



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

**Je n'ai pas de voix mais
tu me vois.**

Formateur référent mémoire :
MANCHERON Pascale

MICHEL NECHEM Alison
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date 10 MAI 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers Je n'ai pas de voix mais tu me vois

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

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

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

Le 2 mai 2021

Signature de l'étudiant : MICHEL NECHEM Alison

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENT

Je tiens à remercier Pascale MANCHERON pour m'avoir guidé à la réalisation de ce travail de fin d'étude, son soutien, ses encouragements et sa disponibilité. Mon référent pédagogique Erwan Masson pour m'avoir accompagné au cours de ces années d'études. Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique pour votre bienveillance et votre transmission de savoirs.

Les professionnels de santé rencontrés qui ont partagé leurs visions des soins et ont fait avancer ma réflexion. Enfin je tiens à remercier ma famille et mes proches qui m'ont entouré et soutenu tout au long de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	2
1.1. Situations d'appels	2
1.1.1. Première situation d'appel	2
1.1.2. Seconde situation d'appel	3
1.2. Questionnement	4
1.3. Question de départ	4
2. CADRE THÉORIQUE	5
2. 1. L'expérience	5
2. 1.1. La construction de l'expérience : une dynamique à long cours	5
2. 1.2. La construction de l'expérience : une aventure individuelle	6
2. 1.3. Quand l'expérience personnelle alimente l'expérience professionnelle	6
2.2. La communication	7
2. 2.1. La théorie de la communication	7
2.2.2. La communication: différence entre paralangage et communication non verbale	8
2.2.3. La place du non verbale dans l'élaboration d'une relation entre soignant et soigné	8
2.2.3.1. Le langage corporel	8
2. 2.3.2. Les attitudes	9
2.3. La relation soignant -soigné	10
2.3.1. La relation d'aide	10
2.3.2. La relation soignant-soigné: une relation asymétrique	11
2.3.3. Un "maternage vigilant" dans la relation soignant-soigné.	12
2.3.4. Juste symbiose dans la relation soignant-soigné	12
2.4. Des soins de confort au prendre soin	13
2.4.1. Care	14
2.4.2. Prendre soin	15
3. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	16
3.1. Le choix de l'outil	16
3.2. Le profil interviewé	16
3.3. Les objectifs du guide d'entretien	17
3.4. Les modalités de l'entretien	17
3. 5. Les limites de l'outils	17
4. ANALYSE INTERPRÉTATIVE	18
4.1. Identifier les moyens mis en oeuvre pour établir une relation avec une personne âgée non communicante verbalement dans une juste distance relationnelle	18
4.1.1. Les attributs d'une relation soignant-soigné	18
4.2.2. La juste symbiose	19
4.2. Identifier l'impact de l'expérience sur le déchiffrage du non verbal de la personne âgée non communicante verbalement	20

4.2.1. Comprendre un patient par l'expérience	20
4.3. Repérer les indices permettant à la personne âgée non communicante verbalement de s'exprimer	21
4.3.1. La perception soignante	21
4.3.2. Les outils de communication	21
4.4. Repérer en quoi la transmission d'information impact le ressenti du soignant et du soigné	22
4.4.1. La répercussion d'un outil de communication adapté	22
4.4.2. Retentissement de l'incompréhension du soignant envers le patient	22
4.5. Savoir avec certitude que le patient est confortable, satisfait des soins prodigués	22
4.5.1. Prendre soin	22
5. DISCUSSION	24
5.1. L'expérience au service de l'apprentissage	24
5.2. La communication	25
5.3. La relation-soignant-soigné	26
5.4. Le prendre soin	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	
ABSTRACT	

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation des soins infirmiers il est demandé de réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI). Ce travail est une démarche de recherche. A partir de situations vécues en stage, des recherches de concept sont effectuées et des entretiens auprès de professionnels infirmiers sont menés. L'ensemble de ses données sont analysées.

Lors de mes différents stages j'ai été confronté à la difficulté de comprendre un patient dit non communicant verbalement. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'évoquer comme thème de ma démarche de recherche: la compréhension du paralangage auprès de personnes âgées non communicantes verbalement.

La communication permet d'exprimer, d'échanger, de transmettre, d'informer notre ressenti, nos souhaits, nos pensées. L'expression tout comme la compréhension du message font partie intégrante de la communication. Comprendre les dires de la personne est extrêmement important pour établir une relation soignant-soigné. Faire ressentir à la personne qu'elle est écoutée, prise en considération, qu'elle n'est pas seulement patiente malade mais une personne dans sa globalité. Pour moi la compréhension du message émis par le patient me semble être la première étape d'une prise en soin adaptée. Comprendre la personne soignée permet de mieux adapter sa posture, les soins et les actions prodigués C'est également avoir la possibilité d'être en symbiose avec le patient, avoir sa participation et son autorisation lors des soins me semble primordial. Le comprendre permet de l'intégrer selon ses capacités et ses envies lors d'un soin. Cependant, il me semble difficile de comprendre avec certitude le paralangage d'une personne inconnue qui a pour seul moyen de communication le non-verbal. Le risque de mal-interpréter une information est plus élevé car chaque personne est unique et utilise ces propres codes.

Pour commencer je développerais deux situations rencontrées auprès de personnes âgées non communicantes verbalement. La première au cours de stage la première au semestre deux en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD) lors d'un accompagnement à la prise alimentaire. La seconde situation au semestre cinq en Unité de Soins longue durée (USLD) lors d'un changement de canule.

Dans un second temps j'exposerais différents concepts en lien avec ma question de départ notamment celui d'expérience en premier puis la communication pour poursuivre avec la relation et terminer avec le prendre soin.

Ensuite je confronterai les données théoriques avec les regards des deux infirmières interviewées qui travaillent auprès de personnes âgées non-communicantes verbalement. Je terminerai ce travail en proposant des éléments de réponse à ma question de départ et soumettrai une question de recherche.

1. LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

1.1. Situations d'appels

1.1.1. Première situation d'appel

Étudiante en fin de première année, j'accompagne Mme P à la prise alimentaire lors du déjeuner . Madame a 82 ans, en EHPAD, suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) depuis 2012. Elle est veuve depuis de nombreuses années et son fils unique ne lui rend jamais visite suite à des problèmes familiaux antérieurs. La patiente souffre d'amyotrophie, d'hémiplégie droite et d'aphasie. Elle s'exprime uniquement à l'aide de son regard et de son faciès. La patiente a besoin d'un accompagnement permanent pour tous les actes de la vie quotidienne.

A midi, j'informe et conduit Mme P dans la salle à manger du service à l'aide de son fauteuil roulant. Je veille à son installation et m'assure qu'elle soit le plus confortable possible pour le repas.

Après avoir positionné Madame à table devant son set de table et ses couverts je m'assois auprès d'elle. Je commence par lui décrire le menu, la patiente semble me regarder je suppose alors qu'elle m'écoute et poursuit ma lecture. Les aides soignantes présentes au moment du déjeuner distribuent les plats. A la distribution de l'entrée, j'informe la patiente et je lui propose les aliments présents, tout en lui tendant la cuillère jusqu'à sa bouche. Madame mange son entrée mais au moment du plat principal, Madame ferme la bouche. Je lui propose de l'eau gélifiée qu'elle accepte, je tente ensuite de poursuivre avec le plat mais madame refuse. Je lui demande si elle souhaite poursuivre son repas, ne percevant pas sa réponse je lui tend la cuillère, en vain. Après plusieurs tentatives, madame est toujours dans le refus.

Ne connaissant pas ses habitudes je suis dans l'impasse. L'incapacité de comprendre Mme P me rend impuissante. Veut-elle boire, faire une pause, est-ce froid ? Chaud ? A-t-elle encore la sensation de faim ?

Je demande alors conseil à l'aide-soignante ayant une plus grande connaissance de la patiente. La soignante me conseille d'essayer avec le dessert et si elle refusait, je devais stopper le repas. Elle m'informe que Mme P avait mangé tard ce matin. Après cet échange, je retourne auprès de la patiente et lui propose un dessert. Ses lèvres restant fermées, je décide alors de suivre les conseils de l'aide-soignante. Ainsi je mets fin au repas, ce que j'explique à Madame et je lui retire la serviette de table.

A la fin de ce soin je me sens frustrée, ai-je répondu aux besoins et attentes de la patiente ? Quel était le souhait de Mme ? Ai-je respecté sa volonté? A-t-elle ressenti ma bienveillance ?

1.1.2. Seconde situation d'appel

En début de troisième année j'effectue mon stage de semestre cinq en USLD (Unité de Soins en Longue Durée). Je prends en soin Mme R. Mme R est âgée de 62 ans, admise depuis 2012 pour perte d'autonomie suite à une rupture d'anévrisme. Madame présente une tétraparésie spastique avec rétraction et raideurs des quatre membres ainsi qu'une paralysie des cordes vocales en adduction. Elle a subi une trachéotomie en 2014, depuis la canule du mécanisme doit être remplacée trois fois par jour, à chaque changement d'équipe. Madame présente un déficit en auto-soin pour se laver, s'habiller, éliminer, ainsi qu'un trouble de communication se manifestant par l'impossibilité de s'exprimer. La patiente prend du plaisir à écouter de la musique dans sa chambre via le poste de radio.

Un matin au début de mon stage, je prévient la patiente de ma volonté de rentrer dans sa chambre. Madame est toujours endormie, dans son lit, allongée sur le dos. Je décide de la réveiller avec bienveillance, je commence par allumer la lampe de chevet et pose une main sur son épaule, ensuite je l'informe du soin avec une voie douce. Ses membres supérieurs sont repliés sur son torse cachant la trachéotomie. En attendant que madame se réveille, j'organise le matériel nécessaire pour la réfection de la canule de trachéotomie. Puis tout en lui expliquant mes intentions et les gestes que je vais lui porter, je commence par décaler ses mains afin d'avoir accès à son cou. Au moment de se mouvoir, je sens une opposition. Ses bras se raidissent de plus en plus. Je l'interprète comme une incompréhension de mes paroles. Je retire donc mes mains et lui explique de nouveau le soin mais la patiente ne se détend pas. Je lui fais part de mes interrogations, est-ce un soin douloureux ? A-t-elle compris mes intentions ? Il est difficile pour moi d'interpréter son non-verbal et malgré mon incertitude quant à la bonne compréhension de la patiente, je procède au changement de la canule. Je tente de rassurer et détendre Madame. Pour cela j'évoque la durée du soin, c'est-à-dire environ cinq minutes, tout en posant ma main sur son épaule. Lors du transfert de canule, Madame présente une gêne : en effet elle tousse, son visage se crispe, elle fronce ses sourcils, et ses bras se raidissent davantage. Je me sens gênée lors de ce soin et un sentiment d'insatisfaction m'envahit, mêlé à un soupçon d'incompréhension. En effet, sur le moment, je n'ai pas su si la réaction que j'observais était en lien avec le déroulé de mon soin ou si cela était un moyen pour Mme d'exprimer son agacement. Tant de questions pour lesquelles il me faudra prendre du recul pour tenter de les éclaircir. De part ma posture professionnelle, je me dois d'être concentrée sur la patiente et sur ses besoins. J'avertis la patiente que l'acte est terminé, à cette annonce je ressens que madame est soulagée : elle s'arrête de tousser et j'observe que les traits de son visage se détendent et que ses bras retrouvent leur position initiale. Je sécurise madame, procède au nettoyage du plan de travail et quitte la chambre en l'informant que j'ai terminé et lui souhaite une bonne matinée.

Un après midi plus tard dans le stage, le changement de canule de Madame R doit être réalisé. Madame est dans sa chambre, allongée en position demi-assise dans le lit et écoute de la musique. Je prévient la patiente de mon intention de rentrer dans la chambre. En me rapprochant d'elle pour la saluer et l'informer du soin, j'aperçois ses lèvres bougées. Je suppose qu'elle connaît les paroles de la chanson passant à la radio et qu'elle tente de les chanter. Connaissant également les paroles je décide de chanter un moment avec elle, j'observe que son bras droit bouge au rythme de la musique. A cet instant je suis heureuse de partager cet instant avec elle et je pense que madame l'était aussi. Tout en chantant avec elle, je prépare mon matériel nécessaire au changement de canule et installe la patiente. La chanson terminée, j'explique à madame le commencement du soin. Tout au long madame fredonne. J'ai senti madame apaisée et participante au soin. Ses bras étaient détendus ce qui m'a permis d'avoir un accès favorable à la trachéotomie. Le soin s'est déroulé dans des conditions agréables et satisfaisantes avec de petites notes de musique.

Je me demande alors ce qui à fait que le soin s'est mieux déroulé que la première fois. Était-ce le moment de la journée qui était le plus favorable ? Le fait d'intégrer l'environnement, la musique au soin ? Est-ce que inconsciemment j'étais moins stressée, plus à l'aise auprès de la patiente pendant le soin ? Du fait que je l'avais déjà réalisé ? Est-ce parce que j'ai acquis de l'expérience au niveau technique et personnelle ? Acquisition de connaissances du soin et connaissances de la patiente au cours des semaines de stage passées dans l'unité.

1.2. Questionnement

Les analyses de ces situations d'appel ont permis de me questionner sur la capacité de compréhension auprès de la personne âgée dite non communicante verbalement ainsi que sur les ressentiments, les attentes des patientes. Différentes questions m'ont guidé pour l'élaboration de ma question de départ. Notamment celle-ci :

- Comment comprendre, interpréter, déduire, déchiffrer, décoder le paralangage d'une patiente pour savoir ce qu'elle souhaite exprimer?
- Comment déchiffrer le paralangage pour comprendre le feed-back, les codes?
- Comment savoir avec certitude que les actions, le déroulement du soin ont été satisfaisants pour la patiente ?
- Comment savoir que les actes prodigués correspondent aux attentes, besoins, souhaits d'une personne utilisant seulement la communication non-verbale pour s'exprimer ?
- La compréhension des codes d'un patient utilisant seulement le non verbal dépend-t-elle de l'expérience professionnelle du soignant? de l'observation clinique du soignant ? De la connaissance du patient ? De la sollicitude du soignant?

1.3. Question de départ

Les analyses des situations d'appel ainsi que le questionnement ont contribué à la conception de ma question de départ qui est :

« Dans quelle mesure l'expérience du déchiffrage du paralangage d'une personne âgée non communicante verbalement permet d'établir une juste symbiose entre l'infirmière et la personne âgée lors d'un soin de confort ».

2. CADRE THÉORIQUE

Dans l'objectif d'éclaircir la question de départ d'un point de vue théorique, j'ai choisi d'aborder quatre concepts dont l'expérience, la communication, la relation et le prendre soin. Pour croiser les propos de différents auteurs sur ces sujets j'ai opté pour la réalisation d'une carte mentale. Cet outil m'a permis de mieux comprendre les liens entre les concepts et m'a aidé à élaborer le plan du cadre théorique.

2. 1. L'expérience

Il me semble important de commencer ce cadre théorique par l'exploration du concept de l'expérience, car par l'expérience il est possible d'acquérir des connaissances nécessaires au prendre soin de la personne. Je cherche à comprendre ce qu'est "avoir de l'expérience" et son rôle dans la capacité du soignant à déchiffrer le non verbal de la personne non communicante verbalement.

2. 1.1. La construction de l'expérience : une dynamique à long cours

De manière générale, l'expérience est "tout ce qui se passe dans l'exercice d'une activité ou dans le vécu d'une situation" permettant ainsi "un acquis et un mode d'acquisition" (Grasser et Rose, 2000, p5). En effet pour KOLB (1984 cité par Mayen et Mayeux, 2003, p23) "le cycle de l'apprentissage par l'expérience" est "fondé sur une alternance entre réflexion et expérimentation". Autrement dit, il s'agit de tester une hypothèse et d'en tirer des enseignements durables. Pour Landry (1991) qui résume Dewey (cité par Mayen et Mayeux 2013, p18) "« l'expérience donne à la théorie son élan vital et son énergie ; la théorie fournit une direction à l'expérience. » ; "L'expérience et la théorie sont en interaction constante" (Mayen et Mayeux 2013, p18) car pour apprendre il est nécessaire d'expérimenter et pour réaliser des expériences il faut avoir des connaissances.

Lindeman (cité par Mayen et Mayeux 2003 p. 22) a un regard différent sur l'expérience et l'acquisition de connaissance. Il précise que "l'expérience découle de toutes situations qui accompagnent un élargissement de la pensée". Donc tout ce qui nous entoure, le vécu de chaque situation est propice au développement de nos connaissances.

Faut-il connaître la personne soignée pour la comprendre ou alors la comprendre pour la connaître? Faut-il prendre le temps, passer du temps avec la personne soignée pour la comprendre puisque chaque situation permet l'acquisition de nouvelles connaissances?

2. 1.2. La construction de l'expérience : une aventure individuelle

Dans le but de développer les propos de Lindeman je me suis tournée vers Dewey, (1934 cité par Mayen et Mayeux 2003) expliquant que l'expérience est un événement social dans lequel a lieu un échange entre l'état d'une personne et son environnement. De plus il ajoute, (résumé par Balleux 1999 cité par Mayen et Mayeux 2003 p.18) que "l'expérience prend un caractère cumulatif et évolutif qui prend sens dans la vie de la personne, car... chaque expérience devrait contribuer à préparer une personne à des expériences futures plus poussées et plus profitables...". Donc les situations passées ont un impact sur les situations futures et finalement "l'expérience est la vie elle-même" (Mayen et Mayeux, 2003, p18).

A son tour Collin (1998) explique que chaque expérience vécue est unique et que chaque individu vivant une même expérience aura une perception différente selon sa culture et son développement personnel. L'évènement va changer, transformer la conception de la personne. L'expérience est finalement une réaction personnelle face à un événement ou une situation vécue permettant à l'individu d'évoluer. Pour Collin (1998) l'expérience est «ce que l'on apprend et ce que l'on devient à travers et à partir de ce qui nous arrive».

2. 1.3. Quand l'expérience personnelle alimente l'expérience professionnelle

Si je reprends les propos des auteurs cités ci-dessus; l'expérience personnelle permet d'acquérir des connaissances. Mais, est-ce que chaque expérience est source de savoir?

