, p.37-38 : l'auteur nous explique que, lors de son hospitalisation, il a demandé à une infirmière ce que voulait dire les lettres « PL », et celle-ci lui a répondu « *une ponction lombaire mon cher monsieur* », sur le ton de l'évidence, comme si la réponse devait être connue de tout le monde.

⁴³ Docteur Jacques CHATILLON. *Acronymes et abréviations*, in Courrier des lecteurs. Forum médical. Suisse.2007.

⁴⁴ Op. Cit. p.2

⁴⁵ Marie-Jeanne, élève infirmière 2ème année. *Langage professionnel - Infirmière: tout un programme*. Blog.04mars 2009.

Puis, j'ai axé mes autres questions sur la communication entre les soignants et notamment sur l'utilisation des acronymes, sigles et abréviations, et sur ce qu'ils pouvaient penser des avantages et/ou inconvénients de cette pratique.

Une fois cette étape achevée, il m'a fallu tester ce guide d'entretien auprès de professionnels appartenant à la population ciblée, de façon à vérifier l'intelligibilité et la justesse de mes questions. Cela m'a été permis en rencontrant une infirmière exerçant dans un service d'endocrinologie, et ayant également pratiqué par le passé en tant qu'infirmière libérale.

Ensuite, j'ai dû adresser différents courriers à la direction des soins de plusieurs établissements de santé, de façon à pouvoir obtenir un entretien avec des professionnels, susceptibles d'être concernés par l'utilisation de ces acronymes, sigles et abréviations.

J'entends par là des infirmier(e)s et des cadres de santé, population qui m'a semblé plus particulièrement concernée, dans la mesure où mes interrogations ont trait à la pratique quotidienne dans les services de soins.

A cette occasion, j'ai été reçu par différents professionnels de santé qui, de par leur expérience, m'ont permis d'apporter de nouveaux éclairages à mon enquête. Au total, j'ai eu l'opportunité de pouvoir rencontrer cinq personnes (voir tableau ci dessous).

IV. ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour commencer, avant chaque début d'entretien, j'ai demandé l'autorisation de pouvoir enregistrer nos conversations, de façon à pouvoir rester le plus fidèle possible aux réponses apportées, lors de la retranscription.

Voici d'ailleurs un tableau⁴⁶ qui reprend les caractéristiques de chacune des interlocutrices, afin de pouvoir mieux les situer, par rapport à leur ancienneté dans la profession, la fonction qu'elles occupent, et le lieu où elles exercent :

Lieu	Interlocuteur	Fonction	Années d'exercice dans la fonction
Service de chirurgie	Mme S	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière depuis 1994 • Cadre depuis 2006 	<ul style="list-style-type: none"> • 16 ans • 04 ans
Service de neurologie	Mme X	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière depuis 1992 • Cadre depuis 2006 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 ans • 04 ans
Service de pneumologie	Mme Z	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière depuis 1991 • Cadre depuis 2000 	<ul style="list-style-type: none"> • 19 ans • 10 ans
Service de réanimation	Mme A	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière depuis 1975 • Cadre depuis 1988 	<ul style="list-style-type: none"> • 35 ans • 22 ans
Service de cardiologie	Mme L	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière depuis 2006 	<ul style="list-style-type: none"> • 04 ans

⁴⁶ J'ai décidé d'attribuer une couleur différente à chaque personne, de façon à pouvoir reconnaître ses propos plus facilement, par la suite.

Lors de mes différentes requêtes, j'avais demandé à pouvoir m'entretenir soit avec des cadres, soit avec des infirmier(e)s. Il se trouve que j'ai rencontré quatre cadres infirmiers, et une seule infirmière. Je me suis fait cette remarque, pensant que cela pourrait peut-être fausser mon analyse. Puis finalement, je me suis dit, qu'avant d'être cadre, il fallait être infirmier(e). Cela m'a permis, en quelque sorte, de pouvoir connaître l'opinion de ces personnes, sous deux angles différents : d'abord le point de vue d'une infirmière, et ensuite celui d'une infirmière cadre. De plus, chacune d'entre elles ayant un cursus différent, et évoluant dans des services de soins tout à fait différents également, les réponses apportées n'en sont que plus utiles dans la conduite de mes recherches sur le sujet.

Ensuite, l'idée que ces personnes ont de la rigueur est partagée. Dans l'ensemble, lorsque je les ai questionnées sur le sujet, celles-ci m'ont cité assez rapidement l'application des protocoles, le fait de savoir prendre en compte les conseils des collègues plus anciens, le respect des horaires de travail. Egalement le fait de pouvoir être méticuleux dans son organisation, afin d'être plus efficace, mais aussi avoir un comportement irréprochable, vis-à-vis du patient. Que ce soit dans la manière de communiquer, ou dans la façon d'exécuter les soins. A ce titre, Mme S. pense que cette rigueur, bien que nécessaire au travail, doit être mesurée pour tout ce qui touche la relation à l'autre et dit : « *...rigueur sur la qualité des soins, mais rigueur à tempérer sur tout ce qui est organisation relationnelle, car la rigueur dans du relationnel, c'est, à mon sens, pas du tout pertinent... Donc, voilà, rigueur sur certains points, mais pas sur tout.* »

Quant à Mme A., qui travaille dans un service de réanimation, la rigueur peut-être associée à de la discipline, qu'elle soit dans la façon de dispenser les soins, dans le rangement des locaux ou dans l'organisation des différentes tâches. Elle précise que l'habitude est un facteur dont il faut se méfier : « ***D'ailleurs, l'habitude, c'est quelque chose de très mauvais pour la rigueur.*** »

En poursuivant l'analyse de mes entretiens, il s'avère qu'une personne seulement, Mme Z, m'a parlé de la nécessité d'effectuer des transmissions claires et précises : « *Et ben, ça se traduit par le fait qu'on fait les choses dans les temps..., et puis, dans les transmissions, essayer d'être bien précis, dans ce qu'on dit, dans ce qu'on écrit* ». Je me suis alors demandé si les autres personnes interrogées pensaient qu'elles n'étaient sujettes à aucun dysfonctionnement. J'ai donc, lors des entretiens, essayé d'en savoir plus sur ce qu'elles pensaient de l'utilisation du dossier de soins, des pratiques de langage au sein des équipes, qu'elles soient orales ou écrites. Et notamment, connaître la place qu'occupent les sigles, les acronymes et les abréviations dans leur quotidien professionnel. La réponse ne s'est pas faite attendre car toutes m'ont affirmé en utiliser régulièrement dans leur service. Je leur ai donc demandé à quelle occasion, et dans quelles situations elles étaient amenées à le faire. Et quels avantages cette façon de communiquer présentait-elle?

