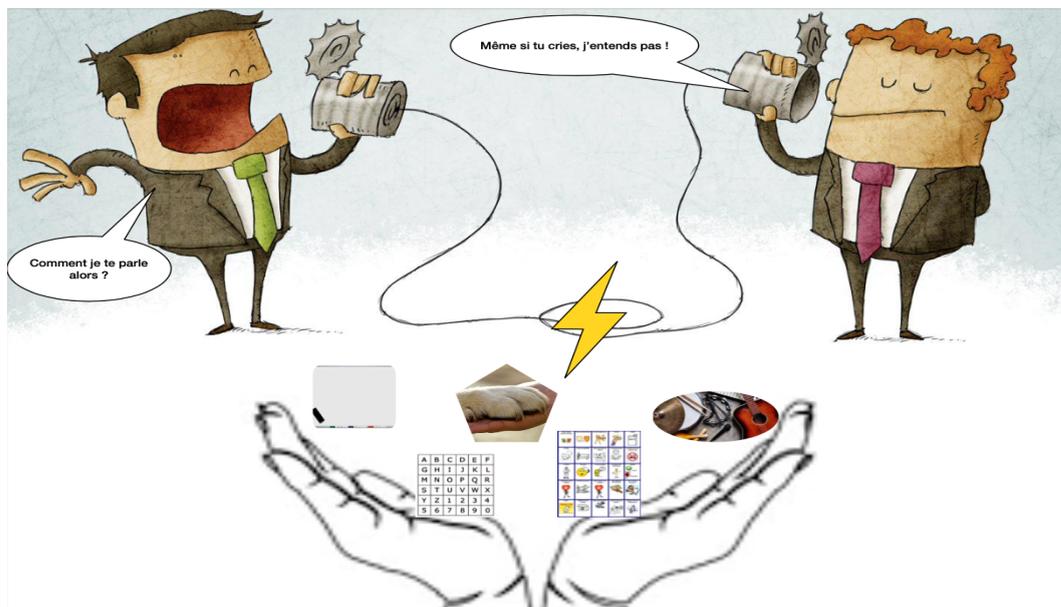




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Peut-on soigner sans les mots ?



Formateur référent mémoire :
Catherine DIEU

Guihéneuf Noémie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : Peut-on soigner sans les mots ?

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

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

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

Le 2 Mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : GUIHÉNEUF Noémie

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.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les formateurs et professionnels de santé qui ont contribué à la réalisation de ce travail ainsi qu'à la participation de mes trois années d'études en soins infirmiers.

Tout particulièrement à ma référente MIRSI Catherine DIEU à qui j'envoie toute ma reconnaissance, qui a su m'accompagner dans un travail de recherche avec investissement et bienveillance. Ainsi qu'un grand remerciement à mon référent pédagogique Simon DELAMBILY qui m'a vu grandir et évoluer pendant ces trois années dans un parcours de professionnalisation.

Les infirmiers interrogés, pour m'avoir accordé du temps pour la réalisation de mes entretiens et la réponse à toutes mes questions afin de pouvoir mener à bien ce travail de fin d'études qui sans eux n'aurait pas été ce qu'il est.

Je remercie également mes amies Marie et Chloé pour qui leur soutien et encouragement ont été essentiels notamment pour la concrétisation de ces trois années mais également pour l'intégralité des semaines passées ensemble. Ainsi qu'Emma maintenant infirmière qui m'a pris sous son aile pendant mon stage de deuxième année et qui continue aujourd'hui de veiller sur moi.

J'adresse un clin d'œil à mon chat VOGUE qui m'a assuré compagnie et soutiens lors de la crise sanitaire qui a guidé ces trois années de formation. Ainsi que les nombreux coups de cafards qui ont pu en découler.

Enfin, mes très chers parents Stéphanie, Yannick et ma sœur Léa avec qui nous avons pu traverser de nombreuses épreuves. Sans qui aujourd'hui ce choix professionnel n'aurait peut-être pas eu autant d'importance et de sens qu'il en a aujourd'hui.

“ Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous entendez, ce que vous comprenez...Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même...”

Bernard Werber, écrivain

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	3
Première situation d'appel	3
Deuxième situation d'appel	4
Questionnements	6
Vers la question de départ	6
LE CADRE CONCEPTUEL	7
1. La communication au coeur de différentes interactions	7
1.1 L'émergence de la communication	7
1.2 Les différents canaux de communication	8
1.2.1 La communication verbale	8
1.2.2 La communication non verbale	9
1.2.3 Le para verbal	10
1.3 Les obstacles à la communication	11
1.3.1 La provenance de "bruit"	11
1.3.2 Limites culturelles, sociologique, psychologique, affectif ainsi que physiologique	11
1.4 Les enjeux de la communication dans un parcours de soins	13
2. La relation soignant soigné	14
2.1 De la communication à la relation	14
2.2 Du climat de confiance à l'alliance thérapeutique	15
2.2.1 Facteurs influant la mise en place d'un climat de confiance	15
2.2.2 ... Alliance thérapeutique	16
2.3 Impacts de la relation soignant soigné	17
2.3.1 Au coeur des émotions ressenties par le soignant	17
2.3.2 La création d'un attachement	18
3. Les alternatives à la communication	19

3.1 Comment communiquer sans les mots ?	19
3.2 Notre corps comme outil de communication	19
3.2.1 Le regard	20
3.2.2 Le toucher relationnel	20
3.2.3 La gestuelle	21
3.2.4 La place du silence	22
3.3 Les thérapies communicationnelles	22
3.3.1 La musicothérapie	22
3.3.2 L' animal source de développement de la communication	23
3.4 Les "accessoires" de la communication	24
3.4.1. les différents outils	24
3.4.2 La nécessité d'un investissement	26
MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	27
ANALYSE DES ENTRETIENS	29
PARTIE 1 : La communication fondement de la relation	29
a) La nature de la communication	29
b) Les différentes formes de communication et son commencement	30
c) Les enjeux communicationnels	31
d) La rencontre de plusieurs difficultés	31
PARTIE 2 : La relation soignant soigné: une nécessité	32
a) Son fondement	32
b) Le temps nécessaire à la relation	33
c) La confiance au coeur de la relation	33
d) Relation de soin et difficulté de communication	34
e) Limites de la relation soignant soigné	35
f) L'expression des émotions	35
g) Entendre les émotions	36
PARTIE 3 : Les alternatives à la communication	36
a) Les nécessaires alternatives	36

b) L'équipe comme première intention	37
c) Quelles alternatives pour l'instauration d'une communication	37
DISCUSSION	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	1

INTRODUCTION

Dès mon plus jeune âge, le soin a porté un fort intérêt en moi, c'est pourquoi j'ai débuté il y a 3 années maintenant la formation d'infirmière. Une suite logique en référence aux mots que je disais enfant "quand je serais grande j'arrêteraient le sang et je rendrais les malades souriants".

Des mots qui aujourd'hui se concrétisent par ce travail de fin d'études qui est à réaliser au terme de notre formation afin d'obtenir notre Diplôme d'Etat Infirmier.

Nous interroger sur des notions et nous initier au travail de recherche est là l'objectif. Le choix du sujet de départ est essentiellement important pour l'épanouissement et la concrétisation de plusieurs mois de recherches. C'est pourquoi je n'ai pas hésité quant au choix de celui-ci. Mon vécu personnel, mon envie depuis jeune d'exercer ce métier ainsi que mes choix d'options lors de mon parcours scolaire ont orienté ma décision.

En effet, j'ai étudié au lycée Notre-Dame Le Ménimur de Vannes durant 2 ans. J'ai choisi de poursuivre la filière ST2S (Sciences Technologiques de la Santé et du Social) en lien direct avec le monde de la santé. Il nous a été présenté plusieurs options réalisables durant notre formation. Notamment l'apprentissage du latin, de l'italien ainsi que de la LSF (Langue des Signes Française). Je n'ai pour ma part eu aucune hésitation, la LSF était pour moi un bagage essentiel à avoir en plus de mon enrichissement personnel. Baignée dans la pratique signée, j'y ai rapidement pris goût. J'ai poursuivi l'apprentissage en dehors de la formation via des ressources disponibles sur le net.

De plus, mon engagement personnel dès mes 7 ans dans l'association "En Avant les P'tits Loups" m'a permis d'être constamment en contact avec des jeunes présentant différents troubles notamment physique, du langage, de l'audition ou encore de la compréhension. Cette association permet l'accès aux sports, aux loisirs et à une amélioration du quotidien de ces enfants en situation de handicap tout comme ma sœur pour comme l'exprime le slogan de l'association "que celui-ci ne vole pas leur enfance".

Ainsi, mon sujet portant sur la communication fut pour moi l'aboutissement d'un long apprentissage. La réalisation des stages durant la formation infirmière m'a également permis de découvrir différents aspects de celle-ci à travers de nombreuses situations auxquelles j'ai dû faire face. Pour moi, la relation de soin créée entre un patient et un soignant dégage différentes émotions et aspects communicationnels aboutissant à une certaine alliance thérapeutique. Un atout non négligeable pour l'assurance d'une prise en soin complète et de qualité.

J'exposerais dans un premier temps, deux situations d'appel vécues en stage qui m'amènent aujourd'hui à développer une réflexion personnelle. Grâce aux différents questionnements qui découlent de cette réflexion, j'annoncerai la question de départ qui me permettra alors de débiter mes recherches documentaires et la réalisation du cadre conceptuel. Afin d'enrichir mon sujet et étayer davantage mes recherches, je m'appuierai sur les connaissances et le vécu de deux professionnels de la santé. A travers deux guides d'entretiens qui analysés apporteront davantage de données à mon questionnaire de départ. Lors de la discussion qui s'ajoute à la suite, je mettrai en corrélation les différents éléments recueillis afin d'apporter une conclusion et j'y apporterai ainsi les enrichissements et intérêts professionnels.

LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

1. Première situation d'appel

J'effectue mon stage de semestre 4 dans une unité de médecine ambulatoire (UMA). Cette unité accueille à la journée des patients atteints d'affections rhumatismales et/ou de pathologies de médecine interne pour des investigations et des soins programmés. J'effectue les prises en soin des patients seule, j'ai une autonomie dans l'accueil ainsi que dans la réalisation des gestes techniques.

Le 23.03.2021 un patient est attendu dans le service, l'équipe d'infirmières me parle de ce patient et me le présente comme une personne sourde et muette. Elles expriment la complexité du soin et la difficulté liée à la communication du fait de sa pathologie. L'homme diagnostiqué d'une SPA (spondylarthrite ankylosante = maladie rhumatismale atteignant la colonne vertébrale et le bas du dos, caractérisé par une inflammation chronique) vient dans le service toutes les 7 semaines pour un suivi médical et la pose d'une perfusion d'Inflix 400 mg.

J'exprime ce jour-là mon envie de prendre en soin ce patient, ce serait là pour moi un apprentissage différent pour et une adaptabilité à mettre en place. L'équipe accepte, je prends alors connaissance du dossier du patient afin de connaître différentes informations le concernant, et faciliter la compréhension de sa pathologie ainsi que de son histoire de vie.

12h45, heure de convocation de Mr P. Il se présente devant moi et j'analyse rapidement que Mr P pratique la LSF et que son faciès est très expressif. Il me salue et j'effectue de même en me référant à une ressource personnelle: mon apprentissage de la langue des signes française durant ma scolarité. Mr P exprime en signant « Je suis attendu ici à 12h45 pour voir mon médecin et recevoir mon traitement par perfusion ». Je comprends à ce moment ce que Mr P exprime et je décide de me lancer pour la première fois dans une communication en LSF. Je regarde du coin de l'œil l'équipe, qui curieuse de savoir comment je vais réussir à prendre en soin le patient, sont focalisées sur Mr P et moi-même. Je me lance « Oui c'est bien ça, 12h45 en salle B3 » « Pouvez-vous me donner votre nom, prénom et votre date de naissance »

Je respire, ai-je réussi ? Est-ce que Mr P a compris ce que je voulais exprimer ? Va-t'il répondre ? Comment Mr P va réagir ? Et comment l'équipe va réagir ?

Mr P me sourit, son faciès en dit beaucoup sur la compréhension de mes signes. Il me répond « P... Jean né le 29 décembre 1977 » . Je place le bracelet d'identification et j'entends derrière moi les infirmières surprises. Je décide d'accompagner Mr P en salle B3 comme convenu sur sa convocation. Dans la salle, Mr P me félicite « Bravo, vous parlez couramment ? » en quelques échanges avec lui, je lui explique mon apprentissage de la LSF et le fait qu'il était le premier patient à qui j'osais signer. Il m'explique que je dois oser car mes signes sont appropriés et que peu de jeunes sont attirés par cet

apprentissage. C'est un plus pour moi et j'en suis consciente. Je retourne dans la salle de soin et les infirmières sont toutes étonnées « Mais où as-tu appris à signer ? ». Je leur explique.

En échangeant avec elles, je comprends l'importance des ressources personnelles et l'intérêt de les mettre au profit de l'équipe soignante. Un plus aujourd'hui qui dans la prise en soin du patient pourrait être un plus tous les jours. Dans une équipe, chaque personne dispose de ressources personnelles qui, mobilisées, pourraient permettre de travailler et d'assurer des soins de qualité.

J'ai réalisé la prise en soin de Mr P seule avec une grande satisfaction personnelle.

2. Deuxième situation d'appel

J'effectue mon stage de S5 dans un service de réanimation, c'est un service accueillant des patients présentant une ou plusieurs atteintes des fonctions vitales ainsi que des patients en état de mort encéphalique. Je suis dans les premières semaines sur ce terrain de stage, j'apprends chaque jour la prise en soin de patients en réanimation intubés, sédatisés, curarisés. Souvent plongés dans un coma artificiel, je communique avec eux sans avoir de retour concret. Cependant la communication reste importante, j'avais hâte de prendre en soin un patient intubé mais sans sédation.

Ce jour arriva rapidement, Mr G est entré le 2.09.2021. Je me rappelle de ses premiers jours dans le service, Mr G est le premier patient de réanimation que je prends en soin. J'ai vécu auprès des infirmières et de l'interne son intubation via le sas de sa chambre. Une distance voulue par moi pour la première observation d'intubation mais également la présence d'externes ce jour-là qui apportait un grand nombre d'observateurs au lit de Mr G. Lors de ma prise de poste en tant qu'étudiante infirmière, j'apprends l'arrêt des sédations de Mr G et la possible communication que je vais pouvoir entreprendre avec lui. En entrant dans la chambre je me présente, et lui demande s'il se souvient de moi. Il hoche la tête en guise de validation. Je comprends alors qu'un lien nous uni il était lui stressé et moi également du fait de ma deuxième semaine de stage en réanimation. Sa joie, son humour et son sourire communiquant n'ont pas été effacé de ma mémoire. Je m'installe pour réaliser mon premier tour de surveillances et tente d'entrer en communication. La difficulté de celle-ci est accentuée par la présence de la sonde d'intubation.

Mr G est encore intubé pendant plusieurs jours afin de surveiller sa capacité respiratoire. Il montre une gêne et s'efforce de communiquer avec nous, la difficulté le braque et le fait s'arrêter.

En effet, le manque de parole et la difficulté à comprendre ses demandes le brusque jusqu'à ne plus rien demander et parfois même à ne plus vouloir communiquer. Je comprends la complexité que je vais avoir pour réaliser mes soins: l'évaluation de la douleur, ou même toutes demandes que je pourrais avoir pour réaliser l'ensemble de mes surveillances.

Mon premier tour est effectué non sans difficulté mais surtout dans l'interrogation. Je me demande comment je pourrais pallier cet obstacle de communication et de compréhension. Je pratique la LSF à un faible niveau, cependant je ne vois pas la réussite à cette technique car le patient en face de moi n'en a aucune notion. Je pourrais en revanche utiliser quelques signes, lui apprendre deux trois mots autres que le oui et non que tout le monde connaît. Je souhaite fortement rentrer en communication avec mon patient, je veux comprendre ses dires et l'aider dans ce sentiment « démuni » qu'il peut ressentir.

Il me vient l'idée d'utiliser une ardoise, le patient est capable en matière de mobilité d'écrire. Il pourrait alors s'exprimer à l'écrit de façon succincte afin que je comprenne le sens de ses phrases. J'explique alors à Mr G la possibilité de l'outil écrit, il me sourit, heureux il prend le stylo et se met à écrire « MERCI ». J'ai réussi, Mr G peut communiquer et il semble satisfait de ce changement. Nous discutons alors ensemble de lui, de son état, son ressenti et je tente de réévaluer sa douleur afin de lui administrer les traitements prescrits. L'utilisation répétée de cette alternative rend la communication de plus en plus compliquée. Le crayon tient faiblement dans les mains de Mr G. Il n'a pas retrouvé la totalité de son tonus musculaire, on se comprend mais il doit faire un effort qui semble être difficile.

L'alphabet, les lettres écrites sur une feuille sont peut-être un moyen de communication que je pourrais employer. Mr G n'aurait qu'à montrer la lettre pour assembler les mots. J'imprime une feuille comportant l'intégralité de l'alphabet en format paysage et à grand caractère afin d'assurer la visibilité pour mon patient. Un infirmier présent dans la centrale, félicite mon initiative et me conseille de plastifier la feuille qui pourrait servir à plus ou moins long terme pour ce patient mais également pour d'autres patients, et être une aide pour toute l'équipe.

Une fois plastifiée, j'explique de nouveau à Mr G mon approche. Il rigole, je lui souris et lui présente l'alphabet. « Vous ne lâchez pas » fut la première phrase échangée avec Mr G depuis son intubation, un assemblage de mots impossibles avant, je devais déchiffrer et même deviner ce qu'il voulait me transmettre. Je lui réponds alors « Je voulais tellement revoir cette joie dans vos yeux ». La suite de la journée était remplie d'échanges avec Mr G. Il fallait prendre le temps, mais c'était possible. Les mots ont été remplacés mais le sens et la finalité en sont les mêmes.

3. Questionnements

- Comment l'équipe soignante aurait-elle pris en soins ce patient sans la ressource que j'ai pu apporter ? Et quel moyen est utilisé dans les autres prises en soins ?
- En quoi les ressources de chaque membre de l'équipe soignante vont permettre une prise en soin globale ?
- En quoi les ressources et connaissances personnelles peuvent être utiles en situation professionnelle ?
- Quel moyen de communication le patient utilise-t-il pour interagir avec ses pairs dans sa vie quotidienne ?
- Comment pallier les difficultés de communication pour permettre une prise en soin au plus près du patient ?
- Qu'est-ce que la communication non verbale avec le patient m'a apporté dans la prise en soin ?
- En quoi les alternatives de la communication peuvent permettre une meilleure prise en soin?
- Les troubles du langage peuvent-ils perturber la prise en soin d'un patient ?
- Comment établir une communication avec un patient avant que celui-ci se renferme sur lui-même ?
- Comment peut-on assurer une prise en soin adaptée avec un patient si la communication est difficile ?

4. Vers la question de départ

Ces différents questionnements m'amènent à l'élaboration d'une question de départ: En quoi les alternatives à la communication orale mobilisées par l'infirmière influencent-elles la relation soignant soigné ?

Afin d'apporter des réponses à la problématique posée, nous commencerons tout d'abord par l'observation et la réflexion théorique que peut apporter ce sujet. Divisés en trois thématiques principales: la communication au cœur de différentes interactions, la relation soignant soigné ainsi que les alternatives à la communication orale.

LE CADRE CONCEPTUEL

1. La communication au coeur de différentes interactions

1.1 L'Émergence de la communication

Depuis petit, nous communiquons avec nos pairs de manière à nous faire comprendre. La communication aussi différente qu'elle existe est tout naturellement définie par Le petit Robert comme étant un « passage ou échange de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux ». (tiré de Encyclopédie universalis - SD). En outre, elle est qualifiée comme l'action d'échanger avec un ou plusieurs interlocuteurs en vue de transmettre une information.

Un modèle élaboré en 1952 explique le principe de la communication pour la première fois. Ce modèle de Shannon et Weaver exprimé dans le livre "la communication dans le soin" de 2013 comprend comme dans toutes les situations de communication que nous pouvons rencontrer: un émetteur et un récepteur. Entre ces deux éléments un cheminement d'étapes est réalisé afin que le message transmis par l'émetteur soit compris par son récepteur. Le canal de communication forme alors la voie empruntée par le message. (pp.10.11)

Par ailleurs Claude Cadoz (2006) rapporte que, Norbert Wiener a introduit en 1948 dans un autre modèle décrit comme plus simple une notion de feed back. Pour lui la communication forme alors une " boucle " entre l'émetteur et le destinataire. On parle d'une constante interaction entre les membres entrant en communication. Chaque action de l'un, entraîne une réponse de l'autre qu'elle soit positive ou négative.

Phaneuf (2011) explique elle aussi ce schéma et phénomène qu'elle définit quant à elle de complexe: l'intervention d'un émetteur "sujet qui émet le message" (p.3) et d'un récepteur "personne qui reçoit le message"(p.3). Pour cet auteur, il est essentiel de mettre en place "une communication non seulement efficace mais porteuse d'ouverture à l'autre"(p.3). En effet, l'homme nécessite l'utilisation de moyen de communication essentiel pour les relations qu'il pourrait avoir avec autrui. Ce besoin fondamental et primordial pour l'insertion au sein d'un groupe peut-être en termes de communication transmis de manière différente.

D'autre part, "la qualité de notre communication est déterminée non par la manière dont nous disons les choses, mais par la manière dont elles sont comprises" (p.60). C'est Andrew S. Grove, ingénieur chimiste qui évoque cette nuance (s.d) repéré dans le l'ouvrage de Margot Phaneuf (2011). Effectivement, Phaneuf (2011) développe ses connaissances sur la communication comme étant un échange entre des membres dont l'objectif est de communiquer à l'autre ce que l'on pense, ressent ou même perçoit. Cependant selon elle, "la communication est une arme à deux tranchants: elle transmet nos messages volontaires, mais aussi ceux que nous ne désirons pas faire connaître" (p.5) mais la communication du point de vue de la psychologie sociale est de nature irréversible. Plusieurs théories notamment celle de l'école de Palo Alto expliquent "qu'il est impossible de ne pas communiquer" (p.4).

Selon cette école, comme l'explique Margot Phaneuf (2011), la communication est directement liée au contexte lors duquel elle va se dérouler. Son irréversibilité est aussi un terme essentiel évoqué dans les théories. En effet, il est compliqué de retirer une information d'un échange lorsqu'elle a déjà été communiquée.