Pour Grasser et Rose (2000) une expérience devient une expérience professionnelle si il y a à un moment donné un "retour réflexif" de l'action réalisée à un moment donnée. Cette réflexivité à pour objectif de développer des qualités et d'acquérir des compétences. Lefevre complète en précisant que "la pratique réflexive" est le fait d'apporter un "regard critique sur son expérience dans l'action et sur l'action" l'auteur ajoute que cette pratique est la somme "d'une pensée réflexive et d'une réflexion dans l'action et sur l'action" (Lefevre, 2015, p1). La réflexion est "un processus mental, complexe, volontaire et conscient" (Lefevre, 2015 p1) qui correspond à "un mouvement de va-et-vient entre la situation et la nouvelle unité de connaissance" (Pineau, 2007, cité par Lefebvre, 2015, p3) alors que la pensée réflexif est une analyse et un questionnement par le retour sur l'action. Donc la réflexivité permet d'acquérir des connaissances de manière volontaire et consciente sur les actions réalisées ce qui permet de déduire que . « l'expérience est un acquis conscient" (Vincens 1997 cité par Grasser et Rose 2000 p8)

De plus, Grasser et Rose (2000) affirment que l'expérience professionnelle se construit à partir de formation et d'un apprentissage d'événements vécus. Ils ajoutent que l'expérience professionnelle se développe à l'aide d'un accompagnement, d'une durée d'exercice et de la diversité des activités. Un accompagnement " retour réflexif et théorique sur la pratique." (Grasser et Rose, 2000, p13) des soins prodigués notamment lors de la réalisation d'une analyse de pratique professionnelle. La durée d'exercice professionnelle et la diversité des activités réalisées par un soignant lui permettent d'approfondir ses connaissances et de développer sa capacité d'adaptation en étant confronté à des situations diverses.

Toutain (1998, cité par Grasser et Rose, 2000, p9) ajoute que « L'expérience professionnelle sous-entend le transfert de combinaisons de savoirs, savoir-faire, savoir être, déjà réalisés, ou de parties d'entre elles". L'expérience est "l'aptitude à développer de nouvelles combinaisons de savoirs". La capacité de développer de nouveaux savoir dans le but de répondre à des besoins c'est ce qu'on appelle: l'adaptabilité. Stankiewicz (cité par Grasser et Rose, 2000, p10) précise que l'adaptabilité est la "capacité de réponse à une situation problématique".

L'expérience qu'elle soit de l'ordre du vécu personnel, d'épreuve pour confirmer ou infirmer une hypothèse ou bien d'expérience professionnelle, elle a pour finalité de développer des connaissances et ainsi de permettre à l'individu de s'adapter. Dans ce sens, le soignant peut donc par son expérience s'adapter pour déchiffrer le non verbale du patient âgé non communiquant verbalement.

2.2. La communication

2. 2.1. La théorie de la communication

Comprendre le schéma de communication permet de comprendre en quoi la communication joue un rôle dans les relations soignant-soigné et plus particulièrement dans le prendre soin.

Différents théoriciens ont étudié le concept de la communication à partir de la fin de la seconde guerre mondiale. Claude Shannon décrit la transmission d'un message par « la théorie de l'information » (Aïm et Billiet, 2020, p3). Tout commence par un émetteur qui émet un message, en le codant par des signaux, des codes. Puis le transmet par un canal, donc une voie, vers un récepteur qui le décode, c'est-à-dire qu'il déchiffre les signaux. (Corraze, 2014) . La théorie de communication décrite par Shannon est une approche linéaire de la communication. Alors que lors d'un échange notamment entre un soignant et un soigné, il est attendu du soignant une réponse du soigné et inversement. C'est ce que Norbert Wiener appelle le « feed-back » (Aïm et Billiet, 2020, p4). Il met en évidence que l'action de l'émetteur entraîne une réponse du récepteur. On peut distinguer deux types de feed-back, un dit positif celui qui va encourager le dialogue et un second dit négatif celui qui va clôturer la discussion.

Warren Weaver introduit dans le schéma de Shannon la notion de feed-back démontrant que la communication est un déroulé circulaire.. De plus Weaver introduit la notion de bruit sémantique qui correspond à un ensemble d'éléments pouvant perturber le codage et le décodage. Nommé également le contexte de la situation ou le milieu externe donc l'environnement et le milieu interne donc les individus, leurs personnalités qui prennent part à la discussion dans lequel circule l'information (Corraze, 2014).

2.2.2. La communication: différence entre paralangage et communication non verbale

A l'origine, le terme communiquer signifie « mettre en commun ». Au au cours des années la définition évolue et correspond davantage à la notion “de transmettre, d'échanger”. (Bioy, Bourgeois... 2013 p15) Dans un contexte de soin le soignant a pour rôle d'échanger , d'aller à la rencontre de l'autre mais aussi tenter de comprendre le patient (Bioy, Bourgeois... 2013). La communication est la découverte de l'autre, un échange unique entre deux personnes possédant chacune des caractéristiques qui lui sont propres. Le soignant doit donc adapter son discours en fonction de la situation et du patient. On peut donc dire que la communication est une expérience humaine (Bioy,Bourgeois ... 2013).

Il est juste de dire que la communication est la somme de trois types de communication. La communication verbale correspondant au mots utilisés comprenant 7 % du message. Le paralangage avec 38 % du message et la communication non verbale à 55 % de l'information (Bioy, Bourgeois ... 2013). Le paralangage et la communication non verbale sont deux éléments distincts. Le paralangage d'après De Lavergne (2018, p.1) correspond “au volume et la hauteur de la voix, l'élocution, les intonations et le débit du discours, ainsi que la respiration et les phonèmes”. Alors que la communication non verbale qui correspond à plus de la moitié de la communication est pour Corraze un «ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores» (2014 p16). Il ajoute que la communication non-verbale est l'étude du langage corporel c'est-à-dire l'étude des différents signaux émis par le corps pour transmettre un message de manière consciente ou inconsciente, soit les expressions du visage, le regard, les postures, les gestes, les distances interpersonnelles et les attitudes.

Dans le cadre de mon sujet, je cherche plus particulièrement à comprendre les caractéristiques du non-verbal et son rôle lors d'une rencontre entre un soignant et une personne âgée non communicante verbalement.

2.2.3. La place du non verbale dans l'élaboration d'une relation entre soignant et soigné

2.2.3.1. Le langage corporel

Lorsque une relation entre deux individus chercher à s'établir on recherche dans un premier temps, à capter l'attention de l'autre par le regard. Le regard peut favoriser le rapprochement entre deux personnes, ou alors il peut être ressenti comme une menace. (Corraze, 2014). Dans un second temps lors de l'échange, on observe le visage dans le but de savoir ce que la personne pense, éprouve. Barrier souligne le fait que “le visage est la région du corps la plus regardée et interprétée” (Bioy, Bourgeois 2013, p.41) car le faciès permet l'expression des émotions et participe au feed-back. On note “six émotions fondamentales: la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût” (Bioy, Bourgeois... 2013, p.55).

Pendant cette rencontre une distance physique se crée entre les deux individus c'est ce que Edward .T Hell (Corraze,2014) nomme la proxémie. Il ajoute à ce concept la notion d'utilisation de l'espace. Autrement dit la posture qui est "l'orientation du corps ou des ses parties par rapport à un autre corps ou d'autre partie de ce même corps" (Corraze, 2014, p145). Le toucher correspond à la distance la plus intime du patient. Il peut provoquer un feedback dit positif soit un apaisement du patient, permettant ainsi au soignant de rentrer en contact avec lui ou alors un feed-back négatif qui est source de rejet et de refus (Corraze, 2014).

Argyle et Dean (1965) par "le modèle de l'équilibre" ont démontré que "le degré d'intimité entre deux individus est un point d'équilibre entre le contact visuel, la distance, la quantité de sourire et l'intimité du sujet en discussion" (cité par Corraze, 2014, p.133). Coarraze (2014) ajoute le toucher et la posture dans cet état d'équilibre à tenir. Le respect d'une juste distance est important, cela à pour but de respecter l'intimité du patient, de le détendre et donc de favoriser son confort et son bien-être.

2. 2.3.2. Les attitudes

Les attitudes de communication sont fondamentales". Elles favorisent aussi la qualité des échanges entre l'infirmier et le patient permettant à l'un et à l'autre de se découvrir et d'humaniser le soin (Bioy, Françoise... 2013). Parmi les lectures je me suis plus particulièrement intéressée à quatre d'entre elles: l'empathie, l'écoute, la congruence et la bienveillance.

Blouin et Bergeron définissent l'empathie comme la « capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions » (Bioy, Françoise... 2013 p.34). Carl Rogers comme la "capacité à comprendre le monde du patient de son point de vue tout en gardant à l'esprit que le monde du patient n'est pas le nôtre sinon on tombe dans l'état d'identification" (Bioy, Françoise... 2013 p.34. Pour Rogers, Bouin et Bergeron l'empathie est donc la faculté de comprendre l'autre sans se mettre à sa place.

Alors que pour Barrier, il existe différentes formes d'empathie. "L'empathie de proximité à distance" qui est la capacité à se mettre à la place du patient tout en restant à la nôtre. "L'empathie affective" qui correspond à la faculté d'imaginer et de partager les sentiments du patient. "L'empathie morale" qui a trait au souhait de vouloir le bien du patient, "l'empathie cognitive" qui se définirait comme la qualité du soignant à reconnaître et comprendre les émotions du patient et enfin "l'empathie comportementale" qui est le savoir de partager cette compréhension (2013, p 105-113). L'empathie permet au patient de se sentir réconforté, compris, soutenu, d'augmenter son degré d'estime de soi et d'améliorer la qualité des échanges.

L'empathie dans les relations sert à comprendre la situation, diminuer l'anxiété des patients et à favoriser le bon déroulé du soin. La base de l'empathie est l'écoute (Formarier, 2007). L'écoute implique une attention particulière du soignant. Il y a trois niveaux d'écoute différents: le premier l'écoute verbale, le second l'écoute du paraverbal et du non verbal et le troisième l'écoute des émotions et des sensations (Bioy, Bourgeois..2013). Chestov, précise qu' "il faut moins écouter ce que quelqu'un dit que les gestes, la voix, le visage, par lequel, ou par lesquels sont exprimés les messages » (cité par Rioux,1991, p114)

Pour que le patient se sente écouté et exprime ses émotions, le soignant doit faire preuve de congruence. Autrement le professionnel est authentique, "profondément et librement lui-même" (Roger 1957 cité par Ducroux-Biass, Stora... 2013, p31) . L'authenticité du soignant favorise chez le patient une confiance et réassurance.

De plus, le soignant doit se montrer disponible et bienveillant. pour repérer les émotions afin de savoir la manière dont le patient vit les moments présents (Bioy, bourgeois...2013). La bienveillance consiste à aborder le patient, la personne fragile dans la volonté de lui vouloir du bien (Agence National de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), 2008. C'est ce que l'on peut également nommer l'empathie morale vue précédemment.

La communication est donc le support pour établir une relation entre deux individus et notamment dans la relation entre un un soignant et un patient.

2.3. La relation soignant -soigné

Toutes les relations humaines sont la rencontre entre au moins deux individus ayant chacun sa propre histoire (Dugravier Guérin 2010). Pour Hartup (1988, cité par Formarier 2007, p34) les relations sont « une accumulation d'interactions entre individus ». Formarier (2007) ajoute que les relations sont des éléments dynamiques qui permettent de faire évoluer des situations.

La relation soignant-soigné est donc une rencontre entre le professionnel de santé et le patient. La relation établie entre le patient et le soignant est un « élément central des soins » (Formarier, 2007, p33) de plus elle est présente dans chaque soin réalisé (Dugravier Guérin, 2010). Parmi les différents types de relation entre un soignant et un soigné on retrouve la relation d'aide.

2.3.1. La relation d'aide

La relation d'aide passe par la communication car " la relation d'aide est la capacité à écouter l'autre dans sa souffrance." (Rogers cité par Bioy, Bourgeois... 2013, p23). En mettant en avant sa capacité d'écoute et de disponibilité, la relation d'aide peut soulager et réconforter le patient et ainsi favoriser le bien-être du patient (Bioy, Bourgeois... 2013). La relation d'aide est la volonté de "prendre soin plus que de soigner", "d'accompagner plus que guérir" dont le but est de soulager le patient dans un "maternage vigilant" (Bioy, Bourgeois... 2013 p20-21). Pour établir une relation d'aide le soignant doit faire preuve de congruence, d'empathie et de compréhension empathique c'est-à-dire "s'adapter aux besoins réels du malade, sans vouloir ce qu'il ne souhaite pas et en respectant sa singularité" (Bleusez, Larcher, Média, 2011, p36).

2.3.2. La relation soignant-soigné: une relation asymétrique

La rencontre entre un soignant et un soigné est un moment où la personne soignée est dans une période de fragilité et de dépendance. Pour Dugravier Guérin (2010) il y a une asymétrie dans cette relation. D'un côté le patient du fait de sa fragilité est perçu comme une personne passive, recevant les soins et de l'autre le soignant personne de pouvoir, de savoir, de maîtrise. Levinas affirme que cette asymétrie impose la responsabilité du soignant. Le soignant a le devoir de répondre à la souffrance du patient.(cité par Zielinski 2011). Il est stipulé dans le code de déontologie que « ... l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient .. » (Art. R. 4312-19). L'infirmière est donc responsable du bien-être du patient.

Cependant la relation entre le patient et le soignant, qui apparaît comme asymétrique, est en réalité plus complexe. Il est important de mettre en évidence que dans cette relation, le soignant et le patient sont deux personnes qui souffrent et qui sont vulnérables. D'abord, le patient qui est vulnérable car il souffre en subissant sa maladie et les soins associés puis le soignant, vulnérable puisqu'il est exposé à la souffrance du patient (Zielinski 2011). Ricoeur et Levinas soulignent que « la souffrance de l'autre m'affecte malgré moi » (cité par Zielinski 2011 p 92) donc la souffrance, la vulnérabilité du patient affectent le soignant.

Le soignant vulnérable à la souffrance du patient adopte «une attitude qui permet d'établir une relation équilibrée et respectueuse à l'autre afin de répondre à sa vulnérabilité » ce que Ricoeur nomme la sollicitude (cité par ANESM, 2008 p13) . Zielinski (2011) complète en évoquant que la sollicitude est le désir de répondre aux besoins du patient et de l'accompagner par des gestes, des paroles pour le rendre acteur de sa prise en soin malgré sa dépendance. Pour cela il est important d'informer le patient et de rechercher son consentement avant la réalisation des soins (Zielinski 2011). Le code de déontologie rappelle que « L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles... L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées ». (Art. R. 4312-13.). Il est également stipulé que « Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas » (Art. R. 4312-14.)

L'information et la recherche de consentement favorisent donc l'autonomie de la personne âgée souvent stigmatisée comme une personne dépendante. La dépendance fait référence à "l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement." (Autonomie et dépendance 2008-2009). Or La personne âgée est une personne autonome; autonome par sa « capacité de prévoir et de choisir » et par « la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser » (Autonomie et dépendance 2008-2009). Respecter l'autonomie du patient permet de connaître ses attentes et ainsi d'apporter une réponse adaptée à ses besoins.

2.3.3. Un “maternage vigilant” dans la relation soignant-soigné.

Bowlby explique la relation de la mère et de l'enfant par la théorie d'attachement en 1952. Il explique que le processus d'attachement se manifeste lorsque l'enfant est en situation de détresse. L'enfant va alors rechercher auprès de sa figure d'attachement, souvent sa mère une protection, une sécurité, une réassurance. A cet appel de vulnérabilité, la mère apporte une réponse (cité par Bonnet 2012). Bowlby précise que « l'attachement est un besoin primaire depuis le berceau jusqu'à la tombe » (cité par Bonnet 2012 p124). Le processus d'attachement est donc présent tout au long de la vie de chaque individu .

Chez la personne âgée tout comme chez l'enfant on retrouve ces notions de vulnérable, de détresse , de souffrance. Dans le but d'y faire face, l'enfant et la personne âgée sont à la recherche de réconfort et de soutien . L'enfant se tourne vers sa mère tandis que le résident vers le soignant. Mais attention le soignant doit être vigilant à sa posture maternante car elle peut être vécue par le patient de deux façons différentes. Soit la position maternante est bienveillante et le patient se sent soulagé et en sécurité, soit elle est envahissante et elle accentue sa souffrance (Bleusez, Larcher... 2011)

Le soignant doit donc faire face à cette vulnérabilité et rechercher un juste équilibre pour accompagner le patient âgé.

2.3.4. Juste symbiose dans la relation soignant-soigné

En tant que future professionnelle, je me suis demandée comment s'élabore une juste symbiose dans la relation soignant-soigné.

Avant tout, je cherche à comprendre ce que signifie symbiose. Selon le centre national de recherche textuelles et lexicales (CNRTL) symbiose est décliné en trois définitions. La première est une « association durable entre deux ou plusieurs organismes et profitable à chacun d'eux », la seconde évoque une « fusion, ...entre des personnes ou des groupes de personnes » et la troisième compare la symbiose à la « relation de dépendance naturelle entre l'enfant et sa mère ».

Parmi ces trois propositions je me suis plus particulièrement tourné vers la première définition. En effet, il me semble plus pertinent de mettre en évidence que la relation entre un patient et un soignant est une relation où les deux sujets sont en association. Comme le souligne Blanchard Delphine dans son témoignage “on est deux à faire le soin” (infirmier.com). Le soignant rend donc acteur le patient, en l'accompagnant dans sa prise en soin. Selon Paul (2012) “accompagner est le fait de se joindre à quelqu'un/ pour aller où il va/en même temps que lui” . Cela signifie que l'accompagnement est une rencontre particulière entre un soignant et un patient qui permet de guider , de suivre le patient dans sa prise en soin en fonction de son rythme, de ses capacités. Par ailleurs, Paul (2012) évoque que l'accompagnement est la sollicitation des ressources personnelles; la mobilisation des ressources du patient ainsi que celle du soignant (Fontaine de Boeck Supérieur 2009, p59), “Il s'agit d'offrir un bouquet de compétences permettant d'effectuer un bout de chemin...” (Hesbeen cité par Fontaine de Boeck Supérieur 2009, p59).

Cet accompagnement ne peut s'effectuer que si une certaine distance relationnelle entre le patient et le soignant est présente. Je me suis interrogée sur la création d'une bonne distance. Comment s'élabore-t-elle? Comment savoir si en tant que soignant nous sommes dans une juste distance?

Pour Duperet, la bonne distance est une posture soignante inconfortable qui doit être perpétuellement réévaluée pour un accompagnement de qualité. Autrement dit, pour que le soignant et le soigné donnent et reçoivent l'un de l'autre; sans que le soigné ne se sente écrasé par le soignant. Il est alors demandé au professionnel de s'adapter. S'adapter au patient; à la situation rencontrée, à sa maladie et son vécu. Il est de la responsabilité du soignant de prendre en compte la personne soignée dans sa globalité (Duperet). La bonne distance expliquée par Duperet est difficile à trouver car elle met en jeu la sollicitude et l'empathie du soignant. L'empathie comme vu précédemment dans ce cadre conceptuel permet de comprendre le patient tout en restant à sa place. De cette manière, le soignant permet d'appréhender la souffrance du patient.