Il en ressort que, dans la pratique professionnelle, l'ensemble des infirmières utilise cette façon de communiquer, car cela revêt, pour elles, quelques avantages. D'abord, cela a un côté pratique, dans la mesure où le langage et la lecture paraissent plus fluides⁴⁷. Certaines précisent, à ce sujet, que le fait d'avoir « des cases trop petites », dans les dossiers, ou sur les tableaux réservés aux plannings de soins, nécessite d'adapter son écriture pour gagner de la place.

Ensuite, l'écriture est plus rapide, et en même temps, cela leur évite d'avoir à réécrire ou répéter, chaque fois, les mots en entier. Et puis, selon elles, le fait de prononcer tous les mots en entier alourdirait les phrases, à l'instar du texte de J.HESKA⁴⁸, et constituerait une perte de temps. D'ailleurs, les cinq personnes interrogées se rejoignent sur ce point :

- Mme S. se montre catégorique et me dit, au cours de l'entretien : « *...la rapidité d'écriture, c'est indéniable* ». Ses propos sont rejoints par ceux de Mme X, qui affirme : « *...c'est un gain de temps dans l'écriture, c'est vrai ! Mais, sinon, j'en vois pas d'autre, c'est juste un gain de temps* ».

- Mme L., qui est la seule infirmière, sans occuper la fonction de cadre, se montre un peu plus précise, quant aux raisons qui la motivent à s'exprimer de la sorte : « *...La rapidité*

⁴⁷ Idée reprise par le Dr Di COSTANZO. Cadre conceptuel, p.9.

⁴⁸ Cf. Annexes. Texte intitulé « *Un monde idéal où les acronymes n'existent pas* ».

d'écriture. On a tellement de paperasse à faire, on a tellement de choses à remplir... que s'il faut commencer à écrire tous les mots en entier... On en finira pas. En plus, les termes médicaux sont assez compliqués, alors c'est plus facile de les écrire en abréviations ou en acronymes ». Puis, plus tard, elle me confie y trouver un avantage, également, lors de la relève : « Lors des relèves, aussi, on n'a pas beaucoup de temps pour faire le tour des patients⁴⁹. Du coup, il faut aller à l'essentiel, et c'est vrai que les acronymes et les abréviations permettent d'aller plus vite ».

- Mme Z., quant à elle, est plutôt axée sur l'expression elle-même, et pense que cela permet un débit plus rapide : « *...ben, ça raccourcit peut-être certains termes, donc peut-être une rapidité dans la formulation des choses... que l'on n'a pas si on utilise le terme exact* ».

- Mme A., la plus anciennement diplômée parmi mes cinq interlocutrices, se montre plus réservée sur le sujet et ne voit, dans l'utilisation des sigles et des abréviations, qu'un avantage relatif, dans les écrits : « **Moi j'en vois...j'en vois pas... A l'écrit peut-être...** ». Plus tard, elle précise que ceux qu'elle tolère sont uniquement ceux qui sont admis et reconnus, dans son service, et qui ne sont donc sujet à aucun problème d'interprétation : « **On a le droit à l'acronyme si on a donné sa définition en premier lieu. Par exemple, si, on a des acronymes qu'on utilise souvent... Je ne vois pas une infirmière marquer « fréquence respiratoire, fréquence cardiaque** », elle va mettre « FR, FC ». Mais là, c'est vrai qu'on est... Là, c'est des acronymes de terrain. Effectivement, ceux-là, oui... ».

D'autres raisons viennent s'ajouter au fait que les professionnels continuent d'utiliser cette forme de langage :

1) **L'habitude** : en effet, ayant l'occasion de les utiliser régulièrement, « *c'est rentré dans les mœurs* », comme m'a confié une de mes interlocutrices, Mme X.

Mme S, quant à elle, avoue utiliser exclusivement une base commune de sigles et d'abréviations qui, à ses yeux, ne peuvent être la cause d'une quelconque erreur d'interprétation. Elle me dit : « *...tous ceux que nous utilisons sont issus du tronc commun, que tout le monde connaît* ».

Et si danger il y avait, notamment dans les écrits, il lui paraîtrait alors nécessaire d'en préciser le sens, dès la première utilisation.

Elle ajoute, par rapport à cela : « *Moi-même, quand je fais un courrier et que j'utilise plusieurs fois les mêmes acronymes ou abréviations, comme vous voulez, j'aime bien établir une liste avec les définitions, pour éviter de les réexpliquer à chaque fois* ».

En outre, plusieurs des personnes interrogées pensent que les acronymes sont surtout d'origine médicale, et que les infirmières ne font que reproduire ceux qui leur sont transmis par les médecins avec lesquels elles travaillent. Elles précisent alors, qu'en cas de doute, il est toujours possible de contacter l'auteur afin de corriger une éventuelle ambiguïté.

Par exemple, Mme Z. qui parle de ses souvenirs d'étudiante : « *C'est un peu, je me souviens... comme quand on est en cours... On prend des notes, on recopie les acronymes et les abréviations des médecins, et si on ne comprend pas, on demande, et après, on peut les utiliser, en sachant de quoi on parle* ».

Mme A, quant à elle, se réfère à ce qu'elle voit dans les dossiers médicaux et affirme : « **Oui...Oui... Et là, on en retrouve ! Parce que bien souvent, les infirmières recopient comme c'est écrit dans le dossier médical...ça vient des médecins ! Enormément. D'ailleurs, les acronymes sont médicaux.** »

2) **Un facteur d'intégration et d'identité professionnelle** : lorsque nous avons abordé les conditions favorables à l'intégration d'un nouveau membre, dans une équipe de soins, plusieurs éléments ont retenu mon attention.

D'abord, certaines interlocutrices m'ont avoué préférer être présentes lors du premier entretien d'embauche, car elles estiment que leur approbation doit rester primordiale dans le choix d'un candidat. En effet, comment un nouveau professionnel pourrait-il s'épanouir, au sein d'une équipe, sans avoir été accepté par son futur supérieur hiérarchique direct ?

⁴⁹ Cf. propos d'Olivier GUEGUAN. Op. Cit. Cadre conceptuel, p.9

A ce sujet, Mme S pense que cette situation constituerait un frein important dans le bon déroulement du travail quotidien, voire un facteur de mauvaise ambiance au sein de l'équipe : « *...je pense qu'il est important de participer à l'entretien d'embauche. Je pense que c'est intéressant, car si on propose un professionnel à un cadre, alors que le cadre n'a pas fait le choix de ce professionnel, ça peut être déstabilisant et le professionnel peut le ressentir* ».

Ensuite, l'accueil du nouvel arrivant, qui passe par une présentation de l'équipe, du service et des locaux, des pathologies rencontrées, avec éventuellement la remise d'un livret d'accueil, livret qui tend à être de plus en plus présent dans les services de soins. Ce dernier a pour but d'aider la personne à se familiariser, progressivement, avec son nouvel environnement. Le fait d'avoir accès à cet outil serait d'ailleurs, pour certaines, une façon de rendre les premiers jours moins anxiogènes pour le nouveau soignant.

Dans la mesure du possible, une doublure également, d'une durée plus ou moins longue (de deux à quinze jours selon le service) est quelquefois mise en place, de façon à ce que la personne, nouvellement arrivée puisse bénéficier de l'expérience d'un collègue plus ancien. Cependant, il semble que la doublure soit devenue quasiment impossible, dans certains services comme celui de Mme X., qui me dit, lors de l'entretien : « *...quand on arrive à faire une doublure de deux jours, avec le planning, c'est déjà bien !... Voilà... Il n'y en pas, parce qu'aujourd'hui, on recrute de date à date. Quelqu'un arrive quand quelqu'un d'autre part... Alors, des fois, avec le planning, on arrive à jongler deux jours* ».

Ce soutien peut prendre la forme d'un apprentissage technique sur de nouveaux appareils, de connaissances théoriques complémentaires et spécifiques, quant à la prise en charge des patients, ou encore sur l'organisation et l'acquisition du langage propres au service.

En effet, le fait de faire partie d'un même groupe, et de parler un langage commun à l'équipe, favoriserait, selon les personnes que j'ai pu rencontrer, une meilleure intégration et, par la suite, une reconnaissance du nouvel arrivant par ses pairs : « *...Et quand le jeune professionnel commence à bien utiliser le vocabulaire et les acronymes, ben oui, c'est comme une porte qui s'ouvre... La reconnaissance professionnelle...* », pour reprendre les termes de Mme X., cadre de santé en neurologie.

Mme A. également, pense que cette reconnaissance vient des pairs, et notamment du médecin qui semble jouer, selon elle, un rôle primordial par rapport à l'intégration du nouvel arrivant dans le service : « ***Par exemple, les infirmières, elles travaillent énormément en collaboration avec l'équipe médicale. C'est le médecin qui va donner ce sentiment de reconnaissance à l'infirmière parce qu'il va lui dire si oui ou non son travail est bien fait. Et c'est pareil.... Je pense que... Actuellement, c'est les entretiens d'évaluation. On voit bien que les jeunes infirmières, quand elles arrivent à comprendre les situations, à avoir plus de sérénité lors des prises en charge, ont ce sentiment de reconnaissance...*** ».

D'ailleurs, dans certains services, il a été établi une liste des abréviations et des sigles couramment utilisés, de manière à ce qu'une personne novice puisse s'y référer en cas de doute ou d'incompréhension, de façon à pouvoir se l'approprier par la suite.

Mme X. va même plus loin, et rejoint les pensées de Rose-Marie MIQUEAU⁵⁰. Elle explique ce phénomène par le fait que, dans chaque profession, il existe un vocabulaire spécifique, et qu'une personne qui ne parvient pas à s'approprier le langage du groupe de travail, où elle se trouve, se sentira peut-être exclue : « *Se sentir exclue, oui. Mais bon, je pense que ce n'est pas une volonté d'exclure qui que ce soit, quand on utilise des acronymes. Mais c'est sûr que ça a pour conséquence ou pas de faciliter l'intégration. Enfin, je veux dire, en neurologie, par exemple, le vocabulaire est très particulier. La terminologie est complexe, elle est riche. Et donc, quand on n'intègre pas tout ça, et dont les acronymes, car on en utilise beaucoup, ben, on est à côté, quoi...*

Forcément, si on ne sait pas quoi en faire, et qu'on ne les comprend pas vite, on a l'impression d'être exclu... Et une fois qu'on maîtrise un peu plus la terminologie, ces acronymes, on se sent plus intégré... Quand les infirmières ont plus de facilités, lors des transmissions, à lire ou à dire ces acronymes, elles ont droit à...à...à plus de respect de la part de leurs collègues. ».

D'ailleurs, Mme L. semble être de son avis quand elle dit : « *Chez nous, tu auras des acronymes comme « BAV », « IVG », « IVD », « FC »... Et plein d'autres... Donc, il faut quand même savoir ce*

⁵⁰ Propos de Rose-Marie MIQUEAU – Cadre conceptuel. p.5

que ça veut dire, sinon, tu n'as rien à faire dans le service... Et puis, c'est presque un langage courant pour nous. Pour les soignants... ». Plus tard, elle ajoute : « On a la langue « normale » pour les gens qui ne sont pas soignants, et une autre langue pour nous... ».

Mme Z., également, pense que le groupe de travail possède sa propre façon de communiquer : « *Parce que c'est vrai qu'aussi bien au niveau médical qu'au niveau paramédical, c'est le même langage qui est employé.. Donc, on a intérêt à s'y faire très rapidement... à chercher à savoir très rapidement ce que veulent dire les différents sigles, les différentes abréviations... Pour moi, ça me fait penser à la culture de groupe ; voilà, ça veut dire, j'appartiens à un groupe, je suis dans ce groupe là de travail. Et on parle de telle façon...*

Parce que vous allez dans une autre réa... on va retrouver, évidemment, certains termes pareils, mais après, il va y avoir des spécificités en fonction des services où vous allez aller... ».

Néanmoins, même si elles partagent la même opinion sur le fait que ne pas parler le même langage pourrait engendrer l'exclusion d'un professionnel au sein de l'équipe, Mme Z. et Mme X. semblent avoir un point de vue divergent sur les intentions qui pourraient conduire certains soignants à s'exprimer ainsi :

- Mme Z. : « *Oui, oui... Oui. Oui, tout à fait. Si ça ne passe pas avec quelqu'un, je pense qu'on est capable de faire exprès d'utiliser un langage qu'il ne comprend pas. Et ça permet... ben de l'écarter encore plus, quoi... et en même temps, de ne pas l'intégrer au groupe ».*

- Mme X. : « *Se sentir exclu, oui. Mais bon, je pense que ce n'est pas une volonté d'exclusion qui que ce soit quand on utilise des acronymes. Mais c'est sûr que ça a pour conséquence ou pas de faciliter l'intégration ».*

Cependant, la plupart d'entre elles reconnaît qu'il existe certains inconvénients liés à l'utilisation de ces sigles, acronymes ou abréviations, dans la mesure où certains peuvent comporter un sens caché ou un risque de confusion.

Elles ont d'ailleurs connu au moins une situation où elles se sont retrouvées confrontées à des termes dépourvus de sens, et qui les empêchaient de comprendre parfaitement l'état du patient. A ce sujet, Mme Z., m'a parlé de ses débuts, et notamment des difficultés, liées au langage du service :

« *...quand je suis arrivée, le premier mois, j'avais l'impression d'être dans un autre monde, et je ne comprenais rien à ce qui se disait... ».*

Mme L. semble être, elle aussi, du même avis : « Au début, ça me choquait, et puis ça m'énervait aussi... tu vois tout le monde aller super vite, tout autour de toi... En plus, on te parle avec des termes que tu ne comprends pas. Je me suis dit « *Mais qu'est-ce que je fous ici... ?* ».

Cela peut être le cas, lorsqu'elles prennent en charge un patient d'un autre secteur, et qu'alors, à la lecture du dossier médical, et notamment en ce qui concerne les antécédents médicaux, elles se retrouvent face à des informations imprécises ou incomplètes. Le danger serait donc présent, à partir du moment où on n'est plus capable de replacer ces derniers dans un contexte approprié.

A ce sujet, leurs témoignages m'ont fait prendre conscience, davantage, de la nécessité de se montrer le plus explicite possible, lorsqu'il s'agit de transmettre des données médicales .

Mme Z. illustre parfaitement quand elle dit : « *Ce qui est écrit n'est pas forcément assez précis... avec une écriture, euh..., très spécifique à la profession... qui n'est pas forcément « entendable » par tout le monde... Je vous dis ça parce que moi j'ai eu des difficultés quand je suis arrivée ici, il y avait des comptes-rendus avec des abréviations et du vocabulaire spécifiques au service, que je ne comprenais pas...c'est ce que j'ai vécu quand je suis arrivée ici ».*

Elles admettent alors le fait qu'une personne, extérieure au service, éprouvera peut-être encore plus de difficultés à « déchiffrer » le code établi. Voici quelques situations dont nous avons pu parler lors de mon enquête auprès des professionnels :

1) Cela peut être le cas, par exemple, quand elles vont se trouver face à la famille d'un patient, ou devant le patient lui-même ; il leur faudra alors adapter le langage par rapport aux connaissances et aux capacités de compréhension du patient ou de son entourage.

En effet, il arrive parfois que les médecins fournissent des explications au patient, sur son état de santé, et ce, dans un langage que certaines jugent être du « charabia ». Cela oblige les infirmières à parfois reformuler les propos pour les rendre plus accessibles à la personne soignée, comme cela a été le cas pour Mme X. : « *C'est comme les médecins quand ils parlent devant les malades... Parce*

qu'ils sont dans leurs trucs, ils ont la connaissance, ils connaissent le vocabulaire... Et ils oublient qu'en face, ils ont des gens qui sont novices... et qui ne sont pas compétents.

Donc, à un moment donné, il faut les faire atterrir, il faut leur dire que pour la personne qui est en face d'eux, c'est du charabia. Donc, il faut se mettre à la portée des gens... ».

Parmi les cadres interrogées, certaines ont reconnu qu'elles avaient même dû déjà reprendre certaines collègues qui employaient un vocabulaire professionnel trop élaboré et inadapté aux patients.

A ce sujet, Mme Z. souligne : *« J'ai déjà remarqué, par exemple, qu'à certaines familles, quand les infirmières leur parlent, elles utilisent les acronymes. Et bon, je sais que moi, au début, je leur ai demandé de faire attention.*

Je leur disais « attention, je suis pas sûr que la famille a compris ce que vous leur avez dit, parce que...euh..., les termes que vous employez ne sont pas habituels pour eux ».

2) Ou encore cet exemple, donné par Mme Z., sur l'étudiant infirmier, à qui on demande, en premier lieu, d'apprendre le vocabulaire professionnel, dans son institut de formation.

Par la suite, elle constate alors qu'il doit dans certains cas, en plus des termes enseignés, adapter ces derniers au vocabulaire de l'équipe dans laquelle il vient d'arriver : *« Euh, oui, je pense... Je pense que c'est d'autant plus difficile, parce qu'il a déjà du mal à intégrer, ...euh... les termes qui correspondent vraiment aux choses, et faut en plus intégrer un nouveau vocabulaire...qui n'est pas forcément logique, en plus... Bon, ya des fois, c'est logique, mais ya des fois, on trouve des abréviations qui sont pas du tout logiques, quoi... ».*

En tant qu'étudiant infirmier, moi-même, je n'ai pu qu'approuver ce point de vue, puisque ma question d'étude découle d'une situation semblable.

3) Et que dire des équipes de secours, constituées de professionnels, présents, parfois, pour une très courte durée, et à qui on va demander de prendre en charge rapidement les patients du secteur ?

En effet, exceptés les services très spécifiques, comme par exemple la réanimation, où il s'agit le plus souvent d'équipes de secours rôdées, il arrive, notamment dans le secteur privé, que certaines infirmières viennent effectuer un remplacement pour une seule journée. C'est le cas de celles qui sont employées par le biais de l'intérim.

Il est alors vraisemblable de penser, comme Mme Z. : *« Ben non, elle aura pas le temps... Moi, j'ai travaillé comme équipe de secours, ben ya des choses, vous les survolez, car vous pouvez pas. Vous pouvez pas tout connaître dans le service... Vous allez un jour à un endroit, un jour à un autre... C'est pour ça, faut assurer le quotidien... C'est savoir donner les médicaments, savoir faire les pansements, euh...être auprès de la personne, l'écouter, et le reste, ma foi...on va pas plus loin... ».*

C'est pour cette raison que les transmissions devront être claires et précises, de façon à écarter tout risque de difficultés ou d'erreurs d'interprétation.

V. RETOUR SUR HYPOTHESES

Arrivé à cette étape de mon travail de fin d'études, il devient nécessaire de revenir sur mes deux hypothèses de départ, et de définir si ces dernières doivent être confirmées ou infirmées.

Commençons par citer, à nouveau, la première :

Les infirmier(e)s continuent d'utiliser cette façon de s'exprimer car ils/elles pensent que le risque est moindre, dans la mesure où chaque membre de l'équipe est censé connaître, voire « maîtriser ce langage » qui les distingue d'une personne étrangère au service.

Après l'étude du cadre conceptuel et l'analyse de mes entretiens, j'ai décidé de confirmer cette première hypothèse. En effet, à travers les différentes données que j'ai pu recueillir, j'ai pu constater que chaque profession possède un vocabulaire qui lui est propre, à l'instar du métier d'infirmier.

C'est la force de l'habitude et l'exigence de rapidité qui fait que les soignants finissent par utiliser cette terminologie, et ce mode d'expression qui semble les rapprocher.

C'est ainsi que, convaincus du caractère inoffensif de cette forme de langage, ils continuent d'employer sigles, acronymes et autres abréviations.

Rappelons ensuite quelle était ma deuxième hypothèse :

Certains infirmier(e)s, dans le but de s'intégrer dans une équipe, s'approprient le langage qui y est employé. Cela constitue une sorte de « mimétisme » qui permet à ces soignants une adaptation plus rapide, tout en gardant le souci de ne pas perturber les habitudes de l'équipe.

Je pense que cette seconde hypothèse mérite également d'être validée, dans la mesure où, aujourd'hui, que ce soit dans les services de soins ou dans d'autres secteurs professionnels, le rythme imposé par le monde du travail fait que toute personne novice va devoir s'adapter rapidement aux règles et aux contraintes inhérentes à sa nouvelle fonction.

C'est d'ailleurs en vertu de ce désir d'adaptation que les nouveaux arrivants décident d'adopter le langage reconnu comme nécessaire à la pratique, quitte à faire fi des problèmes de compréhension que cela pourrait engendrer.

VI. DIFFICULTES RENCONTREES

Malgré le plaisir que j'ai eu à traiter mon sujet, il me paraît important de parler des problèmes que j'ai pu rencontrer lors de sa réalisation. Des difficultés dont je vais parler ci-dessous :

- d'abord, citons les contraintes de rédaction imposées, et notamment le fait que le mémoire doit obligatoirement comporter entre quinze et vingt pages. Il m'a donc été nécessaire de faire un choix entre les différentes parties à aborder, au détriment d'autres qui auraient pu présenter également un intérêt par rapport au thème.

- ensuite, mon sujet traite d'un fait bien précis. Lorsque j'ai voulu effectuer des recherches sur les acronymes, les sigles ou les abréviations, j'ai dû, bien souvent, faire face à de longues listes d'acronymes, utilisées en pharmacologie, en médecine, ou même dans la vie courante. Mon problème a donc été de trouver des écrits concernant les risques et les difficultés que ce langage pouvait occasionner.

- l'aménagement du temps, également, est un élément que j'ai dû apprendre à gérer, au cours de cette année. En effet, le travail de fin d'études est une tâche qui m'a demandé plusieurs centaines d'heures. En outre, en tant qu'élève rémunéré pendant la formation, j'ai eu pour obligation d'assister à tous les cours dispensés au sein de l'établissement.

C'est pour ces raisons que, comme de nombreux étudiants dans mon cas, il a fallu, en fin de journée, que je partage mes activités entre les études consacrées aux modules et celles consacrées à ce travail de fin d'études, tout en gardant à l'esprit le souci de ne pas léser ma vie privée, et plus particulièrement mes proches.

- je dois dire, enfin, que le fait de devoir envoyer, chaque fois, une demande d'autorisation, dans le but d'obtenir un entretien, a constitué un obstacle majeur, dans la mesure où les réponses ont été parfois très tardives. Cela a eu pour conséquence de bloquer l'avancée du travail, et plus précisément l'analyse globale des rencontres effectuées sur le terrain.

D'ailleurs en ce qui concerne les entretiens, une difficulté qui n'est pas des moindres, elle non plus, est celle d'avoir dû apprendre à poser des questions de la façon la plus diplomate possible, afin de ne pas donner aux interlocuteurs le sentiment de focaliser trop négativement sur leurs pratiques professionnelles.

VII. CONCLUSION

Finalement, il semble qu'aujourd'hui, la communication ne puisse plus se passer de sigles, d'acronymes, ou d'abréviations. Nous en utilisons même dès notre plus jeune âge. N'avons-nous pas commencé notre scolarité par le CP, le CE1, le CE2, et plus tard, continué par le CM1 et le CM2 ?

Et quel enfant n'a pas tremblé devant les COD, COI, et autres COS⁵¹ au cours de l'enseignement primaire ?

Il semble, également, qu'avec les progrès techniques dont nous pouvons jouir aujourd'hui, les adolescents maîtrisent davantage le langage dit « SMS », au détriment parfois de leur langue maternelle.

De même, il n'est plus surprenant, de retrouver ce type de communication dans le milieu professionnel. D'ailleurs, à travers ce mémoire, nous avons pu constater à quel point ceux-ci étaient présents dans le domaine qui nous intéresse, celui du milieu paramédical.

Je reconnais, bien évidemment, la possibilité d'une interprétation erronée, liée à l'ambiguïté d'un bon nombre d'entre eux. Cependant, il apparaît, suite à mes recherches, que les soignants ne sont dépourvus ni de rigueur, ni de conscience professionnelle, dans la mesure où ils considèrent ces traits de caractères comme primordiaux, dans le domaine de la santé.

Une fois encore, ce sont les habitudes, l'exigence de rapidité, associée à un manque de temps, et l'influence de l'environnement sur les individus qui semblent présider, parmi les principales causes d'utilisation.

Alors, quelle attitude adopter face à cette forme de langage ? Faut-il la proscrire définitivement ?

Je ne pense pas qu'il faille en arriver à cela. D'ailleurs, au moment où je conclue mon travail, ne suis-je pas, moi-même, un ESI qui vient de réaliser un TFE et qui, plus tard, devra passer une MSP pour obtenir son DE⁵² ?

Je dirais plutôt que tout est question de mesure, et qu'il faut bien prendre garde à ce que l'on dit ou ce que l'on écrit. Alors, tirons la sonnette d'alarme.

Car si un jour nous perdons le contrôle de notre propre langue, nos comptes-rendus pourraient bientôt ressembler à peu près à cela : « AVP, VL-PL / TC-PC / ATCD = 0 / TTT : 2 VVP 14 + 18 G (abg et abd) / 2 RL, 2 GFM, 2 HEA (total 3 L) / IOT + VC / ACR, puis RACS, puis ACR, puis DCD⁵³ ».

Peut-être devons-nous également nous poser d'autres questions. Faut-il continuer de servir cette exigence de rapidité dont nous faisons preuve au quotidien ?

Et justifier l'usage d'un tel langage, au nom de l'habitude, n'est-il pas un comportement inapproprié, au sein d'une profession qui, au-delà de son caractère humaniste, en appelle à des valeurs comme le professionnalisme ou le devoir de remise en question ?

⁵¹ Notions de grammaire de base enseignées au cours primaire que sont le complément d'objet direct, le complément d'objet indirect, et le complément d'objet second.

⁵² Traduction : « ...ne suis-je pas un élève, en soins infirmiers, qui vient de réaliser un travail de fin d'études et qui, plus tard, devra passer une mise en situation professionnelle pour obtenir son diplôme d'état? »

⁵³ Traduction : « Accident de la voie publique, véhicule léger contre poids lourd / Trauma crânien avec perte de connaissance / Pas d'antécédent / traitement : 02 voies veineuses périphériques : une (avec cathéter de calibre 14 gauge) au niveau de l'avant-bras gauche + une seconde (avec cathéter de calibre 18 gauge) au niveau de l'avant-bras droit / Solutés de perfusion utilisés : 02 Ringer Lactate, 02 Gélamines Fluides Modifiées, 2 Hydroxy-Ethyl-Amidon (au total 03 litres) / Intubation oro-trachéale + Ventilation contrôlée / Arrêt cardio-respiratoire, puis récupération de l'activité cardiaque spontanée, puis à nouveau arrêt cardio-respiratoire, puis patient décédé ».

BIBLIOGRAPHIE

Liste documents bibliographiques

OUVRAGES

Alex MUCCHIELLI et Claire NOY - *Etudes des communications: approches constructivistes*. Editions Armand COLIN. 2005. Paris.240 pages.

Claude PINAULT - *Le syndrome du bocal*. Département BUCHET/CHASTEL de Méta-Editions. Septembre 2009. 346 pages.

Code de la santé publique :

- Décret N. 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V. Articles R.4311-1 jusqu'à R.4311-15

- Circulaire n°88 du 15 mars 1985

- Circulaire DHOS/P 2 no 2005-258 du 30 mai 2005 relative à la reconnaissance des diplômes d'infirmier détenus par des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen acquis dans un Etat tiers (SANH0530212C).

Dictionnaire Larousse compact. Editions Larousse. Version 2005. Paris. 1478 pages.

Dictionnaire Le petit Robert. Editions Les dictionnaires ROBERT- CANADA S.C.C. Montréal, Canada. Version 1990. 2172 pages.

Didier ANZIEU, Jacques-Yves MARTIN - *La dynamique des groupes restreints*. Editions Presse Universitaires de France. Octobre 2004.324 pages.

E.H.ERIKSON - *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Editions FLAMMARION. 1990 (édition originale, 1968).

Patrice CARTIER - *Le langage des sigles*. Editions De la Martinière. Avril 2009. PARIS. 219 pages.

Philippe RIVIERE. *La bonne école. Tome 1: penser l'école dans la civilisation industrielle*. 13 septembre 2000. Editions Champ Vallon. Collection Milieux. 134 pages.

Roman JAKOBSON - *Closing statements : Linguistics and Poetics, Style in langage*, T.A. Sebeok, New-York, 1960. Pour la traduction de Nicolas RUWET : « Linguistique et poétique », *Essais de linguistique générale*, Éditions de Minuit, Paris, 1963.

ARTICLES DE PERIODIQUES

Anne CHARLOT - *Qu'est devenue notre identité professionnelle?*, in Revue de l'infirmière. Octobre 2006. Mensuel n°124,p.13.

Catherine N. *La siglophilie: de l'utilisation extensive des sigles dans l'éducation nationale et dans le champ médico-social*, in NERVURE.1996.vol.9, n°8.pp.69-74

Emmanuelle DEBELLEIX - *Réanimation : la vigilance en collectif*, in L'infirmière magazine - Campus. Octobre 2009. n°14. pp18-21

Isabelle FLACHAIRE de ROUSTAN - *Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité*, in Revue de l'infirmière. Octobre 2009. Mensuel n°154.pp.32-34.

Michèle GROSJEAN et Michèle LACOSTE - *L'oral et l'écrit dans les communications de travail, ou les illusions du tout écrit*, in Sociologie du travail. 1998. n°4.

Olivier GUEGUAN – *Réflexions sur les transmissions*, in Revue « L'aide-soignante ». n°37, p.24.mai 2002.pp.24-25

Pascal SCHINDELHOLZ – *L'identité infirmière existe-t-elle ?*, in Revue trimestrielle Soins cadres. n°57. Février 2006.pp.58-60

SITES INTERNET

APM International. *Sigles médicaux: attention danger!*.TICsanté.com - le journal APM de l'informatique. Dépêche n°182.12 février 2009.

Disponible sur internet: <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=182>

Anne-Sophie NYSSSEN. *Travail, l'impossible respect des règles*. Sciences humaines. juillet 2008. In mensuel n°195. Actualités de la recherche - Le corps sous contrôle. Article disponible sur internet: www.scienceshumaines.com/travail-2c-l-impossible-respect-des-regles_fr_22399.html

Béatrice TURPIN. *Le jargon, figure du multiple*. La linguistique 2002/1,38.pp.53-68. Disponible sur internet:

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=LING&ID_NUMPUBLIE=LING_381&ID_ARTICLE=LING_381_0053

Catherine Di COSTANZO. *Les secrets du vocabulaire médical* - Formation santé droit.12 janvier 2009.

Disponible sur internet: www.formationsantedroit.org/article-26688694.html

Claire TOURMEN. *Qu'est-ce que l'identité professionnelle?* Disponible sur internet:

http://www.didapro.educagri.fr/fileadmin/user_upload/Identite_professionnelle.pdf

Docteur Jacques CHATILLON. *Acronymes et abréviations* - Courrier des lecteurs. Forum médical.

Suisse.2007. Disponible sur internet: www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/...39/2007-39-237.PDF

Encyclopédie Chat-land. *L'importance de la communication au sein de l'entreprise*. Disponible sur internet:

http://encyclopedie.chat-land.org/L'importance_de_la_communication_au_sein_de_l'entreprise

Eva KELEMEN. *Le procédé de siglaison dans le français contemporain*. Revue d'études françaises.

janvier 1996.pp.53-63.Disponible sur internet: cief.elte.hu/Espace_recherche/.../KELEMEN_EVA.PDF

Helen Mc GURRIN. *Message* - Représentant de la communauté. Hôpital d'Ottawa.2003. Disponible

sur internet: <http://www.ottawahospital.on.ca/hp/dept/nursing/qi/community-rep-e.asp>

J. HESKA. *Un monde où les acronymes n'existent pas*. 27 juillet 2009. Texte disponible sur internet :

<http://www.jheska.fr/article-34154505.html>

Marie-Jeanne, élève infirmière 2ème année. *Langage professionnel - Infirmière: tout un programme*.

Blog.04mars 2009. Disponible sur internet: mariejeanne.esi.over-blog.com/article-28636099.html

Médecine, fiche brève - *Attention au jargon médical*. Volume 4, in n°6. Juin 2008. Disponible sur

internet: <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/40/36/breve.md>

Nadia ROUSSEL. *Le niveau d'investissement au travail: entre rigueur et perfectionnisme*. BCH

Consultants - Services psychologiques et psychosociaux - Bulletin PAE. Disponible sur internet:

www.consultantsbch.com/.../Travail.../Le%20niveau%20d'implication%20au%20travail%20B..doc

Roman JAKOBSON. *Schéma de la communication générale*. Disponible sur internet :

http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Schema_communication_generale_jakobson.png

Rose Marie MIQUEAU. *La discipline, soumission au réel indispensable au respect de la vie*. Ecole éducation et culture Alcuin. 25 octobre 2005. Disponible sur internet: www.eec-alcuin.fr/La-discipline-soumission-au-reel-indispensable-au-respect-de-la-vie_a20.html

Yann ROBIC. *Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité*. Mémoire cadre de santé. 2005. Disponible sur internet: <http://www.infirmiers.com/pdf/cadre-interdis.pdf>

ANNEXES

Acronymes médicaux à manier avec précaution

Voici quelques exemples d'acronymes qui peuvent nous induire en erreur lorsqu'il nous devient difficile de les replacer dans le contexte approprié :

ADP : Adénosine diphosphate, ou peut désigner une adénopathie.

AEG : Altération de l'état général ou, en chirurgie, désigne une arthroscopie de l'épaule gauche.

AMP : Aide médicale à la procréation (appelée également PMA, pour « procréation médicale assistée ») ou aide médico-psychologique.

AS : Aide-soignante ou assistante sociale.

AVC : Accident vasculaire cérébral ou Accès vasculaire central, ou même un accident de la vie courante.

AVP : Accident de la voie publique ou désigne l'hormone antidiurétique Arginine Vasopressine (connue également sous le sigle anglais ADH pour « Antidiuretic Hormone »).

BAV : En cardiologie, désigne un bloc auriculo-ventriculaire, mais peut désigner également une baisse de l'acuité visuelle, ou encore des bandes à varices (surtout utilisées par les aides-soignantes).

BIS : Bloc interscalénique en chirurgie, ou désigne l'index bispectral, un facteur à surveiller lors de l'utilisation d'un électro-encéphalogramme (EEG).

CC : Centimètre cube, unité utilisée lors des calculs de doses, mais peut nommer également un canal carpien.

CIV : Communication inter-ventriculaire ou cathéter intraveineux.

FO : Fond d'œil ou foramen ovale.

FR : Facteur de risque (quelquefois noté FdR) ou fréquence respiratoire.

HTA : Hypertension artérielle ou Hystérectomie totale abdominale.

IM : Insuffisance mitrale (qui mène à une cardiopathie) ou intramusculaire (voie d'injection).

INR : Injection de neuroleptique retard (quelquefois appelée NAP, pour « neuroleptique à action prolongée »), qui se fait en intramusculaire, ou International Normalized Ratio, qui se dose après une prise de sang. Ce dernier permet de mesurer le taux de prothrombine, facteur ayant un rôle important dans la coagulation.

IPP : Inter-phalangiennes proximales, inhibiteurs de la pompe à protons ou identifiant patient permanent.

IRA : Insuffisance *respiratoire* aiguë ou insuffisance *rénale* aiguë.

IRC : Insuffisance *respiratoire* chronique ou insuffisance *rénale* chronique.

IVD : Insuffisance ventriculaire droite (cardiopathie) ou intraveineuse directe (voie d'injection).

IVG : Insuffisance ventriculaire gauche ou interruption volontaire de grossesse.

LSD : Intervention chirurgicale thoracique qui désigne une lobectomie supérieure droite, mais LSD peut désigner également un psychotrope hallucinogène (du nom chimique allemand « **lyserge saüre diäthylamid** » **signifiant** « diéthylamide de l'acide lysergique »).

OD/OG : oreille droite/gauche, œil droit/gauche (l'œil gauche est également abrégé sous le sigle OS, pour « Ocula sinister »), oreillette droite/gauche.

PA : Désigne la pression artérielle, une personne âgée, une pancréatite aiguë, ou encore un principe actif.

PM : Prescription médicale ou pacemaker.

PC : Périmètre crânien ou perte de connaissance (on peut parfois lire « TC-PC » qui signifie « traumatisme crânien avec perte de connaissance »).

PV : Ponction veineuse ou prélèvement vaginal.

RA : Rétrécissement aortique ou rachianesthésie.

RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières ou réflexe anal inhibiteur.

RCP : Réanimation cardio-pulmonaire ou réunion de consultation (ou concertation) pluridisciplinaire.

RP : Radio pulmonaire ou rémission partielle (termes utilisés pour parler d'un patient atteint d'un cancer).

SC : Sous-cutané (utilisé pour désigner le mode d'administration lors d'une injection) ou surface corporelle (utilisé en cancérologie où la chimiothérapie nécessite de connaître la surface (en mètres carrés) que représente le patient).

SEP : Sclérose en plaques ou syndrome extrapyramidal (effet secondaire possible, chez un patient, lors d'administration de neuroleptiques).

TA : Tension artérielle ou téno-arthrolyse, en chirurgie. Autrefois, une tentative de suicide (TS, de nos jours) se nommait également TA, pour « tentative d'autolyse ».

TCA : Facteur de coagulation ou peut désigner, en psychiatrie, les troubles des conduites alimentaires.

TV : Tachycardie ventriculaire ou toucher vaginal.

TS : Tentative de suicide, tachycardie sinusale, temps de saignement, ou « temps suivant » (pour désigner des interventions non prioritaires, en chirurgie).

VM : Valve mitrale ou ventilation mécanique.

VS : Ventilation spontanée ou vitesse de sédimentation (facteur qui est mesuré, suite à une ponction veineuse, et qui concerne le nombre de globules rouges, leur volume, le taux de certaines protéines, et la viscosité du sang).

VVP : Voie veineuse périphérique ou valve ventriculo-péritonéale, utilisée en neurochirurgie.

Un monde idéal où les acronymes n'existent pas⁵⁴

Le Réseau Express Régional tanguait lentement au gré des bourrasques de vent.

- Dis, tu l'as eu où ton Digital Video Disc ? C'est le reportage qui est passé sur l'Association Relative aux Télévisions Européennes ?

- C'est mon copain qui me l'a acheté à la Fédération Nationale d'Achat des Cadres, quand j'ai passé mon Imagerie par Résonance Magnétique.

- Et c'est tout ce que tu as eu pour un Accident Vasculaire Cérébral ? Tu aurais dû chopper quoi pour obtenir ton chaton ? Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise ?

Les deux amies se mirent à rire.

- Tout ceci a été bénéfique. J'en ai marre d'être au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance. J'ai décidé de reprendre ma vie en main, mes études, de participer à l'EuRopean community Action Scheme for the Mobility of University Students. On veut aussi quitter notre Habitation à Loyer Modéré pourrie.

- Grâce à la maladie...

- Oui. Comme quoi, Ce Qu'il Fallait Démontrer.

⁵⁴ J.HESKA, dans ce texte, a voulu démontrer à quel point nos phrases pourraient « s'alourdir », sans l'existence d'acronymes et/ou d'abréviations. Disponible sur internet. Cf. Bibliographie.