Lors d'échange avec nos pairs, il n'est pas pensable de pouvoir retirer des paroles ou actes comportementaux tirés du champ non verbal.

1.2 Les différents canaux de communication

Il est possible que chacun communique de manière différente. Cependant le contenu de l'information voulant être transmis doit être compris par l'interlocuteur. C'est pourquoi le choix de la communication doit convenir aux deux membres entrant en communication. Watzlawick écrit en 1986 que "la communication importe autant que son contenu" (p.102).

1.2.1 La communication verbale

Albert Mehrabian en 1971 crée la règle des 3V de l'étude Américaine issue des formations de programmation Neuro-Linguistique (PNL), selon lui, le langage verbal représente 7% de la transmission d'une information.

La communication verbale basée sur l'utilisation du langage est le moyen de communication que l'on pense le plus utilisé. En effet, nous communiquons chaque jour avec nos pairs par l'utilisation de mots assemblés afin de transmettre des informations par le biais de phrases.

Cette étude explique que ce type de communication peut s'exprimer par la voix, elle est la caractéristique dominante de cette forme de communication.

Phaneuf en 2011 reprend les mêmes notions que cette étude “la communication repose sur la parole, c'est-à-dire sur le choix des mots utilisés et sur leur agencement. Ce sont les mots qui forment la trame”. (p.60)

Plus la communication est évidente et certaine dans sa compréhension, plus l'information transmise sera de qualité. En effet, Phaneuf (2011) communique: “par sa clarté et sa signification, la communication verbale est l'instrument particulier de la transmission de l'information”(p.60)

Cependant la communication n'est pas de nature innée, elle s'étudie. Jean-Luc Lagardère émet quant à lui que “ La communication est une science difficile. Ce n'est pas une science exacte. ça s'apprend et ça se cultive.”(p.61 du livre la relation soignant-soigné Rencontre et accompagnement de M.Phaneuf) De plus, elle ne repose pas uniquement sur l'emploi des mots.

1.2.2 La communication non verbale

La communication non verbale désigne l'ensemble des échanges exprimés lors d'une conversation qui n'ont aucun recours à la parole. Dans la communication non verbale, on parle du langage du corps (Plusquellec, Denault 2018). C'est alors ce que nous pouvons transmettre à travers nos 5 sens.

En lien avec l'étude Américaine (citée dans les formations de programmation Neuro-Linguistique (PNL)) évoquée précédemment, le langage non verbal est présent à 55%. L'étude définit ce pourcentage comme étant la majorité de l'information que peut recevoir le cerveau. Dans un échange quotidien l'expression involontaire d'un langage non verbale est nettement exprimé et visible. Cette expression propre à chacun relève de la respiration et de l'amplitude de celle-ci. La position du corps, les gestes des mains, pieds et même du buste sont aussi issus de l'expression de nature non verbale.

Cette étude transpose également par des éléments concrets l'utilisation de cette manière communicationnelle naturelle. En effet, elle est employée pour l'indication directionnelle en plongée sous-marine, comme outil et méthode de communication lors d'échanges entre personnes sourdes et muettes mais également lors des mimes ou dans un aspect cinématographique. « Plus que ce que l'on dit, c'est la façon de le dire qui fait foi (...) le langage du corps est le seul qui soit sincère » (Bioy, Bourgeois, & Negre Communication soignant-soigné, Repères et pratiques, 2009, p. 53)

C'est également Pierrich Plusquellec (chercheur en biologie du comportement) et Vincent Denault (professeur au département de communication de l'Université de Montréal ainsi que

co-directeur du centre d'études en sciences de la communication non verbale) cités précédemment qui ont réalisé ensemble en 2018 une analyse générale de nombreux articles portant sur la communication non verbale. Selon leurs écrits, la compréhension d'un langage non verbal doit être estimée comme étant un atout supplémentaire à la communication. Sans cette association le nombre d'erreurs et d'interprétations seraient d'après eux multiples.

Guy Barrier dans son écrit sur la communication non verbale, classe les différentes expressions corporelles en deux grandes catégories. Tout d'abord les expressions émotionnelles et gestes d'auto-contact, qui selon lui sont des expressions corporelles indifférentes de l'intention communicationnelle. Elles apportent cependant des notions d'interactions et des contextes de communication. Dans la deuxième catégorie, on retrouve ce qui accompagne la pensée ou même ce qui amène à la remplacer ou simplement l'illustrer. Il parle dans cette partie des gestes et rythmiques.

Dans le cadre d'une situation de soin, "le client qui ne répond pas lorsqu'on lui parle affiche simultanément des expressions faciales et des attitudes, il pose aussi certains gestes qui s'expriment à sa place" (p.5) (Phaneuf. 2011)

La communication non verbale est nettement présente en milieu de soin, elle n'est jamais seule et s'accompagne de différents paramètres.

1.2.3 Le para verbal

La communication para verbale représente 38% du message reçu. C'est ce qui est exprimé à la suite de la communication non verbale dans l'élaboration de l'étude Américaine (formations de programmation Neuro-Linguistique (PNL)). On parle de composante du langage non verbal. En outre, la communication para verbale englobe l'ensemble des paramètres représentant la manière dont la voix sera mise en place lors d'un échange. Elle donne des renseignements sur la personne émettant un message, ainsi que sur les émotions transmises.

L'ensemble de ces variations peuvent changer partiellement ou totalement la signification du message reçu par le récepteur. Le para verbal reflète, le rythme: qualifié par la vitesse qui sera choisie pour l'expression d'une information. Ce paramètre peut être modifiable selon chaque émetteur ainsi que selon les sentiments: peur, joie, angoisse, colère qu'il rencontrera lors de l'émission du message ; l'intensité représente le degré de puissance de la voix. Cette intensité sera majorée selon le nombre de personnes, l'espace et permet d'accroître certains propos jugés essentiels par le protagoniste ; le timbre de la voix est quant à lui modifiable en fonction de la variation, de la hauteur et de la

fréquence de la voix. Le ton emprunté apporte une notion de confiance, d'autorité ou encore de méfiance de la part de l'émetteur.

1.3 Les obstacles à la communication

1.3.1 La provenance de "bruit"

Lors de la mise en place d'une communication, des freins peuvent altérer le processus et entraîner ainsi une déformation du message transmis.

Vincent Brunet en 2017 reprend les propos du modèle de Shannon et Weaver de 1952. Il rapporte que les obstacles à la communication sont représentés par le mot "bruit". Ces phénomènes engendrant une altération du message peuvent provenir de l'émetteur directement ou du récepteur, du mauvais choix du code, du contenu du message transmis qui pourrait être ambigu (comme l'utilisation d'un langage technique en lien direct avec le milieu médical) ou encore d'une mauvaise organisation lors du cheminement des informations.

Ainsi Insafe BEN BELGHIT dans son écrit sur les fondamentaux de la communication: les obstacles observés en situation de communication (2016) exprime que les bruits peuvent s'exprimer de différentes natures. On parle de bruits sémiologiques (rassemblant l'ensemble des bruits provenant d'attitudes ou de conduites ne favorisant pas la mise en place d'une communication); les bruits dit techniques provoqués par la présence d'outils/matériels provoquant des parasites lors de l'échange ; les bruits organisationnels dû à une mauvaise organisation lors de la communication et les bruits sémantiques se manifestant par une mauvaise utilisation du langage.

1.3.2 Limites culturelles, sociologiques, psychologiques, affectives ainsi que physiologiques

Selon les valeurs, opinions, préoccupations et modes de pensées propres à chaque interlocuteur, des obstacles peuvent être à l'origine de quiproquos. Chaque personne dispose d'une culture, d'un milieu socio-économique, d'une éducation, d'un niveau de connaissance différent.

L'âge peut également avoir un rôle de frein lors de la mise en place d'une communication. En effet, selon les générations il peut être difficile de se faire comprendre et ainsi employer un même vocabulaire.

D'après Phaneuf (2011) le protagoniste énonce un message "avec son âge, son éducation, sa manière d'être et de penser, sa culture, son état de santé et ses besoins" (p.3). Elle explique de même

pour le récepteur qui “possède lui aussi ses caractéristiques personnelles qui influent sur les échanges” (p.3). Pour elle, l'échange communicationnel est réalisé différemment en fonction des interlocuteurs en jeu.

De plus, l'impact émotif est également visible et entre en jeu lors de l'instauration d'une communication. Phaneuf (2011) de nouveau évoque le contexte émotif “ l'état émotionnel qui règne au cours de la communication, comme une période de tristesse, un moment où le client vient d'apprendre une mauvaise nouvelle au sujet de son diagnostic ou tout simplement un matin suivant une mauvaise nuit, est un élément qui influent grandement sur la situation” (p.6).

Il en est de même en ce qui concerne le contexte socioculturel “ son action se fait ressentir lorsqu'il y a une différence d'âge, de culture ou de niveau social entre la soignante et le soigné” (p.6).

En outre, “chaque client possède ses caractéristiques”(p.3) il est nécessaire lors d'une instauration de la communication d' “être consciente de ces réalités et s'y adapter”.(p.3) (Phaneuf 2011)

Un autre aspect peut influencer grandement sur la communication. Des pathologies ou encore des malformations peuvent être des limites à la communication orale. Jean Dargon (2001) exprime cependant que: “ “Le flou” dans la communication peut ainsi passer inaperçu tant qu'il n'y a pas de grosses pathologies” (p.37)

Les pathologies auditives sont une des limites communicationnel, Marie-Odile Rioufol (2012) exprime que “selon l'intensité du handicap auditif, la communication peut toutefois exister par l'intermédiaire d'accessoires, d'appareillages, voire d'un langage spécifique qui demande un apprentissage très particulier: la langue des signes” (p.15). Il en est de même pour d'autres pathologies comme l'autisme où le schéma communicationnel est modifié et où des solutions doivent être mise en place afin de la faciliter.

En définitive, la communication entraîne de nombreuses limites et fait également face à plusieurs enjeux notamment lors de la prise en soin globale d'un patient.

1.4 Les enjeux de la communication dans un parcours de soins

La qualité des soins est fondée sur de nombreux paramètres. La communication fait partie d'un d'entre eux. En effet, la communication tient une place importante dans la prise en soin d'un patient. Dans une pratique infirmière, il est important de savoir que lors de la mise en place d'un contexte de soin, les gestes techniques sont au cœur du soin. Cependant la communication est également et majoritairement présente. Selon info droit (vol 15. N°3, mai 2006) “L'infirmière est

souvent le maillon central dans la chaîne de communication” (p.1). De plus, cet article exprime la possibilité pour l’infirmier de disposer de différents outils communicationnels “dont le dialogue, les notes écrites, les courriels, les communications par téléphone et par vidéo” (vol 15. N°3, mai 2006) (p.3) participant à la transmission d’informations claires.

Phaneuf (2011) explique quant à elle, que la communication est en lien direct avec un enjeu du contexte physique. C’est à dire qu’il dépend du lieu où se réalise l’échange communicationnel ainsi que de la présence de bruits ou d’inconfort voir même d’un lieu pouvant ne pas être adapté en termes d’intimité. L’enjeu du contexte physique selon Phaneuf est décrit selon elle comme la possibilité d’abstinence d’expression de sujets, moments personnels.

Un des autres enjeux qu’elle développe dans son écrit correspond au contexte temporel. En fonction du moment de la journée où est réalisée la communication, certains paraissent plus adéquate. En outre, la préoccupation du patient sera centrée sur le contenu de l’échange.

Phaneuf (2011) exprime dans son livre, que l’importance de la communication verbale est essentielle, s’en elle la création d’une collaboration interdisciplinaire dans les soins ne serait pas réalisable. Lionel Naccache évoque lui: “ L’ordonnance n’est pas une feuille posée sur un bureau, mais le fruit d’une relation entre un thérapeute et un malade, vecteur d’une croyance fondée en partie sur la confiance, la reconnaissance d’une compétence, l’impression d’avoir été écouté et compris dans sa plainte” (s.d)

La place de la communication dans la réalisation de soins infirmiers est majoritaire contrairement aux gestes techniques. C’est d’après Mannoukian 2008 “un processus complexe avec une part subjective et un risque éventuel de « malentendu »”. Bien que cet exercice ne soit pas facile, il est un outil majeur pour l’infirmier, car la communication est présente dans toute interaction humaine, et donc dans toute relation de soins. « Entre patients et soignants s’échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L’habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d’informations qui formeront le sédiment de la relation soignant/soigné”. (p. 8)

2. La relation soignant soigné

2.1 De la communication à la relation

La relation se définit tout naturellement par le dictionnaire Larousse (2021) comme “un ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles”. La création d’une relation est un ensemble de processus, une rencontre entre au moins deux personnes dont l’objectif est d’assurer une continuité et un lien.

Selon Fisher (1999), la relation est un outil essentiel pour la vie en société ainsi qu’individuelle. C’est alors qu’elle met en avant également la personnalité de chaque interlocuteur. En effet, selon Monique Formarier (2007) formatrice ARSI (association de recherche en soins infirmiers) la relation regroupe “ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l’identité sociale, les rôles et les styles d’interactions des protagonistes” (p.34)

De plus, dans une relation les différents interlocuteurs apportent leurs propres expériences et traits personnels pouvant ainsi faire d’une relation quelle qu’elle soit, unique. C’est pourquoi Monique Formarier (2007) explique que selon Garfinkel “aucune situation relationnelle n’est identique” (p.34)

La communication est un outil essentiel pour l’instauration d’une relation “On confond souvent relation et communication. Pour la psychologie sociale, la communication est un des modes d’expression de la relation, c’est un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent.” (Fisher 1999 p.4). De plus, Phaneuf (2011) exprime également la naissance d’une relation à travers l’utilisation de la communication: “ toute relation se fonde avant tout sur la communication, et c’est la qualité d’échange avec l’autre qui nous permettra par la suite de créer un lien émotionnellement porteur de sens qui se transformera en relation d’aide”(p.3)

La relation soignant soigné découle de multiples interactions entre deux personnes dans le cadre d’une situation de soin.

Dans le domaine médical la relation de soin est placée au cœur du soin. Elle permet d’apporter des éléments de réponse pour assurer une meilleure prise en soin du patient et ainsi permettre la réponse aux besoins de celui-ci. Ceci est illustré par l’école des besoins de Henderson de 1964: “ Les soins infirmiers sont accomplis dans le but d’aider la personne à répondre à ses besoins, soit en maintenant son indépendance dans la satisfaction des besoins, soit en l’aidant ou en la remplaçant quand elle ne peut les satisfaire elle-même”. Cet aperçu est également inspiré de Maslow en 1954 tous deux issue de l’ouvrage de Monique Formarier de 2007 (p.35)

De multiples expressions de la relation sont visibles au travers d’une communication. Dans son article, Monique Formarier explique la nature de 7 relations différentes visibles dans le soin: la

relation de civilité, de soins, d'empathie, d'aide psychologique, thérapeutique, éducative et la relation de soutien social. (p.36.39)

A contrario, 4 niveaux de relations entre le soignant et le soigné sont mises en place par ordre croissant: relation de civilité, relation fonctionnelle, relation de compréhension et relation d'aide thérapeutique. C'est Louis Malabeuf en 1992 qui exprime ces différentes facettes de la relation notable dans le cadre d'un projet thérapeutique.(pp 4.6)

La dernière relation évoquée par Louis Malabeuf nécessite la mise en place d'un climat de confiance, essentiel pour la relation d'aide. De la même manière, Alexandre Manoukian décrit : « les effets de la relation d'aide sont, en premier lieu, l'obtention d'un soulagement émotionnel, par la parole et l'expérience de l'écoute que fait le patient ». (p.49) L'importance de rendre un patient acteur de son parcours de soin et de lui garantir par la mise en place de relation et de confiance mutuelle, l'assurance d'une ressource à travers le soignant.

De plus, Fischer (1999) rapporte que selon Zajonc (1965) " le simple fait de rencontrer fréquemment une même personne peut-être un facteur incitateur pour engager la relation avec elle"(p.5)

2.2 Du climat de confiance à l'alliance thérapeutique

2.2.1 Facteurs influant la mise en place d'un climat de confiance

Carl Rogers met en avant dans son ouvrage "Psychothérapie et relations humaines" de 1962 que dans le domaine du soin, le soignant cherche à comprendre le ressenti du patient. La mise en place d'une écoute et d'une empathie contrôlée à l'égard d'un patient lui permet de retrouver sa propre estime du fait de l'attitude d'acceptation mise en avant par le soignant.

Pour lui, le rôle du soignant auprès du patient lors de situation impliquant l'écoute empathique, est d'assurer un échange basé sur des questions ouvertes amenant à la recherche de solutions et un appui sur les expériences antérieures. Jean-Marie MANTZ et Francis WATTEL évoquent également en juin 2006 que "L'attitude empathique ne consiste pas à « se mettre à la place de l'autre », ce qui pourrait faire perdre au médecin son identité et sa clairvoyance, mais à s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent." (p.2006)

De plus, dans le plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin datant de 2010, écrit par Carine Maraquin et Geneviève Masson : " Pour être aidante dans le soin, la relation se base sur le respect et une certaine confiance en l'autre" (p 128). De même que Laurence Lagarde-Piron qui cite le lien entre la notion de relation, de soin et de confiance, elle

évoque que “ le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s’établir sans confiance. La confiance est fondamentale dans l’interaction de soin”. (résumé 2016)

Il est essentiel pour (ZARIFIAN E. (1999) de retenir qu’ “On n’est pas soigné uniquement par un savoir technique, mais aussi, et d’abord, par un être humain, le soignant, qui établit une relation d’échange avec le soigné” (page 85.)

2.2.2 ... Alliance thérapeutique

L’alliance thérapeutique, une notion exprimée il y a plusieurs années, est tout d’abord définie par Freud en 1913. En effet, Charly Cungi (2009) retranscrit les propos de ce dernier. Selon lui, ce concept exprime un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante du soignant envers un patient. Pour lui, l’importance du terme de “relation forte” entre le soignant et le soigné est majoritaire.

L’alliance thérapeutique est un concept retrouvé de nombreuses fois au cours de notre formation. Antoine Bioy et Maximilien Bachelart ont défini cette notion en 2010 “comme la collaboration mutuelle, un partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d’accomplir les objectifs fixés.” (l’alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques p.317). Margot Phaneuf (2016) parle quant à elle d’engagement mutuel “Dans la chaleur de l’empathie soignante, l’alliance thérapeutique permet au malade de s’engager avec l’infirmière à travailler à son mieux-être.” (p.1)

Par la suite, c’est Carl Roger qui définit l’alliance thérapeutique en soin infirmier comme étant “ la création d’une relation de confiance entre l’infirmière et son client par laquelle ils s’entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être.”(Phaneuf 2016 p.2)

En effet, l’alliance thérapeutique unit un patient et son soignant. Elle repose selon Phaneuf (L’alliance thérapeutique comme instrument des soins 2016 . p2) sur la relation mutuelle mise en place par les deux interlocuteurs. Elle base la relation sur son civisme ainsi que ses compétences de relation de confiance, fonctionnelle et sur “la chaleur de la relation d’aide”(p.2)

En lien direct avec la relation d'aide, pour Phaneuf (2016) l'alliance thérapeutique apporte "ce qui est absent dans cette relation, l'action". (l'alliance thérapeutique comme instrument des soins .p3)

2.3 Impact de la relation soignant-soigné

2.3.1 Au coeur des émotions ressenties par le soignant

La question d'universalité est posée lorsque le sujet des émotions est évoqué. C'est Darwin qui aurait étudié ce sujet en 1872. Selon lui le terme d'universel est bien ancré lorsqu'il s'agit de parler d'émotions et de les exprimer. Cependant de nouvelles études ont été réalisées en vue d'approfondir cette thématique, chacune expliquant l'expression des émotions au travers de différents langages complémentaires: le verbal autrement dit les mots et le non verbal caractérisé par les mimiques, postures et la voix.

Lors des soins, les émotions du soignant comme du soigné sont mises à rude épreuve. Il est à mettre en avant la peur, l'anxiété et l'angoisse comme des états émotionnels ayant un retentissement, notamment en milieu hospitalier.

Jacques Salomé écrit que les émotions découlent de la communication, "un communicant est un passeur d'émotions, de liberté, de rires, de larmes, un transmetteur d'interrogations. Il est à sa façon un agent de changement pour un monde meilleur. Il n'a besoin que d'entrer dans le coeur de l'autre, c'est la meilleure place pour vivre une relation"(p.17 de l'ouvrage de Margot Phaneuf de 2011)

Il est à retenir d'après Stéphane Lemaire (quand nos émotions sont-elles raisonnables ? . 2016) qu'il n'est pas possible d'être toujours conscient des émotions que nous pouvons ressentir.

Dans ses premiers écrits, Bowlby pensait que les émotions n'étaient pas prioritaires dans le processus d'attachement. C'est en effet Solomon et Georges en 1999 qui reprennent les propos de celui-ci en expliquant que l'émotion "est d'importance très secondaire dans les premiers travaux de Bowlby" (p.19)

Le contrôle des émotions est un des enjeux pour assurer une relation de soins, d'après Catherine Mercadier (2008) "les soignants font de la parole et en particulier de l'humour participe également pour une grande part à cette maîtrise des affects" (p. 20) Selon elle la communication impacte positivement le rapport au corps malade, en effet celle-ci est favorable à la diminution de l'effet émotionnel. En outre, " Les soignants mettent en place tout un ensemble de mesures qui les

protègent d'une trop forte proximité avec le malade et contribuent de fait à la maîtrise des émotions" (p.22).

2.3.2 La création d'un attachement

La relation entre deux personnes peut impacter tôt ou tard un processus d'attachement. En effet, " Par définition, toute relation repose sur un investissement affectif " (2010. Carine Maraquin et Geneviève Masson . p 128). Selon ces deux auteurs " des sentiments bien réels se vivent, s'échangent, naissent et meurent, nourrissant nos liens et les colorants toujours d'une façon unique" (p.128)

Elles évoquent également la nécessité de ce processus permettant une aide particulière à la réalisation de la prise en soin du patient. Une des questions qu'elles se posent: "Comment un professionnel peut-il rester constamment disponible sans affection pour les personnes qu'il soigne ?" (p.129)

"Nous sommes obligés d'investir affectivement nos patient pour bien les soigner" (p.130)

Selon elles, certaines personnes nient l'attachement afin d'exprimer leur professionnalisme et respecter le mythe du soignant capable de surmonter chaque souffrance sans ressentir personnellement et intérieurement des émotions. En revanche avoir de la reconnaissance sur le possible processus d'attachement en place permet pour elles deux d'apporter une aide à la prise en soin. Jean-François Dortier dans son écrit sur "L'attachement ou l'extension du domaine de l'affect" (s.d) aborde la notion de lien indispensable entre deux personnes quand il s'agit d'attachement. Terme repris comme un besoin fondamental en lien direct avec la théorie de l'attachement par Marc Olano en mai 2019.

