



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

Et si mon patient retrouvait l'air apaisé ?

Formateur référent mémoire : Lisa DJADAOUJEE

LE CARS Madeline
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 01 Mai 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 : Et si mon patient retrouvait l'air apaisé ?

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 01 Mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Madeline Le Cars 

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.

Voilà que ce travail touche à sa fin. Alors que mes plans ont changé trois fois, qu'il a fallu chercher, écrire, puis effacer et recommencer pour trouver la meilleure direction qui puisse m'aider à mener à bien ce travail. Ce mémoire marque la fin de trois années de formation très riche, force d'apprentissage et de rencontre.

Je souhaiterai remercier bien sincèrement Lisa DJADAOUJEE, ma référente de mémoire pour son accompagnement sans faille, et sa grande disponibilité dans ce travail de titan ; pour m'avoir motivée quand la fatigue de ce long travail se faisait sentir. Patricia DAUCE, référente pédagogique, merci à toutes les deux de m'avoir accompagnée vers les meilleurs choix. D'avoir toujours cru en moi, et su être à l'écoute.

Merci aux formateurs et infirmiers que j'ai pu rencontrer à l'école, ou en stage, pour tous leurs conseils.

Merci aux deux IDE d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et pour l'accueil chaleureux qu'elles m'ont réservé.

Merci à mes camarades, devenus des amis pour certains, pour avoir toujours répondu présents pour se changer les idées ou réviser...

Merci à ma famille, mes amis, mes parents, merci aussi à Math et Clem, ils sont là depuis le début et même avant, grâce à eux j'ai pu garder mon énergie.

Merci à Mamy pour les bons petits plats faits maison que je pouvais emporter le dimanche, pour gagner du temps la semaine et travailler. Merci à mon papy qui je le sais aurait été fier de moi.

Merci à ma tante et à Béa, pour la relecture, leurs précieux conseils et le temps passé.

Ce mémoire, a une saveur particulière. J'ai une pensée pour ma Mamy Simone, partie l'année de mon mémoire, alors qu'elle ne l'avait plus depuis un moment déjà... Car quand tout lui était devenu inconnu, même dans ce qu'il y avait de plus familier, que les souvenirs s'étaient envolés et que les mots étaient vains, il ne restait qu'une chose : la musique. Tu me surprénais tant à connaître par cœur les paroles de tes chansons fétiches, alors que ton propre prénom ne signifiait plus rien pour toi. La musique nous a permis de garder un lien un peu plus longtemps, la musique a été notre sursis.

Merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont accompagnée et aidée durant ma formation et pour la réalisation de ce mémoire.

Citation :

« Celui qui ne parle pas est déconcertant car il ne dit rien de lui-même. Il vous laisse avec vos interrogations, vos suppositions, vos interprétations... »

Leclerc C., (2018), *Soins et handicap mental relation soignante et prise en charge*, Arnette et John Libbey eurotext.

Introduction :	1
Situation d'appel :	2
Situation d'appel N°1 :	2
Situation d'appel N°2 :	2
Cadre théorique :	4
I- Les troubles cognitifs et l'aphasie :	4
A- Les troubles cognitifs :	4
A-1- Définition :	4
A-2- Manifestation possible des troubles cognitifs :	5
B- Aphasie :	5
B-1- Définition :	5
B-2- Les différents types d'aphasie :	6
B-3- Aphasie : des difficultés de communication verbale :	6
B- 4- Difficultés de communication : un impact émotionnel pour la personne aphasique :	7
II- Les soins anxiogènes :	8
A- Définition de l'anxiété :	8
A- 1- Manifestation et source de l'anxiété :	9
A-2- L'évaluation de l'anxiété :	10
B- L'anxiété chez les personnes présentant des trouble cognitifs avec aphasie :	11
C- Généré de l'apaisement : le détournement d'attention :	11
III- La musique dans les soins :	12
A- Définition :	12
B- Retours d'expérience :	12
C- La musique, quel effet sur le corps ? :	13
D- Musique et douleur ? Douleur et anxiété ?	14
E- L'utilisation de la musique, impact sur l'apaisement :	15
F- Le rapport des personnes présentant des troubles cognitifs avec la musique :	15
Méthodologie :	16
Commentaire d'Analyse :	17
I - Pratique professionnelle :	17
II - Les définitions selon les professionnels :	19
III - Situation anxiogène pour la population cible :	20
IV - Lien entre aphasie, trouble cognitifs et anxiété :	20
V - Non à la musique :	21
VI - Musique : Les effets sur le corps :	21
Discussion :	22
I- Les grandes notions :	22
A- Les troubles cognitifs : des définitions communes :	22
B- Les soins anxiogènes :	23

C- La musique : Bénéfice pour le patient ou pour le soignant ?	24
D- L'anxiété :	25
E- Le patient acteur dans ses choix :	26
II- Un travail qui m'a fait évoluer :	27
A- Mes apprentissages :	27
B- Rétrospective sur mon travail :	27
III- La tentative d'apporter une réponse ... Et même plus :	28
A- La réponse à ma question de départ :	28
B- La nouvelle question émergente :	28
Conclusion :	29
Bibliographie / webographie :	31
Annexes :	
Annexe I : Guide d'entretien	
Annexe II : Retranscription entretien avec Léa	
Annexe III : Retranscription entretien avec Marie	
Annexe IV : Tableau des analyses d'entretien	
Annexe V : Les émotions :	
Annexe VI : Les échelles d'évaluation de l'anxiété	
Annexe VII : Abstract	

Introduction :

Étudiante en dernière année de soins infirmiers à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes, c'est dans le cadre de l'unité d'enseignement 3.4, que je dois initier un travail de recherche. Ce travail a pour objectifs de nous apporter des connaissances nouvelles au regard d'un sujet librement choisi. La recherche est un travail nécessaire car, il me semble, qu'elle est l'avenir de notre profession. C'est en s'appuyant sur les points de vue des auteurs spécialisés dans tel ou tel domaine que nous pouvons être amenés à remettre en question nos pratiques au quotidien. Les « ça a toujours été comme ça », « nous avons toujours fait ce soin comme ça » n'ont plus leur place. Tout doit trouver une justification scientifique, sociale, éthique, législative...

J'ai hésité entre une multitude de sujets avant d'en choisir un tournant autour de : la musique, l'anxiété et les personnes avec troubles cognitifs et aphasie. Trois thématiques auxquelles j'attache une importance particulière. Je les ai rassemblées autour d'une même question de recherche : En quoi l'utilisation de la musique dans les soins influe-t-elle sur l'apaisement chez un patient présentant des troubles cognitifs avec aphasie lors d'un soin pouvant être anxiogène ?

Il m'était nécessaire de travailler sur le public des troubles cognitifs et aphasie, car c'est celui avec lequel j'ai rencontré le plus de difficultés. J'aime les soins relationnels, mais pour la première fois avec ce public, la communication n'était plus une évidence. Je devais réfléchir à deux fois à mes propos, la tournure de mes phrases. J'ai fait face à certaines réactions qui m'ont déconcertée. Cette vulnérabilité que je ressentais, il fallait que je la creuse, la comprenne. Je suis persuadée que l'expérience aide à dépasser ses difficultés et nous rend plus solide. Et je suis certaine que la théorie a son intérêt dans la compréhension des situations rencontrées. L'anxiété, je l'ai croisée dans tous les lieux de stage que ce soit en chirurgie, à domicile, en EHPAD, en néonatalogie. Et j'aime essayer d'apaiser ces patients qui sont angoissés par ce qui leur est arrivé, ce qui leur arrive. C'est en gardant à l'esprit ces patients qui m'ont touchée par leur histoire et leur sensibilité, que j'effectue ce travail de recherche. Rechercher pour finalement pouvoir mieux les accompagner.

Premièrement, je vous laisserai découvrir ces situations qui m'ont interpellée lors d'expérience professionnalisante. Cela vous permettra de comprendre les prémices de ma recherche.

Ensuite je vous emmène avec moi, à la découverte d'auteurs qui ont fait évoluer ma façon de penser les soins, qui m'ont permis de comprendre certaines situations vécues. J'aborderai différentes notions pour traiter le sujet, telles que les troubles cognitifs et l'aphasie, l'anxiété, la musique et ce qu'elle procure.

Situation d'appel :

Situation d'appel N°1 :

Mme X est en foyer d'accueil médicalisé. Elle est aphasique. Elle aime jouer à des jeux de construction type Légo ou cubes en bois, qu'elle a souvent avec elle, notamment dans sa chambre, pour un temps calme après le repas. Elle peut cependant prononcer quelques mots et notamment le prénom de sa sœur. Mme X peut être assez renfermée sur elle-même. Je l'accompagne dans ses soins de la vie quotidienne et notamment pour sa toilette. J'ai très vite remarqué son poste de musique à côté de son lit. Lors de mon premier accompagnement à la toilette avec Mme X. j'essaie de communiquer avec elle, au travers de la parole. Mais Mme X ne me regarde pas, elle semble ailleurs. Où ? je n'en ai aucune idée. Je me demande même si ma présence ne la dérange pas (du moins je comprends un éventuel refus de sa part pour quelque chose) et je commence le soin. Après le soin, c'est au moment de tracer ce dernier que je découvre une fiche qui explique les goûts et la personnalité de Mme X. J'ai pu y lire « Elle apprécie écouter la musique ». Le lendemain, de nouveau je l'accompagne pour ses soins d'hygiène et je lui propose d'allumer son poste. Elle a bien compris et a souri. Quand j'ai mis ce CD des années 80, j'ai senti comme quelque chose de moins pesant dans l'atmosphère. Mme X était davantage présente. Je le voyais à son regard. Elle captait tout ce que je faisais. Elle participait même à sa toilette quand je la stimulais. Lever le bras, plier les jambes... Je n'avais pas nécessairement besoin de lui dire par des mots. Elle suivait le soin, anticipait certaines de mes demandes à rebaisser le bras par exemple. C'était agréable. Elle souriait et j'étais détendue de voir que ma présence ne la dérangeait finalement pas tant, au contraire même. Elle a dit le nom de sa sœur à plusieurs reprises ce jour-là.

Situation d'appel N°2 :

Mr R est une personne que j'ai accompagnée lors d'un séjour adapté pour adulte en situation de handicap mental. Mr R ne parle pas. Pour exprimer ses émotions, il crie. Et quand celles-ci deviennent envahissantes pour lui, il se met à bouger dans tous les sens, à courir. Lors des sorties en extérieur type restaurant ou parc communal ; des lieux où il y a du monde et du bruit environnant Mr R peut se retrouver envahi par toutes ces stimulations extérieures. La musique lui a permis de se recentrer et de canaliser ce « trop plein » de stimulation. J'ai pu en faire l'expérience personnellement à deux reprises notamment. Nous nous sommes retrouvés dans une situation où nous devions attendre 30 minutes dans une file d'attente tous les deux. Très vite, il a commencé à crier, à partir. Lorsque je lui ai mis de la musique avec mon portable cela le calmait et il restait près de moi. Aussi, un soir après une journée bien chargée en émotion et en activité, Mr R n'arrivait pas à

tenir en place à table et refusait de venir prendre ses traitements. Alors même que j'ai mis l'enceinte musicale près de sa place à table, il est revenu s'asseoir et a pris ses traitements sans difficulté.

Une fois ces situations d'appel posées, plusieurs questionnements communs aux deux situations ont émergé, les voici : En quoi, la musique a-t-elle été un outil pour mettre en place une relation de soins /de confiance ? Quel effet la musique a-t-elle pu avoir sur le corps de la personne accompagnée ? Est-ce que la musique ne m'a pas détendue aussi pour les soins et induit un soin plus serein pour la personne accompagnée ? En quoi / pourquoi / comment / par quel phénomène la musique permet-elle d'entrer en relation avec une personne présentant une aphasie ? En quoi la musique peut-elle être vecteur de liens sociaux ? Peut-être est-ce par l'association de souvenirs que la musique permet de rassembler ? Quelle place la musique laisse-t-elle au souvenir ? La musique aurait-elle pu être envahissante ? Dans quelle mesure ?

Je me suis posé d'autres questions concernant uniquement la deuxième situation qui sont : En quoi la musique permet-elle à Mr R de se « canaliser » ? de se recentrer sur ce qu'il se passe maintenant ? Quels sont les effets physiologiques et organiques générés par l'écoute de la musique ? (en termes d'émotion, d'apaisement) Peut-on considérer la musique comme vecteur de communication ?

Cadre théorique :

Les situations d'appel exprimées ci-dessus m'ont amenée à effectuer des recherches sur les différentes notions que sont : les troubles cognitifs et l'aphasie, l'anxiété, l'utilisation de la musique dans les soins. Je me suis alors intéressée à différents auteurs qui avaient tous, à mon sens, quelque chose à apporter à ma recherche. Ils m'ont tous permis d'enrichir mes connaissances et ma réflexion professionnelle.