Ces notions d'accompagnement, de bonne distance et de sollicitation me renvoient au concept de bientraitance. Selon ANSEM (2008) la bientraitance est une démarche individuelle ou collective, volontaire "qui a pour but de promouvoir le bien-être" (ANSEM 2008, p12). L'infirmier doit respecter l'autonomie du patient en s'adaptant à ses choix, ses droits et situation rencontrées. dans le but de respecter la dignité du soigné (ANSEM 2008).

Le soignant ne doit donc pas fusionner avec le patient mais bien être en association avec le patient en étant dans une démarche de bientraitance pour répondre à ses besoins et ainsi favoriser son confort et son bien-être.

2.4. Des soins de confort au prendre soin

Lors de mes lectures j'ai pu constater que le soin de confort était souvent associé aux soins palliatifs. Définissant ainsi les soins de confort comme un "ensemble de soins non médicamenteux visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches" (Fondation soin palliatifs). Plusieurs objectifs sont mis en avant tels que "favoriser le bien-être des personnes malades", "améliorer la relation soignante", "apporter des moments de joies, plaisir", "diminuer les troubles comportementaux" par exemple les agitations angoisse, "préserver l'autonomie" de la personne et "renforcer l'estime de soi". (Fondation soin palliatifs).

Or à mon sens les soins de confort ne se limitent pas aux soins palliatifs,. Apporter confort et bien-être relève du rôle propre de l'infirmière comme il est stipulé dans l'article R4311-5 "dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement... » (Code de santé publique). De plus, les objectifs cités ci-dessus sont valables pour toutes personnes souffrantes. C'est dans cette réflexion que je souhaite développer le concept du care et du prendre soin. C'est à

2.4.1. Care

Le care signifie « avoir soin de... » désignant des soins d'entretiens et de maintien de la vie. A ne pas confondre avec le cure qui correspond à des soins de réparation visant au traitement et la disparition de la maladie. (Collière cité par Demaison, 2011)

Lorsque nous évoquons la notion de soins d'entretien nous faisons référence au soin de la vie quotidienne par exemple des soins alimentaires, d'hygiène ou relationnels prodigués auprès d'une personne en manque d'autonomie (Demaison, 2011). De plus, Winnicott explique que le care est une "extension du concept de holding" (cité par Lehmann, 2005 p52) c'est-à-dire une extension de la "préoccupation maternelle" à réaliser des soins pour satisfaire les besoins physiologiques de la personne dépendante (Winnicott cité par Lehmann, 2005 p 52). Winnicott et Demaison mettent en évidence que le care est le fait de prodiguer des soins pour répondre à des besoins. Mais de quels besoins s'agit-il?

Pour répondre à cette question je me suis plus particulièrement intéressée à la pyramide de Maslow et aux 14 besoins de Virginia Henderson. Maslow met en évidence par le schéma d'une pyramide cinq besoins alors que Henderson en évoque quatorze sous forme de grille (Mias, 2001). Mias (2001, p 11) stipule que « Les quatorze besoins identifiés par V. Henderson entrent dans les cinq catégories de Maslow... »

De ce fait, je vais tenter de décrire les besoins identifiés par Maslow par ceux de Henderson. A la base de la pyramide on y trouve "les besoins physiologiques" traduisant les besoins de « I. Respirer - II. Boire et manger - III. Éliminer - V. Dormir et se reposer - VI. Se vêtir ou se dévêtir - VII. Maintenir sa température - VIII. Être propre soigné, protéger ses téguments -". Ensuite Maslow introduit "les besoins de protection" comportant le besoin "IX. Éviter les dangers" de V. Henderson; En troisième position les "besoins d'amour et d'appartenance" exprimant le besoin, "X. Communiquer". En quatrième place nous retrouvons "le besoin d'estime de soi et de considération" évoquant le onzième besoin de Henderson "Agir selon ses croyances ou ses valeurs". Enfin au sommet de la pyramide de Maslow "le besoin d'actualisation de soi" englobant les besoins: "XII. S'occuper en vue de se réaliser - XIII. Besoin de se récréer - XIV. Besoin d'apprendre » des 14 besoins de V Henderson (Mias, 2001, p. 4-7 et p. 10). La pyramide de Maslow met donc en évidence que la satisfaction d'un besoin dépend d'un autre, ce qui permet d'affirmer que l'ensemble des besoins est interdépendant. A ne pas oublier que la description de Maslow est une généralisation de la priorité des besoins. En effet cet ordre peut être changeant en fonction d'un individu à un autre car un besoin peut être plus important qu'un autre selon ses envies, ses habitudes et ses priorités. Pour résumer "chaque individu est "unique" par conséquent "il n'est pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble, de la globalité de l'être » (Mias, 2001, p10). C'est dans cette vision il est nécessaire en tant que soignant d'être dans une posture qui favorise le care. Pour Lehmann (2005, p 51) le care évoque "l'attention portée à quelqu'un et sur l'intérêt qui est pris pour cette personne" cela signifie de réaliser des actions soignantes dans le "respect des habitudes de vie, des coutumes et des croyances du patient" (Demaison, 2011).

"Aujourd'hui le care se définit comme le souci de l'autre ce qui permet de l'inclure dans le prendre soin". (Demaison, 2011).

2.4.2. Prendre soin

En psychothérapie, prendre soin est le fait de se préoccuper de l'âme de l'autre, c'est-à-dire ce qui « anime la vie d'une personne » (Benoist, 2004, p24). "Prendre soin de l'autre, c'est écouter sa souffrance, l'accueillir et l'aider à la traverser » (Benoist, 2004, p25).

Pour Hesbeen (1997,p8) " prendre soin désigne une attention particulière qu'on va porter à une autre personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et de promouvoir sa santé." Adopter une "attention particulière" est la capacité du soignant à solliciter ses compétences professionnelles (Hesbeen, 1997) pour accompagner le patient un moment donné. "Le soignant combine des éléments de connaissances, d'habileté, de savoir-être, qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un (Hesbeen, 1997, p. 35). Chaque patient et situation rencontrés par le soignant sont singuliers, de ce fait le professionnel de santé doit s'adapter à la situation et au patient. Pour se faire, il aborde la personne soignée dans une approche globale (Hesbeen ,1997) c'est-à-dire dans une approche holistique.

L'approche holistique est "l'art de prendre soin" (Haberfeld, 2019) , autrement dit la capacité d'analyser les différents facteurs qui peuvent impacter la santé de la personne et notamment sur les plans physique, psychologique, social, environnemental et spirituel (vivre sa vie, 2012). De ce fait, chaque personne est unique et nécessite un traitement individualisé dans le but de favoriser son bien-être (vivre sa vie, 2012). Il est donc important de considérer le patient comme une personne, avec ses particularités et ses besoins et non comme un simple malade (Haberfeld, 2019). C'est-à-dire respecter l'humanité du patient. Selon Phaneuf (2007, p4) humanité est un ensemble des particularités qui permet "la reconnaissance de l'humanité" c'est-à-dire reconnaître un patient comme une personne humaine et non comme une maladie, en faisant preuve "d'attention, de reconnaissance, de sollicitude". Ce concept également développé par Gineste et Marescotti souligne que l'humanité est une méthodologie de soin qui vise à prendre soin de la personne âgée par le regard, le toucher, la parole et la verticalisation (Blanc). Phaneuf (2007) complète en évoquant le sourire, les vêtements et les soins du corps, pour lui l'ensemble de ces éléments constituent les points fondamentaux de l'humanité . Ces éléments permettent d'améliorer la relation, l'estime de soi, la qualité des soins et de promouvoir la santé du patient (Blanc). "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (Organisation Mondiale de la Santé)

Il appartient à chaque soignant d'accompagner le patient dans une dynamique de prendre soin. Dans cette approche, prendre soin s'inscrit dans un système de valeur. « Une valeur c'est ce à quoi on accorde l'importance, c'est ce qui vaut quelque chose à nos yeux et que l'on a envie de faire vivre, c'est ce dont on ne veut pas se séparer ou dont on voudrait se rapprocher » (Hesbeen 1997 p38).

De ce fait, prendre soin est une notion qualifiée d'unique et de complexe, dépendant de la volonté du soignant. Le désir du professionnel à accompagner le patient, dans une approche holistique, à un moment donné, en sollicitant ses compétences pour contribuer "à un état complet de bien-être" de la personne soignée.

Pour clôturer ce cadre théorique, je souligne que les quatre principaux concepts: l'expérience, la relation, la communication et le prendre soin, sont en interaction les uns avec les autres. En effet, le premier élément pour établir une relation entre un patient et un soignant est la communication. Communiquer avec le patient non communiquant verbalement demande un déchiffrement de ses codes. Il est donc nécessaire d'apprendre à décoder son non-verbal, son langage corporel pour mieux le comprendre. Par conséquent, le soignant doit être dans un processus d'apprentissage. Cela signifie, qu'en fonction de ses expériences antérieures, le professionnel de santé va réaliser des expérimentations. Ces tests ont pour finalité de confirmer ou non une hypothèse qui sera source de savoir. En outre, cette nouvelle connaissance va être elle-même testée pour engendrer une nouvelle notion. Finalement c'est la succession d'épreuves qui permet de développer des compétences. Cette boucle d'apprentissage, permet au cours du temps, de comprendre le patient dans sa globalité. Ainsi le professionnel va pouvoir répondre aux besoins du patient de manière adaptée et contribuer à son prendre soin. De plus, Le soignant respecte le principe d'humanité, apporte une attention particulière et favorise l'autonomie du patient. Favoriser l'autonomie du patient participe à l'équilibre de la relation soignant-soigné qui apparaît dans un premier temps comme asymétrique. Maintenir cet état d'équilibre entre le patient et le soignant favorise la juste symbiose et l'accompagnement du patient dans sa prise en soin.

3. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Afin de d'enrichir mes apports théoriques présents dans le cadre conceptuel il me semble intéressant d'apporter un regard professionnel à ces recherches.

3.1. Le choix de l'outil

Pour réaliser le recueil de données, j'ai choisi d'interroger des professionnels de santé par le biais d'un entretien semi-directif. Celui-ci me permet d'une part, d'avoir une trame me guidant tout au long de la rencontre, dans le but de rester focalisé sur les objectifs fixés, et sur mon sujet de recherche. D'autre part, cet outil encourage la libre expression des professionnels de santé pour évoquer des notions auxquelles je n'avais pas pensé.

3.2. Le profil interviewé

Dans mon cadre théorique j'évoque le concept d'expérience. Je me suis alors demandé si la durée d'exercice professionnelle avait un impact sur la capacité de décodage du non-verbal chez une personne âgée non communicante verbalement. De ce fait, j'ai choisi de rencontrer deux infirmières exerçant auprès de cette population, ayant une durée d'expérience professionnelle différente. D'une part une infirmière diplômée en 2020 travaillant en Unité de Soins et de Longue Durée (USLD). D'autre part une infirmière libérale diplômée en 1999 exerçant en libérale depuis 2016.

3.3. Les objectifs du guide d'entretien

Pour élaborer le guide d'entretien (cf annexe 3 je me suis fixé des objectifs:

- Identifier les caractéristiques d'une juste distance avec une personne âgée non communicante verbalement
- Identifier les moyens mis en oeuvre pour entrée en relation avec une personne âgée non communicante verbalement
- Identifier l'impact de l'expérience sur le déchiffrement du non verbal de la personne âgée non communicante verbalement
- Repérer les indices permettant de confirmer la bonne compréhension des souhaits de la personne âgée non communicante verbalement
- Savoir avec certitude que le patient est confortable, satisfait des soins prodigués

3.4. Les modalités de l'entretien

J'ai préalablement informé les infirmières par téléphone et convenu avec elles des temps de rencontre. J'ai obtenu ces entretiens avec mes propres moyens. En effet, j'ai rencontré l'infirmière en USLD au cours de la période de stage au semestre 5 et l'infirmier libérale par l'intermédiaire d'un proche. J'ai enregistré la rencontre avec mon téléphone portable après acceptation des infirmières. Afin de m'assurer de son bon fonctionnement, j'ai réalisé un test d'enregistrement lors de la mise en essai de l'entretien. Le premier entretien s'est déroulé à domicile pendant dix minutes et le second au cabinet libérale pendant une vingtaine de minutes.

Cette rencontre avec les professionnelles de santé a débuté dans un premier temps en re-contextualisant l'entretien: le cadre de la réalisation, le sujet de recherche et les concepts abordés, le nombre de questions ainsi que la durée approximative de l'entretien. Dans un second temps j'ai procédé à l'entretien en m'aidant du guide d'entretien et en reformulant certains propos des infirmières. Cette reformulation a permis de préciser davantage les propos des infirmières et de veiller à la bonne compréhension des notions évoquées dans le but d'obtenir un recueil de données fiable et enrichissant.

3.5. Les limites de l'outils

Alors que, j'avais testé mon guide d'entretien, j'ai rencontré quelques difficultés lors des rencontres notamment, pour réaliser la transition de certaines questions. En effet, il m'a semblé difficile de passer d'un thème à un autre de manière fluide; d'organiser les questions en fonction des réponses données par les soignantes.

4. ANALYSE INTERPRÉTATIVE

Pour réaliser cette analyse, je choisis d'évoquer dans un premier temps, le concept de la relation soignant-soigné. Je continuerais avec celui de l'expérience pour poursuivre avec la communication et terminer par le prendre soin. Ces concepts seront définis selon les propos de deux infirmières qu'on nommera IDE 1 et IDE 2.

4.1. Identifier les moyens mis en oeuvre pour établir une relation avec une personne âgée non communicante verbalement dans une juste distance relationnelle

4.1.1. Les attributs d'une relation soignant-soigné

Premièrement, les infirmières expliquent que pour créer une relation avec un patient, il faut mettre en place différents moyens de communication. Tel que la proxémie, et plus particulièrement le toucher. IDE 2 évoque que pour "établir un lien" elle utilise dans un premier temps le toucher, par exemple pour "serrer la main" du patient ou lui "prendre sa main" pour "un premier contact" tout en se mettant à sa hauteur. Le toucher est donc un moyen de communiquer avec le patient. De plus, les infirmières ajoutent que, "prendre la main du patient" (IDE 1) , "lui caresser la main" (IDE 2) peut le rassurer.

En effet, pour établir une relation, le deuxième point clé est l'introduction d'un climat de sécurité et de confiance. Le soignant doit faire preuve de "bienveillance" (IDE 2) en "donnant un sentiment de sécurité" pour que "le patient ne se sente pas agressé"(IDE2). Réussir à créer une "relation de confiance" "vraiment solide" va favoriser l'échange entre le soignant et la personne soignée (IDE2). De plus, le soignant rassure la personne soignée en utilisant le langage verbal en effet lorsqu'on rencontre une personne on commence par lui dire bonjour et se présenter. Ensuite il est important d'évoquer la raison de notre présence " je suis là, ne vous inquiétez pas, je ne suis pas là pour vous faire du mal, je suis là pour vous et pour que ça se passe bien"(IDE2) et qu' " on pose des question" (IDE). Par ailleurs, IDE 1 souligne qu' il faut connaître le ressenti de la personne en essayant de voir, "en regardant la personne", "la façon d'être". De plus, IDE 2 rappelle que "le regard" "ca parle beaucoup", et que l' "on peut s'exprimer à travers le regard", et qu'il est "très très important".

4.2.2. La juste symbiose

Pour que la relation entre soignant et un patient non communiquant verbalement puisse s'établir en juste symbiose, le professionnel de santé doit s'adapter.

Les infirmières expliquent que, la juste distance c'est l'adaptation du soignant. En effet, pour IDE 2 savoir ou se mettre, "de trouver la distance" appartient au rôle soignant. Par ailleurs, IDE 2 évoque que l'adaptation vient du savoir du soignant à ressentir "si le patient refuse ou pas", "si on est trop intrusif ou pas". Elle stipule qu'"il faut faire attention", qu'il faut penser à plein de petites choses, et en tenir compte pour "mettre des choses en place" afin de "trouver une distance". Cependant, pour IDE 1 garder une distance professionnelle s'avère difficile car on est "obligé d'être proche d'eux." "On est obligé quelquefois d'aller un peu au-delà de la juste distance professionnelle" en fonction des situations et des patients rencontrées. De ce fait, être en juste symbiose avec le patient non communiquant peut se révéler compliqué. IDE 1 ajoute la difficulté de ne pas "pouvoir les rassurer juste avec la parole" car "ils ne vont pas pouvoir verbaliser leur anxiété suite à "leur pathologie ou leur façon d'être". La professionnelle ajoute que certains patients "ne réagissent pas à leur nom de famille"; ils ne le comprennent pas. Par conséquent, pour que les patients parviennent à comprendre, les soignants emploient le tutoiement et les nomment par leurs prénoms. Or, d'un regard théorique, la distance relationnelle n'est pas respectée, puisque en tant que professionnelle le vouvoiement et la nomination par les noms de famille doit être privilégié. Cependant "pour certains, on peut se permettre et ça reste quand même dans la distance professionnelle" (IDE1). De plus, une certaine distance est présente car "on ne va pas non plus lui donner des surnoms" (IDE1). D'autant plus que les patient âgés "ne communiquent pas bien," et qu' "ils n'entendent pas correctement" (IDE2). IDE 2 complète en évoquant l'histoire d' "un monsieur qui avait fait un AVC (accident vasculaire cérébrale) massif et il était donc aphasique" "il ne disait que "tac tac voiture". Ce monsieur avait " une communication mais c'était incompréhensible";"; "il n'arrivait pas à s'exprimer", à exposer sa demande.

La difficulté d'expression du patient non communiquant verbalement et la complexité de le comprendre peut être nuisible à l'élaboration d'une relation entre le patient et le soignant dans une juste symbiose.

4.2. Identifier l'impact de l'expérience sur le déchiffrement du non verbal de la personne âgée non communicante verbalement

4.2.1. Comprendre un patient par l'expérience

Dans cette partie, je m'intéresse à la capacité de comprendre un patient non communicant par l'expérience.

La connaissance du patient est une histoire de temps, voilà ce que j'ai pu conclure des propos des infirmières. IDE 1 explique qu'au début de la rencontre avec un patient c'est un peu plus compliqué, elle éprouve des difficultés à les comprendre "parce qu'on ne les connaît pas". Elle met en avant que "ça demande plus de temps parce que ça demande d'apprendre à connaître la personne". Cependant que "à force d'être avec eux de les côtoyer"; "à force d'aller faire des soins et d'être avec la personne" dans la chambre ou lors des soins il était possible d'observer des "petites choses". La soignante ajoute que les personnes qui "les connaissent depuis très longtemps", "ils arrivent plus à voir parce que ça fait plus longtemps qu'ils sont avec eux." De plus, IDE 2 explique que c'est "l'expérience de la personne" qui permet de connaître le patient. Elle souligne qu'il faut tout d'abord qu'"on prenne le temps d'accrocher le patient, puis de la nécessité de revenir vers le patient pour le comprendre et faire les choses. Connaître le patient demande du temps c'est pourquoi je peux affirmer que connaître le patient est un processus d'apprentissage à long terme.

De plus, cet apprentissage se réalise au cours de la durée d'exercice professionnel comme le déclare IDE 1. Elle évoque qu'elle avait déjà observé le non-verbal et que ça l'avait aidé à développer sa capacité d'observation "et à apprendre à faire un soin différemment (de ce qu'elle avait) pu apprendre à l'école ou avec quelqu'un qui communiquait". De plus, que par son expérience elle parvient à s'adapter un peu plus facilement et déclare que "même encore maintenant je pense qu'entre le mois de juillet et maintenant ça a encore évolué". "D'autres personnes qui sont arrivées, il faut donc "trouver une façon d'apprendre connaître la personne et sa communication".

Contrairement à IDE 2 qui stipule que déchiffrer le non verbal de la personne non communicante verbalement est quelque chose d'instinctif, d'"un peu innée"; que "c'est à force de la faire". Cependant elle me conte l'histoire d'un monsieur atteint d'AVC citée au dessus lorsqu'elle était "jeune infirmière", "je m'en souviens comme si c'était hier et je m'en souviens très très bien". Elle expose le fait qu'"aujourd'hui, avec l'expérience, "maintenant je comprends la valeur et l'importance des choses du patient dans sa demande". Dans ses propos, nous pouvons remarquer à quel point ce moment passé à été pour elle très intense, très important et que ceci a un impact sur sa manière de prendre soin.

Enfin, pour comprendre davantage le patient non communiquant verbalement, les infirmières mettent en évidence qu'elles sollicitent l'équipe professionnelle. Premièrement, IDE 1 fait appel aux "collègues aides-soignants" car "ils peuvent nous dire quand la personne ne va pas bien ou autre" et "se fit un peu sur les autres personnes". Deuxièmement, IDE 2 se tourne vers l'ensemble des professionnels de santé notamment les ergothérapeutes qui mettent en place des choses et ses "deux collègues" pour échanger et "trouver des solutions pour trouver un système de communication". En outre, IDE 2 sollicite les proches du patient pour tenter de mieux comprendre le patient car "à domicile en général, (les patient) ne sont pas tout seul," "quelqu'un qui sera là pour "communiquer à la place du patient".

4.3. Repérer les indices permettant à la personne âgée non communicante verbalement de s'exprimer

4.3.1. La perception soignante

Un point essentiel de la communication est évoqué dans cette partie. En effet IDE 1 insiste sur le fait "que chacun à sa propre façon de communiquer" et qu' "il faut savoir avec tel patient sa communication". De plus, IDE 2 explique qu' "il faut vraiment comprendre l'autre encore plus." car la personne à "juste du mal à s'exprimer". En particulier lorsque le patient non-communicant verbalement souhaite nous dire, demander une chose ou nous appeler il va alors "taper du pied ou taper sur la table." (IDE). IDE 2 ajoute que " c'est pas parce qu'ils ne communiquent pas qu'ils n'entendent pas, et qu'ils ne comprennent pas les choses". Les deux professionnelles de santé mettent en évidence que le patient âgé non communicant verbalement est une personne capable, capable de s'exprimer et donc de communiquer. Pour donner au patient les moyens de s'exprimer il est primordial que le soignant expérimenté, tente, essaye des techniques pour comprendre le plus précisément possible le patient. IDE 2 explique qu'il faut toujours essayer, "essayer de reposer la question", "de reprendre avec le patient", "de montrer avec les mains", "de toucher à la place, sur des endroits". IDE 1 ajoute que le patient "essaie peut-être de me dire ça" et "si on voit que ce n'est pas ça du coup on cherche d'autres possibilités". Dans tous les cas, on ne laisse pas un patient de côté, "on abandonne quelqu'un qui n'arrive pas à communiquer, si on ferme la porte" (IDE 2).

4.3.2. Les outils de communication

Pour encourager le patient non communicant verbalement à s'exprimer, plusieurs outils de communication sont mis en place. IDE 2 évoque celui de L'écriture, en effet, "les gens qui ne communiquent pas oralement peuvent aussi écrire" et "quelqu'un qui n'entend pas on écrira sur une ardoise," ou sur "des cahiers avec des images" Ces "outils qui sont géniaux pour pouvoir donner un moyen au patient de communiquer".

IDE 1 et IDE 2 expliquent que pour communiquer avec le patient et obtenir une réponse compréhensive, elles interrogent le soigné par la répétition de questions fermées. Les questions fermées permettent de savoir ce que le patient souhaite comme le souligne IDE1 "On essaie de comprendre par exemple « vous voulez à boire ? »". Alors que IDE 2 cherche davantage à savoir si le patient a compris "est ce que vous m'avez bien compris" et si elle même à compris les volontés du patient: "en répétant, on répète en affirmant nous ce qu'on a compris du patient". Elle s'assure également de la juste compréhension des besoins "vous me dites que vous avez mal au pied ?". Finalement par la répétition de questions fermées, les infirmières cherchent à comprendre, à évaluer la douleur du patient " est ce que c'est à niveau-là," "c'est là, c'est là, non c'est pas là, " " est ce que c'est le ventre? est ce que c'est un peu plus haut?un peu plus bas ?" (IDE2). Évidemment, ces questions fermées laissent "très peu de réponses derrière" (IDE2), le patient pourra "dire un oui un non avec la tête" (IDE1). IDE 2 affirme que la répétition de questions est nécessaire "jusqu'à ce qu'on ait une réponse affirmative du patient."

4.4. Repérer en quoi la transmission d'information impact le ressenti du soignant et du soigné

4.4.1. La répercussion d'un outil de communication adapté

L'utilisation d'un outil de communication adapté permet au patient de se sentir rassuré et d'exprimer "ses besoins, son mal-être, son bien-être, ses recherches" plus facilement. C'est également plus facile pour le soignant de le comprendre (IDE 2) . Si le patient parvient à s'exprimer et que le soignant permet de le comprendre on peut donc affirmer que le soignant et le patient sont dans un système de communication approprié . Cette communication adaptée favorise le bien-être des deux individus. En effet, ils vont "sauter au plafond", le patient "était rempli de joie" et un sentiment de satisfaction émerge le soignant: "c'est bon ça, qu'on peut aider" (IDE2).

4.4.2. Retentissement de l'incompréhension du soignant envers le patient

Cependant lorsque le système de communication est dysfonctionnel, en d'autre terme lorsque le soignant ne parvient pas à comprendre le patient et que le patient ne parvient pas à exprimer sa demande. La situation "est très très, très compliquée,". Elle n'est pas simple pour le soignant qui se sent "nulle de ne pas comprendre ce qu'il voulait que je fasse" (IDE2) . IDE 2 me confie qu'elle se sentait "démunie" et me jure que "c'était épouvantable" pour elle mais également pour le patient. "le monsieur il s'énervait, il pleurait " " il était abattu" "puisqu'il n'arrivait pas à s'exprimer".

4.5. Savoir avec certitude que le patient est confortable, satisfait des soins prodigués

4.5.1. Prendre soin

Prendre soin pour IDE1 signifie être capable de "répondre aux besoins" par exemple "les soins d'hygiène où tout ce qui est toilette, donner à manger, surveillance de la douleur, prendre la personne en soin dans sa globalité". IDE 2 complète en rappelant que le prendre est une "approche bienveillante, écouter, entendre la problématique, le ressenti", "prendre en compte le patient dans sa globalité"dans " différentes approches", intégrer "son entourage"et "une maladie".

De plus, les professionnelles de santé expriment que le prendre soin comprend l'évaluation de "la douleur", savoir si le patient est "douloureux ou non" (IDE 1), de savoir si il présente une "souffrance" un " confort",un " mal-être" (IDE2). Pour "évaluer la douleur" différents moyens sont mis en place, notamment "des grilles d'évaluation, de comportement, d'alimentation, du poids" ainsi qu' "une traçabilité"(IDE2). A posteriori, pour évaluer le ressenti du patient, les infirmières interrogées signalent qu'elles se réfèrent aux visages du patient (IDE 1). Pour IDE 1 un sourire est

signe que "le soin se passe bien", "qu'on a réussi à faire le soin comme il voulait" et que le patient n'est pas douloureux. Alors qu'une grimace, des yeux fermés, des crispations sont des expressions traduisant un inconfort et une pensée douloureuse du patient: "attention vous me faites mal" (IDE2) . Sans compter qu'il est de notre devoir d'être vigilant à la gestuelle de la personne soignée. Puisque "à travers les gestes", en faisant "un petit geste de la main", en s'agrippant ou en tapant, le patient "nous dit avec ses mains "je ne veux pas vous voir" et donc qu'il refuse ou nous repousse (IDE2) . Enfin IDE 1 met en évidence qu'on ne sait pas vraiment ce que la personne soignée "pense vu qu'elle ne nous le dit pas", "on peut se dire peut-être qu'elle est satisfaite par rapport à ce qu'elle nous renvoie" on ne fait que "des suppositions, on ne peut pas être sûr à 100%".

Au cours de ce travail je me suis demandée si les actions mises en place par les professionnels de santé contribuaient au prendre soin de la personne soignée. IDE m'affirme que "l'effort d'essayer de comprendre " le patient avait un " impact positif dans le prendre soin" car on va "essayer de prendre en soin la personne comme elle aimerait." En revanche, IDE 2 souligne qu'il manquera toujours des moyens car il est " toujours bon d'évoluer, toujours bon de trouver d'autres solutions pour s'améliorer", de toujours " mettre des choses en place".

A la suite de ces entretiens, nous pouvons retenir qu' établir une relation avec le patient non communiquant verbalement demande du temps et de l'adaptation. Du temps pour apprendre à comprendre le patient car chaque individu à sa propre manière de communiquer. La capacité de partager des informations et de les recevoir dépend de chacun, sa façon d'être, son ressenti et ses ressources. La relation établie entre en soignant et un soigné se fait progressivement en commençant par le regard, la parole et la proxémie. Il est de la responsabilité du soignant de trouver un équilibre, une juste distance pour que le patient se sente rassuré et confiant pour partager ses pensées. De plus, pour favoriser cette relation et ainsi l'échange, il faut garder à l'esprit que malgré la maladie et la difficulté de communiquer, le patient est avant tout une personne capable; capable d'entendre, capable de comprendre et capable de s'exprimer. Il est donc très important d'adapter sa posture en fonction du patient pour trouver un système de communication adapté. La personne soignée peut s'exprimer à travers son regard, ses gestes, son faciès et l'écriture. Par conséquent, en tant que soignant il est de notre rôle de savoir observer et interpréter ces informations. Par ailleurs, des grilles d'évaluation, de comportement... sont proposés pour faciliter l'interprétation. De plus, la répétition de questions fermées peut aussi favoriser la juste compréhension du patient et du soignant, car la réponse sera majoritairement une réponse affirmative ou négative de la tête par le patient. Comprendre les besoins exprimés par le patient permet au soignant d'essayer d'y répondre le plus justement possible. Par conséquent, prendre soin est la capacité de prendre en compte la personne dans sa globalité, de répondre à ses différents besoins et d'évaluer le niveau de douleur. Cependant malgré les efforts mis en place nous ne pouvons pas être certain à 100% que le soin réalisé est satisfaisant pour le patient. C'est pour cette raison qu'il faut toujours trouver des moyens pour améliorer les pratiques et les techniques pour permettre au patient de se sentir écouté et compris. Je terminerais par évoquer que cette capacité à comprendre le patient vient d'un processus d'apprentissage à long terme. De plus, cet apprentissage est la finalité d'un ensemble d'expériences vécues et partagées avec nos pairs, le patient et son entourage.

5. DISCUSSION

Le cadre conceptuel et le cadre empirique terminés, je vais à présent croiser l'ensemble des données obtenues pour exposer des éléments de réponse à ma question de recherche. Pour rappel ma question de départ était: « Dans quelle mesure l'expérience du déchiffrage du paralangage d'une personne âgée non communicante verbalement permet d'établir une juste symbiose entre l'infirmière et la personne âgée lors d'un soin de confort ». Pour ce faire, je reprends les quatre grands concepts de mon sujet de recherche: l'expérience, la communication, la relation soignant-soigné et le prendre soin.

5.1. L'expérience au service de l'apprentissage

Pour moi la définition la plus pertinente de l'expérience est celle de Mayen et Mayeux qui évoque que "L'expérience est la vie elle-même" (Mayen et Mayeux 2003, p18). En effet, j'ai pris conscience que finalement l'expérience est un ensemble de situations rencontrées tout au long de la vie. Chaque événement vécu est unique qui permet d'apprendre et de comprendre; dans le but de développer nos connaissances et donc d'évoluer. En effet, au cours du stage je développe ma capacité à interpréter les signaux de communication lors de chaque interaction avec le patient. Le temps passé auprès du patient permet d'une part à améliorer ma capacité de compréhension et d'autre part de donner au patient la possibilité de s'exprimer.

D'autre part je tiens à mettre en évidence que le terme expérience est synonyme d'expérimentation. Autrement dit, la mise en œuvre d'une action dans laquelle une hypothèse va être confirmée ou non. Je tiens à préciser que quelque soit le résultat final, il sera toujours source d'apprentissage. Par exemple, avec le patient non communiquant verbalement, on émet des suppositions: "il essaie peut-être de me dire ça" (IDE1) et en fonction de sa réponse ou va savoir si c'est ça ou pas. Pour compléter, "le cycle de l'apprentissage par l'expérience" est fondé sur une alternance entre réflexion et expérimentation (KOLB, 1984 cité par Mayen et Mayeux, 2003, p23). Cela signifie que toute expérience pour qu'elle soit propice à l'apprentissage doit impérativement avoir un lieu un retour sur la situation vécue. En tant qu'étudiante c'est que je nomme les analyses de pratiques professionnelles. C'est bien parce que j'ai expérimenté, vécu une expérience que je peux l'analyser pour savoir ce qui à fonctionner ou pas et apprendre de cette situation.

Par ailleurs, j'ai réalisé que l'expérience est «ce que l'on apprend et ce que l'on devient à travers et à partir de ce qui nous arrive». (Colin 1998). Comme l'illustre IDE 2 " maintenant je comprends la valeur et l'importance des choses du patient dans sa demande". Ainsi que IDE 1 en affirmant que "même maintenant je pense qu'entre le mois de juillet et maintenant ça a encore évolué". Elles soulignent que la durée d'exercice a été profitable et a contribué à l'acquisition de connaissances qui leur a permis d'évoluer et d'être les professionnelles d'aujourd'hui.

Je pense donc que la somme des expériences vécues d'un point de vue professionnel et personnel contribuent à développer mes connaissances et savoirs. Autrement dit, chaque moment passés et à venir sont des situations qui me permettent d'expérimenter des savoirs dont l'objectif est d'évoluer. C'est dans cette vision que chaque événement réalisé au cours de la vie est unique et qu'il faut sans cesse s'adapter. J'ajoute que pour être dans un processus d'apprentissage optimal il faut encourager le partage d'informations de toutes personnes expérimentées notamment avec l'entourage du patient et l'ensemble de l'équipe soignante . Ainsi tous ensemble nous pouvons chercher "des solutions pour trouver un système de communication" (IDE2).

Au regard de ma question initiale, l'expérience; le cycle d'apprentissage contribue à la capacité de déchiffrer le langage corporel de la personne non communicante verbalement. Le soignant doit prendre le temps nécessaire pour apprendre et comprendre le patient. Les expériences antérieures participent au développement des connaissances et ainsi peuvent donner des orientations pour expérimenter de nouvelles choses. Le langage du patient ne se limite pas au déchiffrement, il permet avant tout au patient non communiquant verbalement de s'exprimer comme le soulignent les infirmières interviewées "du mal à s'exprimer" (l'IDE 2) "chacun à sa propre communication" (IDE 1) .

5.2. La communication

Lors de cette initiation à la recherche, j'ai pu distinguer la notion de paralangage et de communication non-verbale. Deux notions très différentes, l'une évoque l'intonation de la voix alors que l'autre évoque l'expression du corps et les attitudes de la personne. J'ai donc souhaité développer davantage la notion de la communication non-verbale qui me semblait plus pertinente au regard de mes situations d'appel. En me focalisant sur le non verbale j'ai compris que le patient non communiquant verbalement est une personne qui peut s'exprimer. Il utilise ses propres codes et son propre canal de communication pour partager une information. C'est donc à moi, en tant que soignante, de m'adapter pour recevoir et décoder le message.

Le patient est donc une personne capable par son langage corporel d'exprimer ses volontés,, son ressenti et ses demandes . Je reprends en exemple la situation exposée avec Mme P. Lorsque la patiente ferme la bouche au moment du repas, elle exprime donc par ce geste qu'elle n'a plus faim. En outre, certains patients vont demander des choses en tapant du pied ou en tapant sur la table (IDE1). De plus, le patient est capable de s'exprimer à travers l'écriture, comme le témoigne IDE 2 "les gens qui ne communiquent pas oralement peuvent aussi écrire". Il est donc de ma responsabilité professionnelle, de favoriser la communication avec le patient non-communicant verbalement. Cela comprend l'expression et la compréhension du message transmis. Je dois donc adapter mon langage verbal pour rendre le patient capable d'intercepter des informations. Pour ce faire, j'utilise des questions fermées et courtes pour faciliter le décodage du patient et ainsi favoriser son feed-back. Cela signifie que la personne soignée est apte à entendre et comprendre des données; "c'est pas parce qu'elle n'est pas communicante qu'elle ne peut pas entendre " (IDE 2).

Comme annoncé précédemment, comprendre la personne demande du temps, de la disponibilité. Alors, il faut se montrer patient et essayer de rechercher ce que le patient souhaite partager, s'assurer de la bonne compréhension de ses volontés et de ses besoins. De plus, comprendre un patient demande de l'écoute, Chestov, précise qu' "il faut moins écouter ce que quelqu'un dit que les gestes, la voix, le visage, par lequel, ou par lesquels sont exprimés les messages» (cité par Rioux,1991, p 114). J'ai pris conscience qu' écouter le patient non

communiquant verbalement est finalement la capacité d'observer le langage corporel de la personne. Plus précisément j'évoque la capacité à intercepter le regard du patient, son faciès, ses gestes, et sa posture pour décoder son message et comprendre ses pensées, ses émotions, son ressenti. En gardant à l'esprit que tout ce que l'on peut déchiffrer sont les émotions du patient et non les nôtres c'est ce que l'on nomme l'empathie.

Enfin, je tiens à mettre en évidence que l'incompréhension du soignant vers le patient engendre un mal-être auprès de la personne soignée qui "s'énerve, pleure" mais également auprès du soignant qui se sent "démuni, nulle" (IDE 2). A contrario, la compréhension des volontés du patient favorise le bien-être et participe à l'élaboration d'une relation patient-soignant. En effet, à l'instant où je suis parvenue à comprendre Mme R, en chantant avec elle avant de faire le soin, j'ai ressenti que nous étions détendues et en association pour le déroulement du soin. J'affirme de ce fait que être en juste symbiose avec le patient non communicant passe par la compréhension et l'adaptation professionnelle.

En lien avec ma question de départ; le déchiffrement du non-verbal demande du temps mais également une attention particulière du soignant. En effet, le soignant doit adapter sa posture à chaque patient et situation rencontrées. Mettre en place des moyens de communication adaptés à l'état de santé du patient à un moment donné. Le soignant doit faire preuve d'empathie, de disponibilité, d'écoute et d'observation. Ces différentes attitudes permettent, dans un premier temps, de donner au patient la possibilité de s'exprimer. Dans un second temps, au soignant de tenter de le comprendre et ainsi contribuer au prendre soin du patient. Pour terminer j'ajoute que, pour que le patient se sent capable de s'exprimer, je pense qu'on doit toujours garder à l'esprit que le patient est une personne ayant des capacités de communication.

5.3. La relation-soignant-soigné

La relation entre un soignant et un patient débute par une rencontre qui évolue dans le temps. En effet, chaque moment passé avec le patient nous permet de mieux le connaître. Connaître la personne me permet d'identifier ses ressources, ses besoins et ses volontés. Cette connaissance est la clé pour adapter ma posture professionnelle dans le but de réaliser un soin en juste symbiose.

Pour moi être en juste symbiose avec le patient non-communicant verbalement est la capacité de l'accompagner dans un "maternage vigilant"(Bioy, Bourgeois... 2013 p 20-21). Cela signifie que je dois trouver un juste équilibre entre son niveau de dépendance et son niveau d'autonomie pour rendre le patient acteur de sa prise en soin. A savoir qu' "on est deux à faire le soin" (Blanchard Delphine cité par infirmiers.com) donc je suis en association avec le patient pour la réalisation d'un soin. En effet, lors de mes stages j'ai pu constater à plusieurs reprises que la participation du patient lors du soin favorise son bon déroulement. De plus, cette démarche d'accompagnement favorise l'autonomie de l'individu, renforce son estime de soi et sa confiance en soi. A mon sens, l'accompagnement est une démarche qui demande du temps car on suit le rythme de la personne. C'est ce que souligne Paul (2012) "accompagner est le fait de se joindre à quelqu'un/ pour aller où il va/en même temps que lui".

J'ajoute que cet accompagnement doit s'effectuer dans une juste distance relationnelle, qui est difficile à mettre en place comme le stipule IDE 1 : "c'est difficile d'avoir une distance professionnelle". En effet, nous sommes face à la vulnérabilité du patient, face à sa fragilité et sa maladie. Pour cette raison nous sommes nous-même vulnérables. Par conséquent la relation soignant-soigné devient symétrique, la personne soignée et la personne soignante sont deux individus vulnérables.

J'ajoute que la distance relationnelle est d'autant plus compliquée à trouver auprès de personnes âgées non communiquant verbalement. Puisque certains patients ne reconnaissent pas leurs noms de famille. Il est donc nécessaire de les tutoyer, pour qu'ils comprennent et qu'on puisse élaborer une relation avec eux. De ce fait, la distance professionnelle d'un point théorique n'est pas respectée. Or d'un point de vue pratique, la distance est respectée puisque le tutoiement favorise la compréhension patient et donc son prendre soin (IDE1).

Cependant, malgré la difficulté exposée, c'est à nous, "nous soignants, on doit savoir où se mettre" (IDE2). Cette posture favorise le sentiment de réassurance et de sécurité du patient. C'est pourquoi, il est important d'acquérir certaines compétences relationnelles. Précédemment, j'ai évoqué la notion de vulnérabilité, terme qui laisse penser que, être une personne vulnérable est une personne fragile, mais c'est grâce à notre fragilité que d'une part on se soucie de l'autre et qu'on lui souhaite du bien. C'est ce que nomme Barrier l'empathie morale (2013, p. 105-113) plus connu sous le nom de bienveillance. D'autre part, la vulnérabilité du soignant vers les patients engendre chez le professionnel de santé la sollicitude qui correspond au désir de répondre à la souffrance du patient (Zielinski 2011). De plus, pour favoriser l'écoute des besoins du patient, le soignant doit se montrer disponible et doit faire preuve de congruence c'est-à-dire d'authenticité. Ces attitudes permettent d'établir une relation d'aide, permettant de rassurer, reconforter le patient (évoquée par Rogers Cité par Bioy, Bourgeois... 2013,). Par conséquent, cette relation entre l'infirmier et le patient renforce la relation de confiance et le sentiment de sécurité (IDE 2).

Je complète en évoquant que pour établir une relation avec le patient il faut trouver un équilibre entre la proxémie, le regard et la parole. Comme le soulignent les infirmières, on peut prendre la main du patient pour établir un premier contact et se mettre à sa hauteur. Lui dire "bonjour et se présenter" tout en le regardant. Le regard est très important car il permet d'exprimer le ressenti du patient "ça parle beaucoup" (IDE2).

Je finirais par exprimer que, à mon sens établir une relation avec le patient en juste symbiose. Il faut de prime abord prendre du temps pour développer une confiance en se montrant disponible à l'écoute, bienveillant, empathique et faire preuve de sollicitude. Cette relation d'aide solide encourage le patient à s'exprimer et à partager ses émotions, ses souhaits, ses besoins dans un environnement sécurisant. Pour moi, la juste symbiose est l'association de deux personnes ayant chacune des ressources différentes, qui permet le partage de connaissances et contribue à la richesse du soin. A noter que, être en association est finalement un accompagnement, en suivant le rythme de l'autre. Par conséquent être en association avec le patient c'est lui permettre de le rendre acteur, maître de sa prise en soin, de la rendre responsable. De ce fait, rendre le patient responsable et capable diminue l'asymétrie de la relation soignant-soigné. J'ajoute que la juste symbiose correspond également à la compréhension réciproque des intentions de l'autre. Pour clôturer cet item je souligne que cette perspective d'accompagnement favorise le prendre soin.

5.4. Le prendre soin

Dans un premier temps je tiens à préciser que les soins de confort sont un ensemble de soins qui "favorise le bien-être de la personne malade" ((Fondation soin palliatifs) et qu'il est du rôle soignant d'apporter confort et sécurité. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter une attitude bienveillante et d'être à l'écoute de la souffrance du patient, de sa problématique et de son ressenti. En d'autres termes, le professionnel de santé se soucie de l'état de santé globale de la personne soignée. De ce principe, j'associe les soins de confort au care et au prendre soin. J'ajoute que le care pour Winnicott (cité par Lehmann ,2005) et Demaison (2011) désigne un ensemble de soins pour répondre aux différents besoins de la personne. En effet, la diversité des besoins,développés par les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson et la Pyramide de Maslow (Mias, 2001) détaillent parfaitement ce qu'est "prendre en compte le patient dans sa globalité" (IDE2). Je mets en évidence que, prendre soin d'un patient est la capacité d'analyser ses besoins et d'apporter un accompagnement adapté au regard de chaque patient et situation rencontrés. C'est pourquoi Haberfeld (2019) affirme que "l'art de prendre soin" désigne une approche holistique où le soignant considère le patient comme une personne unique ayant ses propres caractéristiques et non comme un malade. De cette manière, j'affirme que le patient est reconnu comme une personne humaine et non comme une maladie ce qui permet d'introduire le concept d'humanité. "la reconnaissance de l'humanité" (2007, p4) permet d'améliorer la relation, l'estime de soi, la qualité des soins et de promouvoir la santé du patient (Blanc).

Non seulement prendre soin c'est répondre aux besoins des patients mais c'est également se préoccuper du ressenti de la personne. Benoist évoque "Prendre soin de l'autre, c'est écouter sa souffrance, l'accueillir et l'aider à la traverser » (2004, p 25). Les infirmières mettent en évidence qu'il est fondamental d'"évaluer la douleur" du patient, son "confort" et son "mal-être". Cette évaluation se réalise par le biais de grilles d'évaluation, d'observation et d'interprétation du faciès, le regard et la gestuelle. De ce fait, elles exposent que la crispation est signe d'inconfort alors que le sourire est l'indication que le soin de se passe bien. Je termine par préciser qu'il est de la volonté de chaque soignant de prendre soin d'une personne vulnérable. Enfin IDE 1 exprime que l'effort d'essayer de comprendre le patient et de réaliser les soins comme il le voudrait favorise le prendre soin. Même si d'après elle "on ne fait que des des suppositions, on ne peut pas être sûr à 100%". IDE2 complète en évoquant qu'il est " toujours bon d'évoluer, toujours bon de trouver d'autres solutions pour s'améliorer".

En lien avec ma question de départ, les soins de confort sont souvent associés au soins d'hygiène et d'alimentation. alors que selon moi les soins de confort ne se limitent pas qu'au soins de maintiens de la vie. Ils englobent tous les actes soignants qui contribuent à accompagner le patient souffrant dans sa prise en soin. J'ajoute que prodiguer des soins de confort s'inscrit dans le désir du soignant à prendre soin la personne dans sa globalité.

Au cours de ce travail d'initiative à la recherche, différents éléments de réponses ont été abordés. Cependant, certains concepts, certaines notions ont été plus exposés que d'autres et plus particulièrement celui du temps. Si je devais résumer mon mémoire en un seul mot ce serait celui-ci. Alors ma question de fin d'étude est la suivante: En quoi la disponibilité de l'infirmière favorise-t-elle un accompagnement de qualité auprès du patient non communiquant verbalement.

CONCLUSION

Mon mémoire d'initiation à la recherche prend fin, il est à présent temps de retracer l'histoire de cette belle aventure.

Lors de mes stages, j'ai été confronté à plusieurs reprises à l'incapacité de comprendre le patient non communiquant verbalement. Il m'a semblé donc évident que je devais évoquer ces situations et élaborer un travail sur ce sujet. Un de mes premiers questionnements portait sur la capacité de comprendre le langage corporel de la personne non communicante verbalement. Ensuite, j'ai pris conscience que pour moi la bonne réalisation d'un soin n'est pas seulement l'acte en lui-même, mais bien, être en accord avec la patiente pour l'accompagner dans sa prise en soin. De plus, j'ai découvert que ma capacité à déchiffrer le non-verbal des patients avait évolué au cours de mes périodes de stage. C'est dans ce contexte, que ma question de départ a été élaborée. Ensuite, il était venu le temps de développer des concepts associés à la question de recherche, aussi bien d'un point de vue théorique que pratique. Aujourd'hui, au regard de mes recherches, j'affirme que, l'expérience est la succession d'évènements, qui nous font évoluer dans le but d'acquérir des connaissances et devenir compétent et expert. Cependant devenir expert de la communication ne suffit pas à interpréter de manière systématique le non-verbal du patient. Etant donné que le patient est une personne humaine avec ses propres particularités. Cela signifie, que chaque personne a sa propre manière de communiquer, ses propres besoins et ses propres capacités. J'ajoute que le patient est une personne capable et c'est à nous soignant de s'adapter pour être en juste symbiose. Autrement dit, patients et soignants sont deux êtres en association qui favorisent le bon déroulement du soin. Le soignant accompagne le patient pour que celui-ci soit acteur de sa santé. De cette manière, on contribue au confort et au bien-être du patient tout en favorisant son autonomie, de ce fait nous sommes dans une dynamique de prendre soin.

En tant que future professionnelle, je comprends l'importance de pouvoir consacrer du temps pour accompagner le patient dans sa prise en soin. De plus, la nécessité de toujours garder à l'esprit que le patient est avant tout une personne capable. Enfin qu'il ne faut pas se reposer sur les acquis mais qu'il est primordial d'être dans une posture de chercheur pour améliorer ses pratiques.

Cette aventure qui est la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche est pour moi très enrichissante. Ce travail m'a permis de découvrir et de développer certaines notions qui me permettent maintenant de répondre à quelques questions de mes situations d'appel.

La première difficulté a été de mettre à l'écrit ce que j'avais à l'esprit. C'est pour cette raison, que pour élaborer le cadre conceptuel et comprendre les propos des soignantes j'ai réalisé des cartes mentales. La seconde difficulté rencontrée fut la gestion du temps.

Cette recherche m'a fait prendre conscience que prendre soin était une question de temps. Cependant, malheureusement avec le système de santé actuel et la crise sanitaire, on ne peut-être pas assez de temps avec les patients pour les accompagner.

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- BENOIST Loïc, 2004 Gestalt n°26 Prendre soin
<https://www.cairn.info/revue-gestalt-2004-1-page-23.htm>
- BLANC Elsa le concept de l'humanité
<https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/la-bientraitance/humanitude/#:~:text=L'Humanitude%20est%20un%20concept,de%20leurs%20particularit%C3%A9s%20d'humains.>
- BLEUSEZ Aurore, LARCHER Valérie, MEDIA Martin 2011, « Le Journal des psychologues » N° 287 Influence des représentations inconscientes sur la relation de soin en gériatrie
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-4-page-35.htm>
- BONNET Magalie 2012 n° 198, L'attachement au temps de la vieillesse. L'ATTACHEMENT AU TEMPS DE LA VIEILLESSE « Dialogue »
<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-4-page-123.htm>
- COLLIN Claude 1998 la notion d'expérience humaine
<http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/articles/experience.htm>
- DE LAVERGNE Catherine 2018 La communication non verbale
<https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale9.pdf>
- DEMAISON Corinne le concept de "Care": les soins liés aux fonctions de la vie 2011
<https://www.grieps.fr/actualites-le-concept-de-care-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49>
- DUPRET Serge La bonne distance du soignant
<https://plusdignelavie.com/?p=1362>
- FONTAINE DE BOECK SUPERIEUR Michel 2009 « Pensée plurielle » 2009/3 n° 22 | L'accompagnement un lieu nécessaire des soins infirmiers...
<https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm>
- FORMARIER Monique, 2007, « Recherche en soins infirmiers » N° 89 | La relation de soin, concepts et finalités
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
- GRASSER Benoît ROSE Josén 2000 l'expérience professionnelle , son acquisition et ses liens à la formatio
https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2000_num_71_1_2372

- HABERFELD Ingrid, 2019, thérapie holistique: en quoi consiste cette médecine?
<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2584061-therapie-holistique-medecine-definition-principe-origine-praticien/>
- LEFEBVRE Julie, 2015, La pratique réflexive, la pensée, réflexive et la réflexion
http://devenirinfirmiere.org/wp-content/uploads/2015/06/D%C3%A9finitions-Pratique-r%C3%A9flexive_Pens%C3%A9e-r%C3%A9flexive_R%C3%A9flexion-JLefebvre_VF.pdf
- LEHMANN Jean-Pierre, 2005, “Le coq-héron” N°180 | Ce que “prendre soin” peut signifier
<https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2005-1-page-50.htm>
- MAYEN Patrick , MAYEUX Catherine 2003 « Savoir » N° 1 | Expérience et formation
<https://www.cairn.info/revue-savoirs-2003-1-page-13.htm>
- PAUL Maela 2012 « Recherche en soins infirmiers» N° 110 | L’accompagnement comme posture professionnelle spécifique
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>
- RIOUX Bertrand, 1991, Le non verbale et le silence dans les relations humaines,
<http://www.claudegagnon.net/bertrandrioux/haptonomie.pdf>
- ZIELINSKI Agata, 2011, “Cahiers philosophiques” N°125 | La vulnérabilité dans la relation de soin “Fonds commun d’humanité”
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques1-2011-2-page-89.htm>

Livres:

- AÏM Olivier et BILLIET Stéphane 2020 Communication 2è édition, Ch la théorie de la communication: repère historique
- BARRIERE Guy 2013 les langages du corps en relation d’aide, la communication non verbale au-delà des mots
- BIOY Antoine BOURGEOIS Françoise NEGRE Isabelle 2013 Communication soignant-soigné repère et pratiques
- CORRAZE Jacques les communication non-verbale 2014
- DUGRAVIER GUÉRIN Nathalie, 2010 la relation de soin: approche éthique et philosophique
- WALTER Hesbeen, 1997 prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante

Cours:

- MIAS Lucien 2001 janvier Maslow - Henderson -Soins
<http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.htm>
- PHANEUF Margot Le concept d'humanité: une application aux soin infirmiers généraux
11/03/2007
<http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf>

Vidéos:

- INFIRMIER.COM 10/11/2026 Regard de patient: "la relation soignant-soigné est primordial"
<https://www.youtube.com/watch?v=w4jl7IMde9E>

Site sans auteurs:

- ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux 2008 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- Autonomie et dépendance:
[Autonomie et dépendance \(cerimes.fr\)](http://cerimes.fr)
- Centre National de Recherche Textuelles et Lexicales:
<https://www.cnrtl.fr/definition/symbiose>
- code de santé publique: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>
- Fonds pour les soins palliatifs, Les soins de confort en soins palliatifs: ce n'est pas du luxe c'est vital
<https://www.fondssoinspalliatifs.fr/les-soins-de-confort-en-soins-palliatifs-ce-nest-pas-du-luxe-cest-vital/>
- Organisation Mondiale de la Santé
<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution#:~:text=La%20sant%C3%A9%20est%20un%20%C3%A9tat,de%20maladie%20ou%20d'infirm%C3%A9>
- Vivre sa vie, 2012, une approche holistique de la santé
<http://www.vivre-sa-vie.net/archives/2012/10/07/21734649.html>

ANNEXE

I. CARTE MENTALE

II. GUIDE D'ENTRETIEN

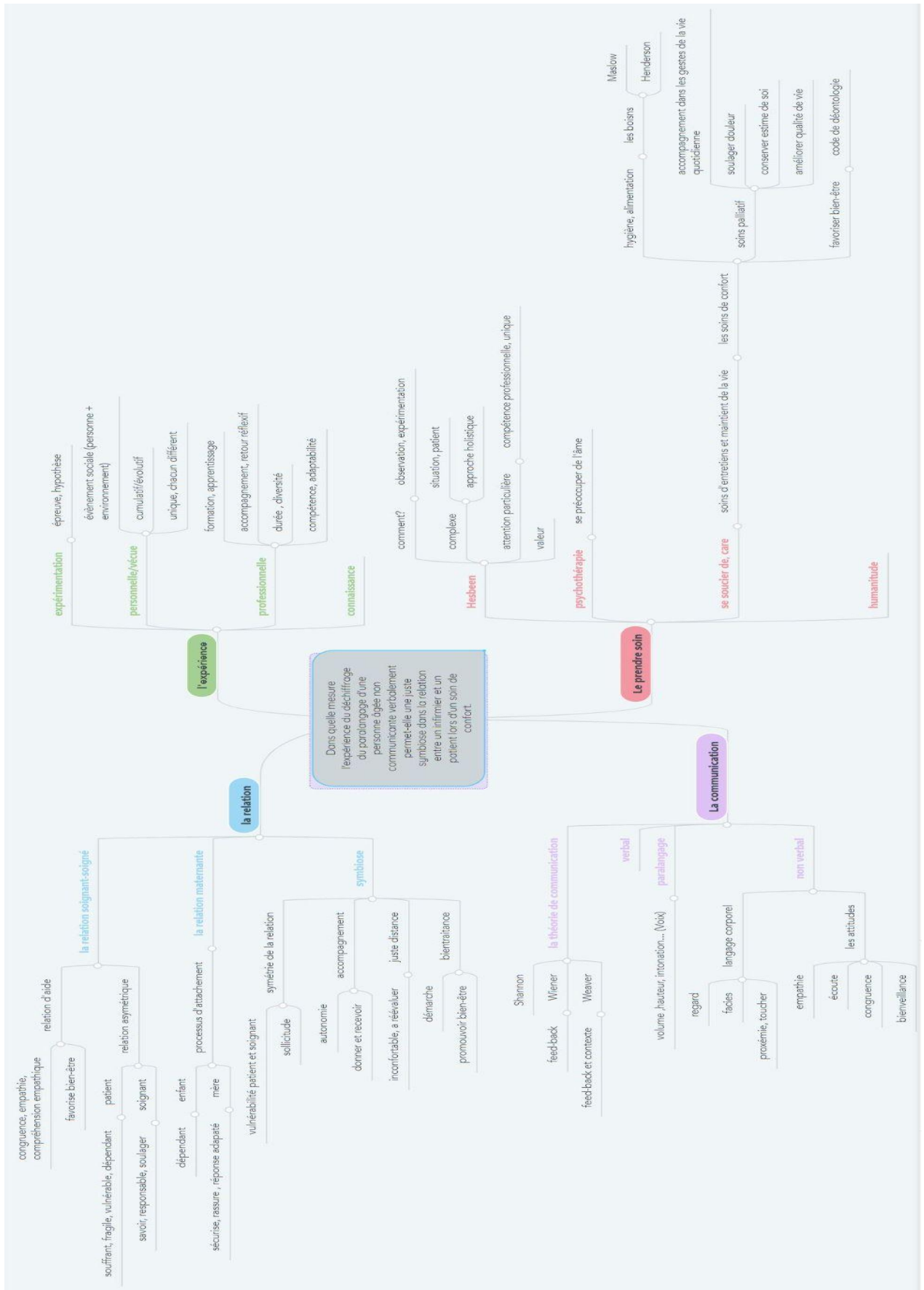
III. PYRAMIDE DE MASLOW

IV. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 1

V. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 2

VI. TABLEAU D'ANALYSE D'ENTRETIEN

I. CARTE MENTALE



II. GUIDE D'ENTRETIEN

Quel est votre parcours professionnel?

Thème 1: Relation

objectif:

- Identifier les caractéristiques d'une juste distance avec une personne âgée non communicante verbalement
- Identifier les moyens mis en oeuvre pour entrer en relation avec une personne âgée non communicante verbalement et établir une juste distance

questions:

- **Comment faites vous pour établir une relation avec une personne âgée non communicante verbalement**
- **Selon vous qu'est ce qu' être en juste distance dans la relation entre une infirmière et le patient non communiquant verbalement?**
- **Comment y parvenez-vous?**

Thème 2 : EXPÉRIENCE

objectif: Identifier l'impact de l'expérience sur le déchiffrement du non verbal de la personne âgée non communicante verbalement

questions:

- **Comment avez-vous appris à décoder le non-verbal d'une personne non communicante verbalement?**
- **Votre capacité à décoder le non verbal a-t-elle évolué au cours de votre carrière? si oui pourquoi ? si non pourquoi?**

Thème 3: Communication

objectif: repérer les indices permettant de confirmer la bonne compréhension des souhaits de la personne âgée non communicante verbalement

questions:

- **Qu'est qui vous permet d'affirmer que vous avez compris la personne âgée non communication verbalement?**

Thème 4 prendre soin

objectif: savoir avec certitude que le patient est confortable, satisfait des soins prodigués

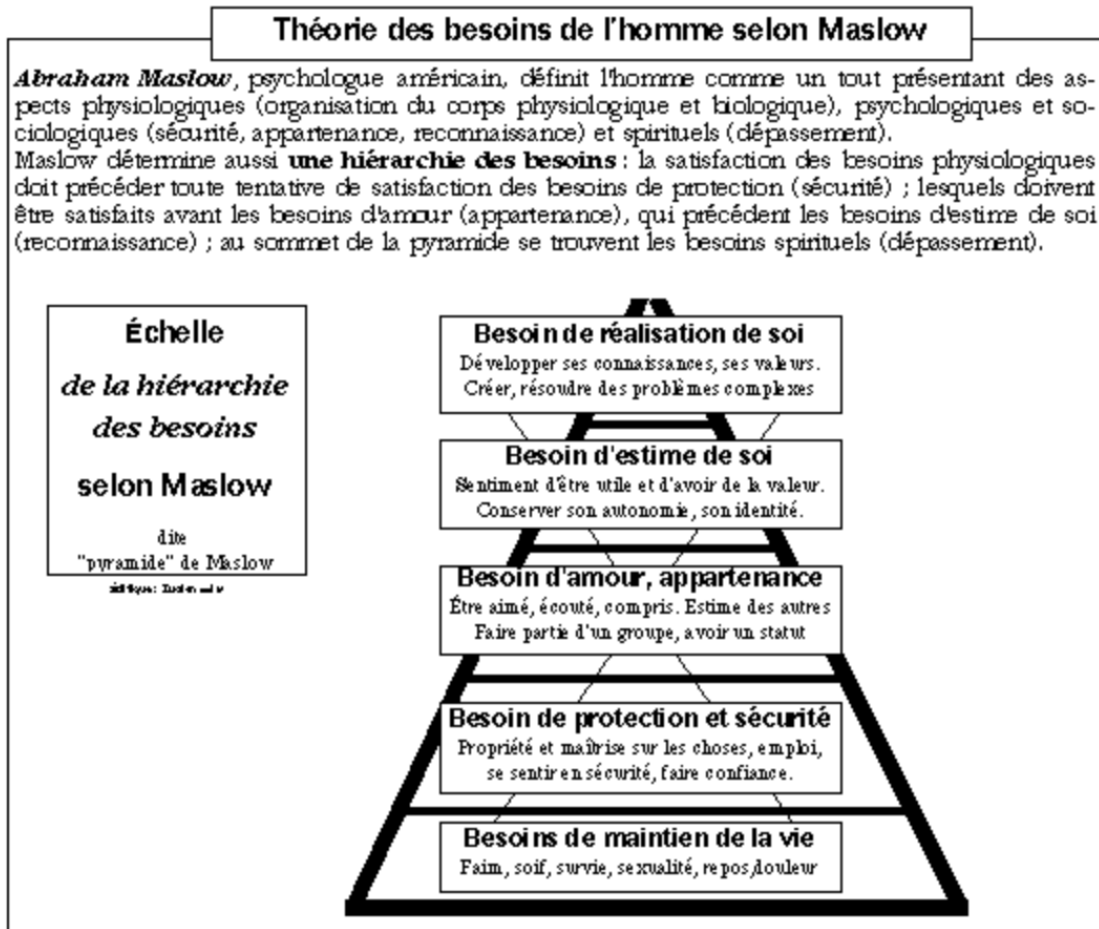
questions :

- **Si vous deviez expliquer à un étudiant ce qu'est le prendre soin , que diriez-vous?**
- **Pensez vous que les efforts mis en oeuvre par les soignants pour tenter de comprendre les souhaits d'une personne âgée non communicante contribue à améliorer le prendre soin? A quel niveau?**

Avez-vous quelque chose à ajouter?

III. PYRAMIDE DE MASLOW

(Mias, 2001)



IV. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 1

EIDE: "En troisième année d'infirmière, et dans le cadre de la formation je dois faire un travail de recherche, afin de compléter les recherches théoriques j'aimerais avoir votre regard professionnel pour les compléter. Mon sujet est la place du non-verbal dans le prendre soin d'une personne âgée non communiquant verbalement. L'entretien va durer environ quinze minutes. Il va introduire quatre thèmes différents. Est-ce que je peux enregistrer l'entretien pour retranscrire notre rencontre ?"

IDE: "Oui bien sûr."

EIDE: "Merci. Je vais commencer par vous demander quel est votre parcours professionnel?"

IDE: "Je suis diplômée depuis juillet 2020, quand j'ai eu mon diplôme je suis allée en USLD à la Tauvrais et depuis j'y suis toujours."

EIDE: "D'accord ! Vous avez soigné des personnes âgées non communicantes?"

IDE: "Oui, on a beaucoup de personnes âgées non communicantes dans notre service."

EIDE: "D'accord, donc maintenant on va rentrer dans le vif du sujet: le prendre soin. Si vous deviez expliquer à un étudiant qu'est-ce que le prendre soin, que diriez-vous ?"

IDE: "Très bonne question, je dirais que c'est répondre aux besoins de la personne, que ce soit pour les soins d'hygiène où tout ce qui est toilette, donner à manger, surveillance de la douleur, prendre la personne en soin dans sa globalité."

EIDE: "D'accord, pour prendre la personne dans sa globalité il faut établir une relation ?"

IDE: "Oui"

EIDE: "Comment faites-vous pour établir cette relation-là, avec la personne âgée non communiquant verbalement ?"

IDE: "Déjà on essaie de voir, quand on pose des questions ou autres, même s'ils ne communiquent pas, donc ils ne vont pas nous répondre par oui ou par non ! Mais ils ont leur propre façon de communiquer. Donc des fois il y en a qui vont bouger la tête soit ils vont nous dire oui ou non avec la tête. Il y en a d'autres, on va voir avec leur faciès s'ils sont douloureux ou non et après on va communiquer avec eux par le toucher aussi.

S'il y a un soin où l'on sait que la personne peut être anxieuse, on va lui prendre la main, ça va la rassurer on va voir qu'elle va sourire qu'elle va être mieux donc on va comprendre que le soin se passe bien. En fait, on s'adapte avec la personne parce que même si ils sont non communicants, au final ils ont tous leur façon de communiquer qui est propre. Donc il faut savoir avec tel patient sa communication."

EIDE: "Comment savez-vous quelle communication employée en fonction de la personne ?"

IDE: "Je pense c'est à force d'être avec eux de les côtoyer et on voit aussi avec nos collègues aides-soignants. Il y en a certains qui les connaissent depuis très longtemps donc ils peuvent nous dire quand la personne ne va pas bien ou autres. Des fois ils arrivent plus à voir parce que ça fait plus longtemps qu'ils sont avec eux."

EIDE: "Donc c'est la connaissance de la personne finalement, qui permet d'établir une relation"

IDE: "C'est ça !"

EIDE: "Et cette connaissance de la personne elle vient comment ?"

IDE: "Je pense, à force d'aller faire des soins et d'être avec la personne, avec elle dans la chambre."

EIDE: "D'accord et selon vous qu'est-ce qu'être en juste symbiose dans la relation entre vous et la patiente que vous connaissez ? En juste distance relationnelle avec elle?"

IDE: "..."

EIDE: "Passant par l'observation et le toucher comme vous l'avez évoqué tout à l'heure ?"

IDE: "Je trouve qu'avec des personnes âgées qui ne communiquent pas, c'est difficile d'avoir une distance professionnelle. Parce que du coup ils ne vont pas pouvoir verbaliser ce qu'il ne va pas, ou leur anxiété et nous on ne va pas pouvoir les rassurer. Pour certains, on ne va pas pouvoir les rassurer juste avec la parole. Du coup, on sera quand même obligé d'être proche d'eux de les toucher. Il y a certaines personnes âgées, on est censé normalement de les vouvoyer et les appeler par leur nom de famille. Mais il y en a certains, ils ne réagissent pas à leur nom de famille. Donc on va être obligé de les appeler par leur prénom ou de les tutoyer. On est obligé quelquefois d'aller un peu au-delà de la juste distance professionnelle. Des fois on est obligé d'être un peu plus proche de certains patients parce que leurs pathologies ou leur façon d'être nous oblige à être un peu plus proche."

EIDE: "Pour vous, de manière générale c'est quoi la juste distance ? Comment définir le concept ?"

IDE: "Je ne sais pas... je réfléchis..."

EIDE: "Par exemple vous avez parlé du tutoiement, tout ça pour vous ce n'est pas être en juste distances avec la personne ?"

IDE: "Normalement en tant que professionnel, on n'est pas censé les tutoyer donc pour moi on ne serait pas dans la juste distance. Mais dans certaines situations on est obligé. Donc en soi sur le théorique on ne serait pas dans une juste distance mais au final avec le patient on est quand même en juste distance, parce que si on l'appelle par son nom de famille il ne va pas du tout comprendre. On sera pas du tout dans le soin, on ne pourra pas le prendre en soin. Après, on ne va pas non plus lui donner des surnoms pour l'appeler « ma chérie » « mon petit chat » ça ne serait vraiment plus du tout être dans la juste distance. Mais si on la tutoie et qu'on l'appelle par son prénom, je pense

qu'avec les personnes âgées, pour certains, on peut se permettre et ça reste quand même dans la distance professionnelle.”

EIDE: “Ok, donc finalement la juste distance c'est s'adapter en fonction de la personne en fait. En fonction de la personne que l'on a en face de soi et de notre connaissance.”

IDE: “Oui c'est exactement ça.”

EIDE: “Vous avez parlé du non verbal et de l'observation est-ce que vous avez d'autres moyens de décoder le non verbal de la personne ?”

IDE: “Des moyens mis à part...”

EIDE: “Comment avez-vous appris à décoder le non verbal de la personne ?

IDE: “Je sais que c'est en regardant la personne. Pour la douleur, je me fie au faciès de la personne. Si je vois qu'elle est crispée ou qu'elle ferme les yeux ou qu'elle fait une grimace, je sais qu'elle va être inconfortable. Si je la vois sourire ou autre je me dis c'est bon, elle ne doit pas avoir de douleur. Il y a certains patients, quand ils veulent demander des choses, il y en a qui vont taper du pied ou taper sur la table. Là on sait qu'ils veulent nous appeler, nous dire quelque chose. On essaie de comprendre par exemple « vous voulez à boire ? » si on voit que ce n'est pas ça, on cherche d'autres possibilités et la plupart du temps ils vont hocher la tête quand on est sur le bon chemin. Je regarde plus leur façon d'être quand on fait des soins mais aussi quand on ne fait pas des soins, quand ils sont juste dans leur chambre quelquefois on peut voir des petites choses.”

EIDE: “D'accord, comment votre capacité à décoder le non-verbal a-t-elle évolué au cours de votre carrière ?”

IDE: “Déjà j'ai eu la chance d'avoir fait un stage en foyer pour polyhandicapés. J'avais déjà vu ce que c'était le non verbal. Parce qu'ils ne communiquaient pas du tout, mais ils avaient leur façon de communiquer. Ca m'avait un peu aidé, à avoir toutes ces petites techniques, à tout regarder et à apprendre à faire un soin différemment; que ce que j'avais pu apprendre à l'école ou avec quelqu'un qui communiquait . Quand je suis allée avec les personnes âgées, de me retrouver avec des personnes âgées non communicantes, vu que j'avais déjà un peu vu j'ai réussi à m'adapter un peu plus facilement que si je n'avais jamais eu l'occasion d'en rencontrer.”

EIDE: “Finalement c'est votre expérience antérieure qui vous a permis de vous adapter et de comprendre le non verbal de la personne.”

IDE: “C'est ça ! Et même encore maintenant, je pense que entre le mois de juillet et maintenant ça a encore évolué. Parce qu'au final on a encore une d'autres personnes qui sont arrivées et qui avaient leurs propres façons de communiquer que personne ne connaissait. On était obligé de trouver une façon d'apprendre à connaître la personne et sa communication .”

EIDE: "Entre une personne que vous ne connaissez pas, qui vient d'arriver dans le service et une personne que vous connaissez depuis quelques mois, qui est déjà là dans le service, voyez-vous une différence à la compréhension du non verbal ?"

IDE: "Oui, au début on a énormément de mal à les comprendre parce qu'on ne les connaît pas donc des fois on va dire, « il essaie peut-être de me dire ça » puisqu'on se fie un peu sur les autres personnes. On se rend compte que ce n'est pas ça, donc on essaye de s'adapter. Mais c'est vrai que ça demande plus de temps parce que ça demande d'apprendre à connaître la personne un peu plus. C'est un peu plus compliqué au début."

EIDE: "Ça prend du temps de comprendre la personne?"

IDE: "Oui."

EIDE: "Qu'est-ce qui vous permet d'affirmer que vous avez compris la personne ? ... Que les soins que vous prodiguez respectent les volontés et les besoins de la personne ?"

IDE: "Nous c'est quand elle sourit ou des fois quand on voit qu'ils sont bien on se dit qu'on a réussi à faire le soin comme ils le voulaient."

EIDE: "D'accord, on ne peut jamais être sûr que la personne est satisfaite ?"

IDE: "Non c'est ça, on peut se dire peut-être qu'elle est satisfaite par rapport à ce qu'elle nous renvoie mais on ne sait pas vraiment ce qu'elle pense vu qu'elle ne nous le dit pas. Ce ne sont que des suppositions, on ne peut pas être sûr à 100%."

EIDE: "Pensez-vous que les actions que vous avez mises en œuvre pour tenter de comprendre la personne favorisent et contribuent à améliorer le prendre soin de cette personne ?"

IDE: "Je pense, parce que quand on fait l'effort d'essayer de comprendre les personnes non verbales, obligatoirement ça va avoir un impact positif dans le prendre soin. On va essayer de prendre en soin la personne comme elle aimerait. Je pense que si ! ça favorise et ça améliore forcément."

EIDE: " Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?"

IDE: "Non."

EIDE: "Merci pour cet entretien."

IDE: "Derien"

V. RETRANSCRIPTION ENTRETIEN 2

EIDE: " Je m'appelle Alison, je suis en troisième année, et dans le cadre de ma formation, je dois réaliser un travail de recherche qui est porté sur la place du non verbal dans le prendre soin d'une personne âgée non communicante verbalement. Pour développer ces recherches , j'aimerais avoir votre regard professionnel."

IDE: "OK."

EIDE: "C'est un questionnaire, qui va englober environ quatre concepts: le prendre soin, la relation, le non verbal et la personne âgée."

IDE: "Ok".

EIDE: "C'est un entretien qui va durer 10-15 min. Est-ce que c'est possible que j'enregistre l'entretien ?"

IDE: "Oui."

EIDE: "Ok. Donc je vais commencer par la première question, en vous demandant quel est votre parcours professionnel ?"

IDE: "Alors, mon parcours professionnel, je suis diplômée de 1999, 1999, et j'ai travaillé jusqu'en 2016 en structure hospitalière, dans différents services et je me suis mis en libéral en 2016,. On est en 2021, ça va faire ma quatrième année, quatrième année en libéral. En 2007 j'ai passé un DU plaies et cicatrisation au CHU de Nantes, et ça m'a permis d'ouvrir une consultation plaie et cicatrisation au sein de l'hôpital où j'exerçais auparavant."

EIDE: "D'accord."

IDE: "À peu près."

EIDE: "Ok, très bien. J'imagine qu'au fur de ces années de carrière vous avez rencontré des personnes âgées non communicantes verbalement."

IDE: "Oui, tout à fait."

EIDE: "Si vous deviez expliquer à un étudiant ce qu'est le prendre soin que diriez-vous?"

IDE: "Prendre soin, c'est avoir une approche bienveillante, écouter, entendre la problématique, le ressenti et .. sur différentes approches, redis-moi la question ?"

EIDE: "C'est de définir le prendre soin."

IDE: "Le prendre soin, premièrement prendre en compte le patient dans sa globalité, avec son entourage son mal-être, si y'a une maladie, son confort. C'est sa douleur, ça c'est prendre soin, l'écouter et dans une globalité."

EIDE: "D'accord, donc là on va partir sur la relation."

IDE: "Oui."

EIDE: "Comment faites-vous pour établir cette relation avec la personne âgée non communicante?"

IDE: "Pour une première fois, si c'est une première fois alors là on, on imagine qu'elle est communicante ou non-communicante."

EIDE: "Non-communicante verbalement."

IDE: "Elle est toujours non-communicante verbalement."

EIDE: "Oui."

IDE: "Alors, il y aura le toucher en premier lieu. Si je vais arriver, je vais dire bonjour, je vais me présenter, je vais souvent prendre la main du patient pour essayer d'établir un lien."

EIDE: "Un premier contact."

IDE: "Je m'imagine en situation là."

EIDE: "Oui."

IDE: "Souvent c'est ça, pour qu'il y est déjà un premier contact, un lien, le regard ça va de soi, de toute façon ça parle beaucoup. Et puis, en plus, encore plus aujourd'hui où on porte un masque. On voit bien que le regard est très très important, et qu'on peut s'exprimer à travers le regard. Après, comment il y a aussi tout ce qui est dans le ressenti du patient, on va voir à travers des yeux ou au travers de la gestuelle si y'a une souffrance, si il y a un confort, si, si il y a un mal-être et je sais que par différente façon on peut aussi évaluer la douleur d'un patient non-communicant, donc il y a donc des grilles d'évaluation par rapport à tout ça, qu'on a entre nous, ça nous permet aussi d'évaluer une douleur selon son ressenti sa façon d'être voilà. Et puis ce qu'on peut déjà établir, ça sera toujours d'essayer de donner... comment on dit bienveillance mais je veux pas rappeler ce mot là.. mais que la confiance, qu'il y ait une confiance qui s'établit puisque la communication ne peut pas se faire ou ne peut plus se faire, par exemple une hémiplégié ou autre, quand quelqu'un est aphasique par exemple."

EIDE: "Donc la confiance passe par le toucher et par le regard ?"

IDE: "En tout cas quand je pense comme ça oui, après y'a sûrement d'autres choses qui viennent mais là ça, en parlant voilà, moi je me vois arriver, je me mets à sa hauteur, je continue à parler parce que c'est pas parce qu'elle n'est pas communicante qu'elle ne peut pas entendre. Donc il faut qu'elle entende les choses, le regard, le toucher et puis faire attention aux gestes, par exemple les crispations, les choses comme ça qui nous permettent de voir que le patient n'est pas bien, ça c'est important. Par exemple, quand on fait un soin aux pieds, si il y a des gestes un petit geste de la main ça c'est, alors que le patient ne peut pas communiquer, c'est une communication non verbale de dire "attention vous me faites mal", donc à nous de prendre en compte tout ça."

EIDE: "Donc il faut, il faut aussi s'adapter au non verbal de la personne."

IDE: "C'est obligatoire. De toute façon, chez le sujet âgé, en plus, beaucoup de patients sont mal entendant, donc des fois ils ne communiquent pas bien, ils n'osent, ils n'entendent pas correctement ce que nous on peut dire. Donc derrière il n'y a peut-être pas un retour ou une compréhension qui se fait donc il faut faire attention, plein de petites choses qu'il faut penser."

EIDE: "Comment faites-vous au niveau du toucher et du regard pour établir une juste distance relationnelle avec la personne âgée?"

IDE: "La juste distance de toute façon on va ressentir, on va savoir si le patient refuse ou pas. De toute façon, dès qu'on va lui dire bonjour, ou bonjour Madame, on peut prendre sa main comme on peut serrer la main de quelqu'un qu'on croise dans la rue et là, on va savoir de toute façon si on est trop intrusif ou pas. Après c'est à nous de trouver la distance. Peut être que le patient va se sentir envahit donc à nous de reculer un petit peu pour rétablir un sentiment, une relation, une relation de confiance où il y aura un échange, pas verbal mais du regarde et puis même souvent les personnes peuvent aussi nous agripper, nous dire ou nous taper pour dire qu'ils refusent ou nous repousser parce que il y a aussi ça, mais c'est à nous de mettre en place la distance, nous soignants, on doit savoir où se mettre mais ça c'est l'expérience qui fait. Premièrement on touche, d'abord on se dit bonjour, on a le regard, on voit comment ça se passe, si déjà le patient il est dans le refus et qu'il nous dit avec ses mains "je ne veux pas vous voir", on ne va pas aller le toucher."

EIDE: "Oui."

IDE: "Alors des fois il y a des gens qui sont agressifs et qui se calment au niveau du toucher.. Dès qu'ils se sentent touchés, ils se disent "bon bah tout va bien". On peut caresser la main en disant "Je suis là, ne vous inquiétez pas, je ne suis pas là pour vous faire du mal, je suis là pour vous et pour que ça se passe bien." c'est à nous de mettre des choses en place pour que le patient ne se sente pas agressé puisque en plus il ne peut pas communiquer."

EIDE: "Si je dois résumer vos propos, la juste distance, c'est garder une mesure entre le soignant et le patient."

IDE: "Voilà, pas intrusif et tout le temps en leur donnant un sentiment de sécurité."

EIDE: "D'accord."

IDE: "Je vois ça comme ça."

EIDE: "Vous avez parlé de l'expérience, finalement c'est l'expérience en tant qu'année d'exercice ou c'est l'expérience de la connaissance de la personne que vous évoquez."

IDE: " Je pense que, la personne, la personne déjà parce que quelqu'un qui a quelques semaines, ou quelques mois de professionnalisme peut aussi trouver une juste, un juste milieu, que quelqu'un qui a 20 ans de carrière, qui arrive et qu'il ne connaît pas la patiente. Il peut aussi être un peu trop intrusif parce qu'il ne connaît pas. Je pense que c'est connaître aussi le patient."

EIDE: "Donc c'est les deux "

IDE: "Complètement."

EIDE: "Est-ce que vous diriez que votre capacité à déchiffrer le non-verbal de la personne, parce que c'est ça du coup pour être en juste distance, elle a évolué au fil de votre carrière?"

IDE: "Complètement, complètement."

EIDE: "Ouais."

IDE: "Complètement, il y a pleins de choses qui se sont mises en place. Il y a des grilles d'évaluation, qui se mettent en place, avec une traçabilité qui se fait. C'était surtout à l'hôpital, en libéral il y en a moins maintenant parce qu'on ne prend pas le temps et puis les gens qui sont à domicile en général, ne sont pas tout seuls. Il y a toujours quelqu'un qui sera là, qui va communiquer à la place du patient donc on aura toujours des réponses. Après nous on communiquera avec le patient mais on prendra peut-être moins le temps qu'en structure hospitalière où il y aura un aide-soignant, un agent de service ou l'infirmière ou le médecin. Chacun d'entre nous aura des grilles d'évaluation, de comportement, de l'alimentation, du poids, de tout ça qui va se faire que le but, que le patient ne communique pas. Il y 'aura toujours des grilles, une traçabilité. Il y en a peut-être moins au niveau du libéral."

EIDE: "Ah oui des grilles par exemple sur les dossiers tout ça?"

IDE: "Ouais des grilles d'évaluation."

EIDE: "Ok. Mais vous avez votre capacité personnelle, je veux dire."

IDE: "Pour évaluer le non-communicant ?"

EIDE: "Pour comprendre en tout cas son non verbal."

IDE: "C'est un peu obsolète, mais c'est l'expérience, des fois on se, on le fait tellement instinct, c'est à force de le faire, faut vraiment se poser la question de savoir comment on fait. C'est un peu inné , on

prend le temps d'accrocher le patient, et de rétablir mais de grille en tant que tel. C'est, je ne sais pas comment ...

EIDE: "Ok. Il n'y a pas des moyens que vous avez plus ou moins développés pour comprendre la personne?"

IDE: "Alors, en structure hospitalière, oui. A domicile il n'y en a pas."

EIDE: "D'accord."

IDE: " Peut être qu'il y en a mais en tout cas on a pas pris le temps de vérifier qu'il y avait ça."

EIDE: "Ok."

IDE: "Après le non-communicant oral peut-il communiquer à l'écrit ? Il y a ça aussi, il y a le papier, parce que les gens qui ne communiquent pas oralement peuvent aussi écrire."

EIDE: "Oui, en tout cas de ce que je voulais vous dire, c'est vraiment les expressions .Pour moi, le non-communicant c'est tout ce qui passe avec le langage corporel."

IDE: "D'accord. Donc, l'écriture comme l'oral."

EIDE: "Voilà. non ! Pas l'écriture justement."

IDE: "Voilà, donc il n'y a ni l'un ni l'autre."

EIDE "Voilà !"

IDE: "Ni l'écriture ni l'oral."

EIDE: "Parce que souvent les personnes âgées sont souvent dépendantes et elles ont leurs fonctions intellectuelles diminuées."

IDE: "Diminuées tout à fait mais des fois l'écriture pouvait mais si ça ne rentre pas dans le cadre on ne va pas en parler alors."

EIDE: "Qu'est-ce qui vous permet d'affirmer que vous avez compris la personne ?"

IDE: "On essaye toujours d'avoir un hochement de la tête ou une affirmation, on essaye de reposer la question au patient pour bien savoir s'ils ont compris. Parce que c'est pas parce qu'ils ne communiquent pas, qu'ils n'entendent pas, et qu'ils ne comprennent pas les choses. On essaye toujours d'essayer de reprendre avec le patient "Est-ce que vous m'avez bien compris?". En répétant, on répète en affirmant ce qu'on a compris du patient et on attend une réponse négative ou positive, si c'est bien, mais on répète. Par exemple, si il essaie de me dire, je donne un exemple, "j'ai mal au pied" par exemple si le patient veut me dire ça, "Est-ce que j'ai bien compris, vous me dites que vous

avez mal au pied ?" et là, on va surement avoir un hochement de la tête ou au contraire un truc négatif. "Non, c'est pas ça. Essayer de me montrer avec votre main, ou alors, si vous n'y arrivez pas est-ce-que c'est là? niveau-là?" nous on va toucher à la place, sur des endroits, par exemple "C'est là, c'est là, non c'est pas là? Alors est-ce-que c'est le ventre? Est-ce-que c'est un peu plus haut? Un peu plus bas ?" on va essayer, jusqu'à ce qu'on ait une réponse affirmative du patient."

EIDE: "C'est avec des questions fermées?"

IDE: "Oui, toujours un oui ou un non, parce que on ne peut pas se permettre de poser des questions, puisqu'il y aura de toute façon très peu de réponses derrière, si ce n'est un oui ou un non de la tête."

EIDE: "Oui."

IDE: "Voilà."

EIDE: "Est-ce-que vous pensez que toutes les actions que vous mettez en place contribuent au prendre soin de la personne ?"

IDE: "Je pense qu'il en manque, je pense qu'il manque toujours des moyens et c'est toujours bon d'évoluer, toujours bon de trouver d'autres solutions pour s'améliorer. Donc il y aura toujours des choses à mettre en place, c'est certain."

EIDE: "Vous avez des idées?"

IDE: "Aujourd'hui non, parce que je ne me suis pas non plus posée la question. Parce que je n'ai pas pris le temps de me poser la question et de me dire qu'est ce qu'on peut faire. J'ai la chance de travailler avec deux collègues, avec qui on communique très très bien, souvent ça nous permet d'échanger quand on veut parler d'un patient, de trouver des solutions pour trouver un système de communication. Si c'est quelqu'un qui n'entend pas, on écrira sur une ardoise ou alors on essaiera d'adapter notre situation. Si quelqu'un qui est hémiplégié qui a une aphasie par exemple, on peut trouver des solutions avec des images, quelqu'un qui veut nous montrer la salle de bain on mettra une salle de bain. Je sais que les ergothérapeutes font beaucoup de choses comme ça. Ils mettent des cahiers avec des images à l'intérieur, c'est des outils qui sont géniaux pour pouvoir donner un moyen au patient de communiquer les choses qui sont essentielles de la vie. Par exemple, "ou est-ce que j'ai mis ma brosse à cheveux,?" bon c'est très difficile pour quelqu'un qui ne communique pas. Au moins ils auront des images, ma brosse à cheveux, et puis c'est plus facile pour le patient de nous dire "elle est où" et pour nous c'est plus facile à comprendre. Je sais que les ergothérapeutes mettent beaucoup de choses comme ça en place, au domicile des patients qui sont non communicants."

EIDE: "D'accord."

IDE: "Parce qu'un non communicant n'est pas automatiquement quelqu'un d'handicapé."

EIDE: "Oui."

IDE: "Donc, quelqu'un qui peut, qu'il a juste du mal à s'exprimer, qui pourra peut-être derrière nous soignants, tout type de soignants, tout corps de métier, les "kinés", les "ergos", et nous infirmiers et aides-soignants on peut mettre des choses en place à ce niveau-là. Pour vraiment trouver quelque chose, ça rassure le patient qu'un soignant lui permet, lui donne des outils pour qu'il puisse d'exprimer;"

EIDE: "Permet d'exprimer ses besoins?"

IDE: "Ses besoins, son mal-être, son bien-être, ses recherches, je me souviens d'une personne que j'avais suivie, alors que j'étais jeune infirmière, je me souviens comme si c'était hier. C'est un monsieur qui avait fait un AVC massif et il était donc aphasique, mais il avait récupéré sa marche, mais pas la communication, il ne disait que "tac tac voiture"."

EIDE: "D'accord."

IDE: "C'était son moyen pour communiquer, on peut dire qu'il a une communication mais c'était incompréhensible. Il voulait que je lui aille faire son tiercé, en me disant "tac tac voiture, tac tac voiture, tac tac voiture". Il s'énervait parce que je ne comprenais pas, alors est-ce qu'on peut dire qu'il était non communicant ? Il communique mine de rien. Mais c'était incompréhensible, je vous jure c'était épouvantable, de savoir comment aller faire un tiercé à un monsieur il fallait que je le fasse à sa place. On a réussi à dessiner des petits chevaux et des haies sur un bout de papier pour que je puisse comprendre ce que c'était.

EIDE: "Comment avez-vous réussi à comprendre que c'était un tiercé qu'il voulait dire?"

IDE: "Ça a pris peut-être deux jours."

EIDE: "Ok."

IDE: "Ça n'a pas pris, ce n'était pas comme ça. C'était déjà parce que manque de temps, de prendre le temps avec le patient qui s'énervait puisqu'il n'arrivait pas à s'exprimer. Il communiquait en soi mais pas d'une façon compréhensive, parce il y a ça aussi."

EIDE: "Oui."

IDE: "Il était "tac tac voiture, tac tac voiture, tac tac voiture, tac tac voiture, tac tac voiture" et je m'en souviens comme si c'était hier. Je m'en souviens très très bien parce que j'étais démunie, devant lui qui avait cette volonté de faire son tiercé, et moi, je me sentais tellement nulle de ne pas comprendre ce qu'il voulait que je fasse. Alors là je me disais c'est pas possible, deux jours on avait mis pour trouver, pour savoir. Alors les chevaux chez quelqu'un qui a fait un AVC, ils ont plus la tête de petits lapins qui courent dans un champ que des chevaux. C'était très très, très compliqué, mais ça ne m'a pas fait sourire sur le moment. Avec du recul, avec le patient on a pu plutôt rigoler de cette situation qui était un peu rigolote quand même. Mais sur le moment le monsieur s'énervait, il pleurait parce qu'il se sentait tellement, il était abattu dans le sens qu'il n'arrivait même pas à

demander qu'on puisse faire son tiercé. Ça l'avait mis plus bas que terre, c'était quelque chose qui était épouvantable pour lui."

EIDE: "Quand vous avez compris?"

IDE: "Limite on a sauté au plafond. Il était rempli de joie et ça c'est bon ça, qu'on peut aider quelqu'un qui ne peut pas communiquer en tout cas avec un langage compréhensif. Il communiquait en soit mais pas d'une façon ..."

EIDE: "Cohérente ?"

IDE: "Je me souviens ça c'était dans les années...j'étais diplômée en 99 je pense que c'était en 2000, c'était un des premiers patients parce que je travaillais en rééducation fonctionnelle, c'était juste après son AVC, c'était pas simple."

EIDE- "Imaginons qu'aujourd'hui vous avez un patient comme ça."

IDE: "Je prendrais peut-être plus le temps aujourd'hui, avec l'expérience que j'ai. Parce que maintenant je comprends la valeur et l'importance des choses du patient dans sa demande, parce que sa demande était tellement importante et je pense que c'était un tiercé qui était hyper important à l'époque. Aujourd'hui avec l'expérience je me dis, je vais peut-être prendre plus le temps, si aujourd'hui j'ai ça, je finis ma tournée, je retourne voir le patient et on prend le temps de comprendre les choses. Mais je ne laisserais pas un patient dans un côté un peu , on abandonne quelqu'un qui n'arrive pas à communiquer, si on ferme la porte en disant on verra ça demain, non. Il faut prendre le temps de faire les choses pour que la relation de confiance soit vraiment solide entre un patient et un soignant. Surtout quand la communication verbale n'est pas possible. Faut revenir et prendre le temps, je trouve que c'est indispensable."

EIDE- "Donc pour créer finalement une relation, c'est le temps."

IDE: "Prendre le temps voilà, le temps oui y'en a pour tout le monde mais chez le non communiquant il faut vraiment comprendre l'autre encore plus."

EIDE- "D'accord merci. On arrive au terme des questions, est ce que vous avez quelque chose d'autre à rajouter ?"

IDE: "Non. Intéressant l'entretien, dans le sens où, on se remet en question, comment je fais, c'est bien de se poser ces questions-là."

EIDE- "Merci de vos réponses et d'avoir pris le temps de me répondre."

VI. TABLEAU D'ANALYSE D'ENTRETIENS

Objectif:	Identifier les moyens mis en oeuvre pour établir une relation avec une personne âgée non communicante verbalement dans une juste distance relationnelle	
Thème:	Les attributs d'une relation soignant-soigné	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
La proxémie	<p>“on va communiquer avec eux par le toucher”</p> <p>“prendre la main, ça va la rassurer”</p>	<p>“le toucher en premier lieu.”</p> <p>je vais souvent prendre la main du patient pour essayer d'établir un lien.”</p> <p>“souvent prendre la main du patient pour essayer d'établir un lien.”</p> <p>“souvent prendre la main du patient pour essayer d'établir un lien.”</p> <p>“prendre sa main”</p> <p>”</p> <p>“ serrer la main”</p> <p>“mets à sa hauteur”</p> <p>des gens qui sont agressifs et qui se calment au niveau du toucher”</p> <p>“on peut, caresser la main”</p>
Climat de sécurité, de confiance		<p>“bienveillance”</p> <p>“confiance,” (x2)</p> <p>“le patient ne se sentent pas agressé “</p> <p>“une relation”</p> <p>“relation de confiance” X2</p> <p>“ vraiment solide”</p> <p>“ échange”</p>

		<p>“donnant un sentiment de sécurité.”</p> <p>“”je suis là, ne vous inquiétez pas, je ne suis pas là pour vous faire du mal, je suis là pour vous et pour que ça se passe bien”</p>
La parole	<p>“on pose des questions”</p>	<p>“ dire bonjour, je vais me présenter”</p> <p>“continue à parler”</p> <p>“dire bonjour, ou bonjour madame”</p> <p>“bonjour”</p> <p>“il faut qu'elle entende les choses”</p>
Le regard	<p>“on essaie de voir,”</p> <p>“on va voir” (X2)</p> <p>“en regardant la personne”</p> <p>“ regarde plus leur façon d'être”.</p>	<p>“pour qu'il y est déjà un premier contact, un lien, le regard”</p> <p>“ça parle beaucoup”</p> <p>“le regard est très très important”</p> <p>“on peut s'exprimer à travers le regard”</p> <p>“le ressenti du patient”</p> <p>“son ressenti sa façon d'être”</p>
Thème	La juste symbiose	
Sous-thèmes	IDE 1	IDE2
L'adaptation de la posture soignante	<p>“c'est difficile d'avoir une distance professionnelle”.</p> <p>“on s'adapte avec la personne”</p> <p>“on essaye de s'adapter”</p> <p>“ obligé d'être proche d'eux” (X3)</p>	<p>“ on va ressentir, on va savoir si le patient refuse ou pas”</p> <p>“on va savoir de toute façon si on est trop intrusif ou pas”</p> <p>“c'est à nous de trouver la distance.”</p> <p>“Peut être que le patient va se sentir envahit donc à nous de recule”</p>

	<p>“On est obligé quelquefois d'aller un peu au-delà de la juste distance professionnelle”.</p> <p>“Pour certains”</p> <p>“certaines personnes âgées”</p> <p>“il y en a certains”</p> <p>” dans certaines situations on est obligé”</p> <p>“certains patients” (x2)</p>	<p>“c'est à nous de mettre en place la distance,”</p> <p>“nous soignants, on doit savoir où se mettre”</p> <p>“il faut faire attention, plein de petites choses qu'il faut penser”</p> <p>“c'est à nous de mettre des choses en place”</p> <p>“ on voit comment ça se passe”,</p> <p>“ à nous de prendre en compte tout ça.”</p>
Les difficultés rencontrées	<p>” ils ne vont pas pouvoir verbaliser ce qui ne va pas ou leur anxiété”</p> <p>“on ne va pas pouvoir les rassurer juste avec la parole,”</p> <p>“ne réagissent pas à leur nom de famille “</p> <p>“ leur pathologie ou leur façon d'être”</p> <p>”nom de famille il ne va pas du tout comprendre on sera pas du tout dans le soin on ne pourra pas le prendre en soin”</p>	<p>“ils ne communiquent pas bien,”</p> <p>“ ils n'entendent pas correctement”</p> <p>“un monsieur qui avait fait AVC massive et il était donc aphasique,”</p> <p>“il ne disait que "tac tac voiture".</p> <p>“ une communication mais c'était incompréhensible”</p> <p>"incompréhensible"</p> <p>“il n'arrivait pas à s'exprimer,”</p> <p>“communiquait en soi mais pas d'une façon compréhensive” (X2)</p> <p>“il arrivait même pas à demander”</p>
Le tutoiement	<p>“on va être obligé de les appeler par leur prénom ou de les tutoyer.”</p>	

	<p>“Normalement en tant que professionnel, on n'est pas censé les tutoyer”</p> <p>“on est censé normalement les vouvoyer et les appeler par leur nom de famille”</p> <p>“le théorique on ne serait pas dans une juste distance mais avec le patient on est quand même en juste distance”</p> <p>“on ne va pas non plus lui donner des surnoms”</p> <p>“si on la tutoie et qu'on l'appelle par son prénom je pense qu'avec les personnes âgées, pour certains, on peut se permettre et ça reste quand même dans la distance professionnelle”</p>	
Objectif	identifier l'impact de l'expérience sur le déchiffrage du non verbal de la personne âgée non communicante verbalement	
Thème	Comprendre un patient par l'expérience.	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
L'expérience professionnelle	<p>“diplômée depuis juillet 2020”</p> <p>“USLD à la Sauvrais”</p>	<p>“diplômée de 1999, 1999”</p> <p>“travaillé jusqu'en 2016 en structure hospitalière, dans différents services”</p> <p>“libéral en 2016,. On est en 2021, ça va faire ma quatrième année, quatrième année en libéra”</p> <p>“En 2007 j'ai passé un DU plaies et cicatrisation au CHU de Nantes”</p>
La connaissance du patient une histoire de temps	<p>“ à force d'être avec eux de les côtoyer”</p>	<p>“ c'est l'expérience.” (X2)</p> <p>“ la personne,” (X2)</p> <p>“connaître aussi le patient.”</p>

	<p>“les connaissent depuis très longtemps”</p> <p>“ils arrivent plus à voir parce que ça fait plus longtemps qu'ils sont avec eux.”</p> <p>“ à force d'aller faire des soins et d'être avec la personne”</p> <p>“quand on fait des soins mais aussi quand on ne fait pas des soins, quand ils sont juste dans leur chambre quelquefois on peut voir des petites choses”</p> <p>“ au début on a énormément de mal à les comprendre parce qu'on ne les connaît pas”</p> <p>“ça demande plus de temps parce que ça demande d'apprendre à connaître la personne “</p> <p>. “un peu plus compliqué au début”</p>	<p>“ on prend le temps d'accrocher le patient”</p> <p>“de prendre le temps avec le patient”</p> <p>“ deux jours on avait mis pour trouver, pour savoir.”</p> <p>“prendre plus le temps”</p> <p>“je retourne voir le patient”</p> <p>“on prend le temps de comprendre les choses.”</p> <p>“ Il faut prendre le temps de faire les choses”</p> <p>“Faut revenir et prendre le temps,”</p> <p>“c'est indispensable.”</p> <p>“Prendre le temps “</p> <p>“le temps “</p>
<p>Apprendre à comprendre le patient; un processus à long terme</p>	<p>“j'avais déjà vu ce que c'était le non verbal.”</p> <p>“ça m'avait un peu aidé à avoir toutes ces petites techniques à tout regarder et à apprendre à faire un soin différemment que ce que j'avais pu apprendre à l'école ou avec quelqu'un qui communiquait”</p> <p>“j'avais déjà un peu vu j'ai réussi à m'adapter un peu plus facilement”</p>	<p>“ le fait tellement instinct, c'est à force de le faire,”</p> <p>“un peu inné”</p> <p>“jeune infirmière, je me souviens comme si c'était hier,”</p> <p>“ je m'en souviens comme si c'était hier et je m'en souviens très très bien”</p> <p>“aujourd'hui, avec l'expérience” (x2)</p> <p>“ maintenant je comprends la valeur et l'importance des choses du patient dans sa demande”</p>

	<p>“ même encore maintenant, je pense qu’entre le mois de juillet et maintenant ça a encore évolué.”</p> <p>“d’autres personnes qui sont arrivées “</p> <p>” trouver une façon d'apprendre à connaître la personne et sa communication”</p>	
L'échange interpersonnelle	<p>“collègues aides-soignants.”</p> <p>“ils peuvent nous dire quand la personne ne va pas bien ou autre “</p> <p>”on se fit un peu sur les autres personnes”</p>	<p>“à domicile en général, ne sont pas tout seul,”</p> <p>“ quelqu'un qui sera là pour “communiqué à la place du patient”</p> <p>un aide-soignant, un agent de service ou l'infirmière ou le médecin”</p> <p>“deux collègues”</p> <p>“nous permet d'échanger”</p> <p>“ de trouver des solutions pour trouver un système de communication”</p> <p>“ les ergothérapeute font beaucoup des choses”</p> <p>les ergothérapeutes mettent beaucoup de choses comme ça en place au domicile</p> <p>“ tout type de soignants, tout corps de métier, les "kinés", les "ergos", et nous infirmiers et aides-soignants on peut mettre des choses en place à”</p>
Objectif	Repérer les indices permettant à la personne âgée non communicante verbalement de s'exprimer	
Thème	La perception soignante	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
Le patient est une personne capable de communiquer	”ils ont leur propre façon de communiquer”	“c'est pas parce qu'elle n'est pas communicante qu'elle ne peut pas entendre “

	<p>“ils ont tous leur façon de communiquer qui est propre”.</p> <p>“il faut savoir avec tel patient sa communication.”</p> <p>“leur façon de communiquer”</p> <p>“leurs propres façons de communiquer”</p> <p>“demander des choses, il y en a qui vont taper du pied ou taper sur la table.”</p> <p>“ils veulent nous appeler, nous dire quelque chose”.</p> <p>« il essaie peut-être de me dire ça »</p>	<p>“ c'est pas parce qu'ils ne communiquent pas qu'ils n'entendent pas, et qu'ils ne comprennent pas les choses”</p> <p>“juste du mal à s'exprimer”</p> <p>“il faut vraiment comprendre l'autre encore plus.”</p>
La persévérance du soignant	<p>“si on voit que ce n'est pas ça du coup on cherche d'autres possibilités”</p>	<p>“on essaye de reposer la question au patient pour bien savoir s'ils ont compris”</p> <p>“on essaye toujours d'essayer de reprendre avec le patient”</p> <p>“ essayer de me montrer avec votre main”</p> <p>“on va toucher à la place, sur des endroits,”</p> <p>“je ne laisserais pas un patient dans un côté”</p> <p>“ on abandonne quelqu'un qui n'arrive pas à communiquer, si on ferme la porte”</p>
Thème	Les outils de communication	
Sous-thèmes	IDE 1	IDE 2

<p>L'écriture</p>		<p>“les gens qui ne communiquent pas oralement peuvent aussi écrire”</p> <p>“quelqu'un qui n'entend pas on écrira sur une ardoise,”</p> <p>“des images” (x2)</p> <p>“des cahiers avec des images”</p> <p>“outils qui sont géniaux pour pouvoir donner un moyen au patient de communiquer”</p>
<p>La répétition de questions fermées</p>	<p>"On essaie de comprendre par exemple « vous voulez à boire ? »”</p>	<p>“est ce que vous m'avez bien compris”</p> <p>“ on répète”</p> <p>"vous me dites que vous avez mal au pied ?"</p> <p>“ est ce que c'est à niveau-là,”</p> <p>"c'est là, c'est là, non c'est pas là, “</p> <p>“ est ce que c'est le ventre? est ce que c'est un peu plus haut?un peu plus bas ?”</p> <p>“en répétant, on répète en affirmant nous ce qu'on a compris du patient”</p>
<p>Une réponse affirmative ou négative</p>	<p>“ bouger la tête”</p> <p>“dire oui ou non avec la tête”</p> <p>”hocher la tête”</p>	<p>“hochement de la tête”</p> <p>“ on attend une réponse négative ou positive”</p> <p>“hochement de la tête ou au contraire un truc négatif.”</p> <p>“toujours un oui ou un non,”</p> <p>“très peu de réponses derrière”</p> <p>“un oui ou un non de la tête”</p>

		“jusqu'à ce qu'on ait une réponse affirmative du patient.”
Objectif	Repérer en quoi la transmission d'information impact le ressenti du soignant et du soigné	
Thème	La répercussion d'un outil de communication adapté	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
Pour le patient		“c'est plus facile pour le patient de nous dire” “ça rassure le patient” “il puisse d'exprimer;” ”Ses besoins, son mal-être, son bien-être, ses recherches”
Pour le soignant		“pour nous c'est plus facile de comprendre”
La juste compréhension		“sauté au plafond” “ il était rempli de joie” “c'est bon ça, qu'on peut aider”
Thème	Retentissement de l'incompréhension du soignant envers le patient	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
Sentiment du patient		“il s'énervait “ “s'énervait puisqu'il n'arrivait pas à s'exprimer” “le monsieur il s'énervait, il pleurait “ “ il était abattu”
Sentiment du soignant		“je ne comprenais pas” “je vous jure c'était épouvantable” “ j'étais démunie “

		<p>“il arrivait même pas à demander”</p> <p>“Ça l'avait mis plus bas que terre”</p> <p>“épouvantable pour lui.”</p> <p>“je me sentais tellement nulle de ne pas comprendre ce qu'il voulait que je fasse”</p> <p>“C'était très très, très compliqué,”</p> <p>“c'était pas simple.”</p>
Objectif	Savoir avec certitude que le patient est confortable, satisfait des soins prodigués	
Thème	Prendre soin	
Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
Définition du prendre soin	<p>“répondre aux besoins”</p> <p>“les soins d'hygiène où tout ce qui est toilette, donner à manger, surveillance de la douleur, prendre la personne en soin dans sa globalité”</p>	<p>“ approche bienveillante, écouter, entendre la problématique, le ressenti”</p> <p>“ différentes approches”</p> <p>“prendre en compte le patient dans sa globalité”</p> <p>“son entourage”</p> <p>“une maladie”</p> <p>“l'écouter et dans une globalité. “</p>
Evaluation de l'état de santé du patient	<p>“ douloureux ou non” la douleur”,”</p>	<p>“ souffrance”</p> <p>“ confort”,X2</p> <p>“ mal-être” X2</p> <p>“par différente façon”</p> <p>“évaluer la douleur” (X2)</p>

		<p>“sa douleur,”</p> <p>“des grilles d'évaluation”</p> <p>“des grilles d'évaluation” “(X3)</p> <p>“une traçabilité”</p> <p>“des grilles d'évaluation, de comportement, de l'alimentation, du poids”</p> <p>“des grilles, une traçabilité”</p>
<p>observation et interprétation du faciès</p>	<p>“Je me fie au faciès de la personne”</p> <p>“faciès “</p> <p>“crispée ou qu'elle ferme les yeux ou qu'elle fait une grimace je sais qu'elle va être inconfortable”</p> <p>“sourire ou autre je me dis c'est bon, elle ne doit pas avoir de douleur”</p> <p>“qu'elle va sourire qu'elle va être mieux”</p> <p>”elle sourit on va comprendre que le soin se passe bien”</p> <p>“on voit qu'ils sont bien on se dit qu'on a réussi à faire le soin comme il voulait”,</p> <p>“on peut se dire peut-être qu'elle est satisfaite par rapport à ce qu'elle nous renvoie”</p>	<p>“à travers des yeux”</p> <p>“les crispations...permettent de voir ce que le patient n'est pas bien, ça c'est importante ”</p> <p>"attention vous me faites mal"</p>

	<p>“on ne sait pas vraiment ce qu'elle pense vu qu'elle ne nous le dit pas”.</p> <p>“des suppositions, on ne peut pas être sûr à 100%”.</p>	
La gestuelle du patient		<p>” à travers les geste”</p> <p>“attention aux gestes”</p> <p>”un petit geste de la main”</p> <p>“agripper”, “taper pour dire qu'ils refusent ou nous repousser” nous dit avec ses mains "je ne veux pas vous voir”</p>
le regard des infirmières sur leurs pratiques professionnelles	<p>“l'effort d'essayer de comprendre “</p> <p>“ impact positif dans le prendre soin”</p> <p>“essayer de prendre en soin la personne comme elle aimerait.”</p>	<p>'il en manque”</p> <p>“il manque toujours des moyens”</p> <p>“ toujours bon d'évoluer, toujours bon de trouver d'autres solutions pour s'améliorer”</p> <p>“toujours des choses à mettre en place”</p> <p>“ mettre des choses en place “</p> <p>“trouver quelque chose”</p>

ABSTRACT

MICHEL NECHEM

ALISON

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers Je n'ai plus de voix mais tu me vois.

During my internships, I've been confronted to non-verbal patients. Naturally, I chose to explore the understanding of body language of the non-verbal patient. To evolve this topic, I developed a conceptual framework by crossing several reference data from different authors. This research was completed by semi-structured interviews with two nurses. Based on the data that I have collected; I have concluded that the ability to care of non-verbal seniors is a time-consuming set of actions. It takes a lot of time to understand his body language and needs of a person in order to accompany him. Being in balance with the patient requires respect for his level of independence and of dependence. My exploration in this work concludes with one final question: the availability of the caregiver to accompany to the patient.

Lors de mes stages, j'ai été confronté à des patients non communicants verbalement. C'est naturellement que j'ai choisi d'explorer le déchiffrement du langage corporel des patients non communicants verbalement. Pour développer ce sujet, j'ai élaboré un cadre conceptuel en croisant les données de différents auteurs. Ces recherches ont été complétées par des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières. Au regard des données recueillies; j'en ai conclu que la capacité de prendre soin la personne âgée non communiquant verbalement est un ensemble d'action qui demande du temps. Du temps pour comprendre son langage corporel et ses besoins dans le but de l'accompagner. Être en juste équilibre avec le patient demande le respect de son niveau d'autonomie et de dépendance. Ce travail se termine par une dernière question qui porte sur la disponibilité du soignant à accompagner le patient.

Keyword: EXPERIENCE, JUST SYMBIOSIS, CARE, NON-VERBAL COMMUNICATION, CARER-PATIENT RELATIONSHIP

Mots clés: EXPÉRIENCE, JUSTE SYMBIOSE, PRENDRE SOIN, COMMUNICATION NON-VERBALE, RELATION SOIGNANT-SOIGNE

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018-2021**