Selon Bowlby, l'attachement est en évolution, directement relié au terme de proximité, adaptable en fonction de l'âge, de la relation ainsi que des différents centres d'intérêt entre les membres. Pour lui, "tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité , appartient au comportement d'attachement".

Il ajoute que "tout comportement qui permet à une personne, tout au long de la vie, de devenir proche ou de maintenir la proximité de quelques figures préférentielles et privilégiées peut être considéré comme un comportement d'attachement" (p.95). Cependant, Morgane Vrai (2018) reprend les propos de Bowlby: "Ce n'est pas tant la spécificité du comportement en lui-même qui est important mais la manière dont il est fait et sa finalité".

3. Les alternatives à la communication

3.1 Comment communiquer sans les mots ?

Selon Michèle Grosclaude, les soignants se sentent rapidement démunis face à l'impossibilité de mettre en place une communication orale. "Les professionnels expriment leurs doutes et leurs sentiments d'impuissance, d'isolement et de découragement" (p.38). Il est donc vrai que parfois "le langage est remis à plus tard " (p 38)

La communication verbale n'est pas essentielle pour la réalisation d'échange, des outils simples et appropriés à chaque situation peuvent être mis en place. Un investissement personnel de la part des soignants est nécessaire.

Trois infirmières (Marie-José Roulin ; Françoise Mouron et Laurence Simon) se sont rassemblées afin de récolter et de mettre à la disposition des soignants ainsi que patients des outils communicationnels. Leur objectif était de mettre en place des moyens permettant une alternative à la communication orale, ne nécessitant aucun apprentissage pour le soignant ainsi que pour son interlocuteur "le patient".

3.2 Notre corps comme outil de communication

Notre corps permet de pouvoir entrer en communication de manière différente, il communique parfois et même souvent dans l'ordre de l'inconscient. Être à l'écoute de celui-ci est en définitive primordial car il apporte des informations que les mots ne transmettent pas toujours. "Le langage corporel trahit la véracité et la crédibilité de nos mots et autres attitudes comme l'intérêt ou la confiance. Il y a des gestes qui nous trahissent, comme pencher la tête d'un côté qui montre de l'intérêt pour le sujet et une volonté de conclure un accord. Peut-être que la meilleure ressource pour l'amélioration à ce stade est de croire ce qu'il se dit". (CEDEC. 13 Mars 2018)

3.2.1 Le regard

"J'entendrai des regards que vous croirez muets" ce sont les mots spécifiés par Racine.

Selon Phaneuf (2011) le regard est une chose qui interpelle chez un patient, le prendre en compte est essentiel.

Elle explique que “communiquer, c’est d’abord partager un regard avec quelqu’un, c’est échanger avec cette personne le sens profond que nous accordons mutuellement à ce qui est dit ou fait”(La relation soignant soigné - Rencontre et accompagnement 2011 .p 80)

De plus, Michèle Guimelchain-Bonnet et Elie-Bernard Pouillaude reprennent: “ Comme le dit la sagesse populaire, certains regards valent bien de longs discours” (p.23). Cependant selon eux, le regard serait “à l’utiliser comme support d’un discours parfois impossible à tenir complètement” (p. 23)

D’après Phaneuf, il est également important de ne pas instaurer de climat de gêne ressenti par un patient, pouvant exprimer de la timidité ou autre à l’égard d’un regard échangé pouvant être soutenu. Mais pour elle, le regard peut substituer une parole lors de la communication, elle écrit: “même si le regard tient une grande place, ces émotions profondes ont aussi besoins, pour s’exprimer, de l’expression facial et parfois aussi de gestes affectifs comme le toucher”

3.2.2 Le toucher relationnel

Le toucher est défini par le dictionnaire Larousse de plusieurs manières différentes. Mais il est à retenir que toucher c’est “être, entrer en contact physique avec quelque chose, quelqu’un.” et également: “ mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu’un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc..”

La perception tactile renvoie tout naturellement à un besoin fondamental qui peut être exprimé dans le développement de l’homme de manière physique et psychique. Selon Weiss SJ (1979) et repris par Sylvie Grousset en 2009, le langage du toucher constitue un ensemble de “six symboles: la durée du toucher, les parties du corps concernées, la progression des mouvements ; l’intensité du toucher ; la fréquence ou la somme des touchers, enfin la perception du toucher” (p.30). Cet ensemble permet de créer une gestuelle relationnelle commune.

C’est un acte qui se doit d’être proposé et non imposé lors de l’instauration d’un geste pouvant avoir comme ressenti première une intrusion à l’intimité. La main posée de façon ponctuelle permet d’entrer en communication et ainsi de pouvoir recevoir et traduire des informations importantes. On parle alors d’échange émotionnel entre deux interlocuteurs.

Sapir .M dans son écrit sur la relation au corps datant de 1996 explique qu’il serait primordial de devancer la communication prédominante qu’est le verbal à travers d’autres alternatives de contacts “comme parfois le toucher”.

Selon Phaneuf en 2011 "le toucher intentionnel fait partie intégrante du langage essentiel à la relation soignant-soigné" (p.94) . Elle exprime que la main peut remplacer le pouvoir des mots lors de situations de souffrance quand ils n'arrivent plus à consoler. "Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur non seulement physique, mais morale, et crée une relation privilégiée et un climat favorable à l'expression du vécu de la personne hospitalisée". C'est Carine Blanchon qui explique son point de vue en 2014 (tiré du site Elsevier) .

En outre, le toucher relationnel est un acte communicationnel où les mots sont remplacés par le contact de la peau contre une autre, dans un contexte de bienveillance et d'écoute active. En effet, de nombreux auteurs : F Hentz, Aurelien Mulliez, Bénédicte Belgacem, C. Noirfalise, H.Barrier, J.Gorrand, C. Paniagua, B Mathé et Laurent Gerbaud en 2009, expliquent que "Le Toucher dans les soins est un acte de soins de nature communicative, un contrat bienveillant, un enchaînement de gestes pratiqués durant le soin. Son but est de communiquer, soulager, rassurer, détendre, apaiser, apporter confort et confiance et préserver les ressources individuelles de la personne soignée. " (p.87). Ils expliquent ces propos : "Par exemple lors d'une prise de sang au lieu de tapoter pour faire apparaître les veines, effectuer des gestes glissants, enveloppants à pleines mains sur le bras aura le même effet sur les veines mais en plus mettront le patient en confiance." (p.89).

3.2.3 La gestuelle

La gestuelle a une place importante au sein de la communication, Sandrine Moreira (psychologue clinicienne, hypnothérapeute et formatrice) exprime que "La première forme de communication est corporelle. Notre premier outil pour cela est donc notre corps, par les informations qu'il transmet "naturellement" et par l'usage que nous en faisons." (2019 p. 28) En effet, phaneuf (2011) reprend également les mêmes idées en expliquant que "la gestuelle est l'ensemble des gestes de nos membres supérieurs et inférieurs qui accompagnent la pensée" (p.84). Selon elle, les gestes par exemple de la main associés à des expressions faciales permettent de renforcer un sentiment.

3.2.4 La place du silence

D'après David Le Breton "La conversation est à la croisée des chemins entre la parole et le silence. Elle est autant échange de mots que de pauses, respiration allant de l'un à l'autre. La conversation est simultanément éloge de la parole et du silence." (p.11) Il explique l'importance de

l'expression du silence et sa similitude au terreau utilisé pour nourrir une plantation à ici une alimentation de la parole. Thomas J. Bruneau (1973) utilise cette notion dans une autre métaphore. Pour lui, "Le silence est à la parole ce qu'une feuille blanche est au texte imprimé." (p.5). L'auteur Phaneuf (2011) est de la même opinion, "quelqu'un qui garde le silence transmet différents messages de calme, de réserve, de fermeture à l'autre, voire de colère"(p.5)

En définitive, selon Phaneuf "Le silence devient même un mode de communication" (p.93). Cependant, c'est de nouveau David Le Breton qui évoque une nuance possible correspondant à la manière dont sera perçu ce silence : " C'est pourquoi le silence est parfois difficile à soutenir s'il est entendu comme une disparition de la parole" (p.13). Il serait alors nécessaire de savoir trouver un juste milieu entre l'emploi du silence comme atout à la communication, et l'atmosphère désagréable qu'il peut laisser durant son passage.

3.3 Les thérapies communicationnelles

De nombreuses thérapies sont utilisées pour permettre la mise en place d'un échange même si celui-ci est non verbal. L'utilisation par exemple des huiles essentielles comme outils de communication évoqué notamment par Denifa S. Umusujaduri (2018) "pour améliorer le bien-être du corps et de l'esprit". Mais encore la communication à travers la médiation animale ou par le canal de la musique appelé: la musicothérapie.

3.3.1 La musicothérapie

Amélie Malleville et Marcellin Raffy reprennent la définition de l'OMS pour expliquer la notion de l'utilisation de la musique comme méthode thérapeutique. "Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), "la musicothérapie est une des composantes de l'art thérapie qui consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique, pour rétablir , maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelles d'une personne" " (p.20)

Hélène Century dans son écrit reprend quant à elle une autre définition de l'Association québécoise de musicothérapie (aqm) de cet outil communicationnel. Selon cette association, elle « est un mode d'intervention utilisant la musique, visant à promouvoir, maintenir et améliorer la santé

mentale, physique, socio-affective et spirituelle du client. Elle résulte de l'interaction entre le client, la musique et le thérapeute »

Marie-Ève HOFFET (s.d) pose des mots sur la naissance de la musicothérapie. En effet, elle intitule son écrit comme "la musique, canal de communication"(p.1). Elle explique que c'est le docteur Rolando Benenzon, psychiatre et musicien, qui est le premier à élaborer cette approche. "L'apport principal de la musicothérapie serait l'ouverture d'un canal de communication relationnelle entre un thérapeute et un patient, enfant ou adulte, lors de la recherche de ce qui pourra chez eux éveiller une émotion qu'ils peuvent partager." Ce médecin exprime l'investigation d'une autre voie permettant la communication d'une manière différente pour les personnes "qui n'ont pas pu la construire ou l'ont perdue". Elle rapporte que "L'apport principal de la musicothérapie serait l'ouverture d'un canal de communication relationnelle entre un thérapeute et un patient, enfant ou adulte, lors de la recherche de ce qui pourra chez eux éveiller une émotion qu'ils peuvent partager.

3.3.2 L' animal source de développement de la communication

L'animal est utilisé dans les soins, on parle de médiation animale. Selon Morgane Doudet (2019) "il s'agit en effet d'une technique visant à résoudre une incapacité à communiquer entre deux parties, grâce à l'introduction d'un intermédiaire" (p.24). Elle explique l'objectif de l'utilisation de ce type de médiation comme alternative à la communication. D'après elle, "son rôle principal sera de faciliter l'interaction sociale, qu'elle soit verbale ou non verbale , et de créer également un espace permettant l'expression des émotions"(p.24). L'animal selon elle est le médiateur de la relation, il "constitue dans tous les cas, le représentant de la relation entre le professionnel et le patient utilisé dans un but thérapeutique" (p.24)

D'après le site "communication animal soins énergétique" il est dit que "la communication animale est un échange silencieux entre l'animal et l'humain". Un échange silencieux mais porteur d'expressions et d'émotions marquant l'ouverture d'une communication.

3.4 Les "accessoires" de la communication

3.4.1. les différents outils

D'autres moyens sont à la disposition des soignants si ceux-ci sont mobilisés et mis en place au sein des services lorsque la communication est altérée. Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf en 2001 ont communiqué: "Ainsi nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci

utilisent différents supports, tels que les mots, les gestes, les mimiques, les attitudes mais aussi ce que l'on appelle les "accessoires" (p.8)

En effet, "La communication peut-être facilitée par l'utilisation d'outils simples et appropriés, mais elle demande aussi un investissement personnel aux soignants" (p.54) Marie-José; Françoise Mouron; Laurence Simon (2004). A elles trois, elle forment un groupe de trois infirmières qui ont souhaité chercher des outils de communication simples à mettre en place dans les services. D'après elles toutes les méthodes informatiques ne peuvent être prises en compte du fait de l'entretien et du coût qu'ils peuvent engendrer.

Cependant, elles expliquent que ce qui est le plus utilisé quotidiennement dans les services, ce sont les questions : elles "permettent au patient d'acquiescer ou de refuser pas un geste signifiant oui ou non" (p.55). L'objectif de cette méthode serait, au fil des questions, de cibler davantage les besoins du patient afin de mieux les comprendre, et ainsi de s'en assurer. "Un oui ou un non par un hochement de tête, par les yeux, on comprend bien sur les lèvres" "aussi des signes de la main pour faire oui ou non..." (p.55)

De plus, "il n'y a pas seulement un mode de communication par patient, mais que cela évolue au cours du temps" (p.55). En effet, le patient au cours de sa prise en charge peut rester sur la même méthode de communication, celle qui lui conviendra le mieux et pour laquelle il se sentira compris. Cependant il peut également évoluer et s'approprier d'autres outils. "des gestes, par des clignements de paupières, puis il pourra utiliser un alphabet ou des images, voire même écrire."((p.55) Marie-José; Françoise Mouron; Laurence Simon (2004))

Selon Jean Dargon (2001), "Le français écrit ne permet de délivrer que quelques informations. " (p.38). Cependant son utilisation peut être adaptée, dans un contexte de recherche d'alternatives communicationnelles. Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon (2004) expliquent que "L'écriture est facilitée par l'utilisation d'un plan dur sur lequel est fixé du papier et un gros feutre plus facile à tenir qu'un crayon " (p.55). En effet dans un service, Julien Novosad infirmier (mars 2016) démontre que "L'écriture reste le moyen le plus simple, mais peu de patients sont en mesure d'écrire".(p.34)

C'est pourquoi d'autres outils sont à exploiter et à mettre en place afin de permettre un maintien relationnel entre soignant et soigné, ainsi qu'une compréhension de l'information transmise. Tout d'abord, les mots utilisés chaque jour par écrit ou oralement sont constitués de lettres, l'Alphabet est donc un accessoire communicationnel non négligeable. De nouveau Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon (2004) communiquent dans leur article que J.D

Bauby aurait exprimé dans son livre une classification des lettres de l'alphabet en fonction de leur utilisation dans l'expression française. Une adaptation de celui-ci faciliterait son utilisation, en revanche "des alphabets nécessitent une capacité de concentration et la possibilité de désigner les lettres avec le doigt ou avec les yeux" (p.56)

D'autre part, nous avons les pictogrammes. Le dictionnaire Larousse (2021) définit cet outil comme un "dessin figuratif ou symbolique reproduisant le contenu d'un message sans se référer à sa forme linguistique". Julien Novosad présenté au dessus, énonce que "L'usage de pictogrammes peut-être un bon moyen pour faciliter les échanges. En montrant des illustrations au patient et en observant ses réactions, l'infirmier peut ainsi identifier une demande, une question, etc."(p.34). Le groupe de trois infirmières raconte également que "L'utilisation de pictogrammes est souvent décrite." (p.56). En contrepartie, elles affirment que " Cet outil demande aussi la capacité de désigner l'image appropriée. De plus les messages sont limités à ceux continus sur les pictogrammes"(p.56)

Dans l'objectif de mettre en place ces outils, il peut être intéressant de s'appuyer sur le champ pluriprofessionnel, notamment l'équipe d'ergothérapie. Marie-José, Françoise Mouron et Laurence Simon (2004) expliquent que son aide est essentielle dans le choix des images et de leur couleurs afin qu'elles soient comprises par tous. De plus, il est également possible pour des difficultés linguistiques de travailler en collaboration avec des interprètes. Effectivement, d'après Jean Dargon "un interprète est indispensable pour contourner la barrière linguistique et son aide devrait devenir systématique en France" (p.38). L'engagement pluriprofessionnel est primordial pour la mise en place d'une communication de qualité lorsque celle-ci nécessite la mise en place de changement de méthode de communication.

3.4.2 La nécessité d'un investissement

Pour Marie-José; Françoise Mouron; Laurence Simon.(2004) "Le soignant doit prendre le temps de comprendre et s'investir personnellement dans la relation. Il doit parfois redéfinir les priorités et peut-être reporté des soins techniques" (p.55)

En effet, la mise en place d'alternatives à la communication peut engendrer un retard dans l'organisation initialement prévue. Mais de nouveau, Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon(2004) écrivent qu' "Une énergie est nécessaire aussi bien chez le soignant que chez le patient.

Ce dernier peut se fatiguer et renoncer à communiquer, car l'effort est trop grand" (p.55). Dans la pratique professionnelle, les soignants doivent affronter ces difficultés, répondre aux besoins des patients et éviter tout risque d'interprétation pouvant avoir un rôle destructeur dans une relation de soin.

C'est alors qu'"Afin d'instaurer une relation de confiance, il est important que le patient se sente écouté et qu'il puisse percevoir que l'infirmier met tout en œuvre pour le comprendre, répondre à ses attentes ou apaiser ses angoisses" (p.34). C'est Julien Novosad (2016) qui évoque l'utilisation d'accessoires et d'alternatives communicationnelles comme étant un enjeu quotidien, car il nécessite un réel investissement et apprentissage ainsi que de l'expérience nécessaire pour se sentir à l'aise lors d'un échange.

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Afin de réaliser la suite de mon travail de fin d'étude dans le respect de la méthodologie de celui-ci, je suis allée sur le terrain pour interroger des professionnels de santé. Mettre en corrélation les données théoriques ainsi que la pratique professionnelle, est là l'objectif de ce travail.

Pour réaliser ces deux rencontres, j'ai effectué un guide d'entretien semi-directif comportant une vingtaine de questions ouvertes réparties en 3 catégories: la communication ; la relation soignant soigné ; les alternatives à la communication. Avant chaque début d'entretien je demanderais

l'autorisation d'enregistrement de celui-ci en vue de faciliter mon travail de retranscription, et ainsi pouvoir me concentrer uniquement sur l'échange.

L'importance de la création d'un guide d'entretien est essentielle pour assurer une ligne directrice aux différents entretiens à mener. Un enjeu particulier dont l'objectif est d'apporter à ce travail un aspect différent ou similaire des recherches. La difficulté ressentie lors de la création de ce guide d'entretien est pour moi en lien avec la recherche de questions ciblées concernant le sujet de recherche. Mais également l'exploration de questions assez ouvertes pour permettre l'expression libre des professionnels. Un enjeu de taille selon moi. Sans la mise en place de questions adaptées, la possibilité de ne pas avoir assez de matières pour réaliser l'analyse pourrait être un handicap dans la poursuite de ce travail. Une réelle méthodologie est à suivre et à mettre en place ce qui n'est en définitif pas évident.

Je souhaitais pouvoir interroger deux professionnels provenant de deux services et parcours différents. Tout d'abord il était pour moi pertinent de me référer à un stage ou j'ai moi-même eu besoin de développer des alternatives communicationnelles avec les patients afin de comprendre leurs dires. C'est pourquoi interroger un infirmier de réanimation est une suite logique à mon travail de recherche.

En effet, en réanimation de nombreux obstacles à la communication sont présents tels que les trachéotomies, intubation ainsi que les thérapeutiques en lien direct avec les sédations.

L'infirmier de réanimation est le premier que j'ai interrogé, c'est un infirmier diplômé de mai 2002. Après sa diplomation, il a effectué sa première prise de poste en réanimation chirurgicale jusqu'en octobre 2002 mais qui selon lui ne lui convenait pas. Il a alors pris la décision de partir sur le pool de remplacement quelques mois, pour par la suite retourner en réanimation chirurgicale et en faire sa carrière. En effet, l'infirmier m'explique qu'il arrêtera ce poste en septembre 2021.

J'ai voulu par la suite interroger une infirmière en lieu de vie. L'infirmière travaille actuellement en EHPAD, et celui-ci a toujours été le lieu qu'elle préférait. Diplômée infirmière en 2009 après une reprise d'études suite à la réalisation de 4 années d'étude en psychologie, elle m'explique qu'elle est revenue à son troisième poste en EHPAD. Ce choix était également pour moi évident pour la poursuite de mes investigations. L'EHPAD est un lieu auquel les difficultés de communications sont multiples et il est nécessaire de pouvoir réussir à mettre en place selon moi des alternatives essentielles. Entrer en communication avec des personnes restant plusieurs années de leur vie parfois dans un établissement est primordial, notamment pour l'instauration d'une relation de confiance.

Je trouvais alors intéressant de pouvoir confronter deux parcours différents, mais où l'aspect communicationnel peut-être altéré.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Lors de la réalisation des deux entretiens auprès des professionnels, j'ai choisi d'organiser mes questions en 3 thématiques comme expliquées précédemment. Celles-ci reposent chacune sur 1 objectif.

L'objectif d'analyse n°1 en lien avec la partie communication: Identifier la place accordée à la communication ainsi que les différents aspects et enjeux possibles de celle-ci, dans une relation de soin.

L'objectif d'analyse n°2 portant sur la relation soignant soigné: Mettre en évidence l'importance de la mise en place d'une relation soignant soigné dans un contexte particulier, de la même façon que la prise en compte du cadre qu'elle doit respecter.

Et pour finir, l'objectif d'analyse n°3 exprimant les différentes alternatives à la communication: Exprimer la nécessité de la mise en place d'alternatives communicationnelles ainsi que le ressenti infirmier dans un contexte d'impossibilité de réaliser un échange oral.

Je vais débiter l'analyse descriptive grâce à la conception de tableaux présentés en annexe, conçus de manière à croiser le regard des professionnels tout en structurant au mieux les propos qu'ils évoquent.

PARTIE 1 : La communication fondement de la relation

a) La nature de la communication

À l'unanimité, la communication est caractérisée par les deux infirmiers interrogés comme "essentielle". En effet, elle est le fondement de tout échanges et interactions. Elle permet d'instaurer un premier contact entre deux interlocuteurs "ce qui donne du sens au soin qu'on pratique". Elle se définit selon les professionnels par un échange entre un émetteur et un récepteur. Ceci représente alors une de ses caractéristiques. Selon l'IDE 1 chacun à un rôle, l'émetteur se doit de "bien faire passer le message que j'ai dans ma tête" quant au récepteur, lui "reçoit le message en tant que tel". Il est nécessaire pour l'émetteur de tout mettre en œuvre pour transmettre un message de qualité, et adapté à la personne qui le recevra .

La reformulation pour assurer la compréhension est une notion qui ressort de multiples fois pour les infirmiers interrogés. En effet, la nécessité de s'adapter et d'ajuster sa communication est primordiale pour l'instauration d'une communication optimum .

b) Les différentes formes de communication et son commencement

La communication aussi différente qu'elle existe, est tout de même classée par les professionnels en deux catégories: le verbal et le non verbal. Dans un premier temps, selon l'infirmier (IDE 2) le verbal "c'est la parole". En effet, il caractérise lui cette catégorie comme étant: " tout ce que l'on peut dire" et "tout ce que l'autre peut entendre". Ce sont d'après lui les mots pouvant être exprimés oralement.

Entrer en communication avec une personne est un acte réalisé de la même manière par les deux soignants rencontrés. La politesse pour entrer en communication est la base pour eux, "le mot "bon-jour" c'est un appel à la communication" c'est d'après eux le premier mot à utiliser. L'usage de l'humour pour entrer en communication est également une des méthodes utilisées notamment par l'infirmier, qui explique avoir "plus de facilité à communiquer avec l'humour".

Dans un second temps, le non verbal fut une notion exprimée de nombreuses fois par les deux infirmiers interrogés. Il représente d'après l'IDE 2 "tout ce que le patient peut voir,

toucher, ressentir". L'infirmière explique également qu'il peut être visible par la posture choisie ou encore le toucher, elle aurait "plutôt tendance à prendre les mains".

L'entrée en communication via le non verbal est principalement et majoritairement effectuée par "le sourire" et le choix de son attitude posturale. Celle-ci donnera sens à l'impression voulue et celle qui sera ressentie par la personne en face. L'infirmier explique que le contact de la peau est aussi une entrée en communication entrant dans le champ du non verbal comme par exemple un geste même utilisé dans la vie courante : " la poignée de main".

Dans le principe de processus de communication, l'infirmière évoque deux sujets importants selon elle. Premièrement, elle relève un point concernant la structuration des phrases. Il serait nécessaire de ne pas terminer sa phrase ou du moins de maintenir une phrase en suspens pour permettre la réflexion de celui qui l'entendra. C'est en outre selon elle, laisser l'expression "au système d'association libre". Dans un second temps, le silence est également expliqué par l'infirmière. Pour elle: " les silences font partie de la communication" et ils permettent de faire réfléchir la pensée et ainsi "faire venir les idées".

c) Les enjeux communicationnels

La communication, aussi importante qu'elle est exprimée au quotidien, est également source de multiples enjeux. Elle débute par l'établissement d'un échange entre pairs. L'infirmière exprime que pour elle, la communication est une chose qui serait facile et naturelle. Pour l'infirmier, il est vrai que selon lui, ils ne sont pas des robots qui effectuent des gestes techniques à longueur de journée. Non, ce sont des soignants certes mais qui soignent une personne: "on ne fait pas juste une prise de sang ou un pansement". Pour lui le patient "c'est pas un organe c'est un être humain qui a oui, un problème d'organe". L'infirmière rejoint son idée en exprimant elle l'humanité du soin, que l'infirmier évoque lui aussi par sa phrase "on remet les personnes aux centre du débat". En effet, pour le patient communiquer "c'est sortir de l'isolement" (IDE 2).

Cependant les deux infirmiers ont le même discours concernant la prise en compte de chaque personne avec qui ils communiquent. Il faut tenir compte de "la personne dans sa globalité" (IDE 2). En effet pour l'infirmière, la personne doit être prise en soin "avec son vécu" et "Peut-être ses troubles cognitifs". Prendre en considération la personne en face comme expliqué ci-dessus est un enjeu communicationnel, cependant il faut également s'attarder sur l'émetteur. C'est la soignante qui évoque cette possibilité en développant qu'un soignant est aussi avant tout un humain qui a sa propre expérience et les mots qu'il choisira pourront également avoir un impact.

d) La rencontre de plusieurs difficultés

Des difficultés et obstacles peuvent perturber et altérer la communication jusqu'à parfois même la rendre impossible. Les soignants évoquent tout d'abord des difficultés rencontrées lors de l'instauration d'une communication. Dans un premier temps, la communication peut-être de nature différente, selon l'infirmier cette communication n'est même, "pas évidente". Le risque d'interprétation peut également devenir un enjeu de communication : "il y a beaucoup d'interprétations" . L'infirmière interrogée évoque quant à elle le sujet des affinités qui pourrait être facilitateur dans la création d'une communication "On a des affinités plus avec certains qu'avec d'autres" ou à l'inverse, engendrer des difficultés.

Ces difficultés sont visibles tant chez le patient que chez le soignant. En effet, l'infirmier évoque le milieu hospitalier comme étant un lieu "étrange" "violent" voire même "intrusif". Un environnement qui n'est pas familier pour les patients, qui sont selon l'infirmier dans un total inconnu. Il est vrai que le manque de sûreté que peuvent ressentir les patients par exemple, peut engendrer des difficultés communicationnelles. Les deux infirmiers interrogés me rapportent que des difficultés sont également visibles chez le soignant. Parfois, "il me dit quelque chose que je ne perçois pas vraiment", propos rapportés de l'infirmière interrogée. En effet, elle explique malheureusement ne pas avoir la solution à chaque fois même si elle essaye de tout mettre en œuvre. Elle évoque le sentiment d'être démunie lorsqu'elle se trouve en situation où la communication ne passe pas. Il en vient de même pour l'IDE 2, pour lui un sentiment de déstabilisation est ressenti en présence des ces situations, "je ne suis pas très à l'aise" ; "j'ai vraiment encore du mal". Il me communique lui se retrouver dans ce genre de situation parfois en lien avec la pathologie portée par le patient, ou encore la barrière de la langue mais il évoque également "l'agressivité" . La violence pour lui est un obstacle pour mettre en place une communication. Cependant des stratégies sont possibles, "même si on n'est pas bilingue on arrive toujours à se comprendre" (IDE 2). Il y a différentes possibilités comme les outils numériques, ou pour l'infirmier des stratégies communicationnelles comme " le fait de parler de manière apaisée" en cas d'agressivité. Il insiste énormément sur la présence de nombreuses difficultés mais également sur la possibilité d'en rechercher des solutions: "il y a plein d'obstacles mais jamais insurmontables".

PARTIE 2 : La relation soignant-soigné: une nécessité

a) Son fondement

La relation soignant soigné se fonde sur plusieurs étapes. Dans un premier temps, les prémices de celle-ci sont exprimées par les deux soignants. Pour l'infirmière, elle repose tout d'abord sur "la connaissance à minima de l'autre" ce qui est relié par la connaissance des traitements, rituels et habitudes de chaque patient à prendre en soins. L'infirmier lui, pose les bases de la relation de soin sur la notion de sincérité.

L'instauration d'une relation telle que celle mise en place dans un contexte de soin peut-être facilitée ou perturbée par quelconque difficultés. L'infirmier développe son point de vue et son expérience sur ce qu'est la création d'une relation. Pour lui, sa mise en place est réussie et correcte lorsque le patient exprime des signes, signaux montrant qu'il est bien et à l'aise "je dirais que j'aurais gagné" (IDE 2).

b) Le temps nécessaire à la relation

Cependant les infirmiers se confient sur les difficultés qui peuvent retarder ou perturber la naissance de cette relation. L'infirmier parle du toucher, un acte pouvant avoir un rôle dans la mise en place de la relation soignant soigné. Mais qui pour lui est un acte qu'il n'arrive pas à instaurer car selon lui c'est "parce que je suis pas bon" (IDE 2). Mais il explique l'importance de la collaboration et de la ressource qu'est l'équipe dans ce type de situation "On est pas tout seul dans une équipe de soin". L'infirmière rejoint ce point de vue en expliquant elle aussi préférant se référer à quelqu'un d'autre qui apportera peut-être d'une meilleure manière le soin. L'infirmière comme expliqué plus tôt, évoquait l'importance de la connaissance du patient pour l'instauration d'une relation. Elle évoque alors dans le cadre des difficultés, le manque de connaissances comme étant un frein à la notion de confiance mutuelle : "On sent que les personnes ne nous connaissent pas et ne me font pas confiance". Elle me confie que le début dans un service peut aussi être un frein car on est finalement "la p'tite" nouvelle".

c) La confiance au coeur de la relation

La relation de confiance évoquée par les professionnels sans que le sujet soit abordé est en lien avec une des questions du guide d'entretien. Pour l'infirmière, cette confiance passe par la

relation soignant soigné. Il faut “faire en sorte que dans la relation soignant soigné ça se passe bien” d'où selon elle l'importance de bien connaître la personne en face. La création d'une confiance peut être envisagée et développée d'après l'infirmier par la présence et l'explication claire et précise d'information “en prenant son temps”. Il faut cependant selon lui savoir qu'elle ne s'instaure pas de la même manière et selon la même durée en fonction des patients “il faut accepter que la confiance ne se fait pas immédiatement” et que parfois même, il est possible qu'elle ne s'installe pas.

d) Relation de soin et difficulté de communication

Établir une relation soignant soigné d'après les deux soignants n'est pas d'une facilité remarquable. Mais alors qu'en est-il de l'établissement d'une relation soignant soigné lors de la présence d'une altération de la communication. Les professionnels du terrain évoquent sur cet aspect, la perception du message reçu, dans le cas où le message est perçu et reçu correctement. L'infirmier m'explique qu'il est possible d'avoir à chaque fois une réponse par le récepteur. Selon lui, il est même important et nécessaire d'avoir des feedbacks car ce sont “des indicateurs de qualité de ce que l'on fait”. Il me donne un exemple qui finalement permet d'avoir un retour chez un patient “vous faites un pansement, je vous fais pas mal monsieur ?”.

Dans le cas où des interprétations du message reçu peuvent être possibles et qu'il n'y a pas de possibilité d'avoir un retour, les soignants évoquent que la discussion sera simplifiée “souvent je parle de choses basiques” (IDE 1). Parler de la météo ou d'actualités par exemple est qualifié par l'infirmière comme étant des “discussions d'ascenseur”. Mais selon les deux professionnels “je peux tout à fait parler même si je n'ai pas de retour” (IDE2) ou encore “Ce n'est pas parce que l'autre ne parle pas que je ne vais pas lui parler” (IDE 1). Ici leur point de vue est identique sur le fait qu'il est nécessaire de communiquer même si la réponse n'est pas celle attendue ou s'il y en a aucune.

Le non verbal est utilisable et majoritaire dans la prise en soin de patients présentant des altérations communicationnelles. Son utilisation participe à la création ou au maintien d'une relation soignant soigné adaptée, et montre un signe d'ouverture “surtout de laisser la porte ouverte à la communication”. Le toucher est un acte non verbal évoqué par les deux infirmiers “une main sur une main” ; “un geste tendre” en lien direct avec l'adaptation selon eux de la posture “Je ne vais pas me mettre dans le couloir”.

Lorsque la relation n'est pas possible par l'échange verbal, l'adaptation du soignant est primordiale, son approche comportementale entre alors en jeu. L'infirmier évoque son observation, il

me dit “passer outre” et faire ou utiliser une autre alternative. Il parle également qu’il est possible parfois que ce soit le patient lui-même qui trouve une alternative et que dans ce cas-là selon lui, “ça voudra peut-être dire qu’on a réussi à passer les obstacles” et que cette alternative aura permis de créer la naissance d’un lien. Pour l’infirmière interrogée, le point de vue est orienté de la même manière. D’après elle, l’absence volontaire ou non d’une réponse de la part d’un patient ne rompt en rien le lien, elle explique son professionnalisme et sa volonté à continuer et poursuivre ses efforts. Pour elle “ça change rien” (IDE 1).

e) Limites de la relation soignant-soigné

La relation de soin présente plusieurs limites de nature différentes et elles sont évoquées lors de l’échange avec chaque professionnel. Pour l’infirmière, la limite de la politesse et du respect sont les premières évoquées. L’appellation des patients est en lien direct avec la notion de limite à ne pas dépasser dans une relation “J’appelle pas les résidents par leur prénom” ou encore “On ne les tutoie pas, On les vouvoie”. Elle parle également en lien avec ces notions de l’importance de la distance professionnelle et de “ne pas infantiliser” le patient dans sa prise en soin.

Pour l’infirmier c’est la limite de la familiarité qui ne doit pas être dépassée. L’infirmière développe beaucoup plus cette question et me parle aussi de la limite de l’attachement. Elle exprime ce que la théorie dit sur celui ci et les distances à avoir, mais elle me dit aussi qu’en lieu de vie “oui on s’attache” et “on a des affinités plus avec certains qu’avec d’autres” en lien avec la limite des émotions. Pour elle, pleurer ou être ému par un patient et moins par une autre est une réaction et une perception humaine, dépendante à chacun : “je trouve ça pas choquant qu’on soit ému par certain moins par d’autres”. L’infirmier qui a lui parlé de nombreuses fois de l’humour qu’il utilise beaucoup dans le cadre d’une relation de soin, l’explique également comme étant une limite, pour lui il faut porter attention car “tout le monde ne rit pas de tout”. Ce soignant évoque les limites soignantes à ne pas dépasser mais également les limites à ne pas dépasser du côté du patient. D’après lui cela peut arriver mais il est important de poser des limites à ce dépassement et à communiquer “si on veut assurer les soins après”.

f) L’expression des émotions

La place des émotions est le dernier point abordé dans le cadre de la relation soignant soigné. En effet, les soignants ressentent des émotions lorsqu’il n’y a pas de difficultés particulières à entrer en communication mais également dans le cas inverse.

Lors des entretiens, les émotions ressenties dans une communication où aucune difficulté

particulière n'est remarquée sont évoquées par les deux infirmiers. Leurs points de vue se rejoignent sur la tristesse par exemple, d'après eux il est possible d'être triste et de l'exprimer. De même que la peur, il est possible de ressentir cette émotion et l'exprimer. Pour l'infirmier, il est aussi essentiel de se préserver et de prendre de la distance, car parfois les émotions débordent et peuvent échapper à notre contrôle et ainsi impacter la vie privée.

En revanche, lors des difficultés à entrer en communication d'autres émotions s'ajoutent aux premières évoquées précédemment par les professionnels. Tous deux ressentent de la frustration et un sentiment dégradant "je me sens bête" (IDE 1). Cependant l'infirmière confie ne pas toujours savoir quoi répondre et ne pas toujours avoir la réponse. Le temps disponible n'est dans le système de soins actuel pas toujours suffisant "J'ai pas toujours une demi-heure pour essayer de comprendre" elle dit parfois même fuir la situation. L'infirmier ressent quant à lui parfois de la colère et de l'énerverment face à la situation, pour lui "le but c'est de percevoir cette frustration" pour ainsi éviter d'arriver à ce sentiment et à un blocage.

g) Entendre les émotions

Comment recevoir ces émotions, c'est la question que j'ai posée aux soignants. Chacun emprunte un chemin de réponse différent. Pour l'infirmier, les notions de contrôle et d'interrogations multiples sont mises en avant. Il s'interroge sur la nécessité de les contrôler ou non, et sur leur expression. Cependant, il dit falloir tout de même "essayer de se contenir" pour rester professionnel mais son point de vue varie car il finit par dire "je pense qu'il faudrait dans la mesure du possible pas les cacher". L'infirmière, elle, exprime son point de vue dans l'orientation de l'acceptation de ses émotions. Selon son vécu, une maîtrise finit par un débordement "Faut pas essayer de mettre un couvercle dessus" sinon selon elle "ça te pète à la gueule quoi à un moment donné". Les affinités avec les patients sont pour elle, une ouverture à l'échappement de certaines émotions mais il faut cependant faire attention à ce que les patients n'en pâtissent pas.

PARTIE 3 : Les alternatives à la communication

a) Les nécessaires alternatives

Lors des entretiens passés avec les soignants, la question des alternatives à la communication est abordée. Les professionnels se rejoignent sur l'importance qu'elles peuvent avoir et leur utilité "aucune alternative est inutilisable". Leur utilisation peut prendre d'après l'infirmier plus de temps

“peut-être que cela va prendre plus de temps et d’énergie” mais ce temps ne sera en définitif absolument pas perdu dans le parcours de soin d’un patient. De plus, elles sont essentielles pour échanger et créer une relation lorsque la communication verbale n’est pas utilisable, pour l’infirmier “en aucun cas il faut rester dans le doute et dire bon je comprend pas et partir”. En effet, l’infirmière dit qu’il faut être inventif, et pour le soignant lui “les besoins des gens à l’hôpital sont en plus souvent les mêmes”.

b) L’équipe comme première intention

De plus, ils évoquent tous les deux des ressources possibles et utilisables lorsque la compréhension de l’information par le soignant est difficile. Évidemment, l’équipe est une des ressources exprimées par les soignants “j’ai déjà demandé à des collègues de venir m’aider” (IDE 2) ou encore “mes collègues vont passer” (IDE 1). De plus, savoir quand s’arrêter et quand passer la main est essentiel notamment pour le maintien d’une relation de soin de qualité. L’infirmier l’évoque “Il faut connaître ses limites, c’est quelque chose de très important “.

c) Quelles alternatives pour l’instauration d’une communication

Des supports sont utilisables dans les services afin d’améliorer la communication entre soignant et soigné. Les professionnels interrogés expliquent que lorsque la communication n’est pas altérée, l’utilisation de la parole est plus rapide et répondre à la demande du patient est en définitive également plus immédiate. Toutefois, lors de la présence de difficultés communicationnelles, les stratégies d’adaptation des soignants évoquées par les deux infirmiers sont multiples: “il y a pleins de choses” ; “pleins de trucs possibles”.

La communication via le non verbal reste la première stratégie évoquée, pour l’infirmière la présence est déjà un signe d’ouverture à l’autre. Elle évoque également les activités possibles qui sont des outils à la communication ou du moins des outils à l’expression même non verbale. Les animations par exemple ou encore la lecture d’un article du journal.

La “musique” ; la “zoothérapie” (IDE 1) ou encore “l’aromathérapie” et la “médiation animal” évoquée par l’infirmier sont également des stratégies permettant la mise en place d’une communication, d’un échange, d’un regard. Elles nécessitent de plus la participation active des patients. Un code communicationnel peut également être mis en place entre le soignant et le patient comme par exemple, le clignement des yeux: “passer leur message par un clignement des yeux” ou encore la pression des mains: “la personne qui nous fait une pression pour un oui, deux pour dire non”. C’est l’infirmière qui évoque et explique avoir déjà eu recours à ce type d’alternatives.

Des outils concevables sont possibles dans les services, c'est l'infirmier qui me l'explique. D'après lui, "plus on utilise ce genre d'outils et plus c'est naturel finalement". L'écriture est une des alternatives qui est revenue le plus de fois dans l'échange que j'ai pu avoir avec les deux soignants "moi j'écris quelque chose" où "elle écrit quelque chose" (IDE 1) ou même l'utilisation des "ardoises effaçables" comme support de l'écrit permet une utilisation multiple de cette alternative. Ils m'expliquent également la possibilité de mettre en place des ABCdaire de grande taille auprès des patients si celui-ci est en capacité de pouvoir montrer les lettres du bout des doigts. Les patients ayant des pathologies altérant la communication apportent leurs propres outils, l'infirmier évoque par exemple les pictogrammes et images "des imagiers souvent personnels".

DISCUSSION

Je vais désormais pouvoir mettre en relation les différentes données présentées dans mon cadre théorique ainsi que les informations récoltées grâce à la réalisation d'entretien. L'intérêt serait ici également d'exposer mon point de vue et ma réflexion personnelle.

PARTIE 1 : L'essentiel communication:

Le petit Robert (tiré de Encyclopédie universalis - SD) définit cette notion de communication comme étant un « passage ou échange de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux ». Les professionnels utilisent les mêmes termes pour qualifier et définir la communication, ils évoquent également l'échange entre un émetteur et un récepteur. Selon l'infirmier le rôle de l'émetteur est de "bien faire passer le message que j'ai dans ma tête" et le récepteur lui "reçoit le message en tant que tel". Phaneuf (2011) dans mes recherches évoque de façon similaire un schéma communicationnel, d'ailleurs également évoqué par Shannon et Weaver en 1952. Pour elle, il y a aussi l'intervention d'un émetteur "sujet qui émet le message" (p.3) et d'un récepteur "personne qui reçoit le message"(p.3).

J'avais pu comprendre lors de mes recherches que de nombreuses théories, notamment celle de l'école de Pablo évoquent "qu'il est impossible de ne pas communiquer" (p.4). Les infirmiers sont tous deux d'accord avec ce principe, la communication est "essentielle" et elle "donne du sens au soin qu'on pratique". Pour l'infirmier, il est essentiel de comprendre que les soignants ne sont pas des robots qui réalisent des gestes techniques toute la journée "on ne fait pas juste une prise de sang ou un pansement". Avis qui en est de même pour l'infirmière qui insiste sur l'humanité du soin et le caractère primordial de la communication car pour elle, les patients sont alors remis au cœur de leur prise en soin.

Selon Watzlawick (1986) "la communication importe autant que son contenu" (p.102). Pour les professionnels de santé il en va de même, l'adaptation et l'ajustement de sa communication est primordial pour l'instauration d'une communication de qualité. Grâce aux recherches effectuées, la règle des 3V de l'étude Américaine issue des formations de programmation Neuro-Linguistique (PNL) d' Albert Mehrabian en 1971 affirme que la communication était divisée en trois catégories représentées par des pourcentages. D'après les informations la communication verbale représente 7% de l'information transmise ; la communication non verbale 55% et le para verbal lui 38%. Les professionnels évoquent ces différentes formes de communication mais en deux parties: le verbal qui représente d'après l'infirmier "la parole" et les mots pouvant être exprimés oralement. Le non verbal est "tout ce que le patient peut voir, toucher, ressentir" définit une nouvelle fois par l'infirmier. Pour l'infirmière cette communication est visible par l'adaptation posturale ainsi que par l'utilisation du toucher. J'ai également la même vision de la communication que ces derniers. Avant d'effectuer ce travail de recherche, la communication était pour moi représentée par le verbal et le non verbal. Les infirmiers ont également développé la manière de rentrer en communication par l'utilisation du langage verbal qui serait selon eux l'emploi de la politesse, du mot "bonjour" ou encore pour l'infirmier lui de l'utilisation de l'humour. De la même façon l'entrée en communication non verbale a été exprimée lors des entretiens. Elle est effectuée majoritairement selon eux avec le sourire et le choix de l'attitude posturale. L'infirmier développe son entrée en communication non verbale souvent par le contact de la peau "la poignée de main", acte du quotidien.

Concernant la place du silence, ce sujet a été abordé naturellement par l'infirmière lorsque j'ai abordé le sujet de la communication. D'après son vécu "les silences font partie de la communication", ils sont essentiels et permettent de "faire venir les idées". En effet, David Le Breton dans son écrit que j'ai pu exploiter lors de la création du cadre théorique exprime que "la conversation est à la croisée des chemins entre la parole et le silence. Elle est autant échange de mots que de pauses, respiration allant de l'un à l'autre. La conversation est simultanément éloge de la

parole et du silence” (p.11) Avis qui est également partagé par l’auteur Phaneuf (2011) qui émet le maintien d’un silence comme transmetteur de différentes informations “de calme, de réserve, de fermeture à l’autre, voire de colère” (p.5). De plus, elle évoque que “le silence devient même un mode de communication” (p.93).

La prise en compte de la personne est évoquée lors de mes recherches par Phaneuf (2011). Elle évoque la réalisation d’un message par un récepteur qui l’exprime avec “avec son âge, son éducation, sa manière d’être et de penser, sa culture, son état de santé et ses besoins” (p.3) mais également la réception du message par le récepteur qui lui aussi à ses propre particularités “chaque client possède ses caractéristiques” (p.3). Pour elle, il faut “être consciente de ces réalités et s’y adapter”.(p.3) Les deux infirmiers rejoignent cet avis et ont eux aussi le même discours relatif à la prise en compte de la personne avec qui l’échange sera réalisé. Pour l’infirmier c’est “la personne dans sa globalité” qu’il faut connaître et pour l’infirmière la notion de vécu du patient et d’adaptation à celui-ci est essentielle. Elle évoque aussi la prise en compte du soignant et de son expérience personnelle comme professionnelle.

Dans mon cadre théorique, j’ai évoqué les freins pouvant altérer le processus de communication comme le mauvais choix du code ou encore le contenu du message qui pourrait ne pas être clair. Ce qui peut engendrer à la suite une déformation de l’information transmise. La notion de “bruit” est alors évoquée dans celui-ci par le biais de Vincent Brunet en 2017 reprenant les propos du modèle de Shannon et Weaver (1952). Selon les soignants la communication n’est “pas évidente”. Ils évoquent le risque d’interprétation pouvant devenir un enjeu de communication “il y a beaucoup d’interprétation” en lien direct avec la possible transmission d’un message pas assez précis. En effet, d’après Mannoukian (2008) la communication est “un processus complexe avec une part subjective et un risque éventuel de « malentendu »”

Par ailleurs, les soignants m’ont rapporté des difficultés en lien avec l’environnement non familial qu’est l’hôpital. Un axe que je n’ai pas abordé lors de la réalisation de mes recherches mais qui aurait amplement pu prendre place dans les difficultés et obstacles à la communication. En effet, l’infirmier évoque que le milieu hospitalier peut être vu comme un lieu “étrange” “violent” voire même “intrusif”.

Lors de la réalisation de mes recherches, j’ai axé une partie sur la place de la communication dans le soin. C’est alors que dans mes lectures info droit (vol 15. N°3, mai 2006) évoque que “L’infirmière est souvent le maillon central dans la chaîne de communication” (p.1). Une notion essentielle car la communication est présente dans toute interaction humaine, et donc dans toute

relation de soins. Une place primordiale à la communication que l'article exprime, sont également différents outils permettant de communiquer "dont le dialogue, les notes écrites, les courriels, les communications par téléphone et par vidéo" (vol 15. N°3, mai 2006) (p.3). Pour les professionnels interrogés il y a différentes alternatives pour réaliser une communication et selon eux rien n'est insurmontable.

PARTIE 2 : Relation soignant soigné

La relation se définit tout naturellement par le dictionnaire Larousse (2021) comme "un ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles". Pour les soignants, le fondement de cette relation est réalisé en plusieurs étapes.

J'ai exploité dans mon cadre théorique les émotions au cœur d'une relation de soins. Pour Jacques Salomé, la communication découle des émotions. En effet, "un communicant est un passeur d'émotions, de liberté, de rires, de larmes, un transmetteur d'interrogations. Il est à sa façon un agent de changement pour un monde meilleur. Il n'a besoin que d'entrer dans le cœur de l'autre, c'est la meilleure place pour vivre une relation"(p.17 de l'ouvrage de Margot Phaneuf de 2011). Lors de la réalisation des entretiens les soignants expriment ressentir des émotions à la fois lorsqu'il n'y a pas de difficultés de communication mais également en cas inverse. Stéphane Lemaire (2016) émet son avis sur les émotions, pour lui il n'est pas possible d'être toujours conscient des émotions que nous pouvons ressentir. C'est alors que l'infirmière interrogée émet l'importance de se préserver et de garder une juste distance car parfois les émotions peuvent déborder et même impacter la vie personnelle.

Le contrôle des émotions est un des enjeux que Catherine Mercadier évoque en 2008: "les soignants font de la parole et en particulier de l'humour participe également pour une grande part à cette maîtrise des affects" (p. 20). L'infirmier par la notion de "se contenir" rejoint cette notion de maîtrise des affects mais selon lui "il faudrait tout de même dans la mesure du possible pas les cacher". Contrairement à l'avis de l'infirmière, qui nous renvoie à une métaphore de "couvercle" pour maintenir les émotions à ne surtout pas mettre en place car selon ses dires "ça te pète à la gueule".

La mise en place d'une relation de confiance est selon Carl Roger (1962) dans le domaine du soin, lorsque le soignant cherche à comprendre le ressenti du patient. Lors des recherches théoriques

l'écoute et l'empathie sont des notions favorisant l'instauration d'un climat de confiance. Pour l'infirmière la relation soignant soigné s'apparente au bon déroulement de la relation soignant soigné "faire en sorte que dans la relation soignant soigné ça se passe bien". Comme ajouté dans le cadre conceptuel, " le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. La confiance est fondamentale dans l'interaction de soin". (résumé 2016 de Laurence Lagarde-Piron). Cependant l'infirmière tient à ajouter que l'instauration d'une confiance n'est pas de nature immédiate, il est parfois même possible qu'elle ne s'installe pas. C'est alors que la mobilisation du soignant est mise à rude épreuve pour tenter tant bien que mal de mener cette relation car pour ZARIFIAN E en 1999 "On n'est pas soigné uniquement par un savoir technique, mais aussi, et d'abord, par un être humain, le soignant, qui établit une relation d'échange avec le soigné" (page 85.)

L'infirmière évoque cependant dans le cadre des difficultés le manque de connaissance de l'autre pouvant être un frein dans l'instauration d'une confiance: "On sent que les personnes ne nous connaissent pas et ne me font pas confiance" la position de "p'tite nouvelle" est également exprimé par l'infirmière car selon elle, elle n'aidera pas à l'instauration de la confiance. En effet, c'est Fischer (1999) qui rapporte les propos de Zajonc (1965) " le simple fait de rencontrer fréquemment une même personne peut-être un facteur incitateur pour engager la relation avec elle"(p.5) C'est alors que l'importance de l'équipe de soin prend place, parfois la relation passe plus avec un soignant qu'avec un autre et l'infirmier l'affirme "on est pas tout seul dans une équipe de soin", parfois quelqu'un d'autre apportera le soin d'une meilleure façon.

La relation de soin peut aussi selon l'infirmière être facilitée par les liens "On a des affinités plus avec certains qu'avec d'autres". Cette phrase exprimée par l'infirmière renvoie à une partie du cadre dans lequel j'ai fait des recherches autour de l'attachement. En effet, Bowlby évoque que l'attachement évolue et est lié à la proximité. Mais lors de mes recherches c'est Carine Maraquin et Geneviève Masson (2010) qui se questionnent autour de cette notion: "Comment un professionnel peut-il rester constamment disponible sans affection pour les personnes qu'il soigne ?" (p.129)

En effet, la relation soignant soigné fait face à des limites. L'infirmière développe la juste distance par le vouvoiement des patients. L'infirmier lui évoque le sujet de la familiarité ainsi que de l'humour parfois pouvant être déplacé "tout le monde ne rit pas de tout". Ce sont deux positionnements que je n'ai pas développé dans le cadre théorique mais qui aurait pu en faire partie car c'est directement en lien avec la notion de limite de la relation de soin.

Les soignants évoquent des conversations qu'ils qualifient de bateaux lorsqu'il communique avec des patients ne pouvant exprimer aucun retour en outre l'infirmière parle de "discussion

d'ascenseur". Mais il évoque surtout un maintien de la relation "ce n'est pas parce que l'autre ne parle pas que je ne vais pas lui parler". Ils évoquent la possibilité d'accès cette relation sur le non verbal comme "une main sur une main" des gestes signe de tendresse car selon eux il faut passer au-dessus de l'obstacle et que la situation ne change pas la relation entre le patient et le soignant.

PARTIE 3 : Les alternatives à la communication

Lors de la réalisation des entretiens, l'infirmière évoque parfois ne pas percevoir ce que le patient veut lui transmettre. Il est vrai que selon elle, la solution n'est pas existante à chaque fois. J'ai également orienté mes recherches autour de ce sentiment d'impuissance et celles-ci ont été productives. Comme évoqué dans mon cadre, c'est Michèle Grosclaude qui évoque le même sentiment que l'infirmière que j'ai pu rencontrer. Il évoque le sentiment démuni de la part des soignants lorsqu'il est impossible de communiquer oralement et exprime même que parfois "le langage est remis à plus tard " (p 38).

Cependant l'infirmier est d'avis contraire, pour lui il faut "en aucun cas il faut rester dans le doute et dire bon je comprend pas et partir" l'infirmière du même opinion évoque le côté inventif qu'il faut mettre en place. Dans mes recherches, c'est Marie-José Roulin ; Françoise Mouron et Laurence Simon qui ont essayé de mettre à disposition des professionnels différents outils ne nécessitant pas d'apprentissage nécessaire mais développant le côté imaginaire également évoqué par l'infirmière "les besoins des gens à l'hôpital sont en plus souvent les mêmes".

Lors de mes recherches, l'investissement personnel de la part des soignants a été mis en avant par trois infirmières: Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon (2004). Cependant les professionnels que j'ai interrogés se rejoignent sur le fait "qu'aucune alternative est inutilisable" même si selon eux le temps consacré sera sûrement plus long et qu'il nécessitera plus d'énergie.

Dans un premier temps, la communication via l'outil corporel est évoquée comme première stratégie. En effet, l'infirmière parle de signe d'ouverture à l'autre lorsqu'il s'agit de se montrer présent physiquement. Dans mon cadre conceptuel, j'ai évoqué Sandrine Moreira (psychologue clinicienne, hypnothérapeute et formatrice) qui exprime que "La première forme de communication est corporelle. Notre premier outil pour cela est donc notre corps, par les informations qu'il transmet

“naturellement” et par l’usage que nous en faisons.” (2019 p. 28). De plus, Margot Phaneuf aborde la gestuelle comme renforcement d’un sentiment.

Durant la création de mon cadre théorique j’ai orienté mes recherches sur des thérapies communicationnelles regroupant premièrement la musicothérapie. Car “la musique, canal de communication”(p.1) c’est Marie-Ève HOFFET (s.d) qui évoque ce lien entre la musique et la communication. Elle évoque le psychiatre et musicien Rolando Benenzon qui explique que “L’apport principal de la musicothérapie serait l’ouverture d’un canal de communication relationnelle entre un thérapeute et un patient, enfant ou adulte, lors de la recherche de ce qui pourra chez eux éveiller une émotion qu’ils peuvent partager.” En effet, j’ai pu exploiter d’autres thérapies comme l’utilisation des huiles essentielles pouvant devenir outils de communication selon Denifa S. Umusujaduri (2018) “pour améliorer le bien-être du corps et de l’esprit”. Pour terminer sur les thérapies communicationnelles j’ai également centré mes recherches sur l’ animal lui aussi source de développement de la communication. L’infirmier m’a transmis, lui aussi ses connaissances et me nomme différentes thérapies communicationnelles: la “musique” ; la “zoothérapie” (IDE 1) ou encore “l’aromathérapie” et la “médiation animal” sont pour lui des outils pour permettre l’échange, la communication ou même l’expression d’un regard. L’infirmière me communique également les animations et les lectures de journaux qui sont pour elles des thérapies à la communication, choses que je n’ai pas exploitées dans le cadre théorique. Mes recherches sur la médiation animale renvoient à cette thérapie, selon Morgane Doudet (2019) “il s’agit en effet d’une technique visant à résoudre une incapacité à communiquer entre deux parties, grâce à l’introduction d’un intermédiaire” (p.24). De plus, elle évoque le rôle premier de facilitateur du champ verbal ou non verbal.

Pour les deux professionnels, des codes communicationnels peuvent être mis en place entre un patient et le soignant. L’infirmière évoque avoir déjà utilisé ce type de communication. Selon elle le message peut être transmis par le clignement des yeux ou la pression des mains en mettant en place un code précis “la personne qui nous fait une pression pour un oui, deux pour dire non”. J’ai également étudié cette approche dans le cadre théorique à travers trois infirmières Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon.(2004) qui expliquent l’utilisation majeure des questions permettant par la suite au patient de répondre et de se positionner par l’expression d’un geste signifiant un oui ou un non. L’expression possible selon elles par un hochement de tête, des mains, des yeux ou encore le mouvement des lèvres même sans sons.

J’ai pu constater lors de mes recherches sur leur écrit qu’“il n’y a pas seulement un mode de communication par patient, mais que cela évolue au cours du temps” (p.55). Il m’est communiqué par

les infirmiers que parfois des patients ont des pathologies et qu'ils ont eux-même développé leur propres moyens de communication au fil du temps. L'infirmier me rapporte un exemple avec les pictogrammes qui sont souvent des outils personnels. En effet, le pictogramme défini dans mon cadre théorique par Le dictionnaire Larousse (2021) comme étant un "dessin figuratif ou symbolique reproduisant le contenu d'un message sans se référer à sa forme linguistique" est un outil utilisable pour échanger lorsque la communication verbale n'est pas possible. C'est Julie Novosad qui énonce cette méthode comme étant "un bon moyen pour faciliter les échanges. En montrant des illustrations au patient et en observant ses réactions, l'infirmier peut ainsi identifier une demande, une question, etc."(p.34).

Cependant lors de mes entretiens c'est l'écriture qui est revenue majoritairement dans les différents échanges. En effet Julien Novosad infirmier (mars 2016) explique que pour son utilisation dans un secteur de soin "L'écriture reste le moyen le plus simple, mais peu de patients sont en mesure d'écrire"(p.34). Un aspect qui est rejoint par l'infirmier, pour lui la possibilité d'écrire pour communiquer est possible tant par le soignant que par le patient s'il est en capacité.

Les abécédaires mis en place pour les patients et de grande taille sont aussi une des alternatives évoquées par les infirmiers. D'après eux il serait utilisable si le patient est en capacité de montrer avec les doigts la lettre de son choix. En parallèle dans les recherches réalisées c'est encore une fois les trois infirmières: Marie-José; Françoise Mouron et Laurence Simon (2004) qui reprennent les propos de J.D Bauby exprimant quant à lui dans son écrit la classification des lettres de l'alphabet en reprenant comme principale objectif de les organiser en fonction de leurs utilisations dans la langue française. Elles reprennent également dans la même orientation que ce que les infirmiers m'ont communiqué que "des alphabets nécessitent une capacité de concentration et la possibilité de désigner les lettres avec le doigt ou avec les yeux" (p.56). L'utilisation d'un crayon et d'une ardoise pour communiquer est également évoquée par les professionnels mais que de mon côté par manque de ressources, je n'ai pu exploiter.

D'après mes recherches, il serait important de s'entraider et de mettre en place des alternatives en pluriprofessionnalité. L'ergothérapie est un professionnel qui peut permettre une adaptation de l'outil pour faciliter l'utilisation au patient. Par exemple Marie-José, Françoise Mouron et Laurence Simon (2004) expliquent que son aide est essentielle dans le choix des images et de leur couleur afin qu'elles soient comprises par tous.

De plus, Jean Dargon évoque lui aussi le travail en pluriprofessionnalité notamment lors de prises en soin concernant un patient communiquant avec une langue étrangère: "un interprète est

indispensable pour contourner la barrière linguistique et son aide devrait devenir systématique en France” (p.38). Les soignants évoquent ensemble et de façon similaire la nécessité et la ressource qu’est l’équipe dans ce genre de situation. L’infirmier communique avoir déjà eu recours à ses collègues lorsqu’il se sentait bloqué comme l’infirmière qui souvent sait que ses collègues vont passer l’aider. Dans leur échange ils reviennent sur la collaboration en équipe pour eux essentiels pour l’assurance d’une prise en soin de qualité.

Après la mise en corrélation des différentes informations que j’ai pu recueillir, je m’interroge de nouveau sur ce sujet. En effet, la place de la communication est de mon point de vue primordial quelle qu’elle soit, cependant quand est-il de l’implication personnelle que doit mettre en place le soignant afin de contribuer à une meilleure communication. C’est alors que naît ma question de recherche: En quoi l’investissement professionnel du soignant dans sa relation auprès du patient est nécessaire pour assurer la mise en place d’une communication par le biais d’alternatives ?

CONCLUSION

L'intégralité des recherches effectuées durant la réalisation de ce travail de fin d'études ainsi que les entretiens mis en place auprès de professionnels de la santé ont permis d'apporter chacun des axes ou réponses. Ce qui m'a permis de répondre progressivement à ma question de départ qui avait émergé par les nombreuses questions posées au tout début du processus de recherche.

L'aboutissement de plusieurs mois de recherches nécessaires pour permettre la naissance d'un tel travail a également permis à ma réflexion de laisser place à une nouvelle question de recherche.

Après avoir rencontré quelques difficultés concernant la rédaction de la question de départ ou encore l'axe que je souhaitais apporter aux différentes parties du cadre conceptuel, je retiens cependant les nombreuses notions apportées par ce travail de fin d'études et approfondies par l'investissement que j'ai pu lui consacrer.

En effet, la communication est vue comme étant un point fort de la relation créée entre un soignant et son soigné. La multitude d'expressions verbales et corporelles permettent à chacun de choisir sa propre manière et façon de communiquer. Qu'importe la méthode utilisée le passage d'émotions et la naissance d'une relation s'exprimera naturellement.

De plus, la mise en place d'alternatives permettant de garder et optimiser au maximum l'échange avec un patient est un des enjeux de la prise en soin. Assurément, l'ardoise, les pictogrammes, l'abécédaire ou encore l'utilisation du langage corporel permettent à tout à chacun de transmettre une information. L'investissement du soignant dans la recherche, l'imagination et l'élaboration sont en définitive primordiaux pour développer un maximum dans l'exercice professionnel l'utilisation et la mise en pratique au quotidien d'alternatives.

C'est alors que la notion d'implication personnelle du soignant émerge comme question de recherche. Il est vrai, comment peut être réalisée cette mise en place d'alternatives communicationnelles si le soignant lui-même ne porte pas attention aux possibilités et capacités du patient qu'il prend en soin. Et s'il ne permet pas au patient l'expression libre de ses pensées.

“ La pensée ne s’achève que lorsqu’elle a trouvé son expression” Gustave Lanson (s.d)

Je mets en avant la projection professionnelle que ce travail autour de cette notion qui m'est chère m'a apportée. Selon le lieu d'exercice, la possibilité et l'envie de chacun la communication peut toujours être facilitée par quelconques alternatives. L'envie reste le point de départ et l'axe essentiel pour son aboutissement. Le travail en équipe est une des ressources que les professionnels interrogés ont tous mis en avant. Une ressource que je placerais comme primordiale lors de mon exercice. Car en effet, si moi je n'arrive pas à communiquer malgré les efforts et moyens utilisés peut-être que la ou le collègue lui arrivera et peut-être qu'un jour à mon tour ce sera moi qui aiderait un patient à COMMUNIQUER.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Barrier, G. (2017). *Les langages du corps en relation d'aide : La communication non verbale au-delà des mots* (2^{éd.}, 2017). ESF éditeur.

- Breton, Philippe., Le Breton David. (2009). *Le silence et la parole contre les excès de la communication* (2^{ème} édition). Édition érès.

- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2006). *L'attachement : Concepts et applications* (2^e éd). Masson.

- Guedeney, Nicole., Antoine, Guedeney. (2009). *L'attachement : approche théorique - Du bébé à la personne âgée*. Ed. Masson, Collection Les âges de la vie, 3^e édition, Issy - les - Moulineaux, p.95.

- Lagarde-Piron, L. (2016). *La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante*. Dans : éd., *La confiance: Relations, organisations, capital humain*. . Chapitre 13. (pp. 242-256). Caen: EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>

- Le Breton David. (1997). *Du silence*. Edition Métailié.

- Malabeuf, L. (1992). *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement.p. 4-6.

- Manoukian, A. & Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant-soigné* (2^è éd.). Lamarre.

- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soignée*. Chenelière.

- Roger, Carl. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*.

- Watzlawick, P. (1986). *Le langage du changement*. Paris-Seuil

- Werber, Bernard. 2009. *Nouvelle Encyclopédie du Savoir Relatif et absolu*. (éd. Albin Michel). p. 7

ARTICLES

- Bioy, A. & Bachelart, M. (2010); L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.

- Bruneau, Thomas J. (1973). Le silence dans la communication. *Communication et langages*. N°20, 5-14. https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1973_num_20_1_4045

- Century, H. (2010). La musicothérapie. *Le Coq-héron*, 202, 94-114.
<https://doi.org/10.3917/cohe.202.0094>

- Cungi, Charly. (2009). L'alliance thérapeutique. *Sciences Humaines*. N°15 : 34-35.

- Dagrón, Jean. (2001). Surdité et recours aux soins, instaurer le dialogue. *Soins*, 661, 37-39.

- Doudet, Morgane. (2019). La médiation animale   visée thérapeutique. *Soins Aides-soignantes*. N°89, 24-25.

- Fischer, G-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherches en soins infirmiers*, 56, 4-11.

- Formarier, Monique. 2007. « La relation de soin, concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers* 89 (2): 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>.

- Grosclaude, M. (2013). Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. *Soins*, 58(773), 38-40.

- Grousset, Sylvie. (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins*, N°737. 30-31.

- Guimelchain-Bonnet, Michèle., Pouillaude, Elie-Bernard. (2003). L'importance du regard dans les soins. N°48, 22-23.

- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrard, J., et Gerbaud, L. (2009). Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers: A propos d'une étude multicentrique, prospective et randomisée. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 85-91.
<https://doi.org/10.3917/rsi.097.0085>

- Lemaire, S. (2016). Quand nos émotions sont-elles raisonnables ?. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 141, 215-234. <https://doi.org/10.3917/rphi.162.0215>

- Malleville, Amélie., et Raffy, Marcellin. (2015). Les bienfaits de la musicothérapie. *Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*. N°243, 20-21.

- Mantz Jean-Marie. et et Wattel Francis (2006). Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*. Volume 190, Issue 9, 1999-2011. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0001407919331425?token=E638B9F68BEC260AE172698A0964554882C1E41CE64395DFAA2A289C46CE6EC09A7A05FB0C886C401F3D6B070BAC2C12&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220411083719>

- Maraquin, Carine., et Geneviève, Masson. 2010. « Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin ». *VST - Vie sociale et traitements* n°107. 128-130. <https://doi.org/10.3917/vst.107.0128>.

- Médart, Christophe. (2019). Ce que vient soutenir la médiation animale. *Santé mentale*. Hors-série, 34

- Mercadier, C. 2008. Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadres de santé*, n°65, 19-22. [Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin - EM Premium \(em-premium.com\)](https://www.em-premium.com)

- Moreira, Sandrine. 2029. La communication gestuelle associée à la parole au service de la relation. *Métier de la petite enfance*, N°271, 28-29.

- Novosad, J. (2016). Les soins relationnels au cœur des pratiques en réanimation. *La Revue de l'Infirmière*, n° 65, 34. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2015.12.028>

- Olano, Marc. 2019. La théorie de l'attachement. *Sciences humaines* N°314, 36-41

- Rioufol, M.-O., Cunat, B., & Pruvost, J. (2012). Déficience auditive et communication. *Soins Aides-Soignantes*, n°44, 15-16.

- Roulin, Marie-José., Mouron, Françoise., et Simon, Laurence. (2004). Communiquer avec les patients intubés. *Krankenpflege Soins infirmiers*, 54-56.
- Société de protection des infirmiers et infirmières du Canada. 2006. *Infodroit* Vol. 15, N°3.
<https://cnps.ca/wp-content/uploads/2020/03/Communication-fr-QC2016.pdf>

DICTIONNAIRE

- Larousse. Relation. Dans dictionnaire en ligne. Consulté le 31/03/2022 sur
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>
- Larousse. Pictogramme. Dans dictionnaire en ligne. consulté le 31/03/2022 sur
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pictogramme/60760>

PAGES WEB

- Cadoz, Claude. 2006. Retour au réel: le sens du feed-back.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00910637/document>
- Communication animale/soins énergétiques. (s.d). Communication animale.
<https://www.communicationanimale-soins.com/communicationanimale>
- Brunet, Vincent. 2017. La communication de Shannon et Weaver à aujourd'hui.
https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication_shannon_et_weaver/
- Ere libre. Publié en 2018. Communication orale : « la règle des 3 V » de Mehrabian.
<https://ere-libre.com/communication-orale-regle-3-v-mehrabian/>
- IFPSSNC. (s.d). Le toucher dans les soins.
http://www.ifpssnc.nc/MyKv2/php/_DOCS/SEQUENCES/NH04095179/Letoucherdanslessoins.pdf
- Insafe, Ben-Belghit. (s.d). *Les fondamentaux de la communication : les obstacles observés en situation de communication.*
<https://fr.linkedin.com/pulse/les-fondamentaux-de-la-communication-obstacles-en-insafe-ben-belghit>
- Lanson, Gustave (s.d). *“La pensée ne s'achève que lorsqu'elle a trouvé son expression.”*
<http://evene.lefigaro.fr/citation/pensee-acheve-trouve-expression-26500.php>

- Phaneuf, Margot. 2018. « L'infirmière peut-elle ressentir des émotions particulières pour un patient ou une patiente ? »

<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2018/03/Linfirmiere-peut-elle-ressentir-des-emotions-particulieres-pour-un-patient-ou-une-patiente.pdf>

- Phaneuf, Margot. 2016. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. [Microsoft Word - L'alliance thérapeutique comme instrument de soins \(prendresoins.org\)](#)

- Denault, Vincent., et Plusquellec Pierrich. 2019. La communication non verbale, 60 ans de connaissances révisées par les pairs.

https://www.researchgate.net/publication/338113028_La_communication_non_verbale_60_ans_de_connaissances_revisees_par_les_pairs

- Hoffet, Marie-Eve. (s.d). La musique, canal de communication. [MUSICOTHÉRAPIE, La musique, canal de communication - Encyclopædia Universalis](#)

- R., Monique. 2014. Le toucher: une approche relationnelle.

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiinfirmier/le-toucher-une-approche-relationnelle>

- Umusujaduri, Denifa S. 2018. L'aromathérapie qu'est-ce que c'est ? . [L'aromathérapie : qu'est-ce que c'est ? - BB Communication \(bb-communication.fr\)](#)

- Vrai, Morgane. 2018. L'attachement comme système motivationnel.

<https://philosciences.com/philosophie-et-psycho-pathologie/psycho-pathologie-psychiatrie-psychanalyse/312-attachement-bowlby>

- Winkin, Yves. (s.d). Aux sources du mot communication. [COMMUNICATION, Aux sources du mot communication - Encyclopædia Universalis](#)

MÉMOIRES

- Brillouet, Sidonie. (2020). *La barrière de la langue dans le soin.*

- Cazobon, Jeanne. (2021). *La communication infirmière dans la prise en soins d'un refus de soins d'un patient souffrant de la Maladie d'Alzheimer.*

PHOTOS

- Jrcasas (s.d).

<https://www.lepointveterinaire.fr/actualites/actualites-professionnelles/oniris-le-dialogue-peut-il-reprendre-entre-la-direction-et-ses-detracteurs.html>

SOMMAIRE DES ANNEXES

I- Guide d'entretien

II- Retranscription entretien n°1

III- Retranscription entretien n°2

IV- Tableau d'analyse des entretiens

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

- Pouvez- vous présenter votre parcours professionnel?

Communication

Objectif d'analyse n°1: Identifier la place accordée à la communication ainsi que les différents aspects et enjeux possibles de celle-ci dans une relation de soin.

- Quelle importance portez- vous à la communication dans le soin ?
- Qu'est-ce pour vous bien communiquer ?
- Comment entrez-vous en communication avec vos patients ?
Relance: Quels sont les éléments dont vous tenez compte lors de la communication avec les patients ?
- Quelles sont les différentes formes de communication que vous connaissez et que vous utilisez?
(exemple dans votre pratique)
- Quels sont pour vous les enjeux de la communication dans la relation soignant soigné?
Comment gérer vous le silence Est ce un problème??
- Quels sont pour vous les obstacles à la communication ? Quels obstacles avez-vous rencontré ?

Relation soignant soigné

Objectif d'analyse n°2: Mettre en évidence l'importance de la mise en place d'une relation soignant soigné dans un contexte particulier de la même façon que la prise en compte du cadre qu'elle doit respecter.

- Qu'est ce qui est essentiel pour établir une relation soignant-soigné de qualité ?

- Comment établir une relation soignant/ soigné lorsque la communication orale du patient est altérée ?
Quelles situations où la communication orale est altérée avez-vous déjà rencontrées ?
- Quels comportements le soignant doit-il adopter dans cette situation ? (confiance, écoute, distance, alliance)
- Le soignant doit-il poser des limites au cours d'une relation soignant / soignée ? Lesquelles ?
- Quelle est la place des émotions dans une relation soignant/ soigné ? (peur, anxiété, angoisse)
- Avez-vous des moyens permettant de les contrôler ?

Alternative à la communication

Objectif d'analyse n°3: Exprimer la nécessité de la mise en place d'alternative communicationnelles ainsi que le ressenti infirmier dans un contexte d'impossibilité de réaliser un échange oral

- Si je vous parle d'alternative à la communication orale, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- Quelles sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de la prise en soin des patients ayant des difficultés de communication orale ?
- En quoi les alternatives de la communication orale favorisent-elles une bonne compréhension de l'information transmise ?
- Est-ce que les alternatives que vous utilisez ont autant de poids que les mots ?
- En quoi les alternatives à la communication assurent-elles une relation de soin de qualité ?
- Quels sont vos ressentis envers un patient ayant des difficultés de communication orale ?

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1

ESI: Merci beaucoup d'avoir accepté et pris du temps pour répondre à mes questions.

IDE: C'est normal Noémie, on se tutoie hein... on travaille ensemble depuis 3 ans maintenant.

ESI: Oui c'est plus naturel (rire). Alors tout d'abord, peux-tu me présenter ton parcours professionnel?

IDE: Professionnel, heu... alors moi j'ai repris des études pour être infirmière, donc c'est-à-dire qu'après mon bac, j'ai fait 5 ans à l'université en psycho. Après j'ai travaillé 4 ans en EHPAD en tant que remplaçante et j'ai passé le concours d'infirmière en 2009 et après j'ai travaillé en EHPAD. J'ai toujours travaillé en EHPAD au *****, à *****, puis ici à l'***** c'est mon troisième post, c'est mon choix.

ESI: Ah oui... donc c'est ton choix d'exercer auprès de cette population.

IDE: Ah oui, en fait à chaque vacances, grandes comme petites, je travaillais au CCAS maintien à domicile et j'allais chez les personnes âgées. J'adore ce contact et mes stages en études d'infirmière ne m'ont pas fait découvrir d'autres choses qui m'intéressaient plus que ça.

ESI: Hmm d'accord, alors quelle importance portes-tu à la communication dans le soin ?

IDE: C'est la base pour moi, c'est ... c'est le premier lien. Et puis on essaye d'être professionnelle c'est à dire, parce que voilà on est humain et on a des affinités plus avec certains qu'avec d'autres mais ça on va faire en sorte de ne pas le montrer et puis pour moi la communication avec la personne âgée elle coule de source. Je veux dire, c'est facile pour moi de communiquer, je suis à l'aise avec ce type de population, ça me vient naturellement sans pour autant les infantilisés. Euhh...; voilà la communication c'est la première approche entre nous deux. Après il peut y avoir des médias via le soin, la toilette fin... la toilette c'est un soin mais c'est du point A au point B et du point B au point A ... fin voilà.

ESI: Mh, et du coup pour toi qu'est ce que bien communiquer ?

IDE: Bien communiquer c'est... fin voilà y'a l'émetteur et le récepteur et c'est essayer moi de bien faire passer le message que j'ai dans ma tête. Et que ce message que j'ai dans ma tête soit bien reçu en tant que tel par la personne que j'ai en face de moi. Qui elle va l'interpréter avec son vécu et peut être ses troubles cognitifs et donc.. La communication, c'est compliqué parce que y'a mon expérience, comment je parle, les mots que j'ai choisis ..euh et comment c'est reçu. C'est pour ça que c'est pas toujours.. y'a beaucoup de mauvaises interprétations, c'est pour ça que c'est important de reformuler quand on sent que y'a un point d'interrogation dans le regard de l'autre en face ou qu'on voit que ça n'a pas bien été compris de reformuler avec des mots différents. Ça sert à rien pour moi de répéter mot pour mot ce qu'on vient de dire mais de reformuler différemment pour essayer que le message passe et soit compris.

ESI: Et comment tu entres en communication avec les patients ?

IDE: Ah bah.. le bonjour, fin la politesse déjà voilà tout simplement, comment vous allez ? ou même un sourire parce que c'est pas aussi que parler. Le sourire c'est une attitude qui fait que je vais vers la personne.

ESI: Justement tu me parles d'attitude, quels sont les éléments dont tu tiens compte lors de la communication avec les patients ?

IDE: Alors la posture, le sourire, être disponible psychologiquement au moment T euh.. pour la personne. Je parle de sourire mais avec le masque c'est d'autant plus difficile de transmettre, c'est vrai qu'on sourit plus car on sait qu'au niveau des yeux ça se voit. C'est inconscient mais ça montre une attitude de " je viens vers vous quoi ".

ESI: Hm... c'est une attitude posturale finalement

IDE: Oui c'est exactement ça, j'adapte ma posture selon chaque personne et selon ses capacités de communication.

ESI: Alors du coup je voulais revenir sur la communication pure, quelles sont les différentes formes de communication que tu connais et que tu utilises dans ta pratique?

IDE: Mh... alors là je sais que j'en pratique mais les nommer... je sais qu'il y a la communication verbale, non verbale y'a dans la communication verbale la reformulation, le fait de laisser en suspend

la phrase pour que l'autre complète et laisser le système d'association libre pour que l'autre en face rebondit et nous parle euh... voilà.

ESI: Et dans la communication non verbale qu'est ce que tu utilises ?

IDE: Alors oui y'a le touché même si le covid a freiné ça, en tout cas moi personnellement. Parce qu'on devait garder nos distances et j'étais frustré dans les fins de vie ... je ne dis jamais les condoléances j'aime pas du tout cette phrase bateau qui est une formule de politesse mais moi j'y mets pas du tout de sens.

ESI: Oui tu m'en avais beaucoup parlé quand j'étais en stage... de cette fameuse phrase.

IDE: Oui... c'était y'a longtemps (rires) je préfère être présente et dire "si vous avez besoin de moi je suis là" et j'avais plutôt tendance à prendre les mains de manière plus chaleureuse pour montrer mon soutien ce que je ne peux plus faire... humm voilà.

ESI: Justement quels sont pour toi les enjeux de la communication dans la relation soignant soigné?

IDE: Alors y'en a forcément puisque euh... (souffle) le mot manipulation me vient en tête c'est péjoratif mais euh.. par exemple une personne qui a des troubles cognitifs et tu veux lui faire les soins d'hygiène elle est un peu opposante, mais si tu sais trouver les leviers pour obtenir son accord ou en tout cas que ça se passe bien et que ça passe comme une lettre à la poste et bien ça roule quoi... c'est faire en sorte que ça se passe bien mais ça, ça nécessite de bien connaître la personne. Y'a des personnes que tu connais pas et bien c'est pour ça que ce sera plus difficile. D'où mon choix de travailler en EHPAD, j'ai le temps de connaître leurs habitudes exactes. Et à partir du moment où les gens ont l'habitude de voir nos têtes, ils nous font confiance et .. voilà mais oui c'est faire en sorte que dans la relation soignant soigné ça se passe bien et qu'il y est une confiance finalement.

ESI: C'est ça, il faut un temps pour instaurer une confiance...

IDE: Et puis je pensais au silence mais tu vois avec l'expérience et la maturité on est plus comme ados où on veut les combler et que ça nous met mal à l'aise. Mais le silence font partie de la communication, ça fait une pose du discours mais ça ne veut pas dire que dans la tête ça ne réfléchit pas. Et grâce au silence, peuvent ressortir des choses, c'est comme en thérapie c'est bien connu pour ça justement, il en faut pour permettre l'association libre et faire venir les idées en tête.

Je sais pas ce que tu en penses mais pour moi il ne faut surtout pas chercher à les combler, faut rester fin... Il ne faut pas chercher à combler tous les trous, voilà si y a un silence y' a un silence quoi.

ESI: Oui ...euh c'est important aussi.

IDE: Y'en a beaucoup dans mon cas quand on accompagne des fins de vie, avec les familles et faut respecter ça.

(hochement de tête / sourire)

ESI: Quels sont pour toi les obstacles à la communication ? Quels obstacles as-tu rencontrés ?

IDE: Alors et bien je peux donner un exemple Mr .. fin Mr B pardon chambre 10, que tu connais, pour le coup je suis très mal à l'aise avec ce monsieur parce qu' avant j'arrivais à peu près à le comprendre, à capter des petits mots dans ce qu'il me disait... alors que ... alors des fois je comprends à son faciès et au ton qu'il donne à ce qu'il dit que c'est quelque chose qui l'embête ou de joyeux.. bon en général c'est plutôt négatif donc je vais essayer de rebondir une phrase... fin du type comme "euh oui d'accord" afin d'aller dans le, dans le... Enfin, j'apporte du crédit à ce qu'il dit... je valide voilà ce qu'il me dit, son ressenti sans pour autant comprendre ce qu'il va me dire.

ESI: Ah oui d'accord... ok

IDE: J'ai de plus en plus de mal à le faire et souvent il me dit quelque chose que je perçois pas vraiment et je ne sais pas quoi dire ... et.. euh... donc souvent y'a pas d'échanges et je me sens démuni face à lui.

ESI: Donc y'a beaucoup moins de communication orale ...

IDE: Ah oui oui oui totalement.

ESI: Est-ce que tu as rencontré d'autres obstacles ?

IDE: Et bien après ça va être les troubles cognitifs plus avancés où là tu peux avoir une opposition complète et où tu as beau communiquer avec des mots, tu as beau avoir une attitude euh... cocooning, rassurante mais ça passe pas quoi. Et c'est ce qu'on disait tout à l'heure mais la relation

soignant soigné la communication c'est aussi faire en sorte que le soin se passe bien qu'on réussisse à accomplir notre mission mais des fois ça marche pas parce que quelque chose nous échappe et qu'on ne peut pas maîtriser qui est propre à l'autre en face et on a pas toujours la clé malheureusement.

ESI: Mh.. on a pas tout en main pour réussir à atteindre notre objectif effectivement.

IDE: Ce serait trop simple sinon.

ESI: Je voulais rebondir sur la relation soignant soigné que tu as évoqué avant.

IDE: Oui...

ESI: Qu'est ce qui est essentiel pour établir une relation soignant soigné de qualité ?

IDE: La connaissance.... pour moi c'est la connaissance à minima de l'autre.

ESI: Sans connaissance la relation est plus compliqué alors...

IDE: Oui, une bonne relation fin je veux dire au début d'une prise de poste ça nous empêche pas d'être pro mais on sent que les personnes nous connaissent pas et ne me fait pas confiance c'est "je suis la p'tite nouvelle" et elle me connaît pas encore et c'est vrai... c'est en tout cas dans mon métier la connaissance à minima des habitudes, rituels, des traitements... La connaissance pour moi va participer à une meilleure relation de qualité en tout cas ouais ... je ouais..

ESI: Et comment établir une relation soignant soigné lorsque la communication orale du patient est altérée ?

IDE: Par la présence, le geste.. la gestuelle, euh tout ce qui est soin euh.. comme média fin ça dépend quel type de soin mais euh... après au cours d'une animation, une lecture d'un article euh d'une ... parce que ce n'est pas parce que l'autre ne parle pas que je ne vais pas lui parler... donc après tout je peux tout à fait parler même si je n'ai pas de retour... euh "il fait beau regarder" "oh là là ce matin j'ai eu froid"... souvent je parle de choses basiques ça fait discussion d'ascenseur quoi mais je ne vais surtout pas me taire.

ESI: Alors du coup, quels comportements le soignant doit-il adopter dans ce genre de situation?

IDE: Qu'est ce qu'il faut que j'adopte comme attitude quoi ? si j'ai pas de retour orale ?

ESI: Oui exactement voilà...

IDE: Et bah euh... je reste tel que je suis je reste pro c'est pas parce que la personne ne répond pas soit volontairement soit pas volontaire que ça... rompt la communication, que ça rompt le lien euh... nan pour moi ça change rien et je continue à parler quoi.. mh...Je vais peut-être accentuer tout ce qui est non verbal, mais euh ma posture quoi, tu vois une main sur une main, un geste tendre.. c'est pas un terme pro mais euh... voilà si la personne a besoin de réassurance on va peut-être accentuer sur le non verbal. Mais un rapprochement physique tout simplement quoi.

ESI: Pour toi la parole à quand même une place même si elle n'est pas utilisée par les deux personnes, le soignant doit-il poser des limites au cours d'une relation soignant soignée ? Lesquelles ?

IDE: Euh.. limite ... euh nan... Enfin, si dans la limite de la politesse du respect bien sûr, j'appelle pas des résidents par leurs prénoms on ne les tutoie pas sauf dans certains cas mais tout s'explique ça n'empêche qu'on les vouvoie. Mais parfois pour créer un moment T, une attention, pour avoir une information et bien je crée une petite bulle entre nous ...voilà ça mes arrivés de tutoyer mais en unité Alzheimer. Parfois ils réagissent plus.

De limites après... ça va plus être une question de respect et de ne pas infantiliser, ça reste ici des personnes âgées qui ont un vécu et on ne sait pas tout ce qu'ils ont vécu... on ne s'en rend pas compte. Nous ... fin ils ont un passif et il ne faut pas oublier ça.

Après y'a la limite des émotions, on dit souvent qu'il ne faut pas s'attacher, il faut avoir cette fameuse distance professionnelle mais... Chacun met son curseur où il veut et surtout en fonction de son service d'exercice. Quand on est en EHPAD, bah oui on s'attache on a des affinités plus avec certains que d'autres et je trouve ça pas choquant qu'on soit ému par certains moins par d'autres... ça fait partie de notre boulot quoi.

ESI: Mh, je comprends bien ce que tu me dis... du coup je voulais aussi rebondir sur les émotions, et savoir quelle est la place des émotions dans une relation soignant soigné ? et tu en as déjà parlé finalement euh...

IDE: En tout cas faut pas essayer de mettre un couvercle dessus parce que bon excuse moi mais "ça te pète à la gueule quoi à un moment donné" (rire)

Nan mais au début de ma pratique j'essaye de maîtriser tout mais plus tu maîtrises plus ça déborde, il faut les accepter et faire avec. Pour te donner un exemple, le premier décès que j'ai annoncé j'avais la voix tremblotante pourtant j'étais pas triste du décès en lui même car la patiente souffrait mais triste pour la famille à qui j'allais annoncer. Mais avec l'expérience j'ai pris du recul... Bien sûr qu'on peut être anxieux, stressé face à une situation on peut avoir peur, faut le reconnaître et le dire c'est là qu'on peut voir que "ah bah toi aussi tu ressens ça".

ESI: Mh donc la communication des émotions c'est très important

IDE: Oui c'est ...euh ... essentiel et puis le fait de dire on met les problèmes de côté quand on rentre du boulot mais nan c'est du pipot pour moi on doit faire avec face aux patients aussi sans qu'ils en pâtissent nos émotions mais faut les accepter.

ESI: Donc pour toi il ne faut pas les contrôler, faut faire avec ?

IDE: Pas du tout, nan pas du tout... alors après on ne va pas non plus.. euh fin ya eu des fois où j'étais triste mais il faut essayer de se contenir parce que ... certe j'ai le droit de pleurer, d'être triste de m'exprimer mais j'essaye quand même de pas complètement m'effondrer. Et les affinités jouent beaucoup Certains nous font mouche quoi et puis y'a d'autres qu'on aime pas... mais on fait quand même bien notre travail.. (rires)

ESI: C'est les relations humaines...

IDE: Mh..

ESI: Alors je voulais également parler des alternatives à la communication orale, qu'est-ce que cela évoque pour toi?

IDE: Alors alternative à la communication orale....et bah.. le touché euh... le touché les médias type animations, musiques euh.. zoothérapie pour essayer de créer le lien et faire réagir la personne. Y'a le tableau aussi, pour écrire... oui certe elle peut pas parler mais on peut utiliser le tableau pour écrire et communiquer. Moi j'écris quelque chose ou elle écrit quelque chose, y'a des maladies ou à un certains stade ils font passer leurs messages par un clignement des yeux... euh j'ai même vu dans un reportage que y'en a, un atteint de la maladie de Charcot je crois il a même écrit un livre en montrant les lettres alphabétique fin euh.. c'est fou quoi...

Après euh... au même titre on a la pression des mains, la personne qui nous fait une pression pour un oui ou deux pour dire non fin voilà je pense que ça aide...

ESI: Alors après je voulais parler des méthodes et/ou outils que tu mettrais en place lors de la prise en soin des patients ayant des difficultés de communication orale ? mais tu m'as déjà développé ton ressenti...

IDE: Ah oui (rire) je vais trop vite excuse-moi

ESI: Non pas de soucis, les idées te viennent aussi t'inquiète pas. Du coup, en quoi les alternatives de la communication orale favorisent-elles une bonne compréhension de l'information que tu veux transmettre ?

IDE: Alors et bien... parce que ça concrétise... ça objective la sensation de la parole... le non verbal on peut tellement l'interpréter que... Là oui ça objective la chose... on est sûr qu'il veut nous dire oui, qu'il veut nous dire non, qu'il est content, qu'il a faim... Ah mais je suis c**** il y a aussi le langage des signes pour les sourds et muets... ouais voilà pour autant c'est ce que je disais tout à l'heure dans le verbal.. y'a l'émetteur le récepteur donc des fois ça passe pas bien, le message... donc avec le non verbal c'est pareil mais si la question est claire, simple euh... ça aide bon en tout cas au début ça permet d'être sûr et fiable dans la réponse quoi.

ESI: Mh, et est-ce que les alternatives que tu utilises ont autant de poids que les mots ?

IDE: Bien sûr, à partir du moment où ça vient de la personne ça ne peut pas être plus authentique évidemment, ... évidemment. Quelqu'un qui va rédiger ses dernières volontés en clignant des yeux ou en montrant l'alphabet c'est pareil que celui qui va parler. Ça reste la personne qui s'exprime.

ESI: Oui, la méthode utilisée pour s'exprimer est authentique tant qu'elle est choisie et comprise par les deux interlocuteurs finalement. Alors je me demandais en quoi les alternatives à la communication assurent-elles une relation de soin de qualité ?

IDE: Bah après si on avait que la parole fin on le sait que ça crée pleins de quiproquos aussi hein... fin pleins de situations inexplicables et puis souvent y'a pas besoin de faire de long discours pour être efficace donc à partir d'un moment où un système de communication est établie entre la personne A

et la personne B... euh peut importe lequel c'est bon quoi..

ESI: Oui tant que ça convient aux deux...

IDE: Voilà c'est ça, tant que le message est bien transmis et bien reçu pour moi aucune alternative est inutilisable on en invente finalement parfois , faut être imaginatif.

ESI: Mh... c'est ça.. alors il me reste une question en lien avec ton ressenti.. envers un patient ayant des difficultés, tout à l'heure tu m'as expliqué que tu étais un peu démunie parfois...

IDE: Mh complètement...

ESI: De pas réussir à entrer en communication.

IDE: Des fois je fuis hein... ça m'arrive d'aller faire un soin de ne pas comprendre ce que le résident me raconte... mais voilà je dis "mes collègues vont passer..." parce que je me sens bête et parce que je n'arrive pas à comprendre ou à communiquer et c'est ... compliqué je vais répondre et être à côté de la plaque fin c'est frustrant quand... et puis voilà j'ai l'impression d'être une mauvaise soignante... fin ça fait celle qui s'en fou mais... j'ai pas toujours de réponse et puis j'ai pas toujours une demi-heure pour essayer de comprendre si je sais que c'est pas urgent mais j'aime pas... j'aime pas

ESI: Mh... on ne réussit pas tout le temps, et tu as un exemple où tu as réussi ?

IDE: Ah bah la oui tu es content quand tu réussis parce que on est là quand même pour prendre soin de l'autre, on veut être à l'écoute de l'autre donc on veut pouvoir l'entendre... verbalement ou non et comprendre ce qu'il nous transmet... donc si la mission est remplie.. impeccable quoi..

ESI: Oui tu as le sentiment d'avoir été au bout de ton soin finalement... je vois et bien je te remercie pour le temps consacré à mon mémoire...

IDE: Mais de rien ... je suis contente d'avoir pu échanger avec toi.

ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

IDE: Alors très simple, je suis diplômé de l'ifsi du CHU de *** de la promo 99 - 2002...euh... je suis sortie en mai 2002 et je suis allé travailler en réanimation chirurgicale jusqu'en octobre 2002, j'ai fait un tout petit peu de pool de remplacement et le 3 janvier 2003 je suis arrivé en réanimation médicale que j'ai quitté le 13 septembre 2002.... Voilà..

ESI: Donc un parcours de réa...

IDE: Essentiellement oui.... du moins à 3 mois près. C'était vraiment un choix de ma part, pour moi c'était une évidence j'y avais fait un stage et j'ai fait mon mémoire sur la réa.

Communication

ESI: Je voulais d'abord commencer sur la communication et savoir quelle importance portez- vous à la communication dans le soin ?

IDE: Euh... essentiel, parce que globalement ça donne du sens à ce que l'on fait et encore plus en réanimation parce qu'elle n'est pas évidente surtout chez les patients qui sont intubés et qui plus est sédatisés Parfois ils peuvent être intubés conscients mais avec des difficultés de communications... et quand ils sont sédatisés grosso modo on est pas juste des techniciens à faire des gestes techniques, ce qui donne du sens, ce qui donne du sens au soin qu'on pratique c'est de communiquer avec le patient même sédatisé et du coup on... soigne une personne et on ne fait pas juste des soins techniques.

ESI: Mh... et pour vous c'est facile de communiquer quand il n'y a pas de réponse ?

IDE: Quand il y en a aucunes comme chez les patients sédatisés forcément que c'est difficile car on attend toujours un feed-back dans une relation, dans une communication. On peut faire un lien avec la psychiatrie par exemple...euh au début en réa on est appé par la technique, vous l'avez vu en stage...limité on occulte complètement le patient.

ESI: Oui c'est vrai au début, il y a tellement de choses.

IDE: Pour moi quand on arrive à passer cette étape là, on arrive à acquérir de l'aisance et je pense que c'est équivalent pour tous les services... vous allez peut-être le voir au début de vos premières prises de poste. Mais il faut le savoir pour dire qu'on n'est pas anormal, c'est pour moi logique et humain. C'est pas bien ce que je vais dire mais la communication passe souvent au second plan quand l'environnement est inconnu, il faut être à l'aise avec l'environnement pour pouvoir être à l'aise après pour communiquer avec le malade. Ce qui est valable pour la psychiatrie comme j'ai voulu dire tout à l'heure...euh...je ne serais pas à l'aise dans un service de psychiatrie que je serais happé par l'environnement et donc pas entièrement disponible pour une communication de qualité.

ESI: Mh... je vois les liens qu'on peut finalement faire. Et pour vous du coup, qu'est-ce pour vous bien communiquer ?

IDE: Ah... euh... quand on donne du sens aux soins que l'on fait, dans ces cas là on le sait qu'à posteriori mais on sait qu'on a pas trop mal communiqué. Quand la communication avec le patient a été adaptée à la situation et au patient mais ça on le sait à mon avis qu'après. Euh... mais ça c'est vrai partout, si on communique avec quelqu'un et qu'on a une réaction de la personne je ne sais pas de l'agressivité ou une réponse inattendue..

ESI: ..oui

IDE: Et bien peut-être que là, la communication établie était peut-être pas bonne ou bien interprété ou cela peut venir de l'autre et c'est un trait du caractère mais on peut se remettre en question, mais bon... je suis peut-être mal rentré en communication avec la personne... ce que j'ai mis en place n'était peut-être pas adapté.

ESI: Oui, d'accord .. et comment entrez-vous en communication avec vos patients ?

IDE: Euh....

ESI: Est-ce que vous avez une parole, une attitude, un geste particulier..

IDE: Ah oui y'a je crois le bonjour simplement, le premier mot et aussi me présenté et ça franchement je le fais quasiment avec tout le monde. Pour moi le bonjour est essentiel et si on prend le mot "bon-jour" c'est un appel à la communication finalement

ESI: C'est quelque chose de positif qui crée un début ...

IDE: Oui c'est ça et c'est hyper important. Ma posture après je dirais que globalement j'ai un visage assez souriant, la poignée de main aussi bon elle se fait socialement de moins en moins avec le covid ... est-ce que ça reviendra j'en sais rien est-ce que c'est bien je ne sais pas non plus ... mais le contact peau à peau avec des gens ça peut aussi peut-être freiner ... Moi j'avais spontanément même avec des patients conscients: bonjour, serrez la main ... ça marque une entrée en communication.

ESI: Mh...Je voulais également dans la suite de cette question vous interroger sur les éléments dont vous tenez compte lors de la communication avec les patients ?

IDE: Je tiens compte de la situation qu'il vit, euh... que pour nous soignant l'hôpital c'est un quotidien... c'est notre travail on y va tous les jours comme si une institutrice allait à l'école ou comme si le facteur allait à la poste...

ESI: Mh.. oui c'est vrai on s'en rend pas spécialement compte.

IDE: Exactement donc c'est un environnement qui nous est familier ...ça nous fait rien quoi et le patient il est pas dans son environnement c'est un environnement qui lui est inconnu, étrange, violent quelque part...

ESI: Oui... agressif

IDE: Fin vous vous imaginez la nuit c'est pas votre lit et puis y a des gens qui viennent vous voir pour savoir si vous dormez bien si vous... fin.. c'est super intrusif. Faut prendre en compte la pathologie. Leur vie est mise entre parenthèses et même pour les familles donc il faut le prendre en compte.

ESI: Mh...

IDE: Et puis il faut prendre la personne dans sa globalité je crois que naturellement je ne m'adresse pas de la même manière qu'à un patient de 80 ans , qu'à celui qui aura plus ou moins mon âge ou d'un patient ou une patiente plus jeune. On va forcément adapté... c'est pas bien ce que je vais vous dire mais moi... avec des patients plus jeune je vais naturellement plus utiliser le tutoiement et je

demande bien évidemment l'accord mais j'essaye d'établir cette relation que je ne m'autoriserais pas avec quelqu'un de plus âgé...

ESI: Ah oui d'accord...

IDE: L'humour aussi ça ne mange pas de pain, ça permet de se détendre et là c'est pareil on ne va pas faire la même avec les mêmes patients.

ESI: Il faut s'adapter avec la personne qu'on a en face...

IDE: Ahhh complètement...on est obligé et moi j'ai plus de facilité à communiquer avec l'humour qu'avec le toucher j'ai pas cette appétence alors je m'abstiens car je ne serais pas authentique et je pense que cela ne rendrait pas service à la personne.

ESI: Vous êtes plus dans les paroles...

IDE: Ouais...complètement et l'humour, les sourires, m'asseoir à côté euh... voilà la proximité..

ESI: Mh... d'accord, alors quelles sont les différentes formes de communication que vous connaissez et que vous utilisez?

IDE: La communication c'est déjà un émetteur et un récepteur euh... on a le feed back et même si le patient est en difficulté de communication verbale, on a forcément un retour. De même que la communication n'est pas forcément de la parole... En réanimation si le pouls augmente sur un patient sédaté on peut se dire que c'est un feed back peut-être à une douleur qui n'est pas assez soulagée... et la le feed back est différent que la parole mais il est là fin je crois..

Euh... sinon le verbal non verbal, euh je dirais rapidement que le verbal c'est la parole schématiquement tout ce que l'on peut dire... Enfin pardon plutôt tout ce que l'autre peut entendre et qui sort de notre bouche.

Par exemple: si on se racle souvent la gorge et bien l'autre peut l'analyser et le comprendre comme je sais pas moi une incertitude ou un peu de stress ...

ESI: Oui... Un exemple c'est sur qu'on analyse finalement inconsciemment et on interprète.

IDE: Oui et chacun à notre manière... et je dirais le non verbal c'est tout ce que le patient peut voir, toucher, ressentir... euh voilà... c'est ce qui vient de nous .. je ne sais pas si je définis bien..

ESI: Si, ce sont vos mots donc c'est intéressant. On en a un petit peu parlé, mais pour vous quels sont les enjeux de la communication dans la relation soignant soigné?

IDE: Et bien, chacun en sort des bénéfices, je vais commencer par les soignants: ça nous donne vraiment un sens à nos soins...un sens à ce que l'on fait ...on ne fait pas juste une prise de sang ou un pansement.. on soigne une personne et à un moment donné ça permet de recentrer les choses et de savoir pourquoi on est là et rentre chez soit en se disant qu'on a soigné des gens. Je veux dire par là qu' on ne fait pas ce métier pour travailler à la chaîne et donc ça permet de sortir de ce danger là...

Et l'avantage pour le patient est encore plus important pour moi dans le fait de communiquer, c'est sortir de l'isolement... je sais bien qu'on doit pas se mettre à la place des gens mais si on s'y met deux secondes...euh.. on est cloué dans un lit sans pouvoir trop bouger.. fin ça doit être super long, angoissant, stressant et le fait de voir quelqu'un qui nous parle ça nous remet juste à notre place d'être humain...

ESI: Oui..

IDE: Fin.. je crois et voilà...j'ai envie de dire on peut même dire qu'on remet les personnes au centre du débat et aujourd'hui on ne peut pas vivre les uns sans les autres..euh.. donc pour le patient c'est ça c'est pas une chose, c'est pas un organe c'est un être humain qui a oui un problème d'organe...(rire)

ESI: C'est un être humain avant tout ...

IDE: C'est ça .. c'est de la philosophie mais après il y a la réalité des choses, du terrain mais en tout cas je crois profondément en ces valeurs là oui...

ESI: Je voulais évoquer la place du silence, comment gérez-vous le silence et est-ce un problème pour vous ?

IDE: Alors oui oui c'est un problème parce que ..euh... ça peut me mettre mal à l'aise.. je suis un peu bavard et on peut me mettre mal à l'aise sur ce genre de chose donc le silence... je le comble

beaucoup c'est pesant. Alors que c'est utile mais ...dans des situations critiques franchement c'est pas simple de le laisser...

ESI: Ouais... pour vous le combler c'est plus simple..en lien avec les obstacles je voulais vous interroger sur les obstacles pour vous à la communication...

IDE: Alors... bah..finalement pas grand chose.. enfin s' il y a pleins d'obstacles mais jamais insurmontables... euh lors de la sédation par exemple, il peut être insurmontable car la personne ne nous répond pas mais si on passe à travers ça.... et puis on dit que peut-être ils nous entendent alors on passe cet obstacle et puis il n'existe plus..

La barrière de la langue aussi mais on arrive à se débrouiller même si on est pas bilingue.. euh on arrive toujours à ce comprendre et puis on a les outils numériques fin voilà... euh.. on arrive toujours à se débrouiller.

ESI: Oui et puis l'équipe aussi peut aider

IDE: carrément... carrément et elle est faite pour ça, peut-être l'obstacle qui m'a le plus posé problème c'est la violence... l'agressivité des gens qu'elle soit liée à la pathologie par exemple avec des patients délirants. Ou juste l'agressivité pour de l'agressivité ça existe aussi et ça me déstabilise souvent ... je ne suis pas très à l'aise..

ESI: C'est un obstacle pour vous..

IDE: Un obstacle que j'arrive pas à surmonter, je vous ai dit qu'on arrive facilement à passer au dessus mais l'agressivité j'ai vraiment encore du mal oui...

Après y'a des techniques, le fait de parler de manière apaisé mais non c'est pas trop une aide pour moi....euh.. sinon je ne vois pas vraiment autre chose..

Relation soignant soigné

ESI: Mon deuxième point est en lien avec la relation soignant soigné... euh qu'est ce qui est essentiel pour établir une relation soignant soigné de qualité ?

IDE: Et bien la sincérité, comme je disais tout à l'heure si on ne se sent pas capable ... fin moi je me sens pas à l'aise dans le touché alors j'ai jamais proposé un massage à un patient par exemple mais parce que je suis pas bon.. et j'aime pas ça et du coup je préfère aller trouver quelqu'un qui le fera mieux que moi et qui va apporté une relation de qualité à un patient.

Faut à un moment donné être conscient de ses limites et ça pour moi s'en est une ... après dans la relation est-ce qu'elle est de qualité je crois qu'on le ressent intimement... je dirais en fin de journée quand on finit le boulot et qu'on a réussi à instaurer une relation de qualité, de confiance ou quand le patient commence à ne plus avoir d'obstacle pour entrer en communication avec vous..

ESI: Mh...

IDE: Oui, là je pense que c'est gagné...après il rentre dans cette relation si il veut ou pas... euh..

ESI: Oui mais vous, vous avez ouvert la porte pour la création de cette relation

IDE: Voilà... et si je sens qu'il n'y a pas de freins si je le sens à l'aise et bah... ouais je dirais que j'aurais gagné..

ESI: C'est une satisfaction...finalement... euh..comment établir selon vous une relation soignant soigné lorsque la communication orale du patient est altérée ?

IDE: Alors on va se persuader qu'elle est bonne lorsque le patient est sédaté et que je ne peux vraiment avoir aucun retour... on ne peut pas avoir des feedback certain ...après quand c'est des difficultés de communication comme pour les patients trachéotomisés.. on peut toujours avoir des retours.. de notre relation sur des ardoises... C'est important de toujours avoir des retours et finalement des indicateurs de qualité de ce que l'on fait..

ESI: Oui, c'est important

IDE: On le fait naturellement par exemple vous faites un pansement euh... je vous ai pas fait mal monsieur euh.. voila ça réponse est un indicateur de qualité.

ESI: ah oui ok, finalement c'est très naturel...du coup quand la communication est altérée, quels comportements le soignant doit-il adopter dans cette situation? et terme de confiance, d'écoute, de distance..

IDE: Alors pour moi le touché pas forcément mais par contre la proxémie... euh après elle est pas forcément physique fin après je ne vais pas me mettre dans le couloir mais ... euh...je sais pas..

ESI: Vous essayez d'être proche dans vos paroles vous finalement c'est ça ?

IDE: Oui voilà totalement, c'est à dire essayer de ne pas paraître spécialement timide et surtout de laisser la porte ouverte à la communication, parce que .. Fin même un patient discomuniquant pour une raison ou une autre il va pouvoir nous répondre autrement c'est pas un frein pour moi vraiment...ça peut-être s'asseoir à côté du lit voilà des choses comme ça...

ESI: Pour vous il n'y aurait pas spécialement de différence...

IDE: Non... il faut se dire que oui il est discomuniquant ou ok il est trachéotomisé mais bon... ok on fait autre chose on passe outre et puis petit à petit on voit des indicateurs comme la spontanéité du choix de l'alternative de la communication qu'aura pris le patient et ça voudra peut-être dire qu'on a réussi à passer les obstacles ...

ESI: Et à créer une relation..

IDE: Ouais ..ouais vraiment et puis la création de la relation elle passe aussi par la confiance et...

ESI: Comment vous la mettez en place alors ..

IDE: Et bien, bonne question...euh en expliquant avec précision fin sans rentrer dans les détails techniques mais quelque chose de claire encore une fois on part du patient, de la personne en face et puis en expliquant... en prenant son temps même si c'est difficile et pour que le patient adhère au soin.. il faut aussi accepter que la confiance ne se fait pas immédiatement.. mais en plusieurs heures et parfois jours... et parfois ça ne marche pas ..

ESI: Oui aussi, c'est vrai..euh.. pour vous, le soignant doit-il poser des limites au cours d'une relation soignant soignée ? Lesquelles ?

IDE: Oui oui, la familiarité par exemple, oui c'est une limite qu'il faut prendre en compte et ne pas dépasser en tant que soignant mais l'inverse aussi les patients ne doivent pas la dépasser et si ça

arrive il faut les recadrer... euh... je parle bien de familiarité hein pas de bonne entente comme des patients qui peuvent être mal élevés avec des collègues femmes.. euh ça arrive je l'ai vu et il faut bien évidemment recadrer si on veut assurer les soins après... ça ne doit pas arriver. Et je parlais d'humour aussi tout à l'heure et ça il faut aussi faire attention, ce n'est pas à manipuler euh... tout le monde ne rit pas de tout ...euh

ESI: oui c'est vrai, il y a un juste milieu et la connaissance du patient est essentielle du coup...J'ai un dernier point sur la relation soignant soigné et la place des émotions dans une relation soignant soigné ?

IDE: Euh...

ESI: Et est-ce qu'il faut les contrôler...

IDE: Est-ce qu'il faut je sais pas, est-ce qu'il faudrait euh peut-être...euh... des fois on arrive pas forcément fin je crois... si on prend une émotion de triste euh.. on a le droit d'être triste à une situation qu'on observe par contre est-ce qu'il faut la montrer à la famille et au patient... je ne suis pas certain je pense qu'il faut rester professionnel et rester à l'écoute...

ESI: Garder nos distances..

IDE: Oui et puis si jamais ça nous arrive euh.. on est pas tout seul dans une équipe de soin et c'est là que l'équipe peut-être une ressource ...

ESI: Oui... l'entraide en équipe

IDE: De même que la joie, je pense que si on exprime une joie expressive plus que le patient je pense que c'est interrogeant, je pense qu'il y a une limite à mettre ... je pense qu'il faudrait dans la mesure du possible pas les cacher mais mettre une distance... et pour parfois aussi se préserver de situation qui peuvent être dramatique et qui peuvent atteindre après notre vie personnelle.

Alternative à la communication

ESI: Oui, il ne faut pas impacter notre vie personnelle...en lien avec les alternatives à la communication maintenant... Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

IDE: Euh... du non verbale finalement, là il y a pleins de choses, pleins de trucs possible euh... le toucher bien sur j'en ai déjà parlé, l'aromathérapie ça peut mettre une communication en place c'est à dire qu'on essaye de mettre fin d'installer une ambiance...apaiser le malade euh...on peut mettre de la musique aussi c'est de la communication je crois fin c'est une alternative pour moi lors de stress ou d'agitation chez un patient et qu'on arrive pas à le faire revenir dans une certaine sérénité..y'a pleins de choses finalement la médiation animale dans certain service aussi ...euh même en réa les ardoises effaçables c'est géniale, quand il peuvent écrire euh ça peut-être les abécédaire et plus on utilise ce genre d'outils et plus c'est naturel finalement..

ESI: Oui... la pratique

IDE: Oui faut pas se voiler la face les besoins des gens à l'hôpital sont en plus souvent les mêmes donc on comprend facilement quand même je trouve et puis on arrive vite...

ESI: Les images ?

IDE: Oui ça met arrivé mais c'est des imagiers souvent personnels du patient en lien avec une pathologie qui l'oblige à utiliser cette méthode, c'est génial d'ailleurs.

ESI: Je voulais parler des méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de la prise en soin des patients ayant des difficultés de communication orale, on en a parlé... je ne sais pas si vous avez d'autres exemples..

IDE: Euh... c'est les seules que je connaisse en tout cas ..?

ESI: En quoi les alternatives de la communication orale favorisent-elles une bonne compréhension de l'information transmise ? Qu'ils ont autant de poids que les mots ?

IDE: Ah oui oui, c'est sur que la parole c'est ce qu'il y a de plus facile euh.. en terme de compréhension et c'est ce qu'il y a de plus rapide mais en terme de qualités je pense qu' utiliser un autre moyen de communication ne va pas altérer la qualité de la communication.. peut-être que cela va prendre plus de temps .. d'énergie. Avec la parole je vais en 2 minutes pouvoir agir à la demande et bien sans peut-être en 10 minutes mais je vais quand même réussir à avoir l'information.

ESI: Oui l'information passe et peut-être répondu.

IDE: Alors ce qu'il faut c'est que l'information passe c'est important, euh en aucun cas il faut rester dans le doute et dire: bon je comprends pas et puis partir... nan .. ça peut arriver mais dans ce cas il faut aller chercher quelqu'un d'autre et ... moi j'ai déjà demandé à des collègues de venir m'aider et là c'est pas une question de compétence mais plutôt de sensibilisation à un type de communication plus qu'à un autre...

ESI: Mh...Il me reste une question à vous poser: Quels sont vos ressentis envers un patient ayant des difficultés de communication orale ?

IDE: Alors de la frustration, on peut même arriver à de la colère et de l'énervement si on y arrive pas et là le but c'est de percevoir cette frustration qu'on peut avoir face à la situation et au blocage mais en la percevant avant on peut aller chercher quelqu'un d'autre. Il faut connaître ses limites c'est je dirais une chose très important sans ça on ne peut ni soigner ni instaurer de communication ou de relation censée.

ESI: C'est pour ça que mettre en place des alternatives et les communiquer aux professionnels pourrait aussi aider lors de certaines situations de recherche de techniques pour communiquer.

IDE: C'est vrai qu'il faudrait communiquer justement plus dessus peut-être dans les services oui.

ESI: Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré et la participation que vous avez accepté pour mon mémoire...

IDE: De rien Noémie, tu me tiendras au courant pour la suite....

ANNEXE IV : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

IDE 1: Infirmière en EHPAD

IDE 2: Infirmier en Réanimation

LA COMMUNICATION

Objectif d'analyse n°1: Identifier la place accordée à la communication ainsi que les différents aspects et enjeux possibles de celle-ci dans une relation de soin.

Les fondements de la communication	Sa place	<ul style="list-style-type: none"> - C'est la base pour moi - C'est le premier lien - C'est la première approche - Essentiel
	Ses caractéristiques	Emetteur: <ul style="list-style-type: none"> - C'est essayer moi - Bien faire passer le message que j'ai dans ma tête - Être disponible psychologiquement au moment T - Essayer que le message passe et soit compris - C'est important de reformuler - De reformuler - Avec des mots différents - De reformuler différemment - On peut se remettre en question - Adapter à la situation et au patient - On va forcément adapter - C'est du point A au point B - Y'a l'émetteur
		Récepteur: <ul style="list-style-type: none"> - Reçois le message en tant que tel - Qui elle va l'interpréter - Comment c'est reçu le message - Beaucoup de mauvaise interprétation - Une réaction de la personne - Et du point B au point A - et le récepteur
	<ul style="list-style-type: none"> - Ca donne du sens à ce que l'on fait - Ce qui donne du sens au soin qu'on pratique 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Quand on donne du sens au soin que l'on fait
<p>Les différentes formes de communication</p>	<p>Ses difficultés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - On a des affinités plus avec certains qu'avec d'autres - Elle n'est pas évidente - C'est compliqué - Y a un point d'interrogation dans le regard de l'autre en face - On voit que ça n'a pas bien été compris
	<p>Le verbale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La communication verbale - Le verbal - Le verbal c'est la parole - Tout ce que l'on peut dire - Tout ce que l'autre peut entendre - Qui sort de notre bouche - Dans la communication verbale la reformulation - Le fait de laisser en suspens la phrase pour que l'autre complète - Laisser le système d'association libre - L'autre en face rebondit et nous parle <p>L'entrée en communication verbale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bonjour - Le bonjour simplement, le premier mot - Le bonjour est essentiel - Le mot "bon-jour" c'est un appel à la communication - Une entrée en communication - La politesse - Comment vous allez? - Aussi me présenter - L'humour - Plus de facilité à communiquer avec l'humour - L'humour
	<p>Le non verbale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non verbal - Le non verbal

- Le non verbal
- Tout ce que le patient peut voir, touché, ressentir
- Le touché
- Nos distances
- Être présente
- Plutôt tendance à prendre les mains
- La communication n'est pas forcément la parole

L'entrée en communication non verbale:

- C'est pas aussi que parler
- Le sourire c'est une attitude qui fait que je vais vers la personne
- Un sourire
- J'ai un visage assez souriant
- Ma posture
- La poignée de main
- Le contact peau à peau avec des gens
- La posture
- Attitude posturale
- Le sourire
- De sourire
- On sourit plus
- Les sourires
- M'asseoir à côté
- La proximité
- Attitude de "je viens vers toi"

La place du silence

- Au silence
- Les silences font partie de la communication
- Pause du discours
- Au silence
- Il en faut pour permettre l'association libre
- et faire venir les idées en tête
- Si y a un silence y'a un silence quoi

<p>Enjeux de la communication</p>	<p>Établir un échange entre pair</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Et puis on essaye d'être professionnelle - On est humain - Entre nous deux - Elle coule de source - Ca me vient naturellement - On est pas juste des techniciens à faire des gestes techniques - On soigne une personne - On ne fait pas juste des soins techniques
	<p>Tout en tenant compte de chacun</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avec son vécu - Peut-être ses troubles cognitifs - La situation qu'il vit - Prendre en compte la pathologie - La personne dans sa globalité - Y'a mon expérience - Comment je parle - Les mots que j'ai choisi
	<p>Des difficultés/ des obstacles</p>	<p>Pour le patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient il est pas dans son environnement - Un environnement qui lui est inconnu - Étrange - Violent - Intrusif <p>Pour le soignant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - J'ai de plus en plus de mal à le faire - Et je ne sais pas quoi dire - Je me sens démuni face à lui - ça me déstabilise souvent - Je ne suis pas très à l'aise - J'ai vraiment encore du mal - Donc souvent y'a pas d'échanges - Et ça passe pas quoi - La barrière de la langue aussi

- La violence
- L'agressivité des gens
- Lié à la pathologie par exemple avec des patients délirants
- Ou juste de l'agressivité
- Pour de l'agressivité
- Mais l'agressivité
- Les troubles cognitifs plus avancés
- Tu peux avoir une opposition complète
- Souvent il me dit quelque chose que je perçois pas vraiment
- Des fois ça ne marche pas parce que quelque chose nous échappe
- Qu'on ne peut pas maîtriser
- Qui est propre à l'autre en face
- On a pas toujours la clé malheureusement
- Tu as beau communiquer avec les mots
- Tu as beau avoir une attitude cocooning, rassurante

Stratégies d'adaptation

- Finalement pas grand chose
- Mais on arrive à se débrouiller
- Même si on est pas bilingue
- On arrive toujours à se comprendre
- On arrive toujours à se débrouiller
- Pleins d'obstacles mais jamais insurmontables
- On passe cet obstacle
- Puis il n'existe plus
- On a les outils numériques
- Après y'a des techniques
- Le fait de parler de manière apaisé

L'intérêt de la mise en place d'une relation et donc de la communication

Pour le soignant:

- ça nous donne vraiment un sens à nos soins
- Un sens à ce que l'on fait
- On ne fait pas juste une prise de sang ou un pansement
- On soigne une personne

		<ul style="list-style-type: none"> - Recentrer les choses - Savoir pourquoi on est là - On a soigné des gens - On ne fait pas ce métier pour travailler à la chaîne - ça permet de sortir de ce danger là - Trouver les leviers pour obtenir son accord
		<p>Pour le patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est sortir de l'isolement - ça nous remet juste à notre place d'être humain - On remet les personnes au centre du débat - C'est pas une chose - C'est pas un organe c'est un être humain qui a ouï un problème d'organe

LA RELATION SOIGNANT / SOIGNE

Objectif d'analyse n°2: Mettre en évidence l'importance de la mise en place d'une relation soignant soigné dans un contexte particulier de la même façon que la prise en compte du cadre qu'elle doit respecter.

Les fondements de la relation S/s	Les prémices de l'entrée en relation	<ul style="list-style-type: none"> - La connaissance - Pour moi c'est la connaissance à minima de l'autre - La connaissance à minima des habitudes, rituels, des traitements - La connaissance - La sincérité - ça reste ici des personnes âgées qui ont un vécu
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- On ne sait pas tout ce qu'ils ont vécu
- On ne s'en rend pas compte
- Ils ont un passif
- Il ne faut pas oublier ça

Instauration d'une relation

Difficulté:

- Si on ne se sent pas capable
- Fin moi je me sens pas à l'aise dans le touché alors j'ai jamais proposé un massage à un patient
- Parce Que je suis pas bon
- J'aime pas ça
- On sent que les personnes nous connaissent pas et ne me fait pas confiance
- C'est "je suis la p'tite nouvelle"
- Et elle me connaît pas encore
- Je préfère aller trouver quelqu'un qui le fera mieux que moi
- Qui va apporter une relation de qualité
- On est pas tout seule dans une équipe de soin
- L'équipe peut-être une ressource

Facilitation :

- Si je sens qu'il n'y a pas de freins
- Si je le sens à l'aise
- Je dirais que j'aurais gagné

Relation de confiance

- En expliquant avec précision
- Quelque chose de claire
- On part du patient
- De la personne en face
- En expliquant
- En prenant son temps
- Pour que le patient adhère au soin
- Il faut accepter que la confiance ne se fait pas immédiatement
- Mais en plusieurs heures
- Parfois jours
- Parfois ça ne marche pas

		<ul style="list-style-type: none"> - Bien connaître la personne - Les gens ont l'habitude de nous connaître, il nous font confiance - Une confiance facilement - Faire en sorte que dans la relation soignant soigné ça se passe bien
<p>Etablissement d'une relation S/s lors de la présence d'une altération de la communication</p>	<p>La perception du message reçu</p>	<p>Bonne réception du message :</p> <ul style="list-style-type: none"> - On peut toujours avoir des retours - C'est important de toujours avoir des retours - Des indicateurs de qualités de ce que l'on fait - On le fait naturellement → Vous faites un pansement, je vous fait pas mal monsieur - Un indicateur de qualité - On a le feed back - On a forcément un retour <p>Avec interprétation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - On va se persuader qu'elle est bonne - On ne peut pas avoir de feed back certain - Je peux tout à fait parler même si je n'ai pas de retour - Souvent je parle de chose basique <p>→ Il fait beau regarder</p> <p>→ Oh là là j'ai eu froid ce matin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ça fait discussion d'ascenseur - Mais je ne vais surtout pas me taire - Ce n'est pas parce que l'autre ne parle pas que je ne vais pas lui parler
	<p>L'utilisation du non verbale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le touché - La proxémie - Elle est pas forcément physique - Je ne vais pas me mettre dans le couloir - Essayer de ne pas paraître spécialement timide - Surtout de laisser la porte ouverte à la communication - Ça peut-être s'asseoir à côté du lit - Ma posture quoi - Une main sur une main

- Un geste tendre
- Si la personne à besoin de réassurance on va peut-être accentuer le non verbal
- Un rapprochement physique
- Le geste
- La gestuelle

Approche comportementale du soignant

- On fait autre chose
- On passe outre
- Petit à petit on voit des indicateurs
- Je reste tel que je suis
- Je reste pro
- C'est pas un frein pour moi
- C'est parce que la personne ne répond pas soit volontairement soit pas volontairement que ça rompt la communication
- Que ça rompt le lien
- Pour moi ça change rien
- Je continue à parler quoi
- La spontanéité du choix de l'alternative de la communication qu'aura pris le patient
- ça voudra peut-être dire qu'on a réussi à passer les obstacles

Limites à la relation soignant-soigné

- La limite de la politesse
- Du respect
- J'appelle pas les résidents par leurs prénoms
- On ne les tutoie pas, On les vouvoies
- Une question de respect
- La distance professionnelle
- Ne pas infantiliser
- Chacun met son curseur où il veut
- Oui on s'attache
- On a des affinités plus avec certains que d'autres
- La limite des émotions
- Je trouve ça pas choquant qu'on soit ému par certains moins par d'autres
- La familiarité

- Ne pas dépasser en tant que soignant
- Les patients ne doivent pas la dépasser
- Si ça arrive il faut les recadrer
- De familiarité
- Il faut bien évidemment recadrer
- Si on veut assurer les soins après
- Ca ne doit pas arriver q
- Je parlais d'humour aussi
- Il faut faire attention
- Tout le monde ne rit pas de tout

Sentiment vécu par les soignants

La place des émotions dans la relation soignant-soigné

Sans difficultés particulière à entrer en communication:

- On peut être anxieux
- Stressé face à une situation
- On peut avoir peur
- Si on prend une émotion de tristesse
- On a le droit d'être triste à une situation qu'on observe
- De même que la joie
- J'ai le droit de pleurer
- D'être triste
- Parfois aussi se préserver de situation
- Qui peuvent atteindre après notre vie personnelle

Lors d'une difficulté à entrer en communication:

- De la frustration
- Je me sens bête
- C'est frustrant
- J'ai l'impression d'être une mauvaise soignante
- ça fait celle qui s'en fou
- J'ai pas toujours de réponse
- J'ai pas toujours une demi-heure pour essayer de comprendre
- Mais j'aime pas
- J'aime pas
- tu es content quand tu réussis

- On veut être à l'écoute de l'autre
- On veut pouvoir l'entendre verbalement ou non
- Comprendre ce qui nous transmet
- Si la mission est remplie impeccablement quoi
- Des fois je fuis
- ça m'arrive d'aller faire un soin de ne pas comprendre ce que le résident me raconte
- Parce que je n'arrive pas à comprendre ou à communiquer
- C'est compliqué
- Je vais répondre et être à côté de la plaque
- Même arriver à de la colère
- De l'énervement
- Le but c'est de percevoir cette frustration
- Et au blocage

Recevoir les
émotions

Acceptation des émotions:

- Faut pas essayer de mettre un couvercle dessus
- ça te pète à la gueule quoi à un moment donné
- J'essaye de maîtriser tout mais plus tu maîtrises plus ça déborde
- Il faut les accepter
- Faire avec
- Avec l'expérience j'ai pris du recul
- Faut le reconnaître
- Et le dire
- On peut voir que "ah toi aussi tu ressens ça"
- Pour moi on doit faire avec
- Face au patient aussi
- Sans qu'il en pâtisse nos émotions
- Mais faut les accepter
- De m'exprimer
- J'essaye de pas complètement m'effondrer
- Les affinités jouent beaucoup
- Certains nous font mouche quoi

- Y'a d'autres qu'on aime pas
- Mais on fait quand même bien notre travail

Contrôle des émotions:

- Est-ce qu'il faut je sais pas
- Est-ce qu'il faudrait peut-être
- Des fois on arrive pas forcément
- mais il faut essayer de se contenir
- Je pense qu'il faut rester professionnel
- Est-ce qu'il faut la montrer à la famille et au patient
- Je pense qu'il y a une limite à mettre
- Mettre une distance
- Je pense qu'il faudrait dans la mesure du possible pas les cacher

ALTERNATIVE A LA COMMUNICATION

Objectif d'analyse n°3: Objectif d'analyse n°3: Exprimer la nécessité de la mise en place d'alternative communicationnels ainsi que le ressenti infirmier dans un contexte d'impossibilité de réaliser un échange orale

Alternative à la communication	Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins des gens à l'hôpital sont en plus souvent les mêmes - On comprend facilement - Essayer de créer le lien - Faire réagir la personne - Il faut que l'information passe
--------------------------------	----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- C'est important
- En aucun cas il faut rester dans le doute
- Et dire bon je comprends pas et partir
- Il faut aller chercher quelqu'un d'autre
- Aucune alternative est inutilisable
- Faut être imaginatif
- On invente finalement parfois

Les ressources possibles

- J'ai déjà demandé à des collègues de venir m'aider
- C'est pas une question de compétences
- On peut aller chercher quelqu'un d'autre
- "mes collègues vont passer"
- Il faut connaître ses limites, c'est quelque chose de très important

Les supports utilisable

Avec altération de la communication:

- Du non verbal finalement
- Il y a pleins de choses
- Pleins de trucs possibles
- Animations
- Musiques
- Zoothérapie
- Aromathérapie
- Le tableau
- Ecrire
- Moi j'écris quelque chose
- Elle écrit quelque chose
- Passer leurs messages par un clignement des yeux
- La pression des mains
- La personne qui nous fait une pression pour un oui, deux pour dire non
- La médiation animale
- Les ardoises effaçable
- Les Abécédaire
- Plus on utilise ce genre d'outils et plus c'est naturel finalement
- Des imagiers souvent personnels
- Peut-être que cela va prendre plus de temps d'énergie

- Par la présence
- Tout ce qui est soin
- Au cours d'une animation
- Une lecture d'un article

Sans altération de la communication:

- La parole c'est ce qu'il y a de plus facile en terme de compréhension
- Avec la parole je vais en 2 minutes pouvoir agir à la demande

NOM: Guihéneuf
PRÉNOM: Noémie

TITRE: Peut-on soigner sans les mots ?

ABSTRACT:

Communication, whatever the form, is even more essential in the care environment in order to establish a relationship between a therapist and a patient.

During the course of my traineeship, effective communication is a notion that I was able to observe and utilise and at times differed from the one that is expressed verbally. Indeed, we can define this term of communication as being an exchange, a sharing of information between two people. It is expressed through words, which is called verbal, but also through gestures, postures and facial expressions, described as non-verbal.

Through this research work, it is about finding out more about the communicational exchange as well as the caregiver-patient relationship created around it in order to then discover the possible alternatives to it.

Reflecting on these situations has given rise to many questions.

It is from these questions that I was able to identify one that will be the starting point of my dissertation: How do the alternatives to oral communication used by the nurse influence the nurse/patient relationship?

I can then begin my research and build up my theoretical framework. This is divided into three main parts, each linked:

communication and its emergence; the carer/patient relationship and finally the alternatives to verbal communication. After the completion of this framework, it was agreed to conduct a field investigation. This is why I designed semi-structured interviews with two nurses of different backgrounds with the use of a pre-established interview guide. These interviews made it possible to bring notions of communication as well as potential various tools to ensure the maintenance of a strong carer/patient relationship.

In conclusion, the many questions expressed at the beginning of this end-of-study work have been answered by my research as well as by the information collected in the field. The same goes for my original question. However, new reflections are raised and expanding as a result of this outcome. Indeed, I wonder about the involvement of caregivers in connection with the implementation of alternative communication. This is why my question is: In what way is the professional investment of the caregiver in his relationship with the patient necessary to ensure the roll out of communication through alternatives?

RÉSUMÉ:

La communication aussi différente qu'elle existe est essentielle d'autant plus dans un contexte de soin afin de concevoir une relation entre un thérapeute et un patient.

Lors de la réalisation de mes stages au cours de la formation, la communication est une notion que j'ai pu observer et exploiter à chacun d'eux. Une utilisation parfois différente de celle qui est exprimée par le verbal. En effet, on peut définir ce terme de communication comme étant un échange, un passage d'information entre deux personnes. Elle s'exprime par les mots, ce qui est nommé le verbal mais encore par les gestes, postures et mimiques appelés le non verbal.

A travers ce travail de recherche, il s'agit d'en savoir plus sur l'échange communicationnel et la relation soignant soigné créer autour pour ensuite découvrir les alternatives possibles à celle-ci.

La réflexion autour de ces situations d'appels a donné naissance à de nombreuses questions. C'est de ces questions que j'ai pu en préférer une qui sera la question de départ de mon mémoire : En quoi les alternatives à la communication orale mobilisées par l'infirmière influencent-elles la relation soignant soigné ?

Je peux alors débiter mes recherches et faire naître mon cadre théorique. Celui-ci est décliné en trois grandes parties chacune en lien: la communication et son émergence ; la relation soignant soigné et pour terminer les alternatives à la communication.

Après la réalisation de ce cadre, il a été convenu de mener une enquête de terrain. C'est pourquoi j'ai conçu des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmiers au parcours différents avec l'utilisation d'un guide d'entretien pré établie. Ces entretiens ont permis d'apporter des notions de communication ainsi que les différents outils possibles permettant le maintien d'un lien soignant soigné.

Pour conclure, les nombreuses questions exprimées au début de ce travail de fin d'étude ont par mes recherches ainsi que par les informations récoltées sur le terrain pu avoir des réponses. Il en va de même pour ma question de départ. Cependant de nouvelles réflexions naissent et grandissent à la suite de cet aboutissement. En effet, je m'interroge sur l'implication des soignants en lien avec la mise en place d'une communication alternative. C'est pourquoi ma question de recherche est: En quoi l'investissement professionnel du soignant dans sa relation auprès du patient est nécessaire pour assurer la mise en place d'une communication par le biais d'alternatives ?

KEY WORDS: Communication ; Non-verbal ; carer/patient relationship ; Alternatives ; Professional investment

MOTS CLÉS: Communication ; Non verbal ; Relation soignant soigné ; Alternatives ; Investissement professionnel

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: 2019 - 2022