I- Les troubles cognitifs et l'aphasie :

A- Les troubles cognitifs :

A-1- Définition :

Avant de définir les troubles cognitifs, il me semble indispensable d'être au clair avec ce qu'est la cognition. Selon le Larousse, la cognition, littéralement du latin « cognitivus » est relative à tout ce qui « se rapporte à la faculté de connaître ». Sur le site internet Cognifit (s.d), la cognition est définie comme la

« capacité des êtres vivants à traiter l'information à partir de la perception (stimuli qui nous parviennent du monde extérieur par les sens), les connaissances acquises par l'expérience et nos caractéristiques subjectives qui nous permettent d'intégrer toutes ces informations pour valoriser et interpréter le monde. »

Les troubles cognitifs renvoient quant à eux à une altération des fonctions cognitives comme expliqué ci-dessus. La Haute Autorité de Santé (2018) précise que l'expression « troubles cognitifs » ne dépend pas de son origine ou du mécanisme qui est en jeu, ni même de sa caractéristique à être irréversible ou non. Le trouble cognitif peut avoir plusieurs causes. Selon Ooreka santé, s.d, parmi elles, on retrouve des événements inopportuns de la vie comme l'apparition d'une maladie, un accident de parcours, pouvant être à l'origine d'un traumatisme cérébral, ou encore le vieillissement.

Dès lors, nous pouvons constater que les troubles cognitifs concernent un large champ neurophysiopathologique.

A-2- Manifestation possible des troubles cognitifs :

Nous pouvons retrouver différents signes et symptômes liés aux troubles cognitifs, intimement liés à l'altération des différentes capacités cognitives et à la zone cérébrale atteinte, tels que : « confondre leur proches », « oublier leur numéro de téléphone », « oublier un rendez-vous » corrélés à la mémoire. « Employer des mots non appropriés » corrélés au langage, etc. (Oorkéa santé, s.d)

Aussi selon le DSM (= Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) les principaux troubles cognitifs se regroupent en trois catégories. Deux d'entre elles ne seront pas développées : le délirium et l'amnésie. La démence quant à elle est une catégorie de trouble cognitif où nous retrouvons principalement les pathologies telles que l'alzheimer, la schizophrénie, mais on peut aussi possiblement les retrouver en post AVC ou traumatisme cérébral. (DSM, s.d cité par Oorkéa s.d)

B- Aphasie :

B-1- Définition :

L'aphasie est un terme largement employé dans mon mémoire, puisqu'il en constitue l'une des notions principales.

Selon le dictionnaire Larousse : « nom féminin, (grec *aphasia*, mutisme), Affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral ». C'est en poursuivant mes recherches dans des magazines de santé que j'ai pu comprendre les potentielles causes et origines de ce trouble du langage.

D'après Crevoisier & Georget (janvier-février 2009) « Ce trouble est lié à une atteinte cérébrale, localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale ». (p. 65). Par cette précision, nous pouvons très vite comprendre que l'aphasie peut apparaître de façon inattendue dans la vie de l'individu, comme à la suite d'un AVC par exemple, ou d'un accident engendrant, comme le stipule le Larousse, une lésion du cortex cérébral.

Très rapidement, le lien se fait alors entre les causes du trouble cognitif et celles de l'aphasie. Nous retrouvons d'ailleurs des circonstances communes.

Aussi, par la précision que cette atteinte cérébrale puisse être localisée ou diffuse, je me suis interrogée sur la diversité des aphasies existantes. Est-ce qu'elle diffère en fonction de la localisation de la lésion ? Les manifestations de l'aphasie sont-elles toutes identiques ?

B-2- Les différents types d'aphasie :

Très vite, dans mes recherches sur cette thématique, j'ai constaté qu'il n'existait pas une, mais bien plusieurs aphasies. Paul Broca et Carl Wernicke sont les deux grands protagonistes à avoir approfondi les recherches scientifiques sur cette notion d'aphasie. D'après Crevoisier & Georget (janvier-février 2009), s'il existe de nombreux types d'aphasies, nommés et classés en fonction de leurs caractéristiques, il en ressort deux grands types dont leurs nominations sont sans surprise : Aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke.

Je vais très rapidement évoquer l'aphasie de Wernicke, le patient atteint par ce type d'aphasie ne va pas se rendre compte de son trouble, nous pouvons donc parler en terme professionnel d'anosognosie. « Il [le patient] se trompe dans le choix de ses mots (bouton pour boulon, chaise pour table) ou commet des erreurs dans l'agencement des sons (blotte à belette pour boîte à lettres) ». (Ramé, 2007, p. 20). Nous retrouverons un patient logorrhéique et persuadé que ce qu'il dit est compréhensible par tous et logique.

Et puis, il y a l'aphasie de Broca, où nous avons un tableau clinique et des manifestations opposées. Ramé (2007), qualifie cette aphasie de « [...] très difficile à vivre par le patient ». (p. 20) Pour cause, le patient qui en est atteint a conscience de son trouble. Il ne parviendra pas à exprimer ce qu'il veut avec les mots qu'il veut. Ce phénomène de conscience du trouble nous permet de comprendre plus facilement le tableau clinique qui peut se dessiner. Nous aurons un patient qui parle peu, « Elle se caractérise par une réduction du langage oral, l'emploi de phrases brèves et simplifiées ». (p. 20) Le discours du patient peut être perçu comme étant « télégraphique ».

De là, je me suis interrogée sur ce que pouvait ressentir la personne qui vivait cela. Comment vit-elle son incompréhension ?

B-3- Aphasie : des difficultés de communication verbale :

Ce public nécessite une approche spécifique en matière de communication en raison de ses difficultés à s'exprimer verbalement.

Certains auteurs, tels que Vallat & Vert-Pré (2021), évoquent donc la nécessité pour les professionnels de santé d'avoir accès à des temps d'apprentissage quant à la spécificité de la communication auprès des personnes ayant des troubles cognitifs. Cette approche est à mettre en œuvre notamment dans les périodes d'angoisse. L'anxiété est majorée chez le patient atteint de troubles cognitifs à la suite d'une démence, notamment en période d'hospitalisation. En réalité, c'est

le changement d'environnement qui y est pour beaucoup, ce contexte est propice au développement de toute forme d'agitation passagère et de désorientation.

Vallat & Vert-Pré (2021), ajoutent : "Néanmoins, la communication, difficile en cas de démence, ne permet pas aux professionnels d'évaluer correctement les besoins du patient." (p.24) par ce constat mis en évidence on voit combien une communication déficiente peut mettre à mal une prise en soins. Pourtant d'après Evelyne Terrat (2013), la majorité de la communication passe par le non verbal, "Le langage est spécifique à l'être humain, mais seulement 10% de l'information passe par le canal de la parole." (p.12). On en déduit facilement que 90% de l'information passe par le non-verbal. Malgré cette information donnée, les difficultés à prendre en soins de façon efficace ce public demeure. C'est effectivement ce que mettent en évidence Vallat & Vert-pré (2021) que plus la maladie d'alzheimer évolue et plus les difficultés de communication seront marquées. Il sera donc compliqué pour l'entourage de répondre aux besoins de la personne malade. Si la communication verbale est mise à rude épreuve elle n'est pas vaine. "On observe même que les déficits langagiers s'accompagnent d'une augmentation des actes non verbaux." (Rousseau, 1995 cité par Vallat & Vert-Pré 2021, p.39) C'est ainsi que l'espoir peut renaître pour l'entourage et pour la personne malade. Une communication reste possible. Il faudra, en revanche, faire preuve de patience pour que les deux interlocuteurs s'assurent de s'être bien compris mutuellement.

En effet, la communication occupe une part importante dans la société, et tout simplement dans le quotidien de toutes personnes. La communication nous permet de répondre à nos besoins primaires, les personnes ayant des troubles cognitifs et aphasiques ont accès à la communication, mais celle-ci est d'autant plus difficile qu'elle nécessite une écoute encore plus active qu'à l'accoutumée. Elles éprouvent des difficultés non négligeables à interagir avec la société et donc ont besoin de fournir davantage d'efforts pour répondre à leurs besoins. Tout cette énergie, et parfois la prise de conscience de leur difficulté à répondre seul à leur besoin, la prise de conscience de leur perte d'autonomie, peuvent engendrer de l'anxiété.

B- 4- Difficultés de communication : un impact émotionnel pour la personne aphasique :

Suite aux découvertes que j'ai faites dans la partie précédente, je voulais en savoir plus concernant l'impact émotionnel que pouvait avoir l'aphasie sur les personnes concernées.

Vincent d'hardemare (Août-Septembre 2015), a dit "La communication permet de dévoiler les préoccupations et de préciser la pensée." (p.23) Le nœud du problème pourrait en partie se trouver

dans cette phrase. Et c'est peut-être en ce sens que les personnes dyscommunicantes pourraient parfois être plus sujet aux angoisses.

Leatitia Bodet-Cotentin (2016), nous parle des patients en réanimation et qui étaient intubés. Ces personnes étaient éveillées et conscientes de leur incapacité à parler du fait de l'intubation. J'ai fait le lien avec la personne ayant une aphasie de Broca, car elle est consciente de son incapacité ou de sa difficulté à communiquer. Nous pourrions donc retrouver des sentiments communs. L'auteur explique très bien combien il est compliqué psychologiquement pour les patients de ne pas pouvoir s'exprimer avec leurs mots. Ce type de situation peut en effet générer de l'angoisse, le patient peu à peu s'isolera, car il s'épuisera à essayer d'être compris.

D'ailleurs, il a été dit par Maria Teresa de Vito Woods (février 2014) que : « Souvent le patient cherche à cacher cette peur en parlant sans arrêt ou au contraire pas du tout. » (p. 70) Ici, il n'était pas question de la population spécifiquement abordée dans ce mémoire, mais plutôt de manière générale à la suite d'observations informelles des patients en soins d'anesthésie. Il est donc clair que la parole joue un rôle dans l'expression de l'angoisse. Cette démarche de verbalisation de l'angoisse est appuyée aussi par Kim Sadler (2014). « On peut utiliser certaines stratégies pour faire parler son patient : clarifier ses propos, les paraphraser, les refléter ou les interpréter », et le soignant devra, quoiqu'il arrive, essayer de comprendre les peurs du patient.

Alain Ramé (2007) affirme que :

« Le soignant doit également considérer le fait que le temps d'un aphasique est modifié. Le temps des autres va trop vite et il en souffre car il ne peut, par exemple, manifester son accord, sa désapprobation au cours d'une conversation qui s'écoule trop rapidement ». (p. 21) La pression temporelle, cet écart temps qui peut se jouer entre l'interlocuteur et le locuteur, peut générer de l'agacement, car la personne aphasique peut se sentir mise de côté. Cette frustration peut créer bien des angoisses.

II- Les soins anxiogènes :

A- Définition de l'anxiété :

Selon le dictionnaire Larousse l'anxiété peut être définie de la manière suivante :

« Nom féminin, (latin *anxietas*) :

1- Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ;

2- Angoisse ou Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. »

J'utiliserai le sens n°1 proposé par le dictionnaire. Aussi, j'emploierai le terme d'anxiogène conformément à la définition proposée par le dictionnaire du Larousse, qui se veut qualificatif du nom anxiété : « adjectif, se dit d'une situation ou d'un objet susceptible de mobiliser de l'angoisse (ou de l'anxiété) chez un sujet ».

L'anxiété est une réaction naturelle, à moins que l'intensité et ses manifestations ne deviennent pathologiques. Mais gardons en tête qu'elle fait partie de notre palette émotionnelle. On compte 6 émotions (Joie, Colère, Peur, Tristesse, Surprise, Dégoût) que l'on pourrait qualifier de primaires, tels le bleu, jaune, rouge qui peuvent se voir nuancés par d'autres émotions. Parmi elles, nous retrouvons l'anxiété. (Cf annexe).

A- 1- Manifestation et source de l'anxiété :

Pour évaluer l'anxiété et comprendre ce que ça représente vraiment, il faut s'attarder sur les manifestations de cette dernière. « L'anxiété peut se reconnaître par une tension motrice (fatigabilité, tremblements, douleurs musculaires), une hypervigilance cognitive (difficulté de concentration et de sommeil) et une hyperactivité neurovégétative (dyspnée, diaphorèse, xérostomie) ». (Sadler, 2014, p.23). Nous pouvons donc rapidement comprendre que ces manifestations peuvent être très variées, c'est le somatique qui parle.

Mais alors qu'est ce qui peut générer toute cette angoisse ? L'environnement joue énormément sur cette émotion, ce ressenti qui est décrit par beaucoup de patients comme hostile. D'après Minguet & Galland (Sparadrap, 2011), les enfants, pour la plupart, sont intimidés, inquiets par le fait même de venir à l'hôpital. Ce qui inquiète, c'est la projection que l'on peut se faire du soin ou de l'intervention, la peur de souffrir, la séparation d'avec les parents pour les enfants n'est pas toujours facile à vivre. Et tout simplement l'inconnu peut faire peur... Aussi, le sentiment d'angoisse peut être majoré en fonction de l'histoire de vie des enfants et de leur expérience antérieure avec les hôpitaux. Ces éléments nous les retrouvons aussi chez les adultes, l'environnement est qualifié par Maria Teresa de Vito Woods (2014), « ...d'inhabituel, froid et fonctionnel. L'endroit est souvent bruyant et mal éclairé, ou au contraire la lumière est agressive ». (p.68). On retrouve aussi ces notions d'appréhension du post-interventionnel, il y a cette projection où le patient ne s' imagine pas le meilleur des scénarios, comme penser aux complications qu'il pourrait y avoir et en avoir peur, par exemple.

Nous pouvons donc retenir que les sources d'angoisse dans le soin sont multiples. Cela pourrait d'ailleurs expliquer leur complexité à être évaluées et soulagées. L'histoire unique du patient qui

entre en jeu la rend d'autant plus singulière. L'environnement et l'ambiance du lieu dans lequel sera accueilli le patient semble primordial pour prévenir l'anxiété dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un acte chirurgical.

A-2- L'évaluation de l'anxiété :

L'anxiété est à prendre en compte par le soignant au même titre que la douleur.

Cela relève du rôle propre de l'infirmier et est d'ailleurs régi par le code de santé publique selon l'article R4312-19 du 28 novembre 2016 : « En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement ».

Je vais ici, prendre la métaphore de la douleur. En effet, avant d'essayer de diminuer l'anxiété, il semble indispensable d'évaluer son degré, au même titre que l'on évalue la douleur avant de mettre des moyens antalgiques en place. L'évaluation a pour objectif de coter l'état du patient avant la mise en place de toute procédure pour faire diminuer l'anxiété. Aussi, elle permet de mesurer l'efficacité de nos actions et est donc nécessaire à l'amélioration de nos pratiques.

L'échelle la plus connue pour évaluer l'anxiété est celle d'Hamilton. Elle permet au soignant d'évaluer le degré d'anxiété du patient et surtout le retentissement de cette dernière dans la vie de la personne. (Cf Annexe) Pour évaluer de façon globale l'anxiété, elle dispose de différentes thématiques abordant l'anxiété sous tous ses angles et prenant en compte une grande partie des manifestations possibles de l'anxiété. On retrouve par exemple, le sommeil, l'humeur, les symptômes d'ordre : neurovégétatif, respiratoire, gastro-intestinaux, génito-urinaire, musculaire... Vous pourrez retrouver la grille en annexe. En clair, cette grille s'appuie directement sur les manifestations possibles de l'anxiété, comme nous avons pu le voir dans la partie précédente. (Hamilton MC., 1959)

Aussi, pour évaluer l'anxiété, il semble important d'après Aylwin & Métayer (2019), de poser des questions ouvertes aux patients, nous pouvons retrouver le mémo technique similaire à l'évaluation de la douleur : PQRSTU-I. (provoqué-pallié, qualité, région, sévérité, temps, understanding, impact). Vous trouverez la liste des questions en annexes. Quoiqu'il en soit, cette méthode permet de balayer un large champ de l'anxiété et, par les questions ouvertes, offre au soignant la possibilité de réellement personnaliser son approche.

B- L'anxiété chez les personnes présentant des troubles cognitifs avec aphasie :

Maintenant que l'on a vu de manière indépendante ce qu'était la notion d'anxiété et les notions de troubles cognitifs et aphasie, le moment est venu de les mettre en lien.

Selon Leclerc (2018), chez les personnes ayant des troubles cognitifs, handicap mental, l'anxiété peut se manifester par un « Recul, opposition, agitation, cris, pleurs ». Ces réactions sont à prendre au sérieux. « [...] il faut s'efforcer de ne pas forcer... ». En tant que soignant, il faut être dans l'empathie et non dans la confrontation. Il ne faut pas juger les réactions de l'autre qui risqueraient de mettre à mal la relation de confiance. Il faut garder à l'esprit que la plupart du temps la peur n'est pas raisonnée. (p. 71)

Nous retrouvons finalement des sources d'anxiété communes entre la population cible et la population générale. L'auteur ajoute, « Quitter le lieu de vie habituel est toujours stressant pour l'handicapé mental. Il vit mal la séparation et redoute les soins douloureux. La relation soignante est rendue encore plus difficile parce que les soignants sont étrangers au quotidien du patient et changeants » (p. 42)

C- Généré de l'apaisement : le détournement d'attention :

S'il est important d'évaluer l'anxiété au même titre que la douleur, l'objectif premier est de pouvoir diminuer cette anxiété. De trouver des alternatives qui permettront de soulager l'anxiété palpable du patient.

C'est d'ailleurs ce qu'explique Lobart (2016), dans son article *Questionner l'usage de la force lors des soins*. Elle fait une énumération de propositions pour diminuer l'anxiété chez l'enfant telles que faire des pauses pendant le soin pour aller au rythme de l'enfant, administrer un antalgique de façon systématique pour prévenir la douleur potentielle que les soins pourraient engendrer chez l'enfant. Elle marque une attention particulière à l'installation de l'enfant lors du soin. Elle se doit d'être adaptée et ordonnée, chacune des personnes présentes lors du soin doivent connaître leur place (parent, enfant, soignant), cela permet d'éviter toute dispersion, et désordre. Le professionnel pourra ainsi réaliser son soin dans des conditions optimales. Il faut privilégier les soins en position assise ou demi-assise, cette dernière favorisera le sentiment de contrôle sur la situation chez l'enfant. Dès lors, il ne pourra plus se sentir dominé. Aussi, il pourra de lui-même se distraire en regardant autour de lui, plutôt que de ne regarder que le plafond. Parmi les propositions de l'auteur, elle nous parle de l'intérêt de la distraction, du détournement d'attention : « la distraction agit en saturant la sensorialité de l'enfant. Les différents registres sensoriels : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat

sont sollicités pour concurrencer la nociception ». (nociception = récepteurs de la douleur qui sont présents sur la couche supérieure de notre peau). (p. 14).

Ici un parallèle est possible avec la population cible de ma recherche, le phénomène de détournement d'attention pourra agir de façon similaire.

III- La musique dans les soins :

A- Définition :

J'utiliserai dans la suite de mon travail le terme musique au regard de l'une des définitions proposées par le dictionnaire Larousse : « nom féminin, (latin *musica*, du grec *mousikê*), 1. Art qui permet à l'homme de s'exprimer par l'intermédiaire des sons ; productions de cet art, œuvre musicale. 2. Science des sons considérés sous le rapport de la mélodie et du rythme. »

B- Retours d'expérience :

Au cours de mes recherches sur l'utilisation de la musique, j'ai pris conscience qu'elle était utilisée dans différents types de soins du domaine infirmier et auprès d'une population très hétérogène.

Stantzios et al, (2016), ont raconté la place qui a été laissée à la musique en chambre d'isolement dans un hôpital psychiatrique. Un système a été mis en place pour permettre au patient bénéficiant de soins en chambre d'isolement d'avoir la possibilité d'écouter de la musique. La particularité est que le patient reste le maître du jeu en ayant la possibilité de choisir la musique diffusée dans la chambre et de l'arrêter ou la reprendre à tout moment. La mise en place de ce dispositif a été réfléchi de façon à préserver la sécurité des patients. Le patient qui nous est présenté dans l'article est atteint de trouble schizophrénique, il est en phase de décompensation psychotique, c'est-à-dire dans une période de grande agitation où la maladie prend le contrôle sur le patient. A son entrée en chambre d'isolement, il choisit une musique appartenant à la playlist calme. « L'infirmière en profite pour discuter de ce choix musical. Petit à petit le ton s'apaise ». (p. 35). Dans des situations qui peuvent être sous tension, notamment lors de la mise en isolement, l'apaisement « [...] permet à l'infirmière de revenir, par la suite, sur les éléments de la crise ». (p. 35). Ce qui, selon l'équipe soignante, pourrait faire de la musique un médiateur inhibant l'anxiété, c'est qu'elle vient « [...] couvrir la perception auditive du corps (battements cardiaques, bruits dans les oreilles, hallucinations auditives, etc.) qui peut avoir un potentiel anxiogène. » (p. 35).

De cet article, je mettrais en évidence une chose, ici l'apaisement se fait au décours d'une musique qualifiée comme « calme », deuxièmement le patient est mis en position d'acteur, dans une situation où il pourrait avoir le sentiment d'être spectateur.

Aussi, à l'hôpital de Troyes Voulminot V., Cottey M., & Sanchez S., (2019) nous racontent qu'est né le projet d'utiliser de la musique adaptée au goût du patient dans tout type de soins. Une patiente admise dans cet hôpital pour un AVC ischémique a été curieuse et a fait le nécessaire avec l'équipe soignante pour bénéficier de soins avec de la musique adaptée à ses goûts. Cette patiente « [...] adore écouter de la musique et danser et a trouvé ce concept génial, 'car cela permet de faire découvrir différents styles musicaux et de pouvoir les partager avec les soignants' ; cela permet aussi de se sentir rassurée. » (p. 30). Une nouvelle notion apparaît alors : la musique peut venir renforcer le lien de confiance et la relation soignant-soigné et tendre vers une relation la plus symétrique possible. Par ce biais, la musique devient un facilitateur pour la communication. Ce sont d'ailleurs les propos qu'a une aide-soignante, elle vient même préciser en parlant de la musique : « cela m'apporte de la détente ». (p.30)

Au regard de ces deux expériences mises en place dans deux milieux du soin bien différents, quelques points communs en ressortent : la musique peut apaiser, ici le maître du jeu est resté le patient, en ayant la possibilité de choisir ses musiques.

La musique est de plus en plus utilisée dans le domaine médical et paramédical, notamment auprès des personnes ayant un handicap intellectuel et mental. D'après Goryl (2016), elle est utilisée pour ses vertus apaisantes, c'est notamment sur ce concept qu'est fondé l'espace Snoezelen. Elle ajoute une autre dimension à la musique « en termes de partage et de socialisation, il s'agit d'un excellent moyen de travailler ses habiletés sociales ».

Ce qui m'amène à vouloir développer un autre point : comment la musique parvient-elle à créer de telles sensations ?

C- La musique, quel effet sur le corps ? :

J'ai eu besoin dans mes recherches de comprendre pourquoi est-ce qu'elle apaisait ? Est-ce qu'il y a des éléments scientifiques pouvant expliquer ce phénomène ? Ou est-ce quelque chose de placebo ?

Et puis j'ai lu Sabine Metayer (Mai 2015) qui expliquait que la musique avait un impact sur trois grandes fonctions de notre corps : cardiaque, respiratoire et artérielle. Elle exprime aussi l'idée que celle-ci joue sur la sphère émotionnelle.

C'est en explorant la page web *de la musique au cerveau*, que j'ai commencé à comprendre réellement pourquoi la musique pouvait permettre de telles réactions corporelles. La musique va venir stimuler différentes aires motrices du cerveau et venir libérer une hormone : l'endorphine. Il est expliqué aussi que « l'écoute de la musique augmente la quantité de calcium acheminée vers le cerveau, cela active la production de dopamine (un neurotransmetteur) qui joue un rôle dans le fonctionnement des reins et du cœur et qui, généralement, est libérée lors d'expérience liée au plaisir. » (dans l'onglet : Les effets de la musique sur le cerveau). Par cette explication, je commence à comprendre le lien qui se joue entre la musique et l'accélération ou le ralentissement du rythme cardiaque en fonction de la musique écoutée. Il en est de même pour la pression artérielle étant donné que celle-ci est régulée par le rein. Il est ajouté : « Cette production de dopamine inhibe l'activité du système nerveux parasympathique et réduit ainsi la pression artérielle, le rythme respiratoire et détend les muscles. » (dans l'onglet : Les effets de la musique sur le cerveau). Attention, certaines musiques, de par leur rythme, peuvent faire « peur », elles vont alors déclencher chez la personne des réactions de défense physiologique que l'on connaît bien : la fuite qui va se caractériser par une tachycardie ou accélération du pouls, sudation, chair de poule ; c'est la nuance qu'apporte le reportage d'Eléna Mannes sur ARTE.

Laura Ferreri et al (2019), viennent à leur tour expliquer ce qui se joue physiologiquement lors de l'écoute de la musique. « [...] on constate un effet anti-stress qui se manifeste par la chute du cortisol (une hormone stéroïde), ainsi que de l'adrénaline. Cette baisse entraîne d'abord une hausse de la dopamine et de la sérotonine, hormones anti-stress par excellence, puis par effet de chaîne une augmentation des hormones anti-douleur de l'organisme comme l'endomorphine (littéralement « morphine interne » (p. 21).

D- Musique et douleur ? Douleur et anxiété ?

Il me semblait nécessaire d'avoir quelques apports concernant l'effet de la musique sur la douleur.

Pour Laura Ferreri et al (2019), la gestion de la douleur par la musique est une question de détournement d'attention du sujet. En d'autres termes, la personne qui est bénéficiaire de soins pouvant être douloureux, tels que des soins dentaires, aura son attention davantage focalisée sur la musique qu'elle est en train d'écouter et sur les images ou souvenirs agréables qu'elle pourrait évoquer, que sur le soin en lui-même. L'auteur précise que l'expérience est d'autant plus probante si le patient a la possibilité de choisir les musiques qui seront diffusées pendant le soin. D'ailleurs Guetin (2014) appuie ces propos en expliquant « En 1960, Gardner confirme que l'écoute musicale au cours d'une chirurgie dentaire aurait permis de réduire la douleur chez 90 % de 5 000 patients.

Depuis, ces résultats ont été reportés à différents types de douleurs aiguës et chroniques. Choisie à bon escient, la musique permettrait donc de réduire la sensation douloureuse globale. » (p. 406).

La musique peut servir aux soins, à une condition au moins, que le patient ait pu choisir.

E- L'utilisation de la musique, impact sur l'apaisement :

Entrons dans le vif du sujet de ma question de départ. Quel impact l'utilisation de la musique peut-elle avoir sur l'apaisement ? La musique peut agir sur différentes composantes spécifiques à la douleur. On en trouve cinq grandes qui sont : sensorielles, cognitives, affectives, comportementales, psychosociales. Ce sont les composantes que l'on retrouve, entre autres, dans le concept du *total pain* (UE4.7 S5, Catherine Dieu, *la gestion de la douleur en soins palliatifs*, 25/11/2021). En effet, la douleur ce n'est pas seulement la douleur physique, la douleur peut aussi être d'ordre mental et c'est ici que le lien entre douleur et anxiété peut se faire. Le mécanisme est expliqué comme tel par Aidan-Berrahal, (Mai 2021) : « [...] sensorielle (par contre-stimulation des fibres afférentes, se référant ainsi à la théorie du gâche contrôle) » ; cognitive, reprend le même mécanisme que pour le détournement d'attention qui a été expliqué précédemment. « affective (modification de l'humeur associée à des états tels que la dépression ou l'anxiété et diminution des tensions et affects négatifs liée à ces états) ». Ce qui explique clairement en quoi la musique peut agir sur l'anxiété. « comportementale (action sur l'hypertonie musculaire et la psychomotricité) ». (p.62). Ici nous pouvons le mettre en lien avec l'exemple du patient atteint de parkinson qui par l'écoute de la musique va améliorer sa démarche, (Cf. III- F du cadre théorique) et enfin psychosociale qui agit sur les douleurs chroniques

Les personnes avec des troubles cognitifs, aphasie, sont sujets aux angoisses comme tout un chacun avec une particularité, l'expression de leur anxiété leur est plus difficile que la population en général car ils éprouvent des difficultés à verbaliser, à comprendre ou/et être compris.

F- Le rapport des personnes présentant des troubles cognitifs avec la musique :

Je me suis demandé, au fil de mes recherches, le rapport que pouvaient bien avoir les personnes présentant des troubles cognitifs avec la musique. La musique peut selon Mofredj (Mars-Avril 2017), apparemment avoir des effets plutôt positifs chez les personnes ayant la maladie de Parkinson. Elle agirait sur les symptômes dépressifs, la qualité du sommeil et permettrait aux personnes de pouvoir marcher de manière plus aisée. Ces effets ne sont pas anodins sur cette pathologie neurodégénérative. User de cette méthode, peut apporter de l'espoir aux familles et à la personne malade, par le fait de voir une évolution positive au cours de sa pathologie. Aussi, chez les personnes

atteintes de troubles du spectre autistique, population qui peut rencontrer de grandes difficultés en termes d'expression verbale, d'interaction sociale, il y aurait, par l'approche de la musique, une possibilité d'améliorer la communication avec autrui.

En partant de ce postulat que la musique pourrait améliorer les aptitudes à communiquer chez les personnes autistes, je me permets de faire le lien avec la population cible de ma recherche. L'écoute de la musique pourrait-elle permettre aux personnes ayant des troubles cognitifs, aphasie, de communiquer de manière plus aisée avec leur entourage ?

Méthodologie :

Les objectifs de mes entretiens étaient les suivants :

- Connaître ses pratiques professionnelles en matière d'utilisation de médiation pour soulager l'anxiété
- Confronter les définitions des termes clés de la question de départ, entre l'idée que s'en fait l'IDE interrogée et mes recherches réalisées
- Identifier les situations pouvant être anxiogènes pour une personne ayant des troubles cognitifs
- Comprendre ce qui se joue entre aphasies, troubles cognitifs et anxiété
- Identifier ce qui pourrait freiner un soignant à utiliser de la musique lors de ses soins
- Connaître les connaissances du soignant quant aux effets de la musique sur le corps

J'ai interviewé deux infirmières.

La première : Léa, infirmière en centre de rééducation avec la référence douleur et la référence du dispositif musicare.

La seconde : Marie, infirmière en foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, diplômée en 2016. Avec un poste faisant fonction de coordinatrice d'équipe.

Dans un premier temps, j'ai contacté plusieurs services tels que la neurologie, une maison d'accueil spécialisé, USLD, dont tous les retours ont été négatifs. À la suite de quoi, ma guidante de mémoire m'a proposé de contacter une infirmière référente du dispositif musicare dans un centre de rééducation. J'avais entre-temps recontacté une infirmière que j'avais rencontrée lors d'un stage en deuxième année, en foyer de vie / foyer d'accueil médicalisé. Je savais, avec la première infirmière,

que la notion de musique aurait pu être abordée de manière développée. Et avec la seconde infirmière c'était davantage le public qui aurait correspondu à mon sujet.

La communication pour l'organisation de l'entretien s'est faite par téléphone pour trouver un temps qui convienne aux contraintes de planning de chacune. Les rencontres ont pu se faire en présentiel à l'IFSI et dans le centre de rééducation.

L'aspect positif de ces entretiens : premièrement les rencontres ont pu se faire en présentiel ce qui est nettement plus agréable pour la communication. Deuxièmement, il y a une richesse et une complémentarité dans les informations apportées par les infirmières, liées, entre autres, à leurs profils très différents.

J'ai rencontré des difficultés à recentrer l'entretien. Je me suis laissée happer par les bribes d'histoires de vie racontées, je portais un réel intérêt pour ce qui m'était dit, et voulais en savoir plus, parfois en oubliant même le contexte d'entretien du mémoire. Ce qui a donc ses limites en termes de pertinence d'apport pour l'analyse des données.

Vous trouverez le guide d'entretien en annexe.

Commentaire d'Analyse :

Dans un objectif de préservation de l'anonymat et de respect de la confidentialité des informations apportées par les deux infirmières qui se sont portées volontaires pour répondre à mes questions, les prénoms ont été inventés.

Léa sera l'infirmière référente musicale travaillant dans un centre de rééducation et Marie l'infirmière travaillant en foyer d'accueil médicalisé.

I - Pratique professionnelle :

Léa me confie avoir à prendre en soins très régulièrement des patients anxieux, d'où ma question concernant les habitudes de services quant aux tentatives de soulagement de l'anxiété. Dans leurs réponses, toutes deux me font référence à la relation d'aide. Pour soulager l'anxiété, dans un premier temps, il semble qu'il faille être présent pour les patients. Être présent en prenant le temps avec la personne, en prenant le temps de « les écouter » (Léa). Marie accentue davantage sur l'importance du non verbal dans la relation d'aide, pour être vraiment présent, et disponible pour l'autre. Elle parle « d'adapter son ton », « se positionner physiquement face à la personne ». Léa me parle également des dispositifs qui ont été mis en place en ce sens, notamment la présence « d'une équipe

d'infirmiers que pour l'aspect psychologique. » Sous entendu uniquement pour les soins d'ordre psychique. Marie, n'a pas d'équipe de ce type dans l'établissement où elle travaille, mais elle insiste sur le fait que la communication est fondamentale.

Toutes les deux utilisent le détournement d'attention pour apaiser. Chacune à leur manière et avec les moyens qui leur sont mis à disposition. C'est d'ailleurs ce à quoi fait référence en d'autres termes Lobart (2016) dans mon cadre théorique (Cf : II - C) en proposant une liste d'éléments participant au détournement d'attention, pour soulager et prévenir l'anxiété. Léa est référente du dispositif musicare mis en place dans son établissement. C'est une application qui permet au patient qui en ressent le besoin d'écouter de la musique exclusivement instrumentale. Les séquences musicales proposées sont réfléchies en fonction de l'objectif posé, par exemple, diminuer l'anxiété ou améliorer le sommeil. A deux reprises elle me dit que l'application est beaucoup utilisée. Marie, elle, accentue sur les activités et exercices type « exercice de respiration », me parle de la « salle snoezelen », elle utilise beaucoup les « activités relaxantes ».

Léa m'explique aussi l'importance, parfois, de coupler des médicaments type anxiolytique et antalgique. Car, dans certaines situations, seul, un antalgique ne suffit pas.

L'infirmière travaillant au foyer de vie m'explique que pour elle l'utilisation de la musique peut avoir un réel bénéfice dans le sens où, elle est universelle « ça peut parler à toute personne », elle permet d'ouvrir certains résidents en termes de communication. C'est un outils sensorielle qui peut être intéressant à utiliser. Elle y met tout de même un bémol, quant à l'absence de preuve scientifique « Disons que ça n'a pas d'effet médicalement prouvé ».

A plusieurs reprises, Marie m'explique aussi que la musique est vraiment un outil pour elle « c'est vraiment un outil parmi d'autres ». Et comme tous les outils, il faut les utiliser intelligemment « il faut vraiment observer quoi, est-ce que la personne elle aime ou pas. » Toutes deux s'accordent à dire que la musique détend « on danse, on chante, on met un peu d'ambiance » précise Léa.

Léa aborde un aspect un peu plus négatif quant à l'utilisation de la musique pendant les soins. En effet elle m'explique que pour elle c'est difficile de revenir, à travailler sans musique. Marie insiste sur le fait que la musique peut être très désagréable pour certaines personnes « ça les oppresse ». Donc l'idée est vraiment de l'utiliser intelligemment comme il a été dit.

II - Les définitions selon les professionnels :

Lorsque je leur ai demandé, « qu'est-ce que pour vous l'aphasie ? » Toutes les deux m'ont évoqué les pathologies qui pouvaient en découler, telles que l'AVC. Elles m'ont expliqué que le trouble cognitif pouvait être une association de troubles du langage et de la mémoire. Les personnes qui en sont atteintes vont avoir des « difficultés d'expression ». C'est un trouble directement lié au système cérébral « c'est au niveau du cerveau ». Marie précise ses propos en m'indiquant qu'il y a des « troubles de sensations », « ça peut modifier la perception des choses ». Elle insiste vraiment sur cette notion de perception qui est différente. Et c'est d'ailleurs en accord avec la définition que propose le site internet Cognifit dans le cadre théorique (Cf : I - A1).

Pour Marie, les troubles cognitifs peuvent se rapprocher du handicap mental, « je pense que l'un et l'autre peuvent aider à se définir », « sont corrélés », « ça peut vouloir dire la même chose ». Toutes les deux s'accordent à dire que dans le trouble cognitif il y a cette notion d'évolution et de progrès possible « un travail qui est possible dessus ». (Léa), il y a un côté moins figé « un côté un peu passer ». (Marie). Alors que le handicap mental, au contraire, toutes les deux le disent bien c'est davantage « ancré ». (Marie), « il n'y a pas tellement possibilités de travailler dessus ». Pour Marie, le handicap mental est vraiment associé à cette notion de contrainte, on te retire une capacité à faire quelque chose.

L'aphasie pour elles, en termes de manifestation, c'est avant tout un trouble du langage, qui peut être caractérisé de différentes manières. Soit, la personne se trompe de mot « utilise un mot à la place d'un autre » (Léa), soit elle n'arrive pas à dire de mot « on bute sur les mot » (Marie), « quand il y a zéro mot qui sort » (Léa). L'infirmière de rééducation me parle tout de suite de l'aspect émotionnellement compliqué à vivre pour les patients. Dans le vécu, c'est très difficile pour les personnes aphasiques, notamment quand elles se rendent compte, comme elle a pu me l'expliquer. Cela concerne surtout ceux qui n'arrivent pas à sortir leurs mots. Ce sont des personnes qui peuvent s'énerver parce que le soignant ne les comprend pas. Les notions autour de la complexité reviennent quinze fois dans son intervention, ce qui marque donc une importance majeure cette notion. Prendre soin d'une personne aphasique c'est aussi compliqué pour le soignant, cela s'explique par la complexité à pouvoir comprendre l'autre. Cela nécessite de la part du soignant de fournir un effort de compréhension.

Au cours de l'entretien, je leur ai demandé ce qu'était l'anxiété pour elles. Elles n'ont pas trouvé évident de définir ce mot. C'est avant tout pour elles une émotion, Léa l'associe à de multiples reprises à la peur. Marie la décrit comme une « manifestation émotionnelle » liée à une « émotion

qui n'est pas réellement exprimée ». Pour les deux infirmières, l'anxiété c'est vraiment l'incapacité d'exprimer ses émotions correctement. Ça « embolise totalement le patient » (Léa), ça bloque le patient. Léa me dit que ce sont vraiment des personnes qui vont être « en boucle ». Marie me dit que l'anxiété peut se voir cliniquement, les patients vont beaucoup transpirer, « être complètement crispés, pas bien », ce sont des personnes qui vont être dans l'agressivité.

III - Situation anxiogène pour la population cible :

Je me suis demandée si les personnes avec troubles cognitifs et aphasie étaient plus sensibles que les autres aux angoisses. Les réponses des deux infirmières se rejoignent plutôt pour dire que non. Léa m'a dit à plusieurs reprises « non », « je ne crois pas plus que d'autres ». Elle y a laissé le bénéfice du doute en ajoutant ou alors « c'est qu'on passe à côté ».

Marie, pour répondre à cette question, est plus partie sur les traits de caractère qu'elle pouvait observer chez les résidents correspondant à la population cible, pour répondre à ma question. Elle a mis un point d'honneur à leur grande empathie « ils absorbent un peu plus aussi le stress, les ambiances ». Ce qui au premier abord pourrait laisser penser que les personnes avec troubles cognitifs et aphasie pourraient être plus sensibles aux angoisses. Cependant, elle poursuit en me relatant leur force « je ne les verrais pas plus fragiles », « ils sont forts, très forts » avec une capacité d'adaptation notable et une résilience hyper importante. Tous ces traits font que pour Marie ces personnes ne sont pas plus sujettes aux angoisses que l'ensemble de la population.

Léa me dit, au regard de son expérience et du service dans lequel elle travaille, que certains soins suscitent davantage d'anxiété parmi eux, ce sont : les soins invasifs sur lesquels elle s'attarde en me donnant des exemples « les soins sur l'élimination », « leur faire des évacuations manuelles de selles ». Selon elle, l'anxiété arrive quand le patient prend conscience de son état de santé « l'anxiété de ce qui leur arrive », « où, ils réalisent ce qu'il leur arrive ».

IV - Lien entre aphasie, trouble cognitifs et anxiété :

Je me suis interrogée sur la manifestation des angoisses et, est-ce qu'il pouvait y avoir une différence entre ceux qui ont des troubles cognitifs, aphasie, et ceux qui n'en ont pas. La différence notable que me font ressortir Léa et Marie c'est dans la capacité des personnes à verbaliser leur angoisse. Les personnes qui n'ont pas de trouble cognitif / aphasie vont avoir « cette chance de pouvoir mettre des mots », « d'exprimer quand même un peu plus les choses » me dit Marie. Léa tient également des propos allant dans ce sens. En fonction de cette capacité, cela va pouvoir changer les manifestations par la suite. « C'est sans doute plus difficile pour une personne déficiente d'exprimer son mal-être »

me confie Marie. Léa insiste beaucoup sur des manifestations à type de colère chez les personnes ayant des troubles cognitifs et aphasie, à plusieurs reprises dans l'entretien elle me dit « ils s'énervent très vite ». Alors que Marie me parle davantage des manifestations à type de violence physique envers eux-mêmes ou les autres « se mordre », « se griffer ». Mais elle y ajoute une nuance, non abordée par Léa. En effet, pour elle, on retrouve une similitude dans les manifestations de l'angoisse chez les personnes avec trouble cognitif et aphasie et ceux qui n'en ont pas. « Il n'y a pas forcément de différence ». Léa, quant à elle, n'évoque pas cette notion de similitude. D'ailleurs, j'ai remarqué qu'elle insistait vraiment sur cette colère qui était présente chez le public aphasique, alors que pour le public qui est non aphasique, elle évoque à une reprise que l'angoisse peut s'extérioriser par des pleurs.

V - Non à la musique :

Je me suis intéressée à la raison qui pourrait expliquer la réticence de certains soignants à utiliser la musique pendant leurs soins. Mon sujet n'avait pas été abordé sous cet angle dans mon cadre théorique faute d'information trouvée. Léa m'évoque que cela peut être lié au soignant. C'est à dire que celui-ci n'y a pas forcément pensé ou tout simplement que le soignant n'aime pas la musique ou « n'aime pas écouter autre chose que sa musique ». Mais elle m'explique aussi qu'utiliser la musique nécessite de prendre du temps et que malheureusement, bien souvent, les soignants ont de moins en moins de temps. Elle insiste vraiment sur cette notion de pression temporelle qui semble être une cause majeure : « le côté pressé », « elles sont dans une course de malade », « on n'a pas forcément le temps ». L'utilisation de la musique dans les soins, aussi simples soient-ils, nécessite de « prendre trois minutes ». Marie n'a pas abordé la question sous le même angle et imagine que la musique pourrait bloquer le soignant dans la réalisation d'un soin de qualité. Elle insiste notamment sur l'entrave à la concentration.

VI - Musique : Les effets sur le corps :

Marie me dit qu'utiliser la musique pourrait permettre au patient de faire le vide, de respirer, la musique peut faire du bien, « après ça va mieux », elle précise que celle-ci permet de « faire évacuer le trop plein d'émotions ».

Léa est très partagée quant à l'efficacité de la musique en termes d'apaisement chez les patients porteur de trouble cognitif et aphasie, elle me dit dans un premier temps : « ça fonctionne un peu moins bien chez les patients qui ont des troubles cognitifs ». En continuant, elle ajoute : « cependant,

leur musique à eux fonctionne très bien ». J'observe donc ici une ambivalence dans la réponse. Elle n'est pas tranchée sur le sujet et a d'ailleurs eu un temps de réflexion.

Marie me fait part de sa réflexion quant aux personnes qui aiment ou non la musique. Les effets cliniques de la musique sur le corps varient en fonction de la personne, selon qu'elle aime ou non la musique. Par exemple, elle me dit, si la musique plaît, un apaisement sera observable « la respiration qui va s'apaiser », « les traits qui sont plus détendus », ou au contraire, nous pourrions avoir face à nous une personne tendue si elle n'apprécie pas la musique « la respiration accélérée, le pouls », « crispation ». Léa ne s'est pas exprimée sur cet aspect.

Discussion :

J'entame ce travail de discussion dans l'objectif de pouvoir apporter du lien entre les résultats obtenus dans mon cadre théorique et les résultats obtenus à la suite de mes analyses d'entretien. L'objectif final étant de donner du sens à mon travail, de tenter d'exprimer une réponse à ma question de départ qui est je le rappelle : « En quoi l'utilisation de la musique dans les soins influe-t-elle sur l'apaisement des patients présentant des troubles cognitifs avec aphasie lors de soins pouvant être potentiellement anxiogène ? ». Je vais articuler ma discussion en trois grandes parties : « Les grandes notions », « Un travail qui m'a fait évoluer », « La tentative d'apporter une réponse... et même plus ».

I- Les grandes notions :

A- Les troubles cognitifs : des définitions communes :

Léa et Marie ont apporté des notions similaires et se sont parfois complétées dans leur manière de définir les troubles cognitifs. Marie apporte une subtilité, en disant que les troubles cognitifs peuvent se rapporter au trouble de la perception. C'est d'ailleurs ce qui est soutenu sur le site internet Cognifit en faisant référence à la perception. Marie en me définissant les troubles cognitifs me donne l'exemple de la personne sourde, « ça peut modifier la perception des choses ».

Pour les recherches de mon cadre théorique je me suis retrouvée à plusieurs reprises en difficulté pour différencier clairement les troubles cognitifs du handicap mental. Ce sont des termes qui se chevauchent. J'ai donc demandé lors de mes entretiens infirmiers quelle différence les professionnels voyaient-ils entre ces deux notions. Et ce qui est ressorti de mon analyse c'est que toutes les deux trouvent que le handicap mental est plus ancré, étiqueté. Marie m'explique tout de même que, selon elle, la frontière entre les deux reste floue l'un peut aider à définir l'autre.

B- Les soins anxiogènes :

Deux notions en lien avec les soins anxiogènes ressortent dans ma question de départ. On retrouve l'anxiété et l'apaisement. J'ai donc dirigé mes recherches autour de celles-ci. J'ai trouvé aisément des données autour de ce qu'était l'anxiété et ses manifestations. En revanche, pour les soins anxiogènes, les écrits m'ont surtout renvoyée vers des situations spécifiques en citant notamment les soins invasifs et les soins qui se déroulent au bloc opératoire. Les données faisaient donc généralement référence au contexte et à l'environnement du soin. Ces données récoltées se sont vu être confirmées par les propos de Léa. Cette infirmière de rééducation me dit bien, que, selon elle, les soins anxiogènes sont ceux qui peuvent être douloureux ou invasifs. Elle me donne des exemples spécifiques qu'elle peut rencontrer dans son service, pour justifier et illustrer ses propos. Elle me cite notamment les soins liés à l'élimination tels que le sondage urinaire ou l'évacuation manuelle des selles. Ce sont, selon son expérience et ses dires, les soins qui vont globalement être appréhendés par le patient. La concordance entre ce que me dit Léa et la littérature est frappante. Maria Teresa de Vito Wood évoque le caractère hostile de l'environnement hospitalier, notamment le bloc opératoire, et l'angoisse qu'il peut soulever. La peur de souffrir est quant à elle soutenue par le site internet sparadrap comme évoqué dans le cadre théorique.

De ce constat, je me suis demandée s'il n'était pas réducteur d'assimiler aux soins anxiogènes uniquement les soins invasifs et douloureux. En effet, lors de mes différentes expériences professionnalisantes, que ce soit en stage, en tant qu'aide-soignante ou en séjour adapté, j'ai pu constater que les soins relatifs à l'accompagnement dans la vie quotidienne pouvaient susciter de l'angoisse chez certains patients. Je me souviens avoir accompagné une personne en situation de handicap mental, pour ses soins d'hygiène et cette dernière manifestait clairement son angoisse par des cris, des tremblements, des propos incohérents et qui se répétaient sans cesse. J'ai eu un patient, qui a fui à l'idée d'aller à la douche. Mes situations de départ aussi, vont dans le même sens. Par l'ensemble de ces situations, je me suis demandée ce qui pouvait être à l'origine de cette angoisse pour le soin concerné. Une intervention chirurgicale peut créer de l'angoisse, une prise de sang parce qu'une aiguille qui transperce la paroi cutanée peut automatiquement renvoyer à la peur d'avoir mal comme l'évoquait le site Cognifit. Mais je crois que tous les soins peuvent susciter de l'anxiété. Car l'anxiété est une émotion et de ce fait, elle est propre à chacun. Alors, les soins qui sont invasifs ou difficiles à regarder pour le patient comme la réfection d'un pansement, pouvant être source d'anxiété. Mais il serait réducteur, je crois, de ne citer qu'eux. Cela reviendrait à dire que les soins infirmiers dits de rôle prescrit, seraient plus anxiogènes que ceux dits du rôle propre. Hors, un accompagnement à la toilette, un accompagnement au repas, un accompagnement au levé, peuvent

être des soins, à mon sens, potentiellement anxiogènes par le fait de s’immiscer dans l’intimité de l’autre. Ils peuvent ramener le patient à une réalité nouvelle, en lien avec un accident, une maladie qui prend de plus en plus de place, le vieillissement, tous ces événements de la vie qui diminuent au passage l’autonomie de la personne. Un soin qui est angoissant pour un patient ne le sera pas pour un autre. Il faut prendre en compte le contexte, l’histoire de vie de la personne, sa sensibilité, sa capacité de résilience.

C’est en cela que notre posture professionnelle est d’une grande importance. Elle est à réinventer chaque jour et ce pour chaque personne que nous accompagnons. Il faut prêter attention dans notre accompagnement à la personne ayant des troubles cognitifs et aphasie, ainsi qu’à notre positionnement professionnel. C’est réfléchir constamment à la manière dont je vais pouvoir prendre en compte l’autonomie de la personne. C’est tâcher de rendre le patient toujours le plus acteur possible dans sa prise en soins.

C- La musique : Bénéfice pour le patient ou pour le soignant ?

Pour mes entretiens, j’ai eu la chance de rencontrer une infirmière référente d’un dispositif de musicothérapie. Je me permets de qualifier son utilisation de la musique comme étant « formelle » dans les soins, puisqu’elle a bénéficié d’une formation à l’utilisation de l’application, et que l’établissement de soins y a consacré un budget. Elle m’explique que la musique est un outil qui est systématiquement présenté aux patients ayant des angoisses ou difficultés d’endormissement.

Aussi, au fil de notre entretien, j’ai compris que certains professionnels de son établissement ont maintenant du mal à travailler sans musique. Ce retour très intéressant me permet de réfléchir sous un angle différent, l’usage de la musique dans les soins. Il m’a invité à repenser encore une fois l’intérêt de la musique dans les soins. En effet, dans le questionnaire de mes situations de départ j’ai questionné la détente du soignant pendant les soins à l’écoute de la musique. “Est-ce que la musique ne m’a pas détendue aussi pour les soins et induit un soin plus serein pour la personne accompagnée ?”. Lors de mes recherches, j’ai pu trouver le témoignage d’une soignante qui a dit au sujet de l’utilisation de la musique dans les soins : « cela m’apporte de la détente ». (cité par Troyes Voulminot V., Cottey M., & Sanchez S., 2019; p.30). Je me questionne alors, et me dis qu’il faut être au clair avec l’objectif d’utiliser la musique dans les soins en restant vigilant sur nos intentions, et bien savoir pour qui on le fait, est-ce pour le patient ou est-ce pour moi soignant ? C’est en déterminant cela que la musique pourra être au service du soin.

La musique est une alternative intéressante, à l'apport médicamenteux pour pallier à l'anxiété. Mais il faut rester vigilant quant aux envies et besoins du patient avant tout. Car par habitude, on pourrait lui imposer une chose dont il n'a pas envie. A mon sens il ne faut pas prendre les choses pour acquises, les humeurs peuvent changer en fonction des jours. La musique ne plaît pas à tout le monde. C'est la particularité et la singularité de chaque individu qui est à prendre en compte. Et le soin, selon moi, n'est pas le lieu propice pour ne penser qu'à soi. Léa respecte totalement le choix de refus de soins en musique de certains de ses patients.

Et puis, je me questionne sur l'usage "formel" de la musique. Le fait d'avoir reçu une formation, le fait que l'utilisation de la musique dans un service ce soit formalisé par l'investissement dans des outils adaptés notamment tablettes, enceintes, écouteurs, casques audio, n'a-t-il pas accélérer ce phénomène de "dépendance" à la musique, et d'inférence chez le soignant. Les soignants pourraient avoir une observation biaisée, motivée par l'efficacité et la rentabilité de l'outil. Alors que Marie utilise effectivement la musique, mais de façon "informelle" sur Youtube ponctuellement, elle ne l'utilise pas avec beaucoup de résidents. Aussi, par le public qu'elle accueille, elle a un regard peut-être plus critique et moins tranché sur le sujet. En faisant notamment référence au sentiment d'oppression que cela peut créer chez certains patients avec l'hyper stimulation auditive. Je n'ai d'ailleurs pas trouvé de données en ce sens lors de mes recherches théoriques. Et à contrario, c'est un outil qui peut participer au détournement d'attention, par la saturation sensorielle auditive par exemple. C'est l'idée qu'évoque Lobart dans *Questionner l'usage de la force lors des soins*.

D- L'anxiété :

L'anxiété est une émotion à prendre en compte comme la colère, la tristesse. Il est de notre rôle de soignant d'accompagner le patient dans ces moments. L'anxiété de nos patients est, selon moi, une affaire d'équipe. Il faut être en écoute active de son patient, être aussi dans l'observation. Cette écoute active nous permettra de détecter l'anxiété d'un patient pour un soin donné par exemple, parce que chaque patient exprime ses émotions différemment avec une intensité différente, au regard de leur sensibilité singulière, de leur histoire de vie, de leur rapport aux soins. Les souvenirs qu'il en ont et tout ce à quoi ça peut les renvoyer personnellement.

A mon sens, pour garantir le plus d'autonomie possible au patient ayant des troubles cognitifs et une aphasie, il est nécessaire de travailler en équipe. Il faut en tant qu'infirmière s'entourer de professionnels qui nous sont complémentaires. L'anxiété est à mon sens aussi importante que la douleur. Puisque l'anxiété peut majorer la douleur et inversement. Ce qui se confirme par mes entretiens. Quand j'ai demandé aux IDE "c'est quoi les soins anxiogène ?", Léa m'a répondu entre

autres, les soins douloureux. Voilà pourquoi la douleur et l'anxiété sont toutes deux à prendre en compte.

La musique pourra aussi avoir pour avantage de contribuer à la construction d'une relation de confiance saine entre la personne apahsique et le soignant qui peut aider à gérer plus facilement les angoisses du patient. Comme le disait Marie, l'angoisse et l'anxiété sont liées à un trop plein d'émotions non exprimées. C'est une donnée que je n'ai pas exploitée de manière explicite dans mon cadre théorique mais j'émet une hypothèse : peut-être que la musique, de part ce qu'elle véhicule, pourrait venir créer ou renforcer un lien de confiance. Comme ce qu'il s'est passé dans ma situation d'appel avec Mr R. Tisser un lien de confiance me semble important pour désamorcer plus facilement par la suite une situation anxiogène, car quand le lien de confiance se crée, se renforce, la communication, qu'elle soit verbale ou non, pourra être plus simple, plus spontanée et plus libre.

E- Le patient acteur dans ses choix :

J'ai été, dans un premier temps, étonnée que Léa me dise que la musique serait, selon elle, moins efficace chez les personnes atteintes de trouble cognitifs : "ça fonctionne un peu moins bien chez les patients qu'on des troubles cognitifs". Cette remarque m'a intéressée et j'ai cherché à en savoir davantage car cela allait à l'encontre des résultats de mes recherches ultérieures, et de son discours antérieur. Et puis elle a ajouté "Par contre leur musique à eux fonctionne très bien". Cette précision montre combien le choix du patient peut considérablement changer l'effet de la musique.

Les recherches que j'ai menées ont mis en évidence, que l'utilisation de la musique dans un contexte d'anxiété pouvait apaiser le patient. Celles-ci précisent que le caractère apaisant de cet outil sera favorisé lorsque le patient aura la possibilité de choisir sa musique. Cette idée est soutenue par les professionnels interrogés, ce qui montre bien l'importance de ce paramètre. Quand je repense à ma situation de départ avec Mme X, effectivement je lui ai mis le CD des années 80, mais j'aurais dû lui proposer plusieurs musiques. Je lui ai effectivement demandé son consentement pour utiliser de la musique, mais le choix de la musique devait lui revenir. C'était son CD donc j'imaginai que la musique lui convenait. Mais il faut, en tant que professionnel, je crois, réellement rester en alerte sur ce qu'aime le patient, car si ce n'est pas à son goût encore une fois c'est l'effet inverse escompté qui pourrait se produire, ou alors la musique pourrait s'avérer être inefficace. Et c'est tout à fait ce que raconte l'article sur l'hôpital de Troyes, l'hôpital psychiatrique qui relate l'utilisation de la musique dans les soins. Donc effectivement, la musique peut permettre d'apaiser, à condition qu'elle soit utilisée à bon escient. J'ai clairement appris que l'écoute de la musique engendre une libération hormonale. J'ai pu comprendre grâce à ces recherches le phénomène physiologique, chimique qui

pouvait se passer à l'écoute de la musique. Ensuite, la salle Snoezelen peut être une ouverture, un espace où la musique pourrait prendre tout son sens en termes d'apaisement, elle s'inscrit dans un environnement avec une démarche de relaxation.

II- Un travail qui m'a fait évoluer :

A- Mes apprentissages :

J'ai été étonnée car avant d'entamer ce travail de recherche, je n'avais pas idée que les troubles cognitifs pouvaient être liés aux troubles de la perception.

Aussi, je n'avais pas conscience que la musique pouvait être néfaste lorsque le patient ne pouvait exprimer son souhait, ses goûts musicaux. Ce travail a mis en lumière de nouveaux paramètres qui me permettront d'améliorer ma pratique professionnelle. J'ai pu comprendre ce qu'il se passait au niveau cérébral et hormonal, prendre conscience que la musique n'est pas exclusivement gage d'efficacité, si elle est utilisée à mauvais escient. Cet outil peut s'avérer inefficace, et engendrer de l'énervement, dans l'accompagnement des personnes aphasiques. Marie précise que notre rôle en tant que soignants est d'être extrêmement attentifs au non verbal, d'observer leur faciès, leur comportement (crispé ou détendu), et de se questionner sur leurs attentes, lors de l'inclusion de la musique dans les soins. L'auteur Alain Ramé (2007) précise lui : « Le soignant doit également considérer le fait que le temps d'un aphasique est modifié. Le temps des autres va trop vite et il en souffre car il ne peut, par exemple, manifester son accord, sa désapprobation au cours d'une conversation qui s'écoule trop rapidement ». (p. 21) C'est en étant attentif à la clinique de nos patients, en leur laissant le temps nécessaire pour s'exprimer que l'on pourra faire le meilleur choix possible pour une prise en soins optimale.

Faire des propositions de choix restreints à la personne aphasique pourra lui permettre plus facilement de faire des choix. Il faut privilégier les questions fermées ou semi-ouvertes aux questions ouvertes, qui, en fonction du type de réponse attendue, ne pourra être illustré par des objets présents dans l'environnement. Cela viendrait complexifier la communication. Mais le choix restreint me semble indispensable pour laisser au patient la place d'acteur de sa vie, de ses choix et lui laisser sa liberté.

B- Rétrospective sur mon travail :

Je crois que la sélection n'a pas été une chose simple, j'aurais peut-être dû finaliser mon cadre théorique plus tôt, essayer de trouver le distinguo entre trouble cognitif et handicap mental dans la

littérature, mais peut-être que cela n'aurait pas eu d'intérêt pour ma pratique professionnelle. Finalement, le principal reste de comprendre les grandes lignes du fonctionnement de ces personnes avec leur particularité, pour adapter le soin au mieux et répondre au mieux à leur besoin. Mais ce qui est intéressant, c'est aussi d'avoir un retour d'expérience, comme sur la troisième partie de mon cadre théorique parce que cela fait une transition entre la théorie et la pratique. Je reste critique sur les articles que j'ai pu lire car ils promeuvent tous l'utilisation de la musique, je peux me questionner sur l'objectivité de ces derniers. Marie m'a apporté, les infirmières m'ont apporté, les aspects positifs mais aussi négatifs de l'utilisation de cet outil, ce qui apporte un bon compromis à mon travail de recherche. Marie m'a expliqué que la musique pouvait parfois biaiser la concentration du soignant, ce qui me fait réfléchir davantage encore sur ce point en tant que jeune professionnelle.

III- La tentative d'apporter une réponse ... Et même plus :

A- La réponse à ma question de départ :

La musique peut favoriser l'apaisement, mais c'est finalement en combinant plusieurs outils, en alliant parfois le médicamenteux au non médicamenteux, que l'effet positif de la musique va être potentialisé. Utiliser la musique de manière indépendante serait moins efficace. Aussi, c'est la libération hormonale qui se fait au moment d'écouter de la musique qui permet d'engendrer détente, respiration apaisée. L'endorphine est l'hormone libérée lors d'écoute musicale et elle agit comme anxiolytique. A une condition : que le patient soit consentant et qu'il puisse écouter de la musique qui soit à son goût.

B- La nouvelle question émergente :

Cette discussion m'amène à développer ma question de départ. Je souhaiterais préciser cette dernière en me focalisant sur les soins du rôle propre et notamment l'accompagnement à la toilette. Car c'est ce qu'il me manquait dans mes recherches. Aussi je souhaiterais préciser le public cible de ma recherche en me concentrant sur les personnes atteintes de surdité, pour davantage me focaliser sur cet apprentissage que les troubles cognitifs peuvent englober les troubles de la perception. D'où ma question : "En quoi l'utilisation de la musique dans les soins auprès d'une personne atteinte de surdité et d'aphasie favorise-t-elle l'apaisement lors de l'accompagnement   la toilette ?"

Conclusion :

Je suis partie de situations vécues pendant ces trois années de formation pour trouver mon sujet de recherche. La musique m'avait à plusieurs reprises aidée à désamorcer des situations où la communication était complexe auprès de personnes ayant des troubles cognitifs. Quand j'ai posé mes situations d'appel ma question de départ est arrivée. Alors j'ai d'abord cherché à comprendre ce qu'il se passait dans notre corps à l'écoute de la musique. Ensuite, j'ai essayé de comprendre chacune des notions de manière indépendante de façon à approfondir les connaissances et pouvoir faire des liens entre chacune. Il en ressort que l'anxiété est une émotion qui peut être évaluée à l'aide d'échelle comme Hamilton. Les troubles cognitifs peuvent être très variés, tant par leur origine que par la clinique. S'occuper d'une personne aphasique nécessite de prendre le temps, de réellement écouter l'autre comme le dit Alain Ramé. La musique est un outil qui tend à s'utiliser de plus en plus dans le monde du soin. A son écoute, il y a une libération d'endorphine, hormone anxiolytique sécrétée naturellement par le corps, ce qui explique l'effet apaisant de cette dernière. Mais la musique n'est pas gage d'efficacité et c'est aussi ce que je souhaite retenir. Elle peut avoir une utilité, mais comme tout ce que l'on entreprend en tant que soignant, il convient d'évaluer nos actions aussi souvent que possible, pour objectiver son efficacité.

Ce travail a été l'occasion d'élaborer une réflexion autour de ce sujet à double tranchant. Si je l'ai choisi, c'est que j'avais une appétence pour ce dernier. Ce mémoire m'a permis de prendre du recul et d'enrichir ma réflexion professionnelle. Concrètement, quand je proposerai de la musique aux patients, je prendrai le temps de connaître leurs goûts, leur laisserai toute la place d'acteur dans l'utilisation de cet outil en termes de réglage de volume, de marche-arrêt, de styles musicaux. Ce travail a aussi mis en lumière ce public pour qui j'attache une attention particulière. Ce public pour qui l'expression des émotions est parfois plus compliquée, celui pour qui se faire entendre, faire entendre ses besoins et ses inquiétudes, ses convictions est parfois mal compris. Ce mémoire est l'occasion pour moi de comprendre davantage les enjeux de l'aphasie (besoin de plus de temps, frustration, ...), des troubles cognitifs, ainsi que toutes les possibilités d'amélioration de l'état de santé de ces personnes. J'aurai moins de crainte à dire explicitement à la personne aphasique si je ne comprends pas ce qu'elle me dit.

J'ai été déçue que mon travail de recherche réduise les soins anxiogènes aux soins du rôle prescrit de l'infirmière. Comme j'ai pu le dire dans la discussion précédente, les aides-soignantes comme les infirmières peuvent être confrontées à des patients angoissés par un soin d'accompagnement. Mais ce que je retiens de ma recherche c'est, qu'à priori, ce qui peut faire peur dans un soin c'est de

souffrir. Ce travail a été un réel enrichissement intellectuel de par la démarche complexe qu'est la recherche et tout le travail de "gymnastique" cérébral que cela incombe.

Bibliographie / webographie :

Ouvrage :

- Leclerc C., (2018) Soins et handicap mental relation soignante et prise en charge, Arnette et John Libbey eurotext.

Revue :

- Aidan-Berrahal M. (Mai 2021) La musicothérapie, une approche thérapeutique d'amélioration de la qualité des soins. *Soins Cadres* (N°2), page 62-64.

- Bodet-Contentin L. (Avril 2016), Innovation, l'eye tracking pour renforcer la communication en réanimation. *La revue de l'infirmière* (N°220), p. 33-35

- Crevoisier J. & Georget P. (Janvier-Février 2009), Le patient aphasique. *Soins* (N°732), p. 65-66

- De Vito Woods M. (Février 2014), Le rôle de l'expert/ en soins d'anesthésie, Réduire l'anxiété du patient en instaurant la confiance, pratique des soins. *Cure infirmieristique* (N° ?) p.68-70.
https://siga-fsia.ch/files/Anaesthesie_Journal/SBK_-_ASI_Artikel/Soins_infirmiers_02-2014_Reducire_l_anxiete_du_patient_en_instaurant_la_confiance.pdf

- Ferreri Laura, et al, (2019), Musique et cognition. *Revue de santé scolaire et universitaire* (n°57), p.11-27

- Goryl M. (2016), Les bienfaits de la musique en situation de handicap. *Métier de la petite enfance* (n°232), p. 26-29.

- Guetin S. (2014), Innovation : le soins par la musique. *Gestion Hospitalières* (n°538), P.406-409.

- D'Hardemare V. (Août- septembre 2015), Coma et communication , les soignants face aux comas. *La revue de l'infirmière* (N° 213), p.22-23

- Lobart B. (Novembre 2016) Questionner l'usage de la force lors des soins pédiatriques. *Cahier de la puéricultrice* (n°301) p. 12-15

- Metayer S. (Mai-Juin 2015), La musique pour accompagner la personne soignée. *Soins Aides-Soignantes* (N°64) P.20-21

- Mofredj A. (Mars-Avril 2017), La musicothérapie, un soin d'avenir contre la douleur. *Oxymag* (N° 153), p. 8-11

- Ramé A. (Avril 2007), Aphasie et communication. *L'aide soignante* (N° 86), p. 20-21.

- Sadler K. (Novembre-Décembre 2014), Dépression, anxiété, et souffrance existentiel en fin de vie, des réalités oubliées. *Soins palliatifs*, vol 11 (N°5),p.22-24

- Stantzios A., Bangerter G. & Bovet E. (2016), Psychiatrie : musique de chambre. *L'infirmière Magazine* (N°375), p.34-35.
- Terrat E. (Octobre 2013), La communication fonctionnelle. *L'aide-soignante* (n° 150) p.12-14
- Voulminot V., Cottey M., & Sanchez S., (2019), La musique adoucit le soin. *L'infirmière Magazine* (N°409) p.30

Vidéo :

- Vidéo écrite et dirigée par Mannes E. (2008) *Le Pouvoir De La Musique, Et Son Magnifique Effet Sur Le Cerveau Humain Documentaire Exclusif (ou l'instinct de la musique)* [Vidéo en ligne]. Youtube. [Le Pouvoir De La Musique, Et Son Magnifique Effet Sur Le Cerveau Humain Documentaire Exclusif – YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...)

Textes législatifs :

- Article R4312-19;
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496778 (28 novembre, 2016)

Page Web :

- Cognifit Research. (s.d.). *Cognition et science cognitive*. <https://www.cognifit.com/fr/cognition>
- De la musique au cerveau. (s.d) *Comment votre cerveau réagit-il face à la musique que vous écoutez ?* <https://delamusiqueaucerveau.wordpress.com/les-effets-de-la-musique-sur-le-cerveau/>
- Haute Autorité de Santé (2018). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée : troubles cognitifs et neurocognitifs. Les parcours de soins*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf
- Ooreka santé. (s.d.). *Troubles cognitifs*. <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/553737/troubles-cognitifs>
- Minguet B., Docteur en psychologie, responsable de l'humanisation des soins et du travail, Clinique de l'Espérance CHC, Liège, Belgique, GALLAND F. directrice et cofondatrice de l'association SPARADRAP, (Avril 2011), <https://sparadrapp.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/les-inquietudes-de-lenfant-avant-un-soin-un>

Thèse / mémoire électronique :

- Vallat L. & Vert-Pré C. (2021), *En quoi la communication verbale et / ou non verbale participe-t-elle à diminuer l'anxiété et l'angoisse chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dans un contexte hospitalier ?* [travail de bachelor, haute école arc santé neuchâtel berne jura delémont neuchâtel.]

https://doc.rero.ch/record/333188/files/En_quoi_la_communication_verbale...-L.Vallat_C.Vert-Pr_.pdf

PDF :

- Aylwin M. & Métayer J. (2019), *Evaluation et traitement de l'anxiété en soins palliatifs*, *Palli-science*, *la maison victor-gadbois*, https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/evaluation_et_traitement_de_lanxiete_en_soins_palliatifs.pdf

-Echelle d'hamilton : https://www.espaceinfirmier.fr/ressources/upload/imgnewspha/infirmier/site/p-d-f/Consult_infirm_cplt_ligne_fiche27.pdf , un outil complémentaire au livre La Consultation infirmière, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2- 7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.; D'apre`s : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

Dictionnaire :

-Jeuge-Maynard I, (s.d), Anxiété, *Larousse Dictionnaire*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>

-Jeuge-Maynard I, (s.d), Aphasie, *Larousse Dictionnaire*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aphasie/4448>

-Jeuge-Maynard I, (s.d), Cognitif, *Larousse Dictionnaire*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cognitif/17004>

-Jeuge-Maynard I, (s.d), Musique, *Larousse Dictionnaire*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/musique/53415>

Annexes :

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien avec Léa

Annexe III : Retranscription entretien avec Marie

Annexe IV : Tableau des analyses d'entretien

Annexe V : Les émotions :

Annexe VI : Les échelles d'évaluation de l'anxiété

Annexe VII : Abstract

Annexe I : Guide d'entretien

Intro :

Madeline, étudiante infirmière en 3^e année, mon parcours de stage et mes expériences offertes par ceux-ci m'ont amené à me poser mainte et mainte questions. Je m'intéresse particulièrement au public avec troubles cognitifs et aphasie. Mon mémoire traite notamment sur la question de l'utilisation de la musique dans les soins et le lien possible avec l'apaisement.

Avant toute chose, je voudrais préciser qu'il n'y a pas de mauvaise réponse, pour les questions qui vont suivre. Il s'agira pour moi de pouvoir confronter mes recherches théoriques avec la réalité du terrain. Est-ce que vous accepteriez que j'enregistre notre échange, pour que je puisse le retranscrire dans mon mémoire. Bien évidemment je serai garante de préserver votre anonymat.

Objectifs :

Apprendre à connaître mon interlocuteur ; Connaître ses pratiques professionnelles en matière d'utilisation de médiation pour soulager l'anxiété ; Confronter les définitions des termes clés de la question de départ entre l'idée que s'en fait l'IDE interrogé et mes recherches réalisées. ; Identifier les situations pouvant être anxiogène pour une personne ayant des troubles cognitifs ; Comprendre ce qui se joue entre aphasies, troubles cognitifs et anxiété ; Identifier ce qui pourrait freiner un soignant à utiliser de la musique lors de ses soins ; Connaître les connaissances du soignant quant aux effets de la musique sur le corps

Question :

Commençons par les présentations :

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Depuis quand exercez-vous ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce service, et pourriez-vous me le présenter brièvement ?
- Avez- vous eu des formations professionnelles supplémentaires dans le domaine infirmier ? Si oui lesquels ?
- Avez-vous régulièrement des patients anxieux lors de vos soins ? Que mettez-vous en place pour les soulager de cette anxiété ? Y a-t-il des habitudes de service ?

- Que pensez-vous de l'idée d'utiliser de la musique dans les soins pour apaiser ? Avez-vous déjà utilisé cette méthode ?

- Pensez-vous que la musique pourrait vous amener à changer votre pratique professionnelle ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer en quoi ?

- Quels pourraient être les raisons d'une réticence de la part des soignants quant à l'intégration de la musique dans des situations de soins pouvant engendrer de l'anxiété chez le patient ?

Maintenant que nous avons fait connaissance, nous allons pouvoir entrer davantage dans le vif du sujet, êtes-vous d'accord ?

La question de mon mémoire tourne autour de l'usage de la musique dans les soins en vue d'un apaisement, auprès des personnes ayant des troubles cognitifs avec aphasie.

- Dans le langage courant on associe souvent les troubles cognitifs à l'Alzheimer, qu'en pensez-vous ? Dans les services quand on parle de patient atteint de troubles cognitifs, qu'est-ce qu'on sous-entend ?

- Peut-on considérer les troubles cognitifs comme un handicap mental ? Comment différencier clairement trouble cognitif et handicap mental ?

- Comment définiriez-vous l'aphasie ?

- Comment définiriez-vous l'anxiété ?

- Observez-vous des différences entre les manifestations des angoisses des personnes avec troubles cognitifs, aphasies et ceux qui sont indemnes de cette particularité ?

- Sont-ils plus sensibles aux angoisses ? Y a-t-il des situations propices à créer des angoisses pour eux ? Selon vous, comment pourrait-on expliquer ?

- Selon vous, qu'est-ce que l'écoute de la musique peut apporter au patient ?

- Avez-vous constaté ce que l'écoute de la musique peut engendrer sur le corps ?

Conclusion :

Nous arrivons au terme de cet entretien,

- Avez-vous des choses à rajouter ? **Remerciement**

Annexe II : Retranscription entretien avec Léa

- Premier entretien infirmier : Léa travaille dans un établissement de rééducation, référente douleur et référente du dispositif musicare.

Tutoiement du professionnel avec son accord.

ESI : Est-ce que tu pourrais commencer par me parler de ton parcours professionnel ?

IDE : Donc moi je suis infirmière, alors j'ai commencé ici en infirmière de nuit. Euh, je suis ensuite passé sur un poste de jour, puis un poste de jour à temps plein. Donc initialement à temps partiel, puis un poste de jour à temps plein avec une référence douleur. Donc voilà, donc ça, c'était en ... (temps de réflexion) 2016. Ouais voilà je dirais ça 2016. Voilà, concrètement la référence douleur je l'ai prise pour avoir un temps plein ce n'était pas quelque chose qui m'intéressait initialement, mais finalement c'est quelque chose que j'adore. Donc aujourd'hui je suis formé, j'ai le DU douleur.

ESI : ok

IDE : Pour être plus à l'aise dans ma référence. Et, donc voilà, et donc du coup pour l'instant je fais ça... en fait j'ai des temps de référence. J'ai 3H30 par semaine donc qui sont regroupées en journée. Donc j'ai à peu près une journée toutes les 2 semaines de référence où je suis dans un bureau, du coup et je travaille essentiellement sur la douleur, pour tout l'établissement.

ESI : ok

IDE : Donc les protocoles, les mises en place de dispositifs comme musicare dont on va parler euh, les formations en internes tout ça, du coup ça c'est ce que je fais une journée toutes les deux semaines.

ESI : D'accord, ok, ça marche, et du coup est-ce que tu es affilié à un service en particulier en tant qu'infirmière ? Enfin, ça se passe comment ?

IDE : Alors en tant qu'infirmière je suis affilié à un service, donc à la rééducation ado/adulte, enfin adulte. Et en tant que référente douleur par contre, je suis référente pour tout l'établissement.

ESI : OK

IDE : En faite au niveau du fonctionnement ici, donc moi je suis référente douleur avec du temps dédié, donc c'est pour ça que je m'occupe de tous les services parce que c'est vraiment du temps où je suis détaché. Je ne suis pas dans les soins, je suis que sur la douleur. Par contre dans chaque service, il y a des représentants douleur qui sont des personnes, qui participent du coup aux instances aux journée douleur, CLUD... Mais qui n'ont pas de temps dédié. Donc enfaîte ils, euh, ce sont des appuis dans le quotidien pour moi, puisque ils relaient les informations, ils travaillent aussi sur la douleur dans leur service, mais ils n'ont pas le même temps que moi. Donc euh du coup c'est moi qui fait le font, tout ce qui est écriture de protocole tout ça, ils ont pas du tout le temps de faire tout ça.

ESI : D'accord, ok. Et donc du coup, tu travailles quand même dans le service ados/adulte c'est ça ?

IDE : Alors dans le service ouais, je dis ados/adulte parce que avant c'était ça mais donc maintenant, nous c'est les adultes ici. Les ados sont dans un autre service. On a encore quelques adolescents mais pas beaucoup. Et, donc ici on en a, euh, à partir de 15-16 ans dans le service encore. On a encore des

15-16 ans qui sont avec nous, et puis des jeunes adultes, l'objectif normalement, c'est de ne pas trop dépasser les 40 ans. Donc bon on a quelques personnes de plus de 40 ans. Et du coup on a des patients polytrauma, blessé médullaire, troubles neuro, donc on a du coup des patients aphasiques, et des patients qui ont des troubles cognitifs régulièrement.

ESI : Ok. Et du coup, ces patients restent en règle générale combien de temps ?

IDE : C'est hyper variable. Ça dépend vraiment de, pourquoi ils sont là, de l'ampleur de la rééducation nécessaire. On a vraiment, des patients qui viennent pour moins d'un mois. Et puis des patients qui restent 3-4 ans. Et donc voilà c'est vraiment chacun, ça dépend de l'évolution.

ESI : Ok, donc c'est vraiment personne dépendante finalement.

IDE : Voilà, c'est personne dépendante. Ça dépend vraiment des patients, donc ça peut être très très long.

ESI : Et du coup, l'objectif pour ces personnes-là, donc c'est de retourner chez elles ? Ou c'est pas forcément possible ?

IDE : Alors, ça dépend. Dans l'idéal oui, c'est de retourner chez elles, de retrouver une autonomie qui leur permet de retourner au domicile. Donc une autonomie avec leur état de santé actuel en fait quoi. Enfin, c'est-à-dire que par exemple quelqu'un euh, les blessés médullaires, donc qui sont paraplégiques ou tétraplégiques. L'objectif c'est de, qu'ils puissent rentrer chez eux, retrouver une normalité mais avec leur état physique actuel, enfin de santé du moment.

ESI : ok

IDE : Après il arrive que ce soit pas possible de, de retourner au domicile. Euh, notamment les patients qui ont des troubles cognitifs, selon l'ampleur, selon voilà, selon pourquoi... il arrive qu'on soit parfois obligé de les envoyer vers d'autres structures qui soient du coup adapter. Parce que le retour à domicile du coup n'est pas envisageable.

ESI : D'accord, ok

IDE : Les traumatisés crâniens notamment, c'est pas toujours possible.

ESI : D'accord, et bien merci. Donc du coup, oui voilà tu as fais un DU douleurs en plus. Et est ce que tu as fait d'autres formations dans le domaine infirmier ?

IDE : Non, fin après c'est du, c'est sur la douleur où j'ai d'autres formations. Enfin des formations régulières, mais au niveau infirmier bah les formations classiques quoi, rien de plus.

ESI : Ok, ça marche, très bien. Et, du coup est ce que pendant les soins, tu es souvent confronté à des patients qui sont anxieux ?

IDE : Oui, beaucoup, beaucoup. Enfaîte, on a, on se rend compte que, la part entre la douleur et l'anxiété en fait, fin c'est souvent très lié.

ESI : Oui

IDE : C'est difficile à dissocier.

ESI : C'est ce que j'ai cru comprendre aussi.

IDE : Voilà, il faut enfaîte savoir à quel moment le patient, a juste mal et besoin d'un antalgique. Et enfaîte d'autre moment, où il a mal, mais enfaîte l'anxiété prend le dessus, et du coup la douleur devient ingérable.

ESI : oui

IDE : Mais parce que, en fait, il y a une grosse part d'anxiété. Et c'est vrai qu'avec musicare là, donc qu'on utilise maintenant. Il est pas rare qu'on associe, un antalgique et musicare et en fait on voit clairement les patients s'apaiser et se détendre en fait réellement. C'est vrai qu'on à beaucoup, beaucoup d'anxiété, et à la fois en faite pour, enfin pour tout ici enfaîte. Pour les soins qui peuvent être douloureux, les soins qui peuvent être invasifs.

ESI : Oui

IDE : Et puis, l'anxiété de ce qui leur arrive enfaîte, puisque c'est vrai que ben, quand ils sont chez nous c'est que ce n'est pas cool en générale [rire] Donc du coup, ils ont quand même des phases enfaîte dans leur prise en charge où, ils réalisent ce qu'ils leur arrive. On a affaire ici à tout le, toutes les étapes du... de la, de l'acceptation en faite.

ESI : Oui c'est un deuil entre guillemets de leur vie d'avant.

IDE : Du deuil, c'est ça voilà merci. Donc du coup il y a forcément des grosses part d'anxiété, beaucoup la nuit. Mais aussi le jour. La nuit c'est plus les anxiétés en lien avec tout ce qui ce passe tout ça. Et la journée c'est l'anxiété des soins qui vont arriver de, fin tout ce mélange un petit peu. C'est un peu...

ESI : Et du coup il peut, il peut y avoir quel type de soins par exemple invasifs qui sont...

IDE : Qui, qui créent de l'anxiété ?

ESI : Oui

IDE : Alors pour les blessés médullaires, tous les soins sur l'élimination. Parce que du coup euh, donc on doit les sondés, leur faire des évacuations manuelles de selles.

ESI : Oui, ok.

IDE : Et ça, bah ça, c'est forcément des gestes, qui sont pas, pas simples. Pas simple à accepter.

ESI : Oui et puis même aussi au niveau de l'image de soi, fin c'est pas évident quoi.

IDE : Voilà, c'est ça. C'est très compliqué.

ESI : Donc c'est vrai que, enfin c'est ce que je me disais aussi, pendant mes recherches. C'est que finalement les douleurs et l'anxiété au début je voulais les dissocier, mais ce n'est pas toujours évident.

IDE : C'est compliqué oui.

ESI : Parce que la douleur peut majorer l'anxiété et vise vers ça.

IDE : Totalement c'est ça.

ESI : Et donc du coup, c'est pour ça, c'est intéressant de voir que les deux traités ensemble finalement, c'est plus efficace.

IDE : C'est ça, c'est primordial. Là on a un patient, tu vois, bah, là là dans la semaine. Euh, douleurs incontrôlable, augmentation des morphiniques, finalement peu soulager par l'augmentation des morphiniques. Introduction de Xanax, et là ça y est il est soulagé. Mais parce que enfaîte, bah il y avait pas QUE ça, il y avait pas que ça, il n'y avait pas que la douleur. Il y avait un tout. C'est un patient qui est allité pour une fracture du bassin. Et du coup l'alitement il n'en peu plus ; là il est sur la fin de son alitement il tient plus. Du coup grosse douleur au sacrum, mais par l'immobilisation, enfin voilà tout était compliqué. Et du coup finalement là, les morphiniques n'ont pas suffit. C'est l'introduction du Xanax associé à l'augmentation de morphine qui a permis de faire descendre, enfin de le soulager enfaîte dans sa douleur quoi.

ESI : D'accord.

IDE : Donc c'est vrai qu'on voit souvent ça en fait, de devoir agir sur les deux. Comme tu dis c'est de dissocier les deux c'est compliqué quoi.

ESI : Ok ça marche. Et donc du coup les habitudes de service, donc tu me parlais de music care. Est-ce que c'est rentré dans des habitudes de service justement pour traiter l'anxiété, ou est ce qu'il y a d'autre chose de mise en place ?

IDE : Alors, musicare, est bien rentré enfaîte. Enfin on a tellement vu une efficacité, rapide de ce dispositif que on s'en ai très vite saisi. Les patients apprécient beaucoup aussi l'utilisation de music care. Donc ça, c'est beaucoup utilisé, euh, pas que ça ici on a la particularité d'avoir d'un infirmier de soutien psy.

ESI : Ok.

IDE : Donc en fait, ce sont une équipe d'infirmiers qui ne sont là que pour être présent pour les patients. Enfin que pour l'aspect psychologique.

ESI : Psychologique oui.

IDE : Enfin c'est-à-dire qu' ils ne travaillent pas en tenu par exemple, qui ne sont pas du tout là pour les soins. Ils sont là pour les écouter, pour les accompagner, pour voilà, c'est du temps, un temps de libre échange enfaîte qu'ils peuvent avoir avec eux. Qu'ils arrivent pas forcément à avoir avec nous. Ou qu'on a pas forcément le temps d'avoir clairement, hein aussi.

ESI : Oui, c'est pas volontaire, mais c'est imposé par le rythme.

IDE : Voilà c'est ça, par le rythme, on ne peut pas toujours forcément prendre 30-45 minutes avec un patient. Donc cette équipe là, permet ça aussi. Donc ils sont très présent aussi sur l'anxiété des patients. C'est-à-dire que si euh, si nous on sent que là il y a des choses à lâcher, qu'il a besoin de parler, de voilà de verbalisé un peu tous ce qui lui arrive euh ; on appelle nos collègue enfaîte qui vont pouvoir intervenir et prendre plus de temps.

ESI : Ok, d'accord. Oui donc finalement ça rentre aussi dans le traitement entre guillemet de l'anxiété et euh...

IDE : Oui, et du coup ces collègues là sont aussi formé pour musicare. Fin voilà, très vite le propose eux aussi quoi.

ESI : Et du coup, juste, musicare, qu'est ce que c'est plus précisément ?

IDE : Alors, en fait c'est sur une tablette. C'est des séquences musicales qui sont enregistrées, dans un but bien précis. Donc ils agissent, soit sur l'anxiété, la douleur ou pour le sommeil. En fait, ce sont des séquences, alors là pour la douleur par exemple, en « U ». C'est à dire que, en fait au départ, ils vont avoir un, la musique et qui tout doucement en fait va se, s'apaiser, pour n'arriver que sur un instrument en fait sur la phase « basse » donc qui t'amène un peu dans un état... de semi-hypnose. Enfin voilà, de détente complète. Et ensuite, qui va remonter vers, un tempo un peu plus rapide avec un peu plus d'instruments pour te sortir de cet état. Donc ça c'est pour la douleur enfin alors attend que je me ... ça c'est pour la douleur et l'anxiété. Pour l'endormissement, du coup en fait, juste on va rester sur la phase « basse » jusqu'à ce que le patient en fait s'endorme.

ESI : Ok

IDE : Il n'y a pas de remonter de musique. Ça les accompagne vers le sommeil. Après nous on l'utilise pas. Tu peux aussi à l'inverse l'utiliser pour le réveil. Donc ça c'est plus visiblement pour les personnes âgées. Nous on a essayé, on nous avait dit pour les personnes qu'on des troubles cognitifs que c'était bien aussi. Bon clairement nous, les troubles cognitifs qu'on a ici, visiblement ça ne colle pas. Ça n'a pas d'efficacité du tout.

ESI : D'accord, ok.

IDE : