



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La communication non verbale dans le prendre soin d'une personne atteinte de troubles cognitifs.



Formateur référent mémoire : CONTAMIN Bruno

BOUREL Camille  
Formation Infirmière  
Promotion 2018-2021

10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## **Diplôme d'Etat Infirmier**

### **Travaux de fin d'études :**

***La communication dans la prise en soin de personnes atteintes de troubles cognitifs.***

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

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

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

***Le 10/05/2021***

***Identité et signature de l'étudiant : Camille Bourel***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Le cheminement vers la question de départ</b>	<b>1</b>
Situations d'appels	1
Première situation d'appel	1
Deuxième situation d'appel	2
Des questionnements à la question de départ	4
Questionnements	4
La question de départ	5
<b>Cadre théorique</b>	<b>5</b>
La communication non verbale	5
Définitions	5
Les comportements non verbaux	6
L'importance du non verbal	7
Les différents signes non verbaux	7
La communication non verbale dans le prendre soin	9
Le prendre soin	10
Définitions	10
Prendre soin	10
Soin(s)	10
Care et caring	11
Prendre soin : une attention particulière	12
La complexité du prendre soin	12
Le prendre soin en tant que valeur	13
Troubles cognitifs	13
Définitions	13
Cognition	13
Fonctions cognitives	13
Troubles cognitifs	14
Manifestations des troubles cognitifs	14
Rôle infirmier dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs	15
la communication face aux troubles cognitifs	15
Altération de la communication	15
Intérêt du maintien de la communication	16
<b>Le dispositif méthodologique</b>	<b>17</b>
Dispositif	17
Objectifs de l'entretien	18
Limites du dispositif	18
<b>Analyse des entretiens</b>	<b>19</b>

Le prendre soin	19
Définition	19
Le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs	19
Spécificités	19
Posture soignante	21
Ressentis du patient	21
Troubles cognitifs	22
Définition	22
La communication avec des personnes atteintes de troubles cognitifs	23
La communication non verbale par rapport à la communication verbale	23
Intentions du soignant	24
La communication non verbale	24
Limites de la communication non verbale dans le prendre soin	24
Limites et obstacles	24
Malentendus	25
<b>Discussion</b>	<b>25</b>
La communication auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs	25
Veille soignante dans la communication non verbale	29
Des limites ?	31
<b>Question de recherche</b>	<b>32</b>
<b>Conclusion</b>	<b>32</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>34</b>
<b>Annexes</b>	<b>36</b>

## Remerciements

Nous y voilà. Après plusieurs mois d'écriture de ce mémoire, l'aboutissement de trois ans de formation, pour ce métier qui me passionne.

Je tiens tout d'abord à remercier les formateurs qui m'ont accompagné tout du long.

Merci à Bruno Contamin, référent MIRSI, pour son soutien apporté dans la confection de ce mémoire. A Murielle Lasbleiz, référente pédagogique, pour son accompagnement depuis le début de la formation. Et merci à Pascale Mancheron pour les temps qui m'ont été accordés à différentes étapes de la formation. Je me souviendrais de chacun des conseils.

Je remercie également les deux infirmières interviewées, pour leur contribution dans ce travail.

A présent je souhaite remercier ma famille, mes parents *Pascal* et *Valérie*, ma soeur *Marie*, mon petit ami *Suliac*, pour leur soutien incomparable et indispensable.

Merci à Maman pour la relecture. Merci à ma cousine, *Pascaline*, pour son aide.

Merci à Marie de m'avoir suivi dans toute cette aventure depuis l'oral du concours où elle était dans la pièce à côté, aux trajets pour aller en stage. Bientôt nous irons toutes les deux ensemble au travail. *Je t'en suis extrêmement reconnaissante.*

Je remercie mes meilleurs amis, *Guigui* et *Paulo*, pour leur présence et leurs précieux encouragements.

Merci à mes amis rencontrés durant ces trois années. Nous nous sommes soutenus dans cette formation qui peut être si belle et difficile à la fois. Nous sommes arrivés au bout, on a bien tenu la marée, et ce n'est que le début d'une belle aventure.

Je souhaite finir en adressant un mot à ma grand-mère, *Mamé*, grâce à qui ce mémoire a pris tout son sens. *La maladie t'a emprunté ta mémoire, mais je te fais la promesse de la faire perdurer.*

*"Le souvenir, c'est la présence invisible".*

“La parole peut dissimuler la réalité, alors que l’expression la révèle”

Claude Terrier

## **Introduction**

Dans le cadre de notre formation, le mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers est l'aboutissement de trois années d'études.

Au cours de ces trois années, nombreuses sont les expériences que j'ai pu rencontrer, toutes aussi différentes les unes que les autres. Malgré leurs différences, il y a un élément qui revient à chaque fois, c'est la communication. Sa complexité est importante, les visions que chacun se fait sur celle-ci sont tout aussi complexes. Durant ma formation, je me suis aperçue de son importance dans le prendre soin. Je me suis intéressée en particulier à la communication non-verbale, j'ai vite compris qu'elle pouvait parfois être bien plus expressive que la communication verbale. Par ailleurs, dans certaines situations, le non verbal se montre comme nécessaire, tel que dans le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs.

C'est pourquoi, je vais développer ma réflexion autour de la communication non verbale dans le prendre soin des personnes âgées, précisément, atteintes de troubles cognitifs. Au début de la formation, ces trois points étaient pour moi plutôt confus, j'ai pu les découvrir et les développer grâce à celle-ci. Par conséquent, le fait de les aborder en tant que sujet de mon mémoire a beaucoup de sens.

### **1. Le cheminement vers la question de départ**

#### **1.1. Situations d'appels**

##### **1.1.1. Première situation d'appel**

Au premier semestre, en première année, voilà une semaine que je suis en stage en unité de soins longue durée (USLD) : c'est une structure d'hébergement et de soins, dédiée aux personnes âgées de plus de soixante ans. En particulier, ce sont des personnes plutôt dépendantes et dont l'état clinique nécessite une surveillance paramédicale constante.

Cette première situation concerne un homme, âgé de 78 ans, Monsieur T. Il est hospitalisé dans cette unité pour, entre autres, syndrome démentiel. Monsieur T est un patient pour qui la mobilisation est difficile, il est en permanence contracté du côté gauche, en particulier. Aussi, il positionne souvent sa main sur sa tête. lorsqu'il n'est pas dans son lit, le patient est installé dans son fauteuil roulant confort. Également, pour Monsieur T., la communication non-verbale est d'une grande importance dans l'échange, étant donné qu'il ne parle plus. Par moment, il peut avoir des accès d'agressivité

physique, du fait de sa pathologie. Cela peut l'amener à taper, voir mordre les soignants qui le prennent en soin. Du fait de ces derniers éléments ainsi qu'à la suite de plusieurs chutes constatées, Monsieur T a une contention au niveau abdominal, que ce soit lorsqu'il se trouve dans son lit ou bien dans son fauteuil.

Ce jour, j'étais de matin, il était dix heures. Avec l'aide-soignante, nous nous sommes rendues dans la chambre de Monsieur T. pour la réalisation de sa toilette au lit. Mon rôle est d'aider à la mobilisation, ainsi qu'en prévention de tout geste brusque à notre rencontre. Quand je me suis approchée de lui sur le côté gauche, il me fixait du regard, il m'a tendu la main en signe de "bonjour", en retour j'ai pris sa main, je l'ai regardé tout en lui disant :

- "Bonjour Monsieur T."

Il m'a serré légèrement la main puis a attrapé la deuxième qui était à côté, de la même manière. Durant la petite toilette, le patient était très contracté ; j'aidais à la mobilisation comme cela était convenu. A un moment donné, dans un objectif de réconfort et pour qu'il se détende, j'ai caressé doucement le dessus des mains de Monsieur T avec mes pouces, il tenait toujours mes mains. Quelques minutes passent et il semble vouloir faire la même chose sur mes mains, il reproduit sensiblement le geste. La toilette continue, une fois celle-ci terminée, je fais en sorte que le patient lâche mes mains afin d'aider à son installation dans le fauteuil. Son regard, lui, était toujours bien présent et restait rivé sur ma collègue et moi-même, sur les gestes que nous réalisons.

Durant la petite toilette, le patient était agité, comme s'il réagissait à une sensation d'inconfort, cherchant à attraper les mains, les serrer, parfois fortement. Aussi, j'ai porté attention à son regard qui me semblait bien plus apaisé et moins interrogateur par rapport au début de la toilette et aux autres fois.

Ce moment a provoqué en moi un sentiment d'inattendu, d'attendrissement et d'empathie. Tel une sensation d'être utile, de provoquer quelque chose, un geste qui aurait apaisé Monsieur T.

### **1.1.2. Deuxième situation d'appel**

Il est 10h30 quand je commence ma journée de travail en tant qu'aide-soignante à l'EHPAD en unité de vie protégée, unité qui est spécialisée pour les personnes atteintes d'Alzheimer et de maladies apparentées. Je suis ce jour en renfort afin d'accompagner les personnes qui ont des troubles du comportement (agitation, anxiété, etc.), qui ont besoin d'une présence plus importante leur permettant de s'apaiser.



Cette situation concerne Madame H, résidente de 81 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis maintenant six ans. Elle ne reconnaît plus son entourage, pas même son mari qui vient la voir tous les trois jours. C'est une dame qui déambule beaucoup dans l'unité, elle chante, crie parfois. Ça lui arrive également d'avoir des hallucinations visuelles et auditives, elle échange avec des personnes qu'elle voit (déformation d'objet, de lumière, une photo...). Elle a aussi une vision altérée qui se dégrade encore, laquelle a entraîné à plusieurs reprises des chutes. Toutes ces chutes ont provoqué des plaies cutanées plus ou moins profondes, avec un risque important de fracture ; Madame H doit maintenant avoir une contention au niveau abdominal lorsqu'elle est sur un fauteuil ou une chaise et un sécuridrap, "cococon", lorsqu'elle se trouve dans son lit. Ce sont beaucoup d'éléments qui entraînent chez elle de l'anxiété, d'où des cris qui s'intensifient au fur et à mesure, certaines fois jusqu'à l'aphonie.

A mon arrivée, j'entends Madame H, elle crie, s'énerve :

- "Au secours ! Au secours !"

Je prévient alors ma collègue de ma présence et que je vais passer du temps avec la résidente. Je frappe à la porte, puis je rentre dans sa chambre. Elle se trouve dans son fauteuil voltaire avec la contention, elle se penche en avant, elle essaye de se lever. Je m'approche d'elle et je l'interpelle :

- "Bonjour Madame H, c'est Camille."

Elle ne remarque pas tout de suite ma présence, alors je m'approche de son oreille puis lui dit que je suis là, la main posée sur son épaule. J'ai alors capté son attention, elle se calme, se rassoit dans le fond de son fauteuil, elle parle tranquillement et a les yeux grands ouverts comme attentive à ce qu'il se passe. Je m'assois face à elle, toujours avec un contact, je lui tiens les mains. Je propose alors à Madame H que l'on marche ensemble, en plus le temps est assez doux, on va pouvoir se rendre sur la terrasse. Nous marchons bras dessus, bras dessous comme elle aime mettre son bras quand elle marche avec quelqu'un, elle chantonne.

Nous revenons dans sa chambre dix minutes plus tard. Je ne remets pas la contention immédiatement du fait de ma présence. A ce moment je lui propose de lui faire un massage des mains, elle me répond positivement. Lors du massage, elle continue de parler, parfois elle m'adresse la parole et d'autre fois elle parle à quelqu'un d'autre que je ne peux pas voir, cela tout en reproduisant les mouvements du massage sur mes mains et bras. Son visage est plus détendu. Quelques minutes plus tard, elle s'installe au fond de son fauteuil, ferme les yeux. A ce moment je remets doucement la contention pour sa sécurité et je quitte la chambre sans faire de bruit.

## **1.2. Des questionnements à la question de départ**

Les deux situations précédentes sont différentes de part le profil des personnes, Monsieur T. n'échange plus verbalement alors que Madame H., atteinte de la maladie d'Alzheimer, parle encore, malgré que l'échange verbale reste limité.

Par ailleurs, ces situations se rejoignent du fait du rôle important de la communication non verbale. Dans les deux situations, cet aspect de la communication change considérablement le comportement de la personne.

J'ai pu avoir plusieurs questionnements en lien avec les deux situations d'appels. Ces derniers m'ont amenée à ma question de départ.

### **1.2.1. Questionnements**

La première situation m'a fait me poser plusieurs questions. Dans un premier temps, comment le sens du toucher a-t-il tant influencé la prise en soin ? Comment est-il possible d'avoir un échange si fort, sans qu'il n'y ai aucune parole ? Monsieur T. a-t-il bien perçu le message de réconfort que je souhaitais faire passer par mon geste, en lui tenant les mains ?

Il y a également une question qui s'est créée autour du geste du patient : que voulait dire le geste en retour de Monsieur T. ? Était-ce un réflexe involontaire, un signe de reconnaissance en lien avec ma présence, un mimétisme ou bien signe de réconfort ?

En lien avec le regard que portait Monsieur T., qu'est-ce qui faisait qu'il nous fixait, qu'est-ce qu'il a pu se dire ?

La deuxième situation m'a amenée à différentes interrogations. Tout d'abord que s'est-il passé pour qu'aussi rapidement la résidente se calme en ma présence, alors que, lorsqu'elle se trouve assise proche d'autres résidents, leur présence ne l'apaise en rien. Comment la communication s'est-elle créée, qu'est ce qui a été le plus important, la communication verbale ou non verbale ? Comment le contact physique, la proximité avec la résidente, l'a détendue de manière presque immédiate ? En quoi le fait d'être à deux, moi-même et la résidente, a-t-il favorisé l'apaisement de la résidente lors de la prise en soin ?

Plus généralement, dans la prise en soin avec une personne atteinte de troubles cognitifs, comment dois-je communiquer, que dois-je dire et sur quel ton ? Quels sont les moyens pouvant faciliter la relation ? Qu'est ce que perçoit la personne soignée par ma communication, non verbale ?

### **1.2.2. La question de départ**

Suite à l'ensemble de cette réflexion, j'ai pu déterminer différents concepts, tel que le prendre soin et la communication non-verbale. Ainsi j'en suis arrivée à ma question de départ qui est, "En quoi la communication non-verbale favorise-t-elle le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs ?".

## **2. Cadre théorique**

Dans l'objectif d'explorer la question de départ, je vais développer chacun des concepts intégrés dans mon mémoire. Dans un premier temps, je vais aborder la communication, en particulier, non verbale, puis le prendre soin, et, les troubles cognitifs.

### **2.1. La communication non verbale**

#### **2.1.1. Définitions**

Afin de définir la communication non verbale, il est nécessaire dans un premier temps d'aborder la communication en général, puis verbale. Cela afin d'obtenir une vision globale de la communication et ainsi comprendre la communication non verbale.

Pour l'Homme, la communication est un besoin fondamental. Ce sentiment d'être relié aux autres ou encore reconnu par autrui est essentiel (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours], 6 février 2019). Evelyne Terrat (2013) indique que le mot "communiquer" a comme origine le latin "comunicare" qui voudrait dire "être en relation avec", ou bien "entrer en communication avec l'extérieur" (Dominique Giffard, 2018). Ce même auteur évoque la communication telle une "conduite psychosociale", qui renvoie à la notion de rentrer en relation avec autrui, d'Evelyne Terrat. Mitra Khosravi (2011) affirme cela, en ajoutant que la communication a pour but de partager un message, que ce soit une émotion ou une idée avec autrui. Par conséquent, la communication amène à exprimer et pouvoir satisfaire nos besoins. (Evelyne Terrat, 2013).

Selon Morgan Pitte (2019), le processus de la communication permet d'émettre un message par une personne et de le réceptionner par une autre. Pour expliquer ce phénomène, plusieurs auteurs utilisent la schématisation de la communication. Le schéma de Shannon en est un, régulièrement utilisé (Annexe I). Christine Paillard (2018) l'explique dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (verbal, non verbal) (Evelyne Terrat, 2013). Puis, le récepteur reçoit ce message et le décode. La réponse donnée par ce dernier, en retour, est la garantie que l'émetteur s'est bien fait comprendre ou non, c'est ce que

l'on appelle le "feed-back". Aussi Evelyne Terrat (2013) apporte une vision imparfaite de ce schéma. En effet, entre l'intention et le message transmis, des différences peuvent exister apportant des discordances. Cela est provoqué par le cadre de référence pouvant être propre à chaque personne. Pour cela, il est donc important que les deux personnes utilisent le même code, un langage commun, dans la mesure du possible.

Dans le langage, Morgan Pitte (2019) met en avant deux formes de communication : la communication non verbale avec les cinq sens, excepté la parole et l'écrit, et la verbale avec ces deux derniers sens. Loris Tamara Schiaratura (2008) précise que "la communication est un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel" (p.183).

Premièrement, dans son article, Evelyne Terrat (2013) décrit la communication verbale comme le langage spécifique de l'être humain, c'est un moyen de communiquer très élaboré qui fait appel au symbolisme, impliquant l'utilisation de mots (Morgan Pitte, 2019). Hors, ce même auteur informe que seulement 10% de l'information passe par "le canal de la parole".

En effet, la parole n'est pas l'unique manière qu'ont deux personnes pour communiquer l'une avec l'autre. "La communication non verbale [...] dont la communication para verbale [...] représente une part importante de la communication entre deux personnes." (Mitra Khosravi, 2011). Selon Pierrich Plusquellec et Vincent Denault (2018), la communication non verbale revient à l'ensemble des moyens de communication existants entre les individus n'utilisant pas la parole pour communiquer. Aussi "le non verbal revient au non-dit", c'est ce qui est "dit" mais sans mot. (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours], 6 février 2019). Ensuite, "la communication non verbale est spontanée et se manifeste en dehors de la conscience" (Loris Tamara Schiaratura, 2010, p.183). Par conséquent, il est impossible de ne pas avoir de communication non verbale, c'est le mode de communication qui importe le plus, "elle est riche de sens et traduit l'état émotionnel" (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018). En fin de compte, nous envoyons et recevons continuellement des comportements non verbaux "au travers d'attitudes corporelles et faciales" (Evelyne Terrat, 2013).

### **2.1.2. Les comportements non verbaux**

A travers ces définitions, les auteurs ont démontré la présence importante de signes non verbaux dans la communication, chaque fois qu'une personne communique, elle accompagne ces échanges de mouvements corporels. Ces signes soulignent l'importance de la gestuelle dans la

communication humaine. (Christine Paillard, 2018). Cette gestuelle a un intérêt dans la “conduite des situations sociales” de par les informations qu’elle peut fournir, par exemple sur le “degré d’intimité et d’ouverture”, les intentions envers autrui ou encore sur l’état émotionnel de la personne. Cela peut passer par la posture, tout comme le ton de la voix, ou encore, les expressions faciales, le contact physique, etc. (Michel et al., 2005). Autrement dit, “les comportements non verbaux sont à la fois des reflets des activités cognitives et émotionnelles et des véhicules de la communication avec le milieu social”. (Loris Tamara Schiaratura, 2010, p. 184).

### **2.1.3. L’importance du non verbal**

Par la suite, il est intéressant de se questionner sur l’importance des deux communications, si l’une est majoritairement utilisée par rapport à l’autre. Ainsi, Albert Mehrabian, psychologue, a rédigé des travaux en 1967 dans lesquels il décrit l’importance de la communication verbale, étant minoritaire (annexe II). Il évoque la règle des 3V. Suivant cette dernière, il y a 7% de la communication qui est verbale par les mots ; 38% de la communication qui serait vocale par l’intonation et le son de la voix ; puis il compte 55% de communication visuelle avec les expressions du visage et du langage corporel. Ses travaux font ressortir l’importance du non verbal dans la communication (Morgan Pitte, 2019). De même, d’après Evelyne Terrat (2013), cette communication peut appuyer ce qui est dit par la parole mais peut tout autant le contredire. En effet, il peut y avoir une différence entre ce qui est dit et ce qui est exprimé de façon non verbale. Cela appuie le fait que ce mode de communication est plus instinctif par rapport au verbal. Claude Terrier (2013), approuve ce point de vue tout en ajoutant que dans le cas où le message verbal n’est pas adapté, celui-ci peut décrédibiliser le message en lui-même. Cet auteur précise “les mots transportent des sens, des signifiants, alors que le non verbal véhicule du signifié”. Cette notion affirme l’aspect sincère de la communication non verbale, tel que les messages non verbaux sont souvent plus fiables que les verbaux. Pour ces raisons, il est fondamental de savoir lire et interpréter les différents signes non verbaux.

### **2.1.4. Les différents signes non verbaux**

Comme dit précédemment, la “communication non verbale concerne non pas les mots mais le corps”, c’est-à-dire qu’elle fait appel au corps dans sa globalité (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018). Ainsi, Evelyne Terrat (2013) dit que la communication non verbale s’exprime à travers différents éléments à prendre en considération. Ces éléments peuvent s’exprimer par zones localisées ou bien par l’intégrité du corps (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018). Les signes non verbaux s’expriment aussi par la manière dont on fait vivre notre corps dans l’espace avec la

distance physique, ou encore le contact physique (Christine Paillard, 2018). Par la suite, je vais développer les principaux signes non verbaux que les auteurs font ressortir.

Dans un premier temps, les gestes, attitudes et postures constituent un véritable paralangage, ils accompagnent et complètent la parole. Ils permettent de mettre en lumière et d'exprimer les "états intérieurs" d'une personne (perplexité, inquiétude, repli sur soi, réflexion...) (Mitra Khosravi, 2013). Cela permet de définir le vécu face à une situation (Claude Terrier, 2013).

Ensuite, il y a la proxémie qui concerne les distances relationnelles. Évelyne Terrat (2013), indique dans son article que l'anthropologue Edward Hall a pu déterminer quatre distances de base. Tout d'abord l'espace intime, entre 15 et 50 cm, est le "ton de la confiance" (Claude Terrier, 2013). Cet espace est réservé aux personnes les plus proches. Après, il y a l'espace privé, se situant entre 50 cm et 1,20 m, qui est la zone idéale pour entrer en communication avec autrui sans qu'il se sente envahi. Elle concerne les "relations professionnelles, voire amicales" (Claude Terrier, 2013). Edward Hall parle également de l'espace social, entre 1,20 m et 3,50 m, qui sépare deux personnes se connaissant pas ou peu. Enfin, l'espace public est une distance importante, elle dépasse le 3,50 m. Elle permet de séparer un interlocuteur de son auditoire, par exemple, lors d'un cours. Finalement, l'espace dans lequel se déroule une communication est codifié et apporte une information sur la relation entre deux personnes.

Puis il y a le toucher qui est l'un des premiers modes de communication de l'être humain, Claude Terrier (2013) parle de ce mode de communication comme le plus fort de tous. En effet, on peut en apprendre beaucoup sur une personne sans qu'un mot ne soit prononcé, juste avec une présence et un contact (Evelyne Terrat, 2013). Selon Christine Paillard (2018), le toucher a trois objectifs : il peut être instrumental (le fait d'apporter des soins), thérapeutique (dans l'aide ou la guérison), ou encore affectif (il apporte un signe d'intérêt).

Pour continuer, toutes expressions de notre visage, mimiques, contact des yeux peuvent exprimer diverses émotions et des sentiments tels que la joie, la douleur, le dégoût, la colère, la peur, etc. (Mitra Khosravi, 2011). Le regard en fait partie, selon Claude Terrier (2013), il est probablement la partie du corps la plus expressive, "les yeux sont le miroir de l'âme". Le regard peut être menaçant ou fuyant, il détermine la poursuite des échanges. Plus généralement, les signes non verbaux associés peuvent être voulus par l'émetteur tel le sourire, mais, régulièrement incontrôlés et involontaires comme les yeux qui s'écarquillent. Ils font "partie intégrante de notre comportement global" (Claude Terrier, 2013).

Enfin, le silence. C'est un signe non verbal qui fait partie intégrante de la communication. En effet il permet d'exprimer quelque chose, et, est aussi indispensable dans la simple écoute de l'autre (Claude

Terrier, 2013). Christine Paillard (2018) dit qu'il est l'absence de bruit, mais non pas une absence de son. Il peut s'avérer inquiétant, assimilé à l'insignifiance par exemple. Par ailleurs, elle le décrit comme "un souffle entre les mots, une respiration rythmant une conversation". En fin de compte, il peut lui être attribué beaucoup de significations.

### **2.1.5. La communication non verbale dans le prendre soin**

On a pu voir que la communication non verbale, avec ses signes non verbaux, permet une connaissance plus poussée de la personne. De ce fait, je souhaite me pencher sur les dires des auteurs en lien avec ce mode de communication, dans le prendre soin, son intérêt, à quoi il est nécessaire d'être vigilant en tant que soignant.

La communication non verbale est une composante essentielle dans le prendre soin, c'est elle qui va conditionner la qualité du soin (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours], 6 février 2019). Tout d'abord, la communication permet de recueillir des informations sur la personne soignée, permettant de l'adapter au mieux. Par exemple, le cadre de référence (les valeurs, l'éducation, la culture) peut influencer la communication. Il faut en tenir compte pour adapter le message, cela se faisant souvent de manière inconsciente (Evelyne Terrat, 2013). Par ailleurs, Claude Terrier (2013), dit qu'il est essentiel de tenir compte des signes non verbaux que présente la personne soignée afin d'éviter les malentendus. De ce fait, les soignants sont amenés à développer des stratégies de communication qui nécessite une grande "adaptation et réflexion" (Evelyne Terrat, 2013). Cette attention particulière permet d'identifier les demandes du patient, favoriser le soin, créer un dialogue, etc. (Christine Paillard, 2018).

Mitra Khosravi (2011), fait savoir que dans les cas où le patient ne peut plus ou ne veut plus parler, "son visage le fera à la place" ; il s'agit du langage non verbal actif du patient. Ce dernier permet au patient de faire ses paroles ou encore de s'exprimer clairement lorsque la parole n'est plus possible. M. Khosravi complète cela par le fait qu'il est primordial, peu importe l'état du patient, de continuer de verbaliser tous les actes effectués. La communication non verbale ne doit pas remplacer le mode verbal, mais le compléter.

Par ailleurs, Evelyne Terrat (2013), semble mettre un point d'honneur sur la proximité des soins. Les soignants sont souvent dans les espaces intimes et privés de la personne. Il est important qu'ils adaptent "leurs attitudes et leur communication" en fonction des personnes soignées, afin d'éviter toute sensation d'oppression ou d'intrusion. Pour continuer, la position du soignant par rapport au patient impacte la qualité de la relation. Par exemple, le soignant peut choisir de rester debout ou alors assis face à un patient couché (Christine Paillard, 2018). En conclusion, la communication avec

les patients peut être difficile, d'autant plus en fonction de leur état de santé psychologique... Alors que communiquer est un acte naturel, il peut nécessiter "un apprentissage et une réflexion sur soi-même" (Evelyne Terrat, 2013).

## **2.2. Le prendre soin**

A présent, je vais développer le prendre soin, concept important apparaissant dans ma question de départ.

### **2.2.1. Définitions**

Les auteurs parlent du prendre soin à travers plusieurs notions, le prendre soin en lui même, le ou les soins, le care ou encore le caring.

#### **2.2.1.1. Prendre soin**

Avant tout, Lise Michaux (2017), dit que la notion de prendre soin renvoie à la mise en œuvre d'actions dans les pratiques soignantes. De plus, elle développe la diversité y étant liée. En effet, c'est une notion qui peut s'adresser à soi-même comme à autrui, de manière individuelle ou collective (adressée au patient comme à son entourage), dans un lieu tel qu'un établissement de soins, à domicile... Couramment "prendre soin" permet d'exprimer l'idée de prêter attention à quelqu'un ou bien quelque chose, le fait de se soucier, de veiller à l'autre (Lise Michaux, 2017)... Walter Hesbeen (1997) partage le point de vue de L. Michaux en associant le concept du prendre soin au monde de la santé, à travers les soins. Aussi, les soignants aident le soigné à satisfaire ses besoins spécifiques, aident au maintien de l'autonomie et d'une meilleure qualité de vie, permettant son bien-être. Alexandra Paris (2010) précise que c'est une "capacité relationnelle" s'avérant généralement inconsciente. Plus précisément, "prendre soin" revient à allier les intentions aux actes et l'attention aux gestes (Lise Michaux, 2018). Par ailleurs, Alexandra Paris (2010) ajoute un point de vue essentiel, "prendre soin n'est pas prendre en charge". Lise Michaux (2017) l'affirme, il y a une différence entre "prendre en charge" et "prendre soin". En effet, "prise en charge" a une connotation de poids, de "gestion". Au contraire, "prendre soin" permet de ne pas évoquer de difficultés, le "soin" étant seulement associé au "souci pour autrui".

#### **2.2.1.2. Soins(s)**

Dans "prendre soin" nous trouvons le terme de "soin". Ici, le verbe "prendre" semble s'effacer



laissant “soin” comme une seule idée, “un tout” (Lise Michaux, 2018). Cette même auteure définit le “soin” comme riche de sens. Il renvoie à l’idée de base de cette notion : “agir avec soin, prend soin”. On parle également de soins infirmiers, d’établissement de soins. Ce terme révèle de l’attention, il rappelle le fait d’être attentif à quelqu’un, le souci de l’autre dans un objectif de mieux être (Walter Hesbeen, 1997). Ce dernier insiste sur la différence entre “le soin” et “les soins”. Selon lui, “les soins” correspondent aux gestes, actes de soins, indispensables pour soigner. Alors que “le soin” lui serait plutôt associé à l’intention de prendre soin, le souci d’autrui. Par ailleurs, Lise Michaux (2018) indique que “besoin et soin ont la même racine”, faisant écho au fait de satisfaire des besoins spécifiques comme dit dans la partie du “prendre soin”.

### 2.2.1.3. Care et caring

D’autre part, dans les écrits des auteurs, le terme de prendre soin est régulièrement interchangé avec “care”, “prendre soin” ayant souvent la traduction anglaise “care”. En anglais, son sens est semblable mais il y a tout de même de subtiles différences (Lise Michaux, 2017). De même dans son article, Corinne Demaison (2011), exprime que la locution “care” contient des différences selon qu’elle soit traduit par “le soin ou la sollicitude”. Par ailleurs, cette même auteure définit cette notion comme des soins “liés aux fonctions de la vie, de continuité de vie”. Ainsi, aujourd’hui, le “care” est associé au souci de l’autre, d’où sa liaison au “prendre soin”. Christine Paillard (2018) ajoute à cette définition que l’expression “care” est allié à une charge émotionnelle, accompagnée d’une inquiétude pour autrui.

Par ailleurs, la locution “caring” est parfois rattachée au prendre soin et au “care”. L’auteur Jean Watson la définit tel un ensemble de facteurs formant une “démarche soignante”, d’une part par une “philosophie humaniste”, et, d’autre part par les connaissances issues de la médecine. Lise Michaux (2017) explique la théorie de Jean Watson : une distinction serait faite entre la “discipline infirmière” qui suit des “facteurs caratifs” (provenant du terme “care”), et, la médecine qui suit les “facteurs curatifs” avec un objectif de guérison. Par conséquent, elle exprime une nuance entre le terme caring et ceux de “care” et “prendre soin”, le caring semblant s’appliquer au champ des soins et celui du champ infirmier en particulier.

Finalement, avec les notions de « prendre soin », « care » ou « caring », les auteurs, en particulier ceux issus du monde de la santé, évoquent le cœur du métier de soignant ; c’est-à-dire “exercer avec soin, soigner en humanité, avoir soin de l’autre, travailler dans le souci de l’autre, de

son bien-être, répondre au mieux à sa demande d'aide, ses besoins, venir en aide sans condition" (Lise Michaux, 2018).

### **2.2.2. Prendre soin : une attention particulière**

Selon Walter Hesbeen (1997), l'expression "prendre soin" désigne l'attention particulière que l'on apporte à une personne unique vivant une situation particulière. En effet, il explique que l'attention portée au soigné ne peut aucunement être prévue, programmée et encore moins être répétable d'une personne à une autre. De ce fait, il convient de ne pas prendre pour acquis chaque prise en soin, chacune étant différente et exigeant une adaptabilité à la personne (Lise Michaux, 2017). L'utilisation du terme "personne" renvoie à cette notion d'unicité. Elle amène à la prise en compte de la personne en elle-même afin qu'elle ne soit pas seulement considérée par sa pathologie, sans prendre en considération son ressenti. (Lise Michaux, 2017). Walter Hesbeen poursuit en nommant le prendre soin comme "art soignant du singulier". Selon lui, "l'art du thérapeute" s'appuie sur la recherche et l'utilisation des connaissances, du savoir être, d'intuition, permettant par la suite de prendre soin d'une personne dans sa situation particulière.

### **2.2.3. La complexité du prendre soin**

Par ailleurs, l'attention particulière à autrui décrite par les auteurs, s'inscrit dans la "complexité". Walter Hesbeen (1997) définit la locution "complexe" comme un ensemble d'éléments "tissés ensemble" pour en faire une unité. Reprenons ce qu'est "prendre soin". Lise Michaux (2017) dit que le prendre soin nécessite de prendre en compte la situation particulière de chaque personne soignée avec ses spécificités (besoins, demandes, personnalité). Elle ajoute qu'il ne faut pas se limiter aux besoins de la personne, mais y voir plus loin. Cela demande une vision globale de la situation de la personne, en analysant le tout afin d'obtenir une "vision riche de la complexité" de la personne en soin ; "tel est l'humain, complexe", (Walter Hesbeen, 1997). L. Michaux ajoute qu'il ne faut pas seulement soigner un corps, mais aussi l'esprit qui l'habite. Cela implique "l'esprit même du professionnel". Ce dernier est convié à être réflexif dans ses prises en soins afin de n'omettre aucun détail touchant la personne. Cette attention demande donc un "effort de tous les instants" (Lise Michaux, 2017). Enfin, Walter Hesbeen intègre le principe de la "pensée complexe". Ce terme est une approche demandant de tenir compte de la "complexité de la personne humaine". Par ailleurs, ce principe de complexité peut se voir associer à la recommandation d'Alan Watts "voir une feuille dans toute sa clarté sans perdre de vue sa relation avec l'arbre". En fin de compte, il s'agit d'intégrer dans

le prendre soin tous les éléments permettant une approche globale et complète de la personne, pour en faire un tout. En définitive, "prendre soin est complexe" (Walter Hesbeen, 1997).

#### **2.2.4. Le prendre soin en tant que valeur**

Pour finir, dans leurs écrits, L. Michaux et W. Hesbeen présentent le concept de "prendre soin" en tant que valeur. Premièrement, Walter Hesbeen (2018) définit la valeur comme quelque chose qui nous est important, "ce qui vaut quelque chose à nos yeux". Ensuite ces deux auteurs parlent du "prendre soin" telle une valeur phare des professionnels de santé. Elle compte parmi les "valeurs professionnelles humanistes". Ensuite, il inscrit huit valeurs qui, pour lui, sont incontournables dans le cadre de la pratique des divers soignants : "respect, dignité, bienveillance, politesse, humilité, sensibilité, générosité, délicatesse". Aussi, "prendre soin" est aussi associé à l'humanité, c'est-à-dire aider un être humain en tant qu'être humain (Lise Michaux, 2017). Walter Hesbeen ajoute que l'humanité dans le soin entraîne compassion et empathie.

### **2.3. Troubles cognitifs**

#### **2.3.1. Définitions**

##### **2.3.1.1. Cognition**

Dans mon mémoire, je parle entre autres de troubles cognitifs. Avant d'évoquer les troubles cognitifs, il est important de comprendre ce qu'est la cognition et ce qui l'accompagne.

Tout d'abord, le mot cognition a pour origine le latin "cognoscere", qui veut dire "connaître" (Cognifit Research, s.d.). Christine Paillard (2018), associe la cognition à un ensemble de fonctions et d'activités internes permettant d'acquérir des connaissances, de développer sa mémoire, sa créativité puis améliorer la compréhension ou bien la perception des éléments. Cela est confirmé par la définition de la cognition issue de Cognifit Research (s.d.). La perception va permettre aux être vivants de développer leur capacité à recevoir et traiter des informations, d'intégrer les connaissances acquises. Pierre Krolak-Salmon (2009) parle également de cognition sociale. Cette notion permet à chaque individu de partager des moments avec autrui en comprenant des messages, souvent "non verbaux", de comprendre les "états mentaux" mais aussi les intentions de l'autre.

##### **2.3.1.2. Fonctions cognitives**

La cognition est possible grâce aux fonctions cognitives. Dans l'article "Cognition et science cognitive" (Cognifit Research, s.d.), il y est évoqué que les fonctions cognitives sont un ensemble de

processus qui vont aider la personne à développer ses expériences et son intellect. Il y a cinq fonctions cognitives : l'attention qui permet de traiter l'information (une à plusieurs au même moment) ; les fonctions exécutives qui entraînent la capacité de s'adapter, prendre des décisions... ; la mémoire, qu'elle soit épisodique (basée sur les situations vécues), sémantique (en lien avec les connaissances, le savoir...), procédurale (appuyée sur le savoir faire), etc. ; le langage, "expression et compréhension du langage" avec autrui ; mais aussi, la perception, etc. (Haute Autorité de Santé [HAS], 2018).

### 2.3.1.3. Troubles cognitifs

Pour finir, les troubles cognitifs ou "neurocognitifs" correspondent à une altération des fonctions cognitives souvent associée à un "changement de comportement, de personnalité". C'est assimilé à un "déclin cognitif", selon la définition du DSM-5 (Haute Autorité de Santé [HAS], 2018). De plus, un trouble cognitif peut avoir plusieurs origines. Il peut être dû à la vieillesse, à un traumatisme, à une maladie... (Ooreka, s.d.). Pour finir, deux types de troubles neurocognitifs peuvent être déterminés : les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement nommés démences) qui sont assez importants pour provoquer une perte d'autonomie conséquente. La deuxième catégorie concerne les troubles neurocognitifs légers, les activités de la vie quotidienne pouvant dans ce cas être encore réalisées seul (Haute Autorité de Santé [HAS], 2018).

### 2.3.2. Manifestations des troubles cognitifs

Initialement, C. Derouesné explique que les symptômes liés aux troubles cognitifs sont dépendants de la localisation des lésions. Par exemple, des lésions au niveau de la région hippocampique vont amener à des troubles mnésiques. De la même manière, il existe les "syndromes lobaires". Ces derniers vont entraîner des troubles importants du comportement. Lorsque les lésions sont situées au niveau frontal, on parle alors de démence frontale. De ce fait, les troubles cognitifs peuvent aussi bien impacter la mémoire, l'attention, le langage, le raisonnement, la vision, etc. (Christian Derouesné, 2009).

D'autre part, D. Somme (2020) sépare en deux parties distinctes les symptômes en lien avec ces troubles : bruyants et non bruyants. Dans un premier temps, les symptômes psychologiques et comportementaux "bruyants" (perturbateurs), peuvent se manifester par des hallucinations, une agitation motrice ou verbale, une déambulation, de la désinhibition, de l'opposition (marquée par une agressivité, des cris...), ou encore des troubles du sommeil, des idées délirantes. Par la suite, D.

Somme (2020) évoque les symptômes “non bruyants” marqués par l’anxiété, l’indifférence, la dépression, les troubles de l’appétit, l’hypersomnie...

Pour continuer, les troubles cognitifs se manifestent dans plusieurs situations et peuvent être déclenchés par de multiples causes. Cela peut être lors d’un syndrome confusionnel, que ce soit une confusion hyperactive, hypoactive ou encore mixte. Une altération cognitive est également observée lors de démences. La démence est un syndrome pouvant affecter de nombreuses fonctions cognitives (orientation, apprentissage, langage, mémoire...). Par ailleurs, les troubles cognitifs peuvent également s’observer lors de lésions focales, tel qu’un infarctus, un hématome, une tumeur, un AVC, etc. (Somme D. document non publié [support de cours] 10 avril 2020).

### **2.3.3. Rôle infirmier dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs**

Les troubles cognitifs peuvent entraîner des difficultés relationnelles et sociales, en plus de l’aspect psychique. Certaines pathologies affectent la cognition sociale, “des changements qui altèrent les capacités de communication” (Loris Tamara Schiaratura, 2008), pouvant entraîner un repli sur soi, un désintéressement et donc une augmentation des troubles (Pierre Krolak-Salmon, 2009). Également, ces difficultés que rencontre le patient, conduisent à des mises en échecs répétées, associées à une baisse importante de l’estime de soi. D. Somme (2020) précise que la personne devient vulnérable face à l’anxiété. Par conséquent, face à ces difficultés, le rôle infirmier est essentiel. Tout d’abord, ce dernier doit agir en conséquence et en collaboration. Cela peut se faire de manière médicamenteuse comme non médicamenteuse. Il est donc primordial de trouver la raison des troubles et de les comprendre. Cet élément va permettre de trouver les bons moyens pour apaiser la personne, ou encore prévenir les troubles (Somme, D. document non publié [support de cours] 10 avril 2020).

### **2.3.4. la communication face aux troubles cognitifs**

#### **2.3.4.1. Altération de la communication**

Dans l’ensemble, les troubles cognitifs sont à l’origine d’une altération de la communication avec autrui (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018). Certaines pathologies entraînent une perte progressive des capacités cognitives de la personne (Pierre Krolak-Salmon, 2009). Par conséquent, la cognition sociale est altérée, des malentendus peuvent se créer et avoir des conséquences négatives sur la santé de la personne soignée (Loris Tamara Schiaratura, 2008). De

plus, il est important de noter que l'utilisation de la communication verbale peut induire la mise en échec, la mise en difficulté d'un patient ou résident, faisant intervenir ce qui dysfonctionne (la mémoire, l'aphasie, les codes sociaux...). Ces difficultés peuvent entraîner un repli sur soi, voire même une "rupture complète de lien". Dans les cas présents, la communication verbale passera après, afin de s'aider de ce qui persiste chez la personne soignée, soit, la communication non verbale (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018).

#### 2.3.4.2. Intérêt du maintien de la communication

Tout d'abord, les personnes atteintes de démences, et donc de troubles cognitifs, ou bien pour qui "les mots n'ont plus de sens", sont encore plus sensibles à la communication non verbale, avec "ce que nous envoyons avec le corps" (Isaure Dechenaud, Mathilde Delefosse, 2018). Pierre Krolak-Salmon (2009) ajoute que dans l'exemple de la maladie d'Alzheimer, les personnes conservent longtemps la détection des messages par l'émotion, le sourire, le toucher ou même l'intonation de la voix. La conservation et la qualité de la communication non verbale sont alors essentielles. Les personnes soignées, atteintes de troubles cognitifs, communiquent beaucoup par du non verbal, par exemple l'agressivité, l'opposition peuvent être la manifestation d'une colère, d'une angoisse. Le fait de crier peut exprimer une souffrance, une angoisse. Aussi, dans une unité spécialisée, on voit également des personnes désorientées, fuguer. M. Khosravi définit cette attitude comme l'expression d'un ennui, "je veux rentrer chez moi", "je veux les miens". Enfin, cet auteur nous donne aussi l'exemple du fait de garder le silence. Il dit que cela pourrait être la traduction de contrariété, de tristesse... Dans l'analyse, la communication non verbale est aussi expressive que la communication verbale, si elle est bien comprise. (Mitra Khosravi, 2011)

Par ailleurs, Mitra Khosravi (2011) développe le fait que le maintien de la communication avec une personne qui ne communique plus verbalement, a plusieurs impacts positifs sur cette dernière. Tout d'abord, cela peut être de maintenir son identité : la personne soignée n'est pas considérée comme un "objet" ; cela lui permet de participer activement à la vie, la revaloriser. D'un autre côté, conserver la communication c'est maintenir la "réserve cognitive", empêcher que la personne "se laisse aller", et peut ainsi aider à retarder l'évolution de la maladie. De plus, la communication peut éviter ou aider à contrôler toute apparition de manifestations anxieuses entraînant des troubles du comportement. Pour finir, comprendre l'importance de la communication non verbale et savoir y donner une réponse est un facteur essentiel à la prise en soin, "quand on donne au patient l'occasion de s'exprimer, ils participent à leurs soins et à leur prise en soin quotidienne".

D'autre part, Pierre Krolak-Salmon (2009), évoque le fait que certaines pathologies telles que les démences fronto-temporales peuvent entraîner la mauvaise compréhension de comportements non verbaux, telles les expressions faciales. Cela les empêche d'assimiler les intentions des autres et de ce fait amener à la majoration de troubles (agitation, anxiété...). En définitive, la connaissance de la personne dans une prise en soin, en particulier pour les personnes atteintes de troubles cognitifs semble essentielle pour bien communiquer.

### **3. Le dispositif méthodologique**

#### **3.1. Dispositif**

Dans la réalisation du dispositif, j'ai décidé de faire des entretiens semi-directifs, avec des questions relativement ouvertes. Cela permet d'orienter les réponses en lien avec les objectifs de l'entretien. Cette technique permet de favoriser l'expression du professionnel, de parler ouvertement comme cela lui convient. De mon côté, mon rôle est de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois que le sujet s'en écarte, par des questions de relance, de la reformulation...

Je souhaite interviewer deux professionnels en soins infirmiers, leurs profils correspondant à mon travail de recherche, c'est-à-dire, prenant soin de personnes atteintes de troubles cognitifs. J'ai trouvé le premier contact grâce à des relations. Une infirmière travaillant à l'hôpital dans un service non adapté à mon sujet, m'a mise en relation avec une infirmière travaillant en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette dernière m'a dirigée vers une de ses connaissances, une infirmière travaillant en unité cognitivo-comportementale (UCC). Ensuite, le deuxième contact est une infirmière avec qui j'ai déjà eu l'occasion de travailler en tant qu'aide soignante, le lien a été direct. Elle travaille dans des unités de vie protégées, auprès de personnes atteintes d'Alzheimer et de troubles apparentés. Dans les deux cas, cela s'est fait rapidement. Je n'ai pas eu de difficulté particulière à trouver deux contacts pour répondre à un entretien. J'ai contacté les infirmières par téléphone dans un premier temps pour avoir leur accord. C'est à ce moment-là que je leur ai parlé de mon sujet de manière générale afin qu'elles se fassent une idée. Dans un second temps, je les ai contactées à nouveau afin de fixer un rendez-vous.

En ce qui concerne le lieu de l'entretien : pour la première infirmière, l'interview s'est déroulée dans un bureau sur son lieu de travail. Nous avons pu fermer la porte afin de pouvoir réaliser l'entretien sans être dérangées. Pour la deuxième infirmière, au vu du contexte sanitaire de l'établissement dans lequel elle se trouve, nous avons procédé à une interview téléphonique. Les entretiens ont duré vingt et trente minutes.

Au début de chaque entretien, j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer ce temps, tout en garantissant l'anonymat de ces personnes. Les retranscriptions de chaque interview se trouvent en annexe IV.

Enfin, au niveau du matériel, j'ai eu besoin de mon guide d'entretien (annexe III), de mon téléphone portable pour enregistrer la première interview et pour téléphoner à la deuxième, puis, de mon ordinateur pour le deuxième entretien, me permettant de l'enregistrer.

### **3.2. Objectifs de l'entretien**

Les thèmes de mon sujet de recherche sont la communication non verbale, le prendre soin et les troubles cognitifs. Les objectifs et les questions du guide d'entretien ont été élaborés à partir de ces derniers et du cadre théorique, dans l'objectif de comparer les idées exprimées par les auteurs à celles des professionnelles en soins infirmiers. Ainsi, j'ai conçu quatre objectifs.

Le premier objectif est de définir les troubles cognitifs afin d'avoir la vision et les représentations des professionnels de cette notion qui est large et complexe.

Le deuxième objectif est de développer le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs, ainsi soulever les spécificités relatives à ce prendre soin et comprendre la posture soignante nécessaire.

Le troisième objectif a pour but de démontrer l'importance de la communication non verbale dans la prise en soin des personnes ayant des troubles cognitifs. Ici, les professionnelles vont pouvoir développer son rôle, ce qu'elle peut apporter à la personne soignée.

Le quatrième et dernier objectif consiste à faire apparaître les possibles limites ou obstacles de la communication non verbale. S'il y a des éléments pouvant aller à l'encontre de cette communication, savoir ce qui peut entraîner des malentendus, altérer le prendre soin.

### **3.3. Limites du dispositif**

Ce type d'entretien semi-directif est nouveau pour moi, n'étant pas un outil que je maîtrise. J'ai pu m'en rendre compte par ma maladresse et mon stress ressentis durant l'entretien. J'ai seulement parlé du sujet du mémoire lors du premier appel téléphonique et avant le début de l'interview ; aussi, j'ai fait le choix de ne pas envoyer les questions aux infirmières avant l'entretien. En effet, je souhaitais que les réponses ne soient pas préparées, mais spontanées. Au surplus, j'ai souhaité poser toutes les questions, y compris celles me permettant de relancer les soignantes, même si les infirmières avaient déjà commencé à y répondre en élargissant leurs réflexions. Par



conséquent, certaines informations se sont entrecoupées et répétées, les infirmières se sont à un moment donné retrouvées en difficulté, en particulier l’infirmière de la deuxième interview. Malgré ceci, les répétitions entraînaient de nouvelles informations et permettaient de compléter le discours. Ensuite, comme précisé ci-dessus, le deuxième entretien a été fait par téléphone. Le fait de ne pas être face à face a parfois rendu la compréhension des questions et des réponses plus compliquée. Il a fallu se répéter à plusieurs reprises. Egalement, je ne pouvais pas voir les expressions faciales de l’infirmière qui m’auraient donné des indications sur son ressenti, sa compréhension... Je me suis sentie plus à l’aise dans l’interview avec l’infirmière que j’ai pu rencontrer physiquement.

## **4. Analyse des entretiens**

A la suite des deux entretiens, j’ai utilisé une grille d’analyse comme support pour les décrire (Annexe V). J’ai pu déterminer des catégories, des thèmes et des sous thèmes en fonction du cadre théorique et de mes objectifs évoqués dans mon guide d’entretien (Annexe III). Ainsi, je vais pouvoir présenter mon commentaire d’analyse structuré autour des objectifs.

### **4.1. Le prendre soin**

#### **4.1.1. Définition**

Pour la notion générale du prendre soin, les deux soignantes s’accordent à dire que le prendre soin est une adaptation. Dans chaque entretien, elles évoquent le terme de “soins individuels”. L’infirmière n°1 parle de “respecter la personnalité et la personne dans sa globalité” ; c’est-à-dire que le prendre soin demande de prendre en compte l’intégralité de la personne, ce qui passe par le “respect du rythme” de cette dernière. Aussi elle ajoute un aspect de temporalité, prendre soin étant la considération du patient avec son vécu, son “présent” et le futur, “ce qu’il va devenir”. L’infirmière n°2 complète en expliquant que cette notion a pour objectif que la personne soignée “se sente bien”.

#### **4.1.2. Le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs**

##### **4.1.2.1. Spécificités**

En ce qui concerne le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs, les deux infirmières affirment l’aspect individuel et personnalisé du soin. L’infirmière n°2 parle de projet de vie individualisé. Dans ce cas, une rencontre avec l’équipe pluridisciplinaire peut se faire (infirmière n°1). Cette dernière ajoute que l’avis du patient peut également être pris en compte dans la mesure du

possible. Elle évoque un “tout à la carte”, que ce soit pour les couchés, les toilettes... “S’ils se lèvent à deux heures du matin, ils se lèvent à deux heures du matin [...] ; on essaye de les coucher mais si ça ne marche pas, ça ne marche pas quoi.” Elle appuie l’importance du respect du rythme personnel dans le prendre soin.

Cela implique une connaissance poussée de la personne soignée, que ce soit de son “histoire de vie”, ses habitudes, son “histoire de l’enfance”. Pour se faire, les deux infirmières ont évoqué les entretiens avec les familles. L’infirmière n°2 le met davantage en avant en reprenant cet aspect à plusieurs reprises dans l’interview, “inclure la famille dans la prise en soin”. Elle dit que la famille peut permettre d’obtenir des informations sur la “vie d’avant” ; de même qu’elle apporte des détails dont l’équipe n’avait pas connaissance, par exemple, une musique qui dès qu’elle est chantée, apaise la personne. Par ailleurs, certains éléments de connaissance de la personne soignée apportés par la famille peuvent expliquer des troubles du comportement : “quelqu’un qui travaillait la nuit [...] ; tu comprends mieux qu’il ne dorme pas la nuit” (infirmière n°1) ; “il adorait bricoler et puis en trouble du comportement [...] il va nous démonter le dessous de l’évier” (infirmière n°2).

Ensuite, l’infirmière n°2 évoque le but de la prise en soin, “essayer de conserver les acquis”. Elle le répète à plusieurs reprises dans l’entretien ce qui montre l’importance de celui-ci pour elle. Cela va être de conserver les acquis pour toute activité de la vie quotidienne : “mettre la table, aider à faire la vaisselle...”. D’autant plus, les deux infirmières précisent la nécessité qu’elles fassent elle-même les choses “de pas faire à la place [...], s’adapter à la personne en fonction de ce qu’elle est capable de faire” (infirmière n°2). Il est possible de présenter des activités thérapeutiques, “non médicamenteuses”. L’infirmière n°1 donne en exemple “des ateliers mémoire, des ateliers théâtre, des ateliers moteur, des ateliers relaxation”. Aussi bien, la deuxième infirmière parle de la possibilité de regrouper des résidents étant au même niveau de la pathologie afin de leur présenter des activités adaptées, “permettre de stimuler leur mémoire”. Cette même infirmière ajoute que l’ensemble des activités adaptées à la personne, puis, le fait qu’elle fasse elle-même les choses, permettent de valoriser la personne, “ça améliore l’estime d’eux-même”. De plus, avec l’évolution de la pathologie les capacités à réaliser certaines activités peuvent s’altérer. Les soignants essaient donc de “trouver des astuces” (infirmière n°2). Les deux soignantes évoquent la technique du mimétisme, “quand on fait une activité avec eux, le faire avec eux [...] par mimétisme” (infirmière n°1). Par conséquent, la personne soignée va pouvoir voir le geste et le réaliser elle-même, être présent sans faire à leur place.

Enfin, l’infirmière n°2 parle d’un aspect du prendre soin, que la première soignante n’a pas évoqué, qui est le fait de ne pas mettre en difficulté la personne en essayant un maximum d’éviter l’échec. Elle

le répète à plusieurs reprises dans son interview. Elle ajoute que cette notion de mise en échec peut entraîner l'apparition de troubles du comportement, de l'angoisse, anxiété ou même de l'agressivité. De ce fait, l'infirmière n°2 parle d'une réactualisation et réadaptation constante en fonction des capacités de chaque personne.

#### 4.1.2.2. Posture soignante

Par ailleurs, la notion de patience revient dans les deux entretiens, elle est dite essentielle "les équipes doivent être d'une patience énorme parce qu'il y a beaucoup de répétitions" (infirmière n°2). La première soignante ajoute que la patience permet de rester bienveillant.

De plus, la connaissance que le soignant a de la personne soignée permet "d'anticiper" ou bien "minimiser" les divers troubles du comportement ; cela passe par la reconnaissance des signes précurseurs, "tout ce qui est non verbal" (infirmière n°1). La deuxième infirmière parle que la connaissance des résidents permet de "détourner leur attention avec quelque chose qu'ils aiment".

Ensuite, le soignant se doit d'être suffisamment présent auprès de la personne, "besoin de beaucoup rassurer, tenir la main" (infirmière n°1). Cette présence permet de répondre à l'anxiété de la personne. Le "phénomène du couché du soleil" est un exemple. La présence soignante est importante, en effet, "après 18h00, il y a une grosse agitation qui se met en place" (infirmière n°1). Ici encore le soignant se doit de trouver des solutions. Lors de la première interview, l'infirmière a évoqué la possibilité que les soignants se mettent en tenue de nuit, ferment les volets et mettent le couloir du service dans le noir afin de "faire comprendre que c'est la nuit".

#### 4.1.2.3. Ressentis du patient

Lors des interviews, suite à ma question sur le ressenti du patient lors de la prise en soin, la notion d'enfermement est revenue à plusieurs reprises. La première infirmière indique que dans le service où elle se trouve il n'y a "pas d'espace de déambulation ou peu", alors que les patients ont un grand besoin de déambuler, d'espace ; par conséquent ils ont "toujours ce sentiment d'être enfermés". Beaucoup de ces personnes atteintes de troubles cognitifs veulent sortir, rentrer chez elles. En effet, la plupart du temps, "ils ne comprennent pas ce qu'ils font là" (infirmière n°1). L'intérêt pour les soignants est de les accompagner dehors, prendre l'air. L'infirmière n°1 parle de "l'intérêt de se détacher", par exemple en se rendant dans le "jardin thérapeutique", le but étant qu'ils ne souffrent pas de cet enfermement en sentant sur eux "un petit air frais, [...] d'être dehors".

Enfin, la deuxième infirmière parle de la perte de l'estime de soi chez les résidents, par exemple lorsque "quelqu'un se rend compte qu'il n'est plus capable de faire quelque chose, c'est un

deuil". Cela entraîne un sentiment de tristesse chez eux. Cette phase se trouve en particulier au début de la pathologie lorsque les personnes ont encore des moments de lucidité.

## **4.2. Troubles cognitifs**

### **4.2.1. Définition**

La première infirmière définit la notion de troubles cognitifs tel un "comportement qui par moment peut être inadapté à la vie quotidienne". Les troubles cognitifs peuvent se manifester par des troubles du comportement. Par exemple, à cause de la "perte de mémoire immédiate", ils se répètent et "ne comprennent pas que vous avez déjà répondu à la question" (infirmière n°2) ; cela peut provoquer de l'agressivité. La perte de mémoire entraîne aussi "des troubles de "je veux m'en aller chez moi" " (infirmière n°2), d'où le souhait de vouloir sortir, "fuguer". En fin de compte, ils veulent se rendre là où ils ont leurs derniers repères, mais généralement, c'est "la maison de l'enfance" (infirmière n°1). Alors il est nécessaire de redire les choses pour qu'ils puissent assimiler, "mais bien souvent c'est pas le cas" (infirmière n°2). Au surplus, l'infirmière n°2 évoque qu'ils ne reconnaissent pas forcément leurs espaces, ils leur manquent la "notion de l'espace", cela peut entraîner des "troubles d'angoisses, [...] de stress". Par ailleurs, les deux soignantes ont émis les mêmes troubles en ce qui concerne la déambulation, diurne comme nocturne ; les troubles du sommeil, certaines personnes confondent le jour et la nuit, "ils n'ont pas la notion du temps (infirmière n°2) ; ou encore des troubles alimentaires (boulimie, anorexie...) ou bien l'appétit qui est troublé. Aussi, il peut y avoir une opposition de la personne dans les gestes de la vie quotidienne qui se manifeste par de l'agressivité, de l'agitation, etc. Enfin, la deuxième infirmière, parle de "troubles moteurs aberrants [...] toujours les mêmes gestes répétitifs" et de possibles logorrhées.

Les deux infirmières indiquent que les troubles liés aux troubles cognitifs peuvent être nombreux et divers. La première infirmière dit la même chose par rapport aux pathologies, évoquant entre autre les "démences", "multi-démences", "démence herpétique", "le corps de Lewy", Alzheimer, Parkinson, les "démences alcooliques" ou encore des troubles provoqués par un AVC. La deuxième infirmière généralise cela en parlant de la maladie d'Alzheimer et des "troubles apparentés".

## **4.2.2. La communication avec des personnes atteintes de troubles cognitifs**

### **4.2.2.1. La communication non verbale par rapport à la communication verbale**

Dans un premier temps, la première infirmière évoque que la communication non verbale permet de compléter la communication verbale. La deuxième complète cela en expliquant que la communication non verbale permet de mieux faire comprendre le verbal, mais est aussi utile “quand la personne au niveau verbal ne va plus comprendre”. Par ailleurs, les deux soignantes s'accordent à dire que les deux communications sont importantes, l'infirmière n°1 ajoutant que l'on ne peut pas les dissocier l'un de l'autre.

Tout d'abord la première infirmière exprime que les mots sont importants, qu'il faut expliquer tout ce qu'il va se passer aux patients “même si on a l'impression qu'ils ne comprennent pas”. Elle affirme l'importance des mots en donnant l'exemple d'un patient qui ne supporte pas d'entendre “on va se coucher” mais plutôt “on va reposer votre dos”. Aussi l'infirmière n°2 commence son explication sur la communication avec la “voix”, en partant du principe que, “ils peuvent nous entendre et nous comprendre”.

Ensuite, la soignante n°1 exprime que la communication non verbale correspond au moins à “50% de la communication”. Elle appuie cela en répétant plusieurs fois le mot “important” pour parler du non verbal.

Chacune des infirmières évoque dans un premier temps, plusieurs signes non verbaux pour parler de la communication non verbale : le “toucher”, le “regard”, “pleins de choses passent par le regard” ; la première infirmière ajoute également “l'attitude”, “les expressions faciales”, dont le sourire qui semble essentiel pour elle.

En ce qui concerne le toucher, la première infirmière le développe, ce qui semble le plus important selon elle. Elle affirme l'aspect essentiel de celui-ci auprès des personnes soignées : “ils font beaucoup de bisous [...] de câlins” ; elle dit que toucher est un besoin pour eux, “besoin qu'on les aime”. Ainsi le toucher s'accorde aux massages, “aux papouilles”, voir même “la poignée de main” qui est très importante pour les patients, le fait de dire “bonjour”, de les considérer.

Aussi, l'attitude, les positions semblent être importantes dans la communication. Dans un premier temps lorsque le toucher n'est pas possible avec des personnes qui ne sont pas réceptives à cela, “on peut être à côté de la personne et lui tenir la main sans lui dire un mot, t'es juste là au moment où il faut” (infirmière n°1). Ensuite la deuxième infirmière parle de la position face à la personne. En effet, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent avoir un champ visuel réduit. Ainsi, elle indique

l'importance de "ne pas surprendre la personne" et par conséquent se positionner face à eux, à leur hauteur pour qu'ils comprennent. Enfin, les deux infirmières parlent de la manière d'être. Elles s'entendent sur le fait d'avoir une attitude lente, zen, "sa manière d'être qui fait que ça peut être apaisant ou énervant" (infirmière n°2) ; par conséquent, "si on est stressé, ils sont stressés" (infirmière n°1).

Pour finir, la deuxième soignante aborde l'importance du ton de la voix, une tonalité trop haute pouvant brusquer les personnes soignées. "En face c'est des éponges [...] ils réagissent à la façon dont vous êtes". Elle indique ici que les résidents vont réagir à l'émotion véhiculée par le ton de la voix. Par conséquent, si le soignant est calme, le résident sera apaisé. Au contraire, l'énervement du côté soignant entraînera la même chose chez le résident. Aussi, elle est la seule des deux soignantes à évoquer l'utilisation de pictogrammes pour communiquer. Lorsque quelqu'un ne comprend pas bien le verbal, l'utilisation d'icônes peut faciliter la compréhension.

#### 4.2.2.2. Intentions du soignant

En lien avec la communication avec des personnes ayant des troubles cognitifs, il peut y avoir diverses intentions de la part du soignant. Tout d'abord, la première infirmière parle des notions de respect et de considération, "qu'ils existent encore en tant qu'être humain, même s'ils ont des troubles". Cela passe par l'individualisation, c'est-à-dire qu'il faut "faire en fonction de la personne" (infirmière n°2), s'adapter à elle, ici, pour communiquer. La première infirmière ajoute qu'il est nécessaire que l'équipe soit "uniformisée". Cela demande une bonne transmission de "toutes les petites ficelles qu'on découvre en non verbal" afin que les soignants utilisent les mêmes astuces pour bien communiquer avec la personne soignée.

### 4.3. La communication non verbale

#### 4.3.1. Limites de la communication non verbale dans le prendre soin

##### 4.3.1.1. Limites et obstacles

Au travers des interviews les infirmières ont évoqué l'importance, à leurs sens, de la communication non verbale. Mais il était également intéressant de savoir les possibles limites ou obstacles que cette communication entraîne. La première infirmière indique en premier lieu, une limite liée aux "problèmes somatiques". En effet, pour quelqu'un qui est aveugle, il y a toujours la possibilité de "toucher, guider", cependant elle souligne que, "avec le toucher on ne peut pas tout faire non plus". Par ailleurs, la première soignante évoque également le fait que certaines personnes

ne sont absolument pas réceptives au non verbal, “ça dépend de la personnalité”. Alors, il y a des solutions, par exemple d’être présent tout en respectant une distance.

La première infirmière termine son explication comme quoi beaucoup d’émotions peuvent passer par le non verbal “tant soignants que patients”, ainsi elle n’y voit pas d’autres limites possibles à la communication non verbale. De même, la deuxième infirmière ne fait pas apparaître d’obstacles, mais parle plutôt de “clés” qui vont pouvoir aider dans la communication et la prise en soin, par exemple avoir connaissance d’une musique qui “va apaiser la personne”.

#### 4.3.1.2. Malentendus

Pour terminer, les deux infirmières disent ne pas avoir de situations en tête, indiquant que la communication non verbale entraînerait des malentendus. Cependant, chacune fait apparaître des circonstances qui pourraient amener à des malentendus. La première infirmière évoque la possibilité qu’un “personnel qui serait stressé, et le patient absorbe ce stress”, alors le malentendu pourrait se créer. De son côté, la deuxième infirmière parle plutôt de “maladresse” impliquant une mauvaise compréhension du résident, “ça l’agace d’autant plus”.

## 5. Discussion

A présent, je vais croiser des éléments évoqués au sein du cadre théorique et du commentaire d’analyse, à mon point de vue ; dans le but d’étendre la réflexion autour de ma question de départ qui, pour rappel, est : “En quoi la communication non verbale favorise-t-elle le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs ?”

### 5.1. La communication auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs

Au début des entretiens j’ai souhaité avoir la vision des deux professionnelles sur la notion des troubles cognitifs, notion qui selon moi est complexe de par la multitude des manifestations qu’elle présente, afin de comprendre la spécificité de la communication auprès de personnes ayant des troubles cognitifs.

Si les deux infirmières ne m’ont pas donné une définition théorique pure des troubles cognitifs, elles m’ont plutôt parlé de leurs représentations et des signes observables sur le terrain. Elles ont toutes deux démarrées par la diversité des pathologies associées aux troubles cognitifs. Ensuite, la première infirmière a commencé par les expliquer tel qu’un “comportement qui par moment peut être inadapté à la vie quotidienne” ; toutes deux parlent de troubles de comportement. La Haute Autorité

de Santé (2018) nous a donné une définition qui convient à ces représentations, tel que les troubles cognitifs seraient une altération des fonctions cognitives souvent associées à un “changement de comportement, de personnalité”. Pour rappel, nous avons vu dans le cadre conceptuel que les fonctions cognitives concernent : l’attention, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, la perception.

Par la suite, les manifestations abordées par les deux infirmières s’accordent avec celles évoquées par Dominique Somme, à la différence que ce dernier les sépare en deux catégories : symptômes bruyants et non bruyants (Somme, D. document non publié [support de cours] 10 avril 2020). On peut constater que les soignantes parlent entre autre : d’altération de la mémoire, d’agitation verbale et motrice, de déambulation, d’opposition, d’agressivité, de troubles du sommeil et alimentaires, ou encore de la perte de la notion d’espace et de temps. Cependant j’ai pu remarquer que Dominique Somme (2020) parle, en plus, de la présence d’hallucinations, d’idées délirantes, de dépression. Je pense que ces derniers éléments peuvent être à l’origine de certains des signes évoqués par les infirmières ; ils pourraient avoir un lien. L’ensemble de ces apports me font revenir à mes situations de départ où les deux résidents avaient de l’agitation verbale, de l’angoisse, des hallucinations visuelles et auditives pour Madame H, et des signes d’opposition légère pour Monsieur T.

Également, Isaure Dechenaud et Mathilde Delefosse (2018) indiquent que les troubles cognitifs sont à l’origine d’une altération de la communication avec autrui. Par conséquent, il a été intéressant de développer, à travers le cadre théorique et les entretiens, la communication dans ce contexte particulier.

De manière générale, il y a deux formes de communication, verbale et non verbale, qui ont été évoquées tant au niveau théorique que empirique. Pour rappel, le non verbal est “ce qui est dit sans mot” (Christine Le Bihan, document non publié [support de cours], 6 février 2019), elle est inconsciente et spontanée (L.T. Schiaratura, 2010). Au travers du cadre conceptuel, les auteurs mettent davantage la communication non verbale au premier plan. En effet, Morgan Pitte (2019) indiquait que seulement 10% de l’information passait par le canal de la parole et de son côté, l’infirmière n°1 accorde 50% de la communication au non verbal. Dans l’entretien n°2, dans l’action de l’interview, je n’ai pas laissé la soignante évoquer son idée du pourcentage, afin de le comparer à celui de la première infirmière. Cependant, nous comprenons que la communication non verbale a une place importante dans la communication en général.

Evelyne Terrat (2013), indique qu’elle permet d’appuyer ce qui est dit par la parole ou bien de le contredire, dans le cas où le non verbal démontre l’inverse de ce qui est dit verbalement. Du point de



vue des infirmières, la communication non verbale permet de compléter le parlé (infirmière n°1). La deuxième soignante ajoute qu'elle peut aider à la compréhension lorsque la personne "ne va plus comprendre le verbal". Par ailleurs, les deux soignantes affirment que les deux communications sont importantes et indissociables. En effet, la communication verbale doit être présente. Les deux soignantes s'accordent aux dires de Mitra Khosravi (2011), il est "primordial peu importe l'état du patient, de continuer de verbaliser tous les actes effectués". L'infirmière n°2 a ajouté dans l'entretien : "ils peuvent nous entendre et nous comprendre". Ainsi, suivant ces points de vues, la communication non verbale ne doit pas remplacer le mode verbal mais le compléter. Cependant, dans les écrits les avis fluctuent. En effet, Isaure Dechenaud et Mathilde Delefosse (2018) expliquent qu'étant donné que le verbal fait intervenir ce qui dysfonctionne (mémoire, codes sociaux, etc.), alors son utilisation peut induire la mise en échec de la personne. De ce fait, ces mêmes auteures ont indiqué que le "verbal passera après afin de s'aider de ce qui persiste chez la personne soignée". I. Dechenaud, M. Delefosse, (2018) ont ajouté que ces personnes, pour qui "les mots n'ont plus de sens" sont encore plus sensibles à "ce que nous envoyons avec le corps".

A mon sens, et, de par mes expériences personnelles et professionnelles, j'ai toujours utilisé et perçu tant du verbal que du non verbal au sein d'un échange. De même, si la personne soignée est dans la capacité de nous entendre, nous ne savons pas à quel niveau elle peut nous comprendre. De ce fait, je pense qu'il est intéressant de conserver le mode verbal. Je soutiens cette idée en reprenant la règle des 3V d'Albert Mehrabian disant que dans un échange, 7% de la communication est verbale, 38% sont dédiés à l'intonation et au son, et 55% sont consacrés au visuel. C'est-à-dire qu'en parlant, le non verbal suit. Ainsi, dans le cas où la compréhension de la parole est altérée, la présence des comportements non verbaux aide et peut compenser. En outre, je souhaite appuyer le fait qu'il est indispensable de verbaliser l'ensemble des actes effectués, selon l'idée de Mitra Khosravi (2011), dans le respect de la personne soignée.

Par ailleurs, il y a un élément qui m'interpelle. En effet, Albert Mehrabian met en avant dans la communication : le non verbal (le visuel), les mots (le verbal) et l'intonation (le vocal). Je me suis alors demandée si le vocal fait partie du non verbal ou bien du verbal. Autrement, dans le cas où il ne peut appartenir à aucun des deux, cela voudrait dire qu'il n'y a pas deux types de communication mais trois. Cette possibilité peut être discutée avec les dires des auteurs. Morgan Pitte (2019), affirme que la communication verbale implique l'utilisation des mots, par le canal de la parole. Aussi, Pierrich Plusquellec et Vincent Denault (2018) indiquent que le non verbal est l'ensemble des moyens de communication, n'utilisant pas la parole. Christine Le Bihan (2019) le confirme en exprimant que le non verbal revient à ce qui est "dit", sans mot.

De mon point de vue, le vocal n'entre pas dans les critères exprimés par ces trois auteurs. Nous pourrions en déduire l'existence de trois types de communication : verbale, vocale et non verbale.

Pour continuer, les comportements non verbaux sont dit comme "la gestuelle humaine" selon C. Paillard (2018), ils concernent le corps dans sa globalité (I. Dechenaud, M. Delefosse, 2018). Le toucher a été le premier élément que l'infirmière n°1 a évoqué, ce qui m'a semblé le plus important pour elle dans son discours. La deuxième infirmière l'a également évoqué mais de manière moins approfondie. Je me suis demandée si c'est parce que ce geste est évident pour elle ou bien si elle considère qu'il n'est pas primordial. De son côté, Claude Terrier (2013) en parle comme le plus fort des modes de communication. Par ailleurs, la première soignante l'exprime tel un "besoin" pour les patients atteints de troubles cognitifs.

Ensuite, les signes qui m'ont semblé importants tant dans les apports théoriques qu'empiriques sont les attitudes et positions. Ces derniers correspondent, dans un premier temps, à la distance physique aussi appelée "proxémie" (E. Terrat, 2013). Grâce aux interviews et à mes expériences professionnelles, j'ai pu remarquer que les espaces intimes et privés sont les plus utilisés dans le soin. L'infirmière n°1 a pu exprimer que si une personne n'est pas réceptive au toucher, l'espace privé (50 cm à 1,20 m) est alors idéal pour être présente sans envahir la personne (E. Terrat, 2013), "t'es juste là au moment où il faut" (infirmière n°1). Ensuite la position concerne le placement par rapport à la personne. L'infirmière n°2 l'a davantage développée en indiquant qu'il est important de ne pas surprendre le résident, "la position du soignant par rapport au patient impact la qualité de la relation" (C. Paillard, 2018). Enfin, l'attitude est un élément qui est apparu dans les deux entretiens. Elle s'associe à la manière d'être, chaque infirmière exprimant qu'il faut être lente, zen. Cela s'associe au ton de la voix, dans l'objectif de ne pas brusquer la personne soignée car elle peut être relativement sensible à "l'émotion véhiculée par le ton de la voix" (infirmière n°2).

Également, les expressions faciales dont le sourire, les mimiques et le regard, m'ont paru importantes grâce au cadre théorique et le témoignage des infirmières, malgré que ces dernières ne les ont pas beaucoup développées. Elles permettent l'expression des émotions et des sentiments (M. Khosravi, 2011).

Enfin, le silence a uniquement été évoqué dans le cadre conceptuel. Cependant, comme l'exprime Christine Paillard (2018), c'est "une absence de bruit mais pas une absence de son". A mon sens c'est un signe non verbal qui a une capacité d'expression importante.

Autrement, les signes non verbaux qui sont fondamentaux selon moi, sont le toucher et les expressions faciales dont le regard, dans un premier temps ; puis, la position par rapport à la

personne soignée. En effet, j'ai pu l'évoquer dans mes deux situations de départ. Le toucher, le regard et les expressions générales du visage sont ceux qui m'ont le plus questionnés à la suite du vécu de ces situations. J'ai ressenti un échange important à travers ces derniers sans qu'il n'y ait aucune expression verbale. De plus, à mon sens, le regard est un moyen fort de communication, l'expression qu'emploie Claude Terrier (2013) en est la parfaite illustration : "les yeux sont le miroir de l'âme".

Enfin, nous avons pu voir, par les apports théoriques et empiriques, la grande importance des comportements non verbaux dans la communication. Ils donnent beaucoup d'informations sur la personne soignée. Ainsi, il me semble essentiel de les comprendre, "tenir compte des signes non verbaux [...] pour éviter les malentendus" (C. Terrier, 2013). J'appuie la phrase de ce dernier en rappelant l'impact qu'a eu ma position par rapport à Madame H, le fait de me rapprocher d'elle lui ayant permis de me percevoir et me comprendre.

## **5.2. Veille soignante dans la communication non verbale**

A travers ma question de départ, j'ai souhaité aborder ce qu'il fait que la communication non verbale favorise le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs. Par conséquent, alors que cela aurait pu être évident, je ne m'attendais pas à ce que la considération et la qualité du prendre soin impacte elle-même la communication non verbale. En effet, nous avons reconsidéré les signes non verbaux dans la partie précédente, ces derniers nous offrant une multitude d'informations sur la personne soignée, s'ils sont bien compris. De ce fait, la connaissance de la personne est fondamentale, les infirmières l'ayant mis en avant à plusieurs reprises dans les entretiens, tout comme les auteurs dans les apports théoriques du prendre soin. Cela s'accorde aux dires de C. Le Bihan (2019), la connaissance de la personne conditionne "la qualité du soin". Aussi je pense que dans le prendre soin se trouve la communication, ainsi, dans l'expression "la qualité du soin", j'entends également "la qualité de la communication".

A travers le cadre conceptuel, nous avons pris connaissance de l'existence du cadre de référence (valeurs, éducation, culture, etc.) ; celui-ci peut influencer la personne (E. Terrat, 2013). Tout comme ses habitudes de vie, son enfance, son vécu du présent, de ce que la personne va devenir, ce sont un ensemble d'éléments, abordés dans les entretiens, à prendre en considération dans la prise en soin. Dans la partie de la complexité du prendre soin, Walter Hesbeen (1997) avait avancé le fait que l'humain est complexe, il demande une "attention particulière". C'est-à-dire que tous ont affirmé qu'il est nécessaire d'avoir une vision globale et complète de la personne, de la

percevoir de manière unique et particulière. A ce point de veille, s'accorde le respect du rythme de la personne, de sa personnalité, etc. Pour se faire le soignant se doit d'être d'une grande adaptation et réflexion afin de privilégier le "soin individuel" (infirmière n°2). Enfin, les soignantes ont évoqué l'inclusion de la famille et des proches dans le prendre soin, permettant à l'équipe soignante d'obtenir une connaissance poussée du patient ; ils apportent des détails essentiels favorisant le soin.

En définitive, la connaissance de la personne aide à la communication et donne des "clés" (infirmière n°2) dans la gestion des troubles du comportement, de par la connaissance des signes non verbaux propre à chaque patient.

Par ailleurs, Mitra Khosravi (2011) a mis en lumière l'intérêt du maintien de la communication chez une personne atteinte de troubles cognitifs. Dans certains cas, le "bien fait" peut être d'éviter, ou d'aider à contrôler toute apparition de troubles du comportement. De même, lorsque nous donnons au patient l'occasion de s'exprimer, la prise en soin peut être facilitée, il peut être amené à participer aux soins.

De plus, nous avons vu que certaines pathologies "altèrent les capacités de communication" (P. Krolak-Salmon, 2009). En conséquence, les apports théoriques et empiriques nous ont montré que le patient peut rencontrer des difficultés : la mise en échec, la diminution de l'estime de soi, la majoration des troubles, le repli sur soi, etc. Le soignant se doit d'y faire face en s'adaptant, en valorisant la personne, qu'elle fasse elle-même les choses afin de conserver les acquis... Cela sans pour autant la mettre face à l'échec. Les infirmières parlent de "trouver des astuces", le mimétisme en fait partie. Cette notion me renvoie à mes expériences lors des situations, dans chacune d'elle, les résidents réalisant des gestes par mimétisme.

Ainsi, j'ai compris avec l'ensemble des éléments évoqués tout au long de la recherche que le soignant se doit de veiller à plusieurs éléments. Cela commence par de la considération de la personne dans sa globalité, l'importance de la notion d'individualisation et d'adaptation.

Dans la suite de l'idée précédente, les deux infirmières ont avancé l'importance du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, "uniformiser l'équipe" (infirmière n°1). En effet, en faisant référence aux apports théoriques, le prendre soin, en tant que valeur soignante, consiste à faire en sorte que la personne soignée se sente bien. Ainsi dans l'idée du prendre soin, la continuité des soins et des astuces me semble fondamentale.

En fin de compte, l'humain est complexe, c'est un fait. Il est complexe de par sa personnalité, ses possibles pathologies, ses difficultés... Cela demande une implication professionnelle conséquente. La réflexion et l'adaptation sont de mise, ceci s'applique pareillement à la

communication non verbale. En effet, comme j'ai pu le dire plus tôt, la recherche m'a amenée à me rendre compte que la qualité de la communication dépend de celle du prendre soin. Ainsi, en reprenant ma question de départ, j'aimerais ajouter que si l'on estime que la communication non verbale favorise le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs, alors il est indispensable que le prendre soin soit qualitatif.

### **5.3. Des limites ?**

Pour terminer, dans l'objectif de comprendre comment la communication non verbale permet de favoriser le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs, j'ai souhaité savoir si, au contraire, il y a des limites ou obstacles liés à ce type de communication pouvant créer des malentendus dans ce contexte.

Tout d'abord Pierre Krolak-Salmon (2009), évoque des limites liées à des pathologies. Par exemple, les démences fronto-temporales entraînent une mauvaise compréhension des comportements non verbaux. Les personnes ont des difficultés à assimiler les intentions des autres. De même, la première infirmière parle des limites liées aux problèmes somatiques, par exemple, une personne qui est aveugle, nous allons pouvoir la "toucher, guider", mais comme elle le précise, "avec le toucher on ne peut pas tout faire non plus". Aussi, L.T. Schiaratura (2008), exprime que les troubles cognitifs entraînent une altération de la communication, ce qui peut provoquer des malentendus.

Par ailleurs, il y a des limites liées aux personnes soignées ou encore aux soignants, en fonction des circonstances. L'infirmière n°1 a donné l'exemple des personnes n'étant pas réceptives au non verbal, "ça dépend de la personnalité". Également, les malentendus peuvent venir des soignants : un soignant qui est stressé, transmet cette émotion à la personne soignée (infirmière n°1). De son côté, la soignante n°2 évoque plutôt des "maladresses" qui pourraient amener une mauvaise compréhension du résident, donc une majoration des troubles.

Pour remédier à cela, la deuxième infirmière fait apparaître la notion de "clés", aidant à la communication, et donc à la prise en soin. Par exemple, cela peut être la distance pour les personnes non réceptives au toucher (infirmière n°1).

Rapidement lors des interviews, les deux infirmières n'ont plus eu d'idées de limites ou malentendus liés à la communication non verbale. Dans un premier temps, la deuxième soignante a même exprimé qu'elle n'en voyait pas. A mon sens, des obstacles à la communication non verbale peuvent exister, de manière plus ou moins franche, peu importe leurs origines. Mais selon moi, cela est surtout au cas par cas, et dépendra à chaque fois de la personne soignée, du soignant... Ou

encore, du fonctionnement de chacun, au même titre de l'échange verbal, deux personnes n'ayant pas le même langage, le même code, des personnalités différentes, etc. Je pense qu'il existe beaucoup d'aspects pouvant empêcher une communication fluide avec autrui, tant verbalement que non verbalement.

Enfin, comme évoqué dans la partie précédente, il me semble essentiel de bien connaître la personne soignée atteinte de troubles cognitifs, sa pathologie, son fonctionnement, etc., afin d'assurer une bonne communication.

## **6. Question de recherche**

L'ensemble de ce travail de recherche et en particulier la discussion m'a permis de faire cheminer ma réflexion autour de ma question de départ. L'ensemble des apports abordés m'a amenée à une notion clé, permettant à la communication non verbale de favoriser le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs. C'est le rapport entre une bonne communication non verbale et un prendre soin qualitatif. Suite à ça, je suis arrivée à ma question de recherche définitive : "Dans le contexte des troubles cognitifs, en quoi la qualité du prendre soin peut-elle impacter celle de la communication non verbale ?".

## **Conclusion**

L'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers m'a permis de développer ma réflexion sur l'impact de la communication non verbale dans le prendre soin. Les situations qui m'ont inspirée, concernaient des personnes atteintes de troubles cognitifs. C'est pourquoi j'ai souhaité développer mon thème auprès de cette population. Ces deux situations m'ont amené à mettre en mots de nombreux questionnements. Ils m'ont guidé à ma question de départ, "En quoi la communication non verbale favorise-t-elle le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs ?".

Dans un premier temps, pour y répondre, j'ai réalisé mon cadre théorique afin de savoir ce que les auteurs expriment sur mon sujet. Ces recherches m'ont permis d'enrichir mes connaissances sur ce thème. Ensuite, j'ai réalisé deux entretiens dans l'objectif d'avoir la vision de deux infirmières avec la réalité du terrain. Enfin j'ai confronté les apports théoriques et empiriques à mes propres points de vue. Cela a construit ma discussion dans laquelle j'ai pris conscience de nombreux éléments dont je n'avais pas fait les liens avant ce travail.

En effet, bien que j'ai souhaité centraliser mon thème sur la communication non verbale, j'ai compris qu'elle n'intervient jamais seule. On ne peut pas dissocier le verbal du non verbal, ils sont indissociables et se complètent. Cependant, le non verbal a une place importante dans la communication. J'ai aussi développé ma réflexion par rapport aux différents types de communication. Ainsi, en suivant des apports théoriques, à mon sens il existe non pas deux, mais trois types de communication : verbale, non verbale et vocale.

J'ai également pris conscience que la qualité du prendre soin est importante dans le but d'avoir une bonne communication, ici non verbale. Suivant cette idée, la connaissance de la personne soignée est essentielle, elle apporte des "clés" dans l'analyse et l'interprétation des comportements non verbaux. Ces derniers aident eux même à obtenir un prendre soin de qualité.

Pour finir, j'ai souhaité éclaircir les possibles limites à la communication non verbale. J'ai compris qu'elles dépendent réellement de la personne soignée : de sa personnalité, de sa ou ses pathologies, etc. Ainsi, la connaissance de ces derniers permet d'obtenir les "clés" pour contrer ces limites qui, en fin de compte, pourraient ne pas en être réellement.

Pour revenir à ma question de départ, si on souhaite que la communication non verbale favorise le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs, alors il est nécessaire que le prendre soin soit lui-même de qualité. A partir de cela, j'ai construit ma question de recherche définitive.

A travers ce mémoire, j'ai parfois rencontré des difficultés dans son écriture, mais je souhaite avant tout retenir tout le positif qu'il a suscité. Il m'a apporté une richesse tant professionnelle que personnelle. J'y ai découvert la part de sincérité que nous apporte le non verbal. Je pense que les fruits de ce travail seront utiles dans ma future profession. Je vais être davantage attentive au non verbal. Il est nécessaire que les soignants sachent le comprendre, l'interpréter. C'est un outil essentiel dans le prendre soin. Aussi, je vais utiliser les connaissances acquises sur les troubles cognitifs, lesquelles m'ont permis de comprendre de nombreuses situations rencontrées auparavant. Je pense que la compréhension de ces troubles est essentielle.

Pour terminer, nous avons vu que le prendre soin est complexe, sa qualité est primordiale. Les deux infirmières, à travers leurs témoignages, m'ont fait réaliser que les établissements de soins y contribuent. C'est pourquoi je souhaite mettre en avant un point mis en lumière par la première soignante. Les structures ne sont plus adaptées, la prise en soin y est limitée. En fin de compte, ne serait-il pas nécessaire de revoir le "système du vieillissement" ?

## Bibliographie

### Ouvrages :

- Michel, B.F. Verdureau, F. et Combet, P. (2005). Communication et démence. Solal.
- Khosravi, M. (2011). La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés (3ème édition.). Doin.
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson.

### Articles de périodiques :

- Dechenaud, I. Delefosse, M. (2018). Danse et communication non verbale. Soins Aides Soignantes, (81), 22 – 23.
- Terrat, E. (2013). La communication fonctionnelle. L'aide-soignante, (150), 12-14.
- Michaux, L. (2017). Les mots du prendre soin. Perspective soignante, (58), 45-73.
- Michaux, L. (2018). Les notions de prendre soin, care et caring sont-elles interchangeables ?. Perspective soignante, (62), 21-41.
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin. Soins Aides Soignantes, (81), 12-13.
- Derouesné, C. (2009). Maladie d'Alzheimer : une autre approche des troubles cognitifs. Santé Mentale, (137), 26-30.
- Krolak-Salmon, P. (2009). Démences et cognition sociale. Santé Mentale, (137), 38-40.

### Pages/PDF WEB :

- Schiaratura, LT. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement (volume 6 (n°3)). John Libbey Eurotex, 183-185.  
[https://www.researchgate.net/profile/Loris\\_Schiaratura/publication/23253188\\_Non-verbal\\_communication\\_in\\_Alzheimer's\\_disease/links/55648e2808ae89e758fd9142/Non-verbal-communication-in-Alzheimers-disease.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Loris_Schiaratura/publication/23253188_Non-verbal_communication_in_Alzheimer's_disease/links/55648e2808ae89e758fd9142/Non-verbal-communication-in-Alzheimers-disease.pdf)
- Pitte, M. (2019). La communication verbale. *Espace soignant*.  
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soinsrelationnels/communicationverbale#definition>
- Giffard, D (2018). Communication. *Psychiatrie infirmière*.



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

- Terrier C, (2013). La communication non verbale. *Cterrier*.  
[http://www.cterrier.com/cours/communication/60\\_non\\_verbal.pdf](http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf)
- Paris, A. (2010). Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. *EM-Consulte*  
<https://www.em-consulte.com/article/267601/prendre-soinc-une-demarche-dattention-a-la-utre>
- Demaison, C. (2011). Le concept de « care » : le soin lié aux fonctions de la vie. *Grieps*.  
<https://www.grieps.fr/actualites-le-concept-de-care-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49>
- Ooreka santé. (s.d.). *Troubles cognitifs*.  
<https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/553737/troubles-cognitifs-ooreka>
- Cognifit Research. (s.d.). *Cognition et science cognitive*.  
<https://www.cognifit.com/fr/cognition>
- Haute Autorité de Santé (2018). Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée : troubles cognitifs et neurocognitifs. Les parcours de soins.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\\_1\\_troubles\\_cognitifs\\_et\\_trouble\\_neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2020). La démence.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- La communication non verbale. (s.d.). *Définition de la communication non verbale*.  
<https://www.la-communication-non-verbale.com/non-verbal-7489/>

#### **Dictionnaire :**

- Paillard, C. (2018). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières (4ème édition). Setes.

#### **Cours :**

- Le Bihan, C. (2019). *Théorie sur la communication*. PFPS Rennes.
- Somme, D. (2020). *Défaillances cognitives (démences, confusions, Alzheimer)*. Paramen.  
<https://elffe.theia.fr/learning/library/239>

#### **Illustration :**

- Bourel, C. (2020). Mémoire.

## **Annexes**

### Sommaire des annexes :

#### Annexe I :

- Schéma de Shannon.

#### Annexe II :

- Equation du comportement verbal/non verbal du chercheur américain Albert Mehrabian.

#### Annexe III :

- Guide d'entretien.

#### Annexe IV :

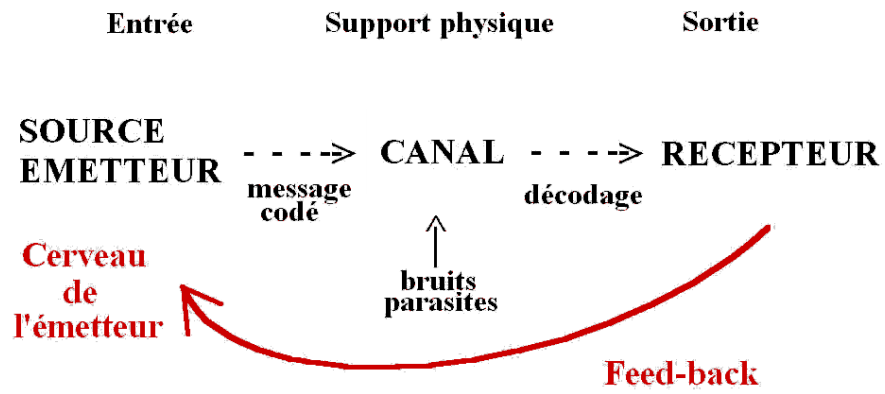
- Premier entretien infirmier : infirmière en unité cognitivo comportementale.
- Deuxième entretien infirmier : infirmière coordinatrice dans un EHPAD.

#### Annexe V :

- Grille d'analyse des entretiens.

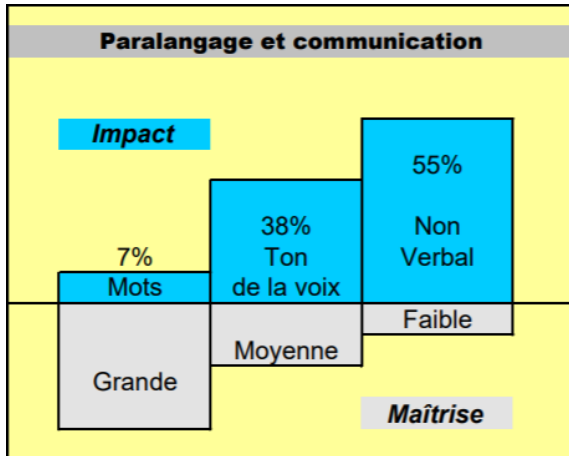
## Annexe I

Schéma de Shannon :



## Annexe II

Equation du comportement verbal/non verbal du chercheur américain Albert Mehrabian :



## Annexe III

### Guide d'entretien :

#### **Objectifs de l'entretien :**

- Définir les troubles cognitifs.
- Développer le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs.
- Démontrer l'importance de la communication non verbale dans la prise en soin de personnes ayant des troubles cognitifs.
- Faire apparaître les possibles limites et obstacles de la communication non verbale.

**Introduction :** présentation personnelle et demande d'autorisation d'enregistrement audio tout en garantissant le maintien de l'anonymat.

#### **Questions :**

- 1) Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle, depuis l'obtention de votre diplôme ?
  - Avez-vous eu des formations supplémentaires ?
  - Parlez-moi du service/établissement dans lequel vous travaillez actuellement.
  
- 2) Mon mémoire traite, entre autres, des troubles cognitifs, comment pourriez-vous définir cette notion ?
  
- 3) Pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez pris en soin un patient non communiquant / atteint de troubles cognitifs ?
  - Quelles sont les spécificités de ce type de prise en soin ?
  - A quoi êtes-vous le.a plus attentif.ve ? Quels sont vos ressentis dans ce type de prise en soin ?
  - Et selon-vous, quel est le ressenti du patient/résident ?
  
- 4) D'après-vous, qu'est-ce que signifie le prendre soin ?
  - Et le prendre soin d'une personne ayant des troubles cognitifs ?
  - Quelle est votre posture soignante dans ce type de prendre soin ?
  
- 5) Comment communiquez-vous avec les personnes souffrant de troubles cognitifs ?
  - Quelle communication utilisez-vous davantage ?

- Quelle est la place de la communication non verbale dans vos prises en soin/ce prendre soin ?
  - Quelles sont vos intentions dans l'utilisation de la communication non verbale ?
- 6) En quoi la communication non verbale permet-elle de bien communiquer avec une personne atteinte de troubles cognitifs ?
- Pourquoi utiliser davantage la communication non verbale par rapport à la communication verbale ?
  - Quel est le rôle de la communication non verbale pour ce type de prendre soin ? Qu'est-ce qu'elle apporte ?
- 7) Selon-vous, il y a-t-il des limites ou obstacles lié à la communication non verbale dans la prise en soin ?
- Rencontrez-vous par moment des malentendus avec la personne soignée, provoqués par la communication non verbale ?
  - Concrètement, qu'est-ce qui permettrait d'arriver à une prise en soin optimale malgré ces limites ? Quels seraient vos besoins ?
- 8) Auriez-vous quelque chose à rajouter ?

## **Remerciements**

## Annexe IV

### Transcription des entretiens infirmiers :

- **Premier entretien infirmier : infirmière travaillant en unité cognitivo comportementale depuis 4 ans.**

Tutoiement du professionnel avec son accord.

ESI : Peux-tu me parler de ton expérience professionnelle, depuis l'obtention de ton diplôme ?

IDE : Ça date, parce que à 6 mois de la retraite [rire]... Alors écoute, j'ai travaillé 16 ans en chirurgie, en clinique. Et après je suis arrivée en USLD. Et ensuite depuis l'ouverture de l'UCC, ça fait 4 ans, 4 ans que je travaille en unité cognitivo comportementale.

ESI : D'accord, est-ce que tu as fait des formations supplémentaires ?

IDE : Oui j'ai fais plein de formations, tout ce qui est formation basique, la manutention, tout ça. Après j'ai fais pour l'UCC, j'ai fait la violence de la personne âgée, sur 6 jours, oui c'était hyper intéressant.

ESI : En effet, ça devait être vraiment enrichissant. Parles-moi du service dans lequel tu travailles actuellement.

IDE : Donc là, nous on reçoit des patients qui posent problème en EHPAD ou à domicile pour des troubles du comportement avec épuisement de l'aidant, voilà, en EHPAD aussi parce que effectivement ils sont peu, dans les équipes il y a très peu de soignants, donc c'est dés que les gens ont de grosses déambulation ou... plein de troubles du comportement, c'est difficiles pour eux. Donc nous le but, c'est de les stabiliser en traitement... avec une visée non médicamenteuse, c'est vraiment le but du service. C'est vraiment non médicamenteux, donc c'est des activités thérapeutiques, donc on travaille beaucoup avec une ergothérapeute et avec une psychomotricienne. Donc voilà, c'est des ateliers mémoire, des ateliers théâtre, des ateliers moteur, des ateliers relaxation, voilà beaucoup de choses comme ça. Le but du service, et bien effectivement c'est de bien connaître la personne de façon à... anticiper les troubles du comportement, du moins les minimiser, voilà quand on commence à reconnaître, à bien les connaître, on voit les petits signes qui apparaissent, "oulah", on intervient. Ca peut être des sorties extérieures, des choses très simples.

ESI : Et pour la durée, le temps durant lequel ils sont dans le service ?

IDE : Alors logiquement c'est 6 semaines, 6 à 8 semaines. Très souvent ça déborde, parce que bien souvent les EHPAD, ne veulent plus les reprendre, parce qu'ils ont eu une mauvaise expérience. Donc il faut attendre une place ailleurs... ou en UVP, donc en unité de vie protégée spécialisée dans la maladie d'Alzheimer ou en UHR, donc là c'est vraiment l'extrême, unité d'hospitalisation renforcée, il y en a très peu sur Rennes, ou en EHPAD classique, ça peut arriver, quand c'est des gens qui viennent

du domicile que le retour est compliqué. Donc forcément il y a des délais d'attente qui sont longs, car il faut que les places se libèrent.

ESI : En fin de compte, il faut revoir tout le devenir de la personne à chaque fois.

IDE : Voilà, c'est vraiment du cas par cas... On a un staff une fois par semaine, en équipe pluridisciplinaire, où il y a un psychiatre qui intervient, les neuropsychologues, et on voit ce qui est possible et pas possible de faire puis on tient compte de l'avis du patient aussi quand même, dans la mesure où il est capable de nous le dire.

ESI : D'accord, toujours avec une équipe pluridisciplinaire donc. Du coup, mon mémoire traite, entre autres, des troubles cognitifs, comment est-ce que tu pourrais me définir cette notion.

IDE : Alors c'est ce que je disais, un comportement... je résumerais ça par un comportement qui par moment peut être inadapté, inadapté à la vie de... à la vie quotidienne quoi. Ça peut être une opposition à la toilette, dans les gestes de la vie quotidienne, une opposition... ça peut être une déambulation nocturne, c'est souvent le cas d'ailleurs, il déambule, il déambule, il déambule, ça peut être quoi encore... De l'agressivité bien sûr... Ça peut être des troubles alimentaires type boulimie...ou alors anorexie, voilà ça peut être ça les troubles du comportement, c'est surtout ça en fait.

ESI : D'accord, c'est très varié en fin de compte.

IDE : Les troubles du sommeil... voilà.

ESI : Ok, c'est, cela peut être beaucoup lié à certaines pathologies ? Qu'est ce qui revient le plus ?

IDE : Oui ! Et bien déjà tout ce qui est démence, multi-démence, parce qu'il y a beaucoup beaucoup de démence. Moi il y en a plein que je ne connaissais pas, la démence herpétique, il y a plein plein de démence, c'est un truc de fou, le Corps de Lewy, les AVC, les Alzheimers bien sûr, les parkinsoniens, fin c'est, voilà tu as beaucoup de démence, des démences alcooliques, fin il y a énormément de démence quoi. J'en découvre encore tu vois. [rire]

ESI : [rire] Ça ne s'arrête pas, ok, est-ce que tu peux me parler d'une situation où tu as pris en soin un patient non communicant ou bien atteint de troubles cognitifs.

IDE : Alors des non communicants, normalement l'UCC, que je te situe, c'est des patients qui sont autonomes, c'est à dire que déjà ils doivent marcher, ils doivent être capable de marcher puisqu'il y a des activités thérapeutiques, et s'ils ne sont pas capable de les suivre, ce n'est pas la peine... "Autonome" entre guillemets... Non communicant complètement j'ai pas eu, j'ai pas eu de personne non communicante parce que, j'ai eu des gens qui criait mais c'est de la communication, j'ai pas vraiment eu de patient non communicant, je ne crois pas que ce soit des clients pour l'UCC, les non communicants.



ESI : Et des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

IDE : Ah bah là tous, tous, tous ont des troubles cognitifs oui, plus ou moins bien étiquetés mais tous.

ESI : Quelles sont les spécificités de ce type de prise en soins ?

IDE : Alors, la spécificité, et bien déjà on est vraiment dans le soin individuel, c'est la grosse différence de ce que j'ai pu connaître avant, c'est que l'on fait tout à la carte, le levé à la carte, le couché à la carte, tout à la carte, le change, la toilette à la carte. Si on n'y arrive pas là, on reporte.

ESI : Rien n'est protocolisé.

IDE : Rien, rien, rien. S'ils déjeunent à midi, ils déjeunent à midi ; s'ils se lèvent à deux heures du matin, il se lèvent à deux heures du matin. Bien sûr on essaye de les coucher mais si ça ne marche pas, ça ne marche pas quoi. C'est vraiment là la grande différence des autres services où effectivement, tout est à heure fixe quoi. Là, il n'y a pas de distribution de petit-déjeuner commun, c'est chacun se lève quand il veut.

ESI : Ok, intéressant. Du coup, à quoi es-tu la plus attentive, quels sont tes ressentis durant ce type de prise en soin ?

IDE : Et bien effectivement, tout ce qui est non verbal, l'observation du patient, tu observes, tu observes, tu observes, les... l'arrivée des troubles ou... tu essayes d'anticiper justement pour pas que ça vienne. Donc ce qu'il faut c'est une connaissance de la personne hyper, hyper, hyper, hyper poussée. De son histoire de vie, de ses habitudes de vie, il faut... On fait des gros entretiens famille, donc on est plusieurs membres de l'équipe à rencontrer la famille pour connaître le métier, l'histoire de la vie, l'histoire de l'enfance, tout, tout, tout de la personne.

ESI : Vous faites beaucoup intervenir la famille, les aidants aussi.

IDE : Oui, voilà. Au bout d'une semaine on demande à rencontrer la famille pour faire un point et connaître l'histoire de vie, je vais te montrer des petits trucs qu'on a fait des histoires de vie, bon tu seras peut être pas obligé de reprendre le nom, mais au moins tu auras vu tout ce que l'on pose comme questions aux familles. L'enfance, le métier, la vie d'homme ou de femme, voilà quoi, le nombre d'enfants, voilà tout, tout, tout. Le job... Et en fonction, si c'est quelqu'un qui travaillait la nuit, et bien tu comprends mieux qu'il ne dorme pas la nuit, c'est, il y a ça aussi, parce que ça joue.

ESI : Oui, expliquer les choses pouvant induire les troubles.

IDE : Oui voilà, on essaye toujours de trouver une explication, pourquoi. Là, j'ai un patient, il dort très peu, mais ce monsieur, depuis trente ans il accompagne sa femme qui avait un parkinson, qui est décédée et au décès de sa femme il a décompensé complètement en fait, mais pendant trente ans il

l'a porté... Et je pense qu'il dort très mal parce qu'il devait beaucoup beaucoup s'occuper de sa femme la nuit.

ESI : Ça se répercute, ça s'observe maintenant en fait. Et selon toi, quel est le ressenti du patient ?

IDE : Chez moi, ils souffrent d'enfermement, ça c'est certain, parce que c'est une toute petite aile qui a été transformée en service, il n'y a pas d'espace de déambulation ou peu et ils ont besoin de beaucoup d'espace, ils ont toujours ce sentiment d'être enfermé. Donc ils veulent sortir, sortir, sortir, sortir.

ESI : Et est-ce que ça amplifie les troubles ?

IDE : D'où l'intérêt de se détacher, alors on a un jardin thérapeutique, on les emmène dans le jardin, effectivement ils ont besoin de prendre l'air et de sortir, de pas souffrir de cet enfermement, les trois-quarts du temps, ils comprennent pas ce qu'ils font là. Ça c'est sûr. Ils veulent rentrer à la maison. Alors la maison ça veut tout dire et rien dire, parce que ça peut être la maison de l'enfance comme... Ça dépend à quel moment ils en sont dans leur vie, à ce moment-là.

ESI : D'après toi, qu'est-ce que signifie le prendre soin ? En général, dans un premier temps.

IDE : Le prendre soin, c'est ça c'est respecter la personnalité et la personne dans sa globalité, c'est à dire son passé son présent, ce qu'il va devenir, c'est le respect du rythme de la personne et ça, c'est, très compliqué à l'hôpital, c'est ça le prendre soin. C'est être bienveillant. La bienveillance, beaucoup de bienveillance.

ESI : Oui, donc s'adapter à la personne.

IDE : Oui, voilà.

ESI : Et pour le prendre soin d'une personne ayant des troubles cognitifs ?

IDE : Alors c'est d'autant plus respecter son rythme personnel, en fait.

ESI : D'accord, cela va aider à la prise en soin, d'accord. Et donc, cela se rejoint mais quelle est ta posture soignante dans ce type de prendre soin ?

IDE : Alors la posture, ma posture, il faut beaucoup, beaucoup de patience, pour rester bienveillant faut beaucoup de patience parce que tu peux répéter six cent fois la même chose dans la même journée, ça paraît simple mais ça ne l'est pas [rire].

ESI : Est-ce qu'il y a un épuisement de l'équipe ?

IDE : Oui complètement, alors c'est pas physique, c'est psychologique, c'est vrai que des fois [souffle]. Alors on souffre beaucoup du phénomène du couché du soleil, je pense que tu trouveras ça dans les écritures. Le soir après 18h00, il y a une grosse agitation qui se met en place... La tombée de la nuit c'est terrible pour eux, c'est anxiogène au maximum et là c'est des heures qui sont très intenses en fait. T'as besoin de beaucoup rassurer, tenir la main, être présent, pas trop mais suffisamment quand même, répondre, vraiment répondre au stress, pas de les stimuler le soir, oui, alors on est en, on avait hésité une époque à se mettre aussi en tenue de nuit parce que voilà, ça les aide, fermer les volets, mettre le couloir dans le noir, etc. Pour leur faire comprendre que c'est la nuit qu'il faut dormir, mais bon on l'a pas fait parce que voilà, c'est encore un petit peu rigide. Il y a beaucoup d'EHPAD où elles le font.

ESI : D'accord ! Je ne connaissais pas. Ou bien des EHPAD où ils se mettent en civil.

IDE : Oui voilà, et ils se mettent en pyjama le soir, pour leur faire comprendre que c'est la nuit, et que voilà c'est normal d'aller dormir la nuit.

ESI : Comment communiquez-vous avec les personnes souffrant de troubles cognitifs. Quelle communication utilisez-vous davantage ?

IDE : Le toucher. Beaucoup le toucher, pour eux c'est très important, il font beaucoup de bisous, beaucoup de câlins, ils ont besoin de toucher, besoin qu'on les aime, en fait, qu'on le respecte en tant que personne, qu'ils existent encore en tant qu'être humain, même s'ils ont des troubles... Le toucher beaucoup, le regard, le sourire, la poignée de main quand c'était possible, avec la COVID on peut plus, mais bon c'est hyper important pour eux la poignée de main, le bonjour quoi et puis le sourire, toujours être souriant toujours, toujours, toujours.

ESI : Du coup, davantage la communication non verbale... et donc quelle est la place de la communication non verbale dans cette prise en soin ?

IDE : 50% de la communication est non verbale, je dirais 50%.

ESI : Après dans l'unité, vous utilisez peut-être aussi le verbal dans l'accompagnement, un mixte des deux ?

IDE : Oui voilà, mais le non verbale c'est vraiment important, important, important, important, on peut être à côté de la personne et lui tenir la main sans lui dire un mot, t'es juste là au moment où il faut et voilà quoi. Ça peut être qu'on est chacun dans son fauteuil et on tient la main et ça rassure.

ESI : De la présence, d'accord.

IDE : Le toucher c'est vraiment important, on fait beaucoup de massage, massage du dos, massage des tempes, de la nuque, ça c'est quelque chose qui les détend super bien aussi. Le toucher c'est,

c'est pour ça qu'il y a l'atelier relaxation car c'est que du toucher tu vois, pendant une demi heure, quarante cinq minutes, c'est que des massages, des papouilles quoi [rire].

ESI : Se centrer sur le non verbal plutôt que le verbal.

IDE : C'est dommage, j'aurais bien aimé que tu rencontres la psychomot', ça aurait pu être bien mais elle est absente en ce moment.

ESI : Du coup qu'elles sont tes intentions ou vos intentions par rapport à toute l'équipe dans l'utilisation de la communication non verbale.

IDE : ... Et bien déjà de l'uniformiser sur l'équipe parce que c'est pas simple... de savoir de bien se transmettre que tenir la main pendant une demi-heure ça peut être super salvateur pour le, pour le patient pour nous, pour l'ambiance, on va dire, bien se transmettre toutes les petites ficelles qu'on découvre en non verbal. Par exemple on se rend compte que telle personne, et bien la toilette c'est beaucoup plus facile dès le réveil ou alors, beaucoup facile, mais ça c'est dans l'habitude et dans la transmission. La transmission des petits trucs qui marchent, c'est vraiment important. Ca, c'est vraiment la base de notre service, bien transmettre, bien transmettre, bien transmettre et retransmettre après aux EHPAD, parce que voilà dans la mesure des possibilités s'ils peuvent mettre en œuvre nos petits trucs qu'on remarque. Ça peut être une petite veilleuse qu'on met en place, ça peut être je sais pas, plein de choses, des volets qui sont pas fermés dans la chambre... Fin il y a tellement de choses, je ne sais plus, mais je sais pas... le lit plus bas, le lit plus haut, une barrière, pas de barrière, un matelas au sol, ça, vraiment, partout, partout, partout. Parce que des fois il y a des angoisses aussi de tomber du lit, voilà. Peur du noir...

ESI : Tous les détails qui vont faire que la prise en soin soit la mieux adaptée.

IDE : Les mots, les mots, alors là on est pas dans le non verbal mais par exemple, il y a un patient en ce moment, il ne faut pas lui dire, "on va se coucher", c'est "on va reposer votre dos"... Parce que l'on s'est aperçu que le mot "coucher", ça le bute. Donc on lui dit plus "on va se coucher", on lui dit "on va reposer votre dos"... Alors bon, il faut surtout bien transmettre aux autres quand ça marche quoi.

ESI : C'est très spécifique donc, il faut arriver à trouver aussi le... les mots adaptés.

IDE : Le truc, oui. D'où l'intérêt aussi d'une bonne, d'une bonne transmission entre le jour et la nuit, beaucoup beaucoup d'écriture, faut beaucoup écrire.

ESI : Ça marche, et donc, même si on l'a déjà évoqué, en quoi la communication non verbale permet-elle de bien communiquer avec une personne atteinte de trouble cognitif... Et pourquoi utiliser davantage la communication non verbale par rapport à la communication verbale ?

IDE : Alors pourquoi, déjà parce que tu peux avoir, malheureusement, des problèmes purement somatiques, l'audition qu'il n'y a plus, des gens qui sont aveugles, j'en ai quand même une en ce

moment... Donc là le non verbale, là le toucher, guider, c'est pas verbal du tout. Voilà, parce qu'il y a ces gens qui ont des problèmes de somatiques et puis parce que, parce que plein de choses passent par le regard aussi, le regard, l'attitude, ne jamais courir, toujours avoir une attitude lente et zen avec eux, ça c'est sûr. Si on est stressé, ils sont stressés, ça c'est sûr. Toujours quand on fait une activité avec eux, la faire avec eux, c'est-à-dire quand ils font du coloriage, je fais du coloriage. parce que par mimétisme, sans leur dire, ils vont faire pareil que moi, ça c'est du mimétisme pur. Parce que aussi une toilette, si la personne ne comprend pas et que je fais le geste de me laver avec le gant de toilette, il va se laver avec le gant de toilette. C'est tout en mimétisme... Bien, alors expliquer bien sûr quand même avec des mots, même si on a l'impression qu'ils ne comprennent pas, expliquer quand même avec des mots ce que l'on va leur faire, tout ce qu'on leur fait, faut leur dire... Même si on a l'impression qu'ils ne comprennent pas.

ESI : Et puis, plus généralement, le rôle de la communication non verbale pour ce type de prendre soin ?

IDE : Le rôle...

ESI : Qu'est ce qu'elle apporte ?

IDE : Eh bien, elle complète la communication verbale, c'est vraiment un complément. On ne peut pas le dissocier l'autre d'ailleurs, c'est, c'est pour la prise en soin complète, le non verbal, c'est au moins, c'est 50% de la communication.

ESI : Selon toi, il y a-t-il des limites ou obstacles liés à la communication non verbale dans la prise en soin.

IDE : Oui, oui. Déjà, les problèmes somatiques, quelqu'un qui est sourd, qui est aveugle, c'est quand même... Bon il y a le toucher, il reste le toucher, mais bon avec le toucher on peut pas tout faire non plus. Les limites autrement, il y a des gens qui n'aiment pas, qui aiment pas le non verbal, tu as des patients qui ne sont pas du tout réceptifs à ça aussi ça dépend voilà, ça dépend de la personnalité. Quelles limites ? Non je crois pas qu'il y ait d'autres limites que ça en fait. Je pense que l'on peut passer plein d'émotions par le non verbal, autant soignants que patients en fait. Tu as quelqu'un qui peut pleurer, même s'il ne dit pas un mot, qui est triste.

ESI : Et, est-ce que certaines personnes, ne sont pas, n'acceptent pas le toucher ?

IDE : Oui, tu en as qui n'apprécie pas du tout le toucher, et donc on s'assoit juste auprès d'eux sans les toucher, juste la présence, en gardant la distance, respecter. Oui, il y a des gens qui ne supportent pas du tout qu'on les touche, effectivement oui.

ESI : Est-ce que tu rencontres des malentendus avec la personne soignée, provoquée par la communication non verbale ?

IDE : Non parce que nous on a fait un gros travail d'équipe là-dessus, non, non j'ai pas vécu ça non, non. J'ai pas souvenir en tout cas. Par du non verbal... [souffle, réfléchit], Non, parce que c'est du verbal, l'idée que j'ai en tête c'est du verbal, non je vois pas en non verbal, non. Quelqu'un, un personnel qui serait stressé, et le patient absorbe ce stress et s'angoisse, peut être, ça doit arriver. Mais, moi je ne l'ai pas vécu personnellement, je suis plutôt d'une nature zen. C'est ce qu'il faut d'ailleurs.

ESI : Et du coup tout ce que vous voulez transmettre, toi comme l'équipe est généralement bien compris ?

IDE : Oui, généralement, oui.

ESI : Donc concrètement, qu'est-ce qui permettrait d'arriver à une prise en soin optimale, malgré ces limites, les quelques limites, quels seraient les besoins, tes besoins ?

IDE : Pour les patients... Qu'est-ce qu'il faudrait... Faudrait un système... C'est tout le système du vieillissement qui est à revoir pour moi [rire]. Les structures sont trop grandes, il faudrait des structures plus adaptées avec plus de personnel, ça c'est évident... [réfléchit] Le côté pluridisciplinaire, ça devrait être dans tous les services de gériatrie... Quoi d'autre, parce que tu as quand même plus de connaissances avec la psychomot, avec l'ergo, avec la psychologue, avec le psychiatre, des façons d'aborder les patients qui sont différentes des nôtres, les soignants... Qu'est ce que je pourrais te dire qui serait bien dans l'absolu... Oui, pour la personne âgée en tout cas, revoir les structures, ça c'est certain. Réadapter. C'est plus adapté.

ESI : D'accord, ça l'a été un moment puis ça ne l'est plus. Ça a évolué.

IDE : Ça ne l'est plus. Deux soignants pour quarante patients, c'est pas adapté quoi, c'est clair que c'est pas adapté, parce que les gens vieillissent mais vieillissent aussi avec des troubles du comportement donc voilà, c'est plus adapté. C'est plus, les EHPAD, sont pas assez dans l'individuel justement, le respect de l'individuel, elles y travaillent, mais avec les petits moyens qu'elles ont... C'est compliqué, tout ce qui est institutionnel c'est toujours très compliqué.

ESI : Donc ce serait surtout au niveau des structures, une réadaptation, réévaluation de tout ça.

IDE : Oui, alors beaucoup de... d'augmenter les familles d'accueil, ça peut être bien effectivement, je pense les, une famille d'accueil, ça peut être très très bien ça.

ESI : Les personnes que vous recevez dans l'unité peuvent venir de famille d'accueil ?

IDE : Non ! Pas pour l'instant, mais ça devrait, ça devrait se développer, ça serait bien, ça éviterait l'institution. Et voilà, ce serait top, mais bon il faut que ça se mette juste en place.

ESI : D'accord, est ce que tu aurais quelque chose à rajouter, quelque chose que l'on a pas abordé durant l'entretien ?

IDE : Non, non, mais je vais quand même te faire monter pour que tu vois un petit peu quand même comment c'est dans l'unité.

ESI : Avec plaisir.

- **Deuxième entretien infirmier : infirmière coordinatrice dans un EHPAD, avec des unités de vie protégées, depuis 10 ans.**

ESI : Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle, depuis l'obtention de votre diplôme ?

IDE : Alors, depuis l'obtention de mon diplôme... Donc j'ai eu mon diplôme en 1985, donc j'ai d'abord travaillé pendant 18 ans à l'hôpital, en faisant différents services. J'ai commencé par des services techniques, style réanimation chirurgicale pendant quatre ans. Après j'ai fait de la cardio intensive pendant quatre ans aussi, après je suis allée en... chirurgie digestive et gynéco. [Réfléchit] Et... pendant cette période-là j'ai aussi fait une période, une expérience de neuf mois au bloc opératoire en tant que... infirmière de bloc et après je suis allée en service de chirurgie digestive... cancéro. Donc, voilà pour mon expérience à l'hôpital. Et après, [réfléchit] j'ai... trouvé un poste en EHPAD... D'abord... où je suis, je suis resté pendant neuf, neuf ans sur cet EHPAD et à l'ouverture de l'EHPAD [nomme l'EHPAD] donc... j'ai fait une, un DU Alzheimer pour me spécialiser sur les soins à apporter aux personnes Alzheimer et faire les unités de vie protégée et l'accueil de jour... Voilà. Donc cela fait depuis l'ouverture de l'établissement en 2000... 2011... Oui c'est ça... Maintenant que je fais partie des unités de vie protégées et... au moment où l'accueil de jour était ouvert j'étais aussi, je m'occupais des personnes de l'accueil de jour, je m'occupais des entrées, de l'accueil de jour. Voilà.

ESI : Ok, donc c'est varié depuis le début, beaucoup d'expériences diverses et variées.

IDE : Oui, oui j'ai toujours aimé bouger. Donc, voir... Le métier d'infirmière permet d'avoir beaucoup d'expériences en fait dans beaucoup de milieux et c'est, c'est l'intérêt.

ESI : Exactement, du coup vous avez fait le DU Alzheimer, est-ce qu'il y a eu d'autres formations en lien ou non avec des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

IDE : [Réfléchit] Alors, j'ai surtout le DU Alzheimer après il y a eu des petites... formations mais en général très courtes, par, par un médecin, par exemple par Madame L qui nous redonnait certaines infos par rapport à des pathologies pour les maladies apparentées, puisque on a, on a des... [Réfléchit] certe des maladies d'Alzheimer mais on a aussi toutes les maladies apparentées, les corps de Lewy, les parkinsons, les choses comme ça. Voilà, mais non c'est vraiment le DU Alzheimer qui a

été le plus important après j'ai eu des formations sur la gestion du stress, sur, mais c'était pas forcément... [Réfléchit], spécifique aux troubles cognitifs.

ESI : D'accord.

IDE : J'ai eu, j'ai eu une formation aussi sur la nutrition qui est importante aussi par rapport aux personnes, aux personnes Alzheimer parce que, et bien effectivement quand ils retrouvent, quand ils... ne savent plus trop comment manger, fin la nutrition... Comment leur apporter les nutriments nécessaires, les vitamines nécessaires... C'est important aussi, donc... mais c'est pas spécifiquement sur les troubles cognitifs.

ESI : Ok, ça marche. Et vous avez parlé du, de l'établissement où vous travaillez, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus, sur cet établissement, les services ?

IDE : Sur l'EHPAD [nomme l'EHPAD] ?

ESI : Oui !

IDE : Alors c'est un EHPAD où il y a en tout soixante-quatre résidents, donc quarante personnes du côté confort où là, ce sont des personnes... qui sont très dépendantes, fin, en tout cas plus dépendantes mais que ce soit physiquement ou psychologiquement puisque les personnes Alzheimer en fin de pathologie vont aller sur l'unité confort, vous avez les deux unités de vie protégées. Donc là, c'est vraiment les unités pour les personnes qui déambulent, fin les personnes qui ont des troubles cognitifs important. Et l'accueil de jour, alors l'accueil de de jour c'est un petit peu à part, c'est... [Réfléchit] on a une file active d'à peu près de vingt personnes qui, qui viennent sur l'accueil de jour deux à trois fois par semaine, mais ça c'était avant le COVID. Et, et bien c'est un petit peu aussi une porte d'entrée pour après venir sur les unités de vie protégée. En fait, il y a un parcours un petit peu sur le, l'EHPAD, c'est l'accueil de jour quand les gens peuvent rester à domicile, à partir du moment où les gens, c'est trop compliqué pour les aidants de les garder à domicile, et bien c'est les unités de vie protégée tant, tant qu'ils peuvent participer à des activités thérapeutiques, non médicamenteuse et puis quand la pathologie est très avancée, quand il y a plus d'intérêt à ce que la personne reste sur... sur les unités de vie protégée... Elle ira sur les unités confort.

ESI : D'accord, en fait tout l'établissement permet une prise en soin du plus ou moins début de la maladie, des maladies jusque...

IDE : Voilà, c'est, c'est vraiment l'objectif de l'établissement.

ESI : Ok, ça marche ; une prise en soin globale.

IDE : Oui, c'est ça.



ESI : Du coup, mon mémoire traite entre autres des troubles cognitifs, comment pourriez-vous définir cette notion ?

IDE : De troubles cognitifs ?

ESI : Des troubles cognitifs oui.

IDE : [souffle] Alors, c'est tellement varié, très, très vaste. Troubles cognitifs, vous avez les troubles moteurs, les, les déambulations... [réfléchi] les troubles... un peu compulsifs où ils, ils vont toucher, faire toujours le même... C'est des troubles moteurs [réfléchi] aberrants on appelle ça en fait, ils vont toujours faire les mêmes, les mêmes gestes... Toujours les mêmes gestes répétitifs. Il y a des troubles cognitifs du style de logorrhée où les personnes vont parler en permanence, vont... Elle parle, elle parle, elle parle. Elles ont besoin d'évacuer par la parole... Vous avez des troubles plus ... [réfléchi] au niveau de la digestion, fin pas de la digestion, de la nutrition où ils vont plus connaître, fin c'est pas qu'au niveau de la nutrition d'ailleurs. Ils vont plus savoir faire les choses. Parce qu'ils ont la perte de la mémoire immédiate, déjà au niveau... Ça va être un petit peu brouillon tout ce que je vais vous dire... [rire]

ESI : [rire] Il n'y a pas de soucis.

IDE : C'est un petit peu comme ça me vient.

ESI : Oui, c'est tout à fait normal.

IDE : [Réfléchi] Donc la perte, la perte de mémoire va entraîner qu'ils répètent toujours les mêmes phrases, les mêmes, les mêmes questionnements, vous pouvez répondre à la question et puis mais même pas deux minutes après vous reposer exactement la même question. Et ça peut entraîner, justement, des troubles d'agressivité, parce que... ils ne comprennent pas qu'on, que vous avez déjà répondu à la question, parce qu'ils se souviennent plus l'avoir posée... Ça va être des troubles de "je veux m'en aller chez moi", "je veux partir", vous aurez expliqué pourquoi et puis pourquoi il doit rester là, voilà et puis deux secondes après ils vont recommencer. Donc c'est par rapport aux équipes, les équipes doivent être d'une patience énorme parce qu'il y a beaucoup de répétitions. Voilà, eux ils répètent beaucoup donc nous aussi on doit redire les choses pour qu'ils essaient, ils puissent un peu assimiler, mais bien souvent c'est pas le cas. [Réfléchi] Qu'est ce qu'il y a d'autres comme troubles cognitifs ? Il y en a tellement "oh là là"... Donc l'agressivité... l'agitation aussi... qu'est ce qu'il y a d'autre, il va y avoir des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil, c'est à dire qu'il y a des gens qui vont confondre le jour et la nuit, c'est-à-dire qu'ils vont très bien se lever et s'habiller à deux heures du matin, parce qu'ils pensent que leur nuit est faite, fin ils vont demandé leur petit déjeuner, voilà ils n'ont plus la notion du temps, ils vont manquer aussi la notion de l'espace, ils ne vont pas reconnaître leurs espaces, ils vont plus forcément savoir où est leur chambre. Voilà donc, du coup ça entraîne des troubles d'angoisses, d'angoisses et de stress. Parce que c'est pareil, ils ne comprennent pas... ils veulent rentrer chez eux, ils veulent aller chez eux où il y avait des repères mais bien souvent c'est leur maison d'il y a cinquante ans quoi. Voilà, je sais pas si j'ai répondu suffisamment.

ESI : Oui, oui de toute façon c'est votre propre définition de troubles cognitifs, et non pas quelque chose de précis. D'accord, ça crée de l'incompréhension des personnes ?

[Silence]

ESI : Allô ?

IDE : Oui, oui, ça crée de l'incompréhension, ça peut être de l'agressivité, de la répétition, ça peut être plein de choses quoi, oui.

ESI : D'accord, donc ensuite ma question suivante, pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez pris en soin un résident atteint de troubles cognitifs ? ... Quelles sont les spécificités de ce type de prise en soin ?

IDE : [Réfléchit] Les spécificités... Alors... c'est déjà de ne pas surprendre la personne, c'est déjà de lui parler bien en face, parce que ça peut être très très perturbant pour elle d'avoir quelqu'un qui lui parle et qu'il n'arrive pas à repérer d'où vient la parole, parce que souvent les personnes qui ont des troubles cognitifs ont aussi un champ visuel qui peut être raccourci, donc il faut vraiment se mettre en face d'eux, être à leur hauteur. Pas au-dessus, pas en dessous... Être à leur hauteur et leur parler bien en face pour qu'ils, qu'ils puissent comprendre... Ça va être... [Réfléchit] de ne pas les mettre en échec, surtout. De savoir bien, bien regarder son dossier, bien, bien connaître la personne avant d'aller la voir et pour l'occuper, lui présenter des, des activités, par exemple thérapeutiques non médicamenteuses puisque c'est vraiment le but, pour conserver les acquis, le, le but de notre prise en soin nous c'est de, d'essayer de conserver les acquis. Mais en ne mettant pas la personne en difficulté et en... pour, pour qu'elle ne s'angoisse pas. Donc il faut pas, il faut... Essayer de trouver un groupe de personnes qui sont à peu près au même niveau de la pathologie et leur présenter des activités qui vont leur permettre de stimuler leur mémoire.

ESI : Ok.

IDE : Pour conserver les acquis, mais, parce que le problème c'est que si on les met en difficulté, s'ils se rendent compte qu'ils n'y arrivent pas, et bien il faut réactualiser le plan de soins, parce que s'ils sont en échec, et bien c'est de l'angoisse qui va arriver. C'est du stress, de l'agressivité, et donc ne plus vouloir faire l'activité. Donc il faut vraiment éviter l'échec, essayer d'éviter l'échec et faire en sorte de conserver les acquis, en trouvant des activités qui lui font plaisir aussi. Donc grâce à l'histoire de vie... c'est de savoir, et bien qu'est-ce qui leur plaisait avant, parce que si c'est quelqu'un qui aimait beaucoup dessiner, on va partir sur du dessin, si c'est quelqu'un qui aimait plutôt les maths, on va partir plutôt sur des mathématiques, fin mathématiques, avec des chiffres. Donc voilà.

ESI : C'est une adaptation et une réadaptation permanente...

IDE : Permanente, oui.

ESI : D'accord et donc en fin de compte, à quoi êtes-vous la plus attentive et quels sont vos ressentis ? Dans ce type de prise en soin ?

IDE : [Silence] A quoi je suis le plus attentif... Et bien c'est que je vous disais tout à l'heure, à la mise en échec vraiment que les gens ne soient pas en difficultés quoi. Parce que sinon c'est, c'est tellement stressant pour elle, et, au niveau du groupe ça déstabilise le groupe. Donc vraiment c'est ça, ne pas mettre la personne en échec.

ESI : D'accord, ok, parce que ça peut créer un blocage ?

IDE : Oui.

ESI : Et entraîner le groupe, du coup d'accord.

IDE : Oui, exactement.

ESI : Et selon vous , quels sont, quel est le ressenti du résident ?... Dans la prise en soin en général, pas forcément lorsqu'ils sont en échec.

IDE : La perte de l'estime de soi... c'est surtout celle-là, qu'est ce que je pourrais vous dire d'autre ? Et puis la tristesse, parce que quand quelqu'un se rend compte qu'il n'est plus capable de faire quelque chose, c'est un deuil. Donc voilà, souvent ça entraîne de la tristesse.

ESI : D'accord, ok, ça marche. Et sont, les personnes après, je pense que cela dépend des personnes, mais elles sont souvent conscientes, de ce qu'elles, des capacités qu'elles perdent ?

IDE : Ça dépend, au niveau de là, ça dépend où la pathologie est arrivée, au début il y a une phase, qui est un petit peu, c'est une phase très, très difficile, c'est où les gens ont encore des moments de lucidité... Et quand ils ont encore des moments de lucidité, il y a des troubles cognitifs de type agressivité beaucoup plus important, parce qu'ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus, donc ils ne comprennent pas pourquoi. Donc ça entraîne d'autres troubles du comportement du coup.

ESI : D'accord, agressivité envers eux-même et envers les autres ?

IDE : Bien souvent c'est envers les autres ou c'est "je veux partir" ou c'est d'essayer d'ouvrir les portes et ça peut être envers le personnel oui.

ESI : D'accord, du coup ensuite, qu'est ce que signifie pour vous le prendre soin, en général dans un premier temps ?

IDE : Qu'est-ce que prendre soin ? [Réfléchit] C'est adapté notre prise en soin de façon très individuelle, de faire en sorte que la personne se sente bien et... Et de... Je ne sais pas comment

tourner ça moi... [Réfléchi] Oui c'est adapter son, adapter... adapter à chaque personne sa prise en soin.

ESI : D'accord, ça marche et est-ce qu'il y a des particularités avec des personnes, dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

IDE : ...J'ai pas compris la question, est-ce que vous pouvez répéter ?

ESI : Est-ce qu'il y a des différences, ou des particularités dans le prendre soin, justement, d'une personne atteinte de troubles cognitifs ?

IDE : Oui ! Fin, c'est vraiment, une personne qui a des troubles cognitifs, il faut essayer par tous les moyens de faire, de faire, qu'elle fasse elle-même les choses. Par exemple, si je prends la toilette, c'est de ne pas faire à sa place, mais de lui faire faire. Alors... pour essayer de conserver les acquis. C'est-à-dire que, si elle sait encore... Faire sa toilette du visage et bien il faut lui laisser faire, alors forcément ça prendra plus de temps, que si vous le faites à sa place mais la prise en soin, c'est vraiment ça, c'est adapté à chaque personne en fonction de ce qu'elle est capable de faire et il faut lui laisser faire. Et si à un moment elle, elle sait moins, et bien il faut essayer de trouver des astuces pour qu'elle, qu'elle... Qu'elle puisse continuer de le faire le plus longtemps possible. C'est-à-dire par exemple... Et bien il y a deux jours, elle savait se laver le visage et puis vous revenez deux jours après et vous vous rendez compte qu'elle ne sait plus faire, et bien il faut essayer le mimétisme, donc vous prenez un gant, vous faites et en lui demandant de faire la même chose, de façon à ce qu'elle le fasse et non pas faire à sa place.

ESI : D'accord, conserver l'autonomie un maximum.

IDE : Voilà, c'est ça. il faut être présent, mais, alors effectivement ça prend du temps hein, mais il faut être présent mais il faut pas faire à la place d'eux. C'est vraiment dans le but de conserver toujours, de conserver les acquis de la vie quotidienne. Quelqu'un qui peut mettre la table par exemple, il faut lui demander, il faut lui faire faire des gestes de la vie quotidienne, donc mettre la table, aider à faire la vaisselle... Et puis, en plus, des choses, des activités comme ça, ça les valorisent, ils sont en règle générale contents. Ça améliore l'estime d'eux même.

ESI : D'accord, même si on a déjà un peu parlé de ça mais quelle est votre posture soignante dans ce type de prendre soin, de personnes atteintes de troubles cognitifs ?

IDE : Oui, j'ai déjà je pense un petit peu répondu, effectivement c'est de pas faire à la place d'eux mais de vraiment s'adapter à la personne en fonction de ce qu'elle est capable de faire... Et... Et être toujours, fin, il faut qu'elle fasse le plus longtemps possible des choses elle-même. Parce que c'est comme ça qu'on va conserver un maximum les acquis.

ESI : D'accord, très bien. Comment communiquez-vous avec les personnes souffrant de troubles cognitifs ?

IDE : Alors, j'ai pas entendu le début.

ESI : Comment communiquez-vous avec les personnes souffrant de troubles cognitifs ?

IDE : Alors, par la voix d'abord. A partir du moment où ils peuvent... Ils peuvent nous entendre et nous comprendre. Et surtout, ce que je vous disais un petit peu tout à l'heure, ne pas, ne pas être au dessus d'eux, bien se présenter face à eux pour qu'ils comprennent, et surtout ne jamais élever la voix. C'est-à-dire qu'il faut rester dans une tonalité, pas haute quoi, surtout de ne pas les brusquer. Si vous commencez à vous énervez, en face c'est des éponges... Ils réagissent à la façon dont vous êtes, donc si vous êtes calme et bien ça va avoir un effet apaisant sur eux, par contre, si vous êtes un petit peu énervé ou autre, ça va entraîner de l'énervement. Il faut vraiment être très, très calme, très posé. Et puis les amener tout doucement, tranquillement à faire des choses, à repartir sur des activités.

ESI : D'accord, et donc quelle communication utilisée vous davantage ?

IDE : ... Le regard... [réfléchi], la communication verbale après il y a aussi la communication non verbale, ça peut être le toucher, pour apaiser. [réfléchi] Ça peut être le regard... ça peut être la promenade aussi pour les apaiser. Donc sortir aussi, parce que l'unité de vie protégée peut être un lieu un peu enfermant, donc quand il fait beau, les emmener dehors, donc ça c'est de la communication, pas forcément verbale mais ça va être... de sentir sur eux un petit air frais, de... d'être dehors. C'est déjà une autre forme de communication.

ESI : D'accord, et du coup quelle est la place de la communication non verbale dans vos prises en soins, dans ce prendre soin ?

IDE : Quelle est la ..?

ESI : La place de la communication non verbale ?

IDE : [Murmure] Qu'elle est la place... [Reprend à haute voix] En pourcentage ?

ESI : Non pas forcément, plutôt en général, l'importance en peu de cette communication... La communication non verbale.

IDE : Et bien c'est très important... Ça a une place importante, c'est sa manière d'être qui fait que ça peut être apaisant ou énervant... Mais ça c'est tous les jours, fin, c'est tout le temps qu'il faut être dans son savoir être. C'est tout le temps, fin... Mais ça n'empêche pas qu'il faut aussi communiquer de façon verbale, hein. Les deux sont importants.

ESI : Ok, ça marche. Et... Parce que du coup mon mémoire est davantage basé sur la communication non verbale, donc quelles sont vos intentions dans l'utilisation de cette communication... On l'a déjà un peu évoqué mais...

IDE : Quelles sont mes intentions ?

ESI : Oui... Par rapport à la personne... Ce qu'elle peut impliquer.

[Silence]

IDE : [Réfléchi] Quelles sont mes intentions... Et bien de l'apaiser... Tout dépend du trouble du comportement déjà... [silence] Quelles sont mes intentions, c'est très précis là... Quelles sont mes intentions...

ESI : Ou sinon, en quoi va aider la communication non verbale dans le prendre soin ?

[Silence]

IDE : [Souffle ; réfléchi]

ESI : Sinon, ce n'est pas grave.

IDE : Alors, vous me parlez de la communication verbale ou non verbale ?

ESI : De la non verbale.

IDE : Pardon ?

ESI : De la non verbale.

IDE : La non verbale.

ESI : Oui.

IDE : [Réfléchi] Qu'est ce que je peux vous répondre à ça moi, de plus que je ne vous ai déjà dit ? Parce que ça se recoupe du coup, je n'ai plus grand chose à vous dire là-dessus.

ESI : D'accord, et bien pas de soucis. Et sinon en quoi la communication non verbale permet-elle de bien communiquer avec une personne atteinte de troubles cognitifs ? Et pourquoi utiliser davantage la communication non verbale par rapport à la verbale, si c'est le cas bien sûr.

IDE : Et bien quand il y a besoin en fait, c'est vraiment, il faut individualiser, faire en fonction de la personne. Et effectivement quand la personne au niveau verbal ne va plus comprendre, ne va plus comprendre la communication verbale, on va, des fois ça fonctionne on va utiliser, par exemple, des icônes ou des dessins, qui, par exemple quelqu'un qui ne sait plus, si on lui dit "vous pourriez aller aux toilettes", "vous semblez avoir envie d'aller aux toilettes", mais ne va pas savoir, mais par contre

peut être qu'un petit sigle, un petit dessin de toilette et on lui montre, ça va être plus parlant pour elle. Donc ça c'est un exemple... La communication non verbale, oui, après on utilise beaucoup de pictogrammes, pour... pour faire en sorte que la personne comprenne les choses. Parce que de lui dire, par exemple, "lavez-vous les mains" ça va plus lui parler, par contre si elle voit... Ou alors si elle nous voit faire, nous, par mimétisme ça peut servir. Beaucoup de mimétisme, on fait les choses et elle, elle va répéter les mêmes gestes. Voilà, donc ça peut être un dessin, un pictogramme de quelqu'un qui se lave les mains, si on lui montre, elle va pouvoir le faire.

ESI : D'accord, ça marche. Donc beaucoup de mimétisme ou bien via des exemples par des images, quelque chose qui soit bien plus parlant pour la personne en fin de compte.

IDE : Oui c'est des choses qui sont plus parlantes pour eux.

ESI : D'accord, et du coup si je vous demande le rôle de la communication non verbale ?

IDE : Et bien, je pense que ça peut permettre de mieux faire comprendre le verbal, de se faire comprendre quoi.

ESI : D'accord ! Selon vous, est-ce qu'il y a des limites ou des obstacles liés à la communication non verbale dans la prise en soin ?

IDE : Est-ce qu'il peut y avoir des limites... J'en vois pas... [Réfléchit] Alors, on peut parler de clé aussi des fois, quand on connaît bien les résidents, il y a des fois où la communication non verbale ne va pas être, ne va pas être adapté, mais par contre, on sait qu'une chanson par exemple, alors on parle quand même mais une chanson va apaiser la personne. Alors ça, ça demande à ce que l'on connaisse bien la personne, qu'on ai rencontré la famille, parce que la famille peut nous dire : quand elle est énervée moi je, je lui chante, je sais pas, n'importe quelle chanson, et bien ça l'apaise. Et donc ça, quand on connaît ça, ces clés-là, ça nous aide énormément. Alors ça peut être une chanson, ça peut... On avait une dame ce qui l'apaisait, ça la faisait rire, c'était les Bodins. Elle était triste ou elle déambulait.. Voilà, on lui mettait les Bodins. Elle était... très calme. Voilà ça peut être une musique, ça peut être toutes les clés-là sont très, très importantes. Mais c'est souvent on trouve ça, ces petits détails-là, quand on a un entretien avec la famille.

ESI : D'accord, donc intégrer la famille pour adapter au mieux la prise en soin, si je comprends bien.

IDE : Voilà, ça peut être aussi, chez les hommes souvent, le plus souvent chez les hommes des trucs de bricolage par exemple, ils adoraient bricoler et puis en trouble du comportement, le monsieur il va nous démonter le dessous de l'évier, fin il va... Et donc si on lui met en face lui, une planche avec... avec des outils puis des clous, fin tout ça bien fixé parce que faut vraiment que ce soit adapté. Et bien il va s'occuper à visser, dévisser, clouter... Et, ça l'apaise, et là ça s'arrête.

ESI : D'accord, c'est vraiment très intéressant.

IDE : En général on dit que toutes ces clés-là, on les a, on les a eu avec la famille... D'où l'intérêt d'inclure la famille dans les prises en soin.

ESI : D'accord.

IDE : Des fois de détourner tout simplement leur attention quand, quand ils sont en trouble du comportement, c'est de détourner leur attention avec quelque chose qu'il aime... Et ducoup ils peuvent, alors ça marche pas à tous les coups, mais des fois ça peut, ça peut fonctionner.

ESI : Ok, intéressant. Toujours dans cette idée de limite ou obstacle est-ce que vous avez déjà rencontré par moments, des malentendus avec la personne soignée, provoquée par la communication non verbale ?

IDE : [Réfléchi] Oui, ça peut arriver, j'ai pas d'exemple en tête mais effectivement ça peut arriver... parce que par une maladresse, ou il ne sait pas, il comprend pas mieux le, le, la communication non verbale donc ça l'agace d'autant plus quoi. Mais ça peut arriver bien sûr. J'ai pas d'exemple en tête mais... ça arrive oui.

ESI : En fin de compte, oui il n'y a pas beaucoup de limites ou d'obstacles avec la communication non verbale.

IDE : Non, non je n'en vois pas.

ESI : En avant dernière question, concrètement qu'est-ce qui vous permettrait d'avoir une prise en soin optimale. J'avais mis "malgré ces limites" mais du coup quels seraient vos besoins ?

IDE : Je n'ai pas compris la question, vous pouvez me la répéter ?

ESI : Oui, oui pas de soucis. Concrètement, qu'est-ce qui vous permettrait d'obtenir une prise en soin optimale et quels seraient vos, vos besoins ?

IDE : C'est vraiment d'adapter à chaque personne... Mais de quoi j'aurais besoin... [souffle] La rencontre avec la famille, pour essayer d'adapter ou la rencontre avec les amis, les personnes les plus proches... c'est vraiment ce qui nous permet d'adapter au mieux... D'avoir des infos sur la vie d'avant quoi, pour essayer d'adapter au mieux.

ESI : D'accord, connaître la personne au maximum...

IDE : Oui, voilà faire un projet de vie individualisé quoi. Faire un projet personnalisé pour chaque personne. Parce qu'il faut vraiment connaître sa vie avant, ce qui permet de ne pas faire trop de bêtises justement.



ESI : Ok, super. Du coup on arrive au terme de l'entretien. Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter ?

IDE : [Réfléchit] Non, je pense que j'ai fait le tour à peu près, de la question, non.

## Annexe V

### Grille d'analyse des entretiens :

IDE 1 ; IDE 2

Catégories	Thème	Sous-thèmes	Item propos soignants
Communication non verbale	Limites de la communication non verbale dans le prendre soin	<p>Limites obstacles</p> <p>Malentendus</p>	<p>« les problèmes somatiques, quelqu'un qui est sourd, qui est aveugle, » ; « problèmes purement somatiques, l'audition qu'il n'y a plus, des gens qui sont aveugles » ; « toucher, guider, »</p> <p>« avec le toucher on peut pas tout faire non plus »</p> <p>« il y a des gens qui n'aiment pas [...] le non verbal, [...] qui ne sont pas du tout réceptifs [...] ça dépend de la personnalité » ; « on s'assoit juste auprès d'eux sans les toucher, juste la présence, en gardant la distance, respecter. »</p> <p>« je crois pas qu'il y ait d'autres limites [...] on peut passer plein d'émotions par le non verbal, autant soignants que patients »</p> <p>« quelqu'un qui peut pleurer, même s'il ne dit pas un mot, qui est triste. »</p> <p>« on peut parler de clés [...], quand on connaît bien les résidents, il y a des fois où la communication non verbale [...], ne va pas être adapté, mais par contre, on sait qu'une [...] mais une chanson va apaiser la personne. »</p> <p>« on a fait un gros travail d'équipe là-dessus, non, non j'ai pas vécu ça non, non » ;</p> <p>« un personnel qui serait stressé, et le patient absorbe ce stress et s'angoisse [...] ça doit arriver. »</p> <p>« ça peut arriver » « une maladresse, ou il ne sait pas, il comprend pas [...] la communication non verbale donc ça l'agace d'autant plus quoi. » (appuie avec le « quoi »)</p>

Le prendre soin	Définition		<p>« respecter la personnalité et la personne dans sa globalité » « son passé, son présent, ce qu'il va devenir, c'est le respect du rythme de la personne »</p> <p>« être bienveillant [...] beaucoup de bienveillance »</p> <p>« adapté notre prise en soin de façon très individuelle » « faire en sorte que la personne se sente bien »</p>
	Le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs	<p>Spécificités</p> <p>Attention particulière</p> <p>inclusion de la famille</p>	<p>« Le soin individuel » ; « on fait tout à la carte, le couché à la carte [...] le change, la toilette à la carte » « si on y arrive pas là on reporte ».</p> <p>« projet de vie individualisé [...]. Faire un projet personnalisé pour chaque personne. »</p> <p>« staff une fois par semaine, en équipe pluridisciplinaire, où il y a un psychiatre qui intervient, les neuropsychologues, »</p> <p>« tient compte de l'avis du patient »</p> <p>« il faut vraiment connaître sa vie avant, ce qui permet de ne pas faire trop de bêtises »</p> <p>« autant plus respecter son rythme personnel, »</p> <p>« S'ils déjeunent à midi, ils déjeunent à midi »</p> <p>« s'ils se lèvent à deux heures du matin, ils se lèvent à deux heures du matin ; [...] on essaye de les coucher mais si ça ne marche pas, ça ne marche pas quoi. » (appuie sur le quoi)</p> <p>« grande différence des autres services »</p> <p>« connaissance de la personne hyper, hyper, hyper, hyper poussée. [...] son histoire de vie, ses habitudes de vie. » ;</p> <p>« bien connaître la personne avant d'aller la voir »</p> <p>« l'histoire de vie » « l'histoire de vie »</p> <p>« l'histoire de l'enfance »</p> <p>« s'adapter à chaque personne [...] La rencontre avec la famille, pour essayer d'adapter [...] D'avoir des infos sur la vie d'avant »</p> <p>« entretiens famille »</p> <p>« connaisse bien la personne »</p> <p>« qu'on ait rencontré la famille, parce que la famille peut nous dire : quand elle est énervée moi je, je lui chante [...] et bien ça l'apaise » ;</p> <p>« ces petits détails-là, quand on a [...] avec la famille. »</p> <p>« inclure la famille dans les prises en soin. »</p> <p>« en fonction, si c'est quelqu'un qui travaillait la nuit</p>



		<p>Posture soignante</p> <p>Ressentis du patient</p>	<p>« réactualiser le plan de soins, parce que s'ils sont en échec, [...] c'est du stress, de l'agressivité qui va arriver »</p> <p>« réadaptation permanente »</p> <p>- « tout ce qui est non verbal, l'observation du patient » « l'arrivée des troubles [...] anticiper [...] pour ne pas que ça ne vienne »</p> <p>« beaucoup de patience, pour rester bienveillant faut beaucoup de patience »</p> <p>« bien connaître la personne de façon à anticiper les troubles du comportement, du moins les minimiser » « on commence à reconnaître [...] on voit les petits signes qui apparaissent, »</p> <p>« les équipes doivent être d'une patience énorme parce qu'il y a beaucoup de répétitions »</p> <p>« besoin de beaucoup rassurer, tenir la main, être présent, pas trop mais suffisamment » ; « répondre au stress, pas de les stimuler le soir »</p> <p>« on souffre beaucoup du phénomène du couché du soleil, [...] après 18h00, il y a une grosse agitation qui se met en place »</p> <p>« hésité une époque à se mettre aussi en tenue de nuit parce que voilà, ça les aide, fermer les volets, mettre le couloir dans le noir, » « faire comprendre que c'est la nuit »</p> <p>« quand ils sont en trouble du comportement, c'est de détourner leur attention avec quelque chose qu'il aime »</p> <p>« ils souffrent d'enfermement » ;</p> <p>« pas d'espace de déambulation ou peu et ils ont besoin de beaucoup d'espace, »</p> <p>« toujours ce sentiment d'être enfermé. »</p> <p>« ils veulent sortir ; Ils veulent rentrer à la maison. Alors la maison ça veut tout dire et rien dire, parce que ça peut être la maison de l'enfance »</p> <p>« l'intérêt de se détacher, alors on un jardin thérapeutique, » ;</p> <p>« besoin de prendre l'air et de sortir, de pas souffrir de cet enfermement »</p> <p>« sortir aussi, parce que l'unité de vie protégée peut être un lieu un peu enfermant, »</p> <p>« sentir sur eux un petit air frais, [...] d'être dehors. »</p> <p>« les trois-quarts du temps, ils comprennent pas ce qu'ils font là »</p>
--	--	--	---

			<p>« la tombée de la nuit [...] c'est anxiogène au maximum »</p> <p>« La perte de l'estime de soi »</p> <p>« quand quelqu'un se rend compte qu'il n'est plus capable de faire quelque chose, c'est un deuil. [...] ça entraîne de la tristesse. »</p>
Troubles cognitifs	Définition		<p>« Un comportement qui par moment peut être inadapté à la vie quotidienne »</p> <p>« troubles du comportement »</p> <p>« perte de mémoire immédiate [...] ils répètent toujours les mêmes phrases, [...] questionnements »</p> <p>« ça peut entraîner les troubles d'agressivité parce qu'ils ne comprennent pas que vous avez déjà répondu à la question » ;</p> <p>« des troubles de "je veux m'en aller chez moi", "je veux partir" »</p> <p>« redire les choses pour qu'ils essaient, ils puissent un peu assimiler, mais bien souvent c'est pas le cas »</p> <p>« ils vont manquer aussi la notion de l'espace, ils ne vont pas reconnaître leurs espaces. [...] ça entraîne des troubles d'angoisses, d'angoisses et de stress. »</p> <p>« ils veulent aller chez eux où il y avait des repères mais bien souvent c'est leur maison d'il y a cinquante ans »</p> <p>« la maison de l'enfance »</p> <p>« Ça dépend à quel moment ils en sont dans leur vie »</p> <p>« logorrhée, où les personnes vont parler en permanence »</p> <p>« une opposition dans les gestes de la vie quotidienne » ; « agressivité » ; « agressivité »</p> <p>« l'agitation »</p> <p>« Troubles moteurs »</p> <p>« troubles un peu compulsifs [...] troubles moteurs aberrant [...] toujours les mêmes gestes répétitifs »</p> <p>« déambulation » (diurne comme nocturne) ; « déambulation »</p> <p>« troubles du sommeil » ;</p> <p>« troubles du sommeil [...] il y a des gens qui vont confondre le jour et la nuit [...] ils n'ont pas la notion du temps »</p> <p>« troubles alimentaire type boulimie [...] anorexie » ; « troubles [...] au niveau de la nutrition où ils vont plus connaître »</p> <p>« troubles de l'appétit »</p>

		<p>« ça crée de l'incompréhension, ça peut être de l'agressivité, de la répétition, [...] plein de choses »</p> <p>« au début il y a une phase, [...] difficile, c'est où les gens ont encore des moments de lucidité... [...] il y a des troubles cognitifs de type agressivité beaucoup plus important, parce qu'ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus, donc ils ne comprennent pas pourquoi »</p> <p>Pathologies : « démence » ; « multi-démence » ; « démence herpétique [...] le corps de Lewy, les AVC, les Alzheimer, les Parkinsoniens [...] démences alcooliques »</p> <p>« maladies d'Alzheimer mais on a aussi toutes les maladies apparentées, les corps de Lewy, les parkinsons, »</p>	
	<p>La communication avec des personnes atteintes de troubles cognitifs</p>	<p>La communication non verbale par rapport à la communication verbale</p>	<p>« elle complète la communication verbale » ;</p> <p>« quand la personne au niveau verbal ne va plus comprendre »</p> <p>« ça peut permettre de mieux faire comprendre le verbal »</p> <p>« On ne peut pas le dissocier l'autre d'ailleurs » ;</p> <p>« ça n'empêche pas qu'il faut aussi communiquer de façon verbale [...] Les deux sont importants. »</p> <p>« les mots, par exemple, il y a un patient en ce moment, il ne faut pas lui dire, "on va se coucher", c'est "on va reposer votre dos". »</p> <p>« même si on a l'impression qu'ils ne comprennent pas, expliquer quand même avec des mots ce que l'on va leur faire, tout ce qu'on leur fait »</p> <p>« la voix d'abord [...] ils peuvent nous entendre et nous comprendre » (commence avec la voix)</p> <p>« la communication non verbale, ça peut être le toucher, pour apaiser. »</p> <p>« le regard »</p> <p>« ça peut être la promenade aussi pour les apaiser. »</p> <p>« sentir sur eux un petit air frais, de... d'être dehors. C'est déjà une autre forme de communication. »</p> <p>« le non verbal, c'est au moins, c'est 50% de la communication. »</p> <p>« 50% de la communication est non verbale, »</p> <p>« le non verbale c'est vraiment important,</p>

		<p>regard</p> <p>toucher</p> <p>attitudes</p> <p>ton de la voix</p> <p>support visuel</p>	<p>important, important, important, »  « le toucher beaucoup, le regard, le sourire la poignée de main » « toujours être souriant »  « regard, l'attitude, »  « plein de choses passent par le regard »</p> <p>(début sa réponse comme cela) « Le toucher. Beaucoup le toucher, » ;  « ils font beaucoup de bisous [...] de câlin »  « ont besoin de toucher, besoin qu'on les aime »  « beaucoup de massage, massage du dos, massage des tempes, de la nuque, »  « atelier relaxation » « des papouilles »</p> <p>« on peut être à côté de la personne et lui tenir la main sans lui dire un mot, t'es juste là au moment où il faut » « ça rassure »  « je suis plutôt d'une nature zen. C'est ce qu'il faut d'ailleurs »  « toujours avoir une attitude lente et zen avec eux »  « sa manière d'être qui fait que ça peut être apaisant ou énervant. »  « si on est stressé, ils sont stressés »  « de ne pas être au-dessus d'eux, bien se présenter face à eux pour qu'ils comprennent »  « ne pas surprendre la personne »  « les personnes qui ont des troubles cognitifs ont un champ visuel qui peut être raccourci, donc il faut vraiment se mettre en face d'eux, être à leur hauteur [...] leur parler bien en face [...] qu'ils puissent comprendre... »</p> <p>« jamais élevé la voix [...] rester dans une tonalité, pas haute [...] ne pas les brusquer »  « en face c'est des éponges [...] ils réagissent à la façon dont vous êtes »  « si vous êtes calme et bien ça va avoir un effet apaisant sur eux » « si vous êtes un énervé ou autre ça va entraîner de l'énervement »  « doucement »  « tranquillement »</p> <p>« des fois ça fonctionne on va utiliser, [...] des icônes ou des dessins, [...] quelqu'un qui ne sait plus, si on lui dit "vous pourriez aller aux toilettes", [...] ne va pas savoir, mais [...] un petit dessin de toilette et on lui montre, ça va être plus parlant»</p>
--	--	---	--



		Intentions du soignant	<p>« qu'on les respecte en tant que personne, qu'ils existent encore en tant qu'être humain, même s'ils ont des troubles »</p> <p>« uniformiser sur l'équipe »</p> <p>« bien se transmettre toutes les petites ficelles qu'on découvre en non verbal. »</p> <p>« dans l'habitude et dans la transmission. »</p> <p>« et retransmettre après aux EHPAD, [...] s'ils peuvent mettre en œuvre nos petits trucs qu'on remarque »</p> <p>« ne petite veilleuse qu'on met en place »</p> <p>« des volets qui sont pas fermés dans la chambre »</p> <p>« le lit plus bas, le lit plus haut »</p> <p>« une barrière, pas de barrière »</p> <p>« un matelas au sol » à « angoisses de tomber du lit »</p> <p>« quand il y a besoin en fait, c'est vraiment, il faut individualiser, faire en fonction de la personne. »</p>
--	--	------------------------	--

BOUREL Camille

La communication non verbale dans le prendre soin de personnes atteintes de troubles cognitifs.

Abstract : During my internships, I have been struck by the significant presence of non verbal communication, in the caring of people with cognitive disorders. Indeed, in some instances, cognitive impairments can affect communication, verbal mainly.

Hence my initial question is : *“To what extent does non verbal communication enhance the caring of people with cognitive disorders ?”*

To this end, I did some research in books, articles... Thereafter, writings were confronted to the interviews of nurses. Then, the whole research highlighted the communication’s impact. It is unconscious and gives a lot of information about the care receiver. However, it is inseparable to the verbal communication, they complete each other. Non verbal communication can support or contradict what is said verbally expressed. Furthermore, in order to use and interpret correctly, this can request some prerequisites.

To conclude, non verbal communication is an essential tool in caring, evenmore with persons affected by cognitive impairments. Also, this dissertation allowed me to learn about this subject. It brought me to think about the impact of the quality of caring, on that of non-verbal communication.

Résumé : Durant mes stages, j’ai été marqué par la présence importante de la communication non verbale, dans le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs. En effet, ces derniers peuvent, dans certains cas, altérer la communication, verbale en particulier.

D’où ma question de départ qui est : *“En quoi la communication non verbale favorise-t-elle le prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs ?”*

Pour cela, j’ai fait des recherches dans des ouvrages, articles... Par la suite, j’ai confronté l’ensemble des écrits aux entretiens que j’ai réalisés auprès de deux infirmières. Ainsi, l’ensemble de cette recherche a pu mettre en avant l’impact de cette communication. Elle est inconsciente et apporte de nombreuses informations sur la personne soignée. Cependant, elle est indissociable de la communication verbale, elles se complètent. La communication non verbale peut appuyer ou bien infirmer ce qui est dit par le verbal. Par ailleurs, cette dernière peut demander des pré-requis, de façon à l’utiliser et l’interpréter correctement.

Pour conclure, la communication non verbale est un outil indispensable dans le prendre soin, et l’est d’autant plus auprès de personnes ayant des troubles cognitifs. Aussi, ce mémoire m’a permis d’acquérir davantage de connaissance sur ce sujet. Il m’a amenée à devoir réfléchir sur l’impact de la qualité du prendre soin, sur celle de la communication non verbale.

Key words : non verbal communication, caring, cognitive disorders, care receiver, tool.

Mots clés : communication non verbale, prendre soin, troubles cognitifs, personne soignée, outil.

Institut de formation en soins infirmiers  
Travail écrit de fin d’étude - 2018/2021

CHU Rennes, 2 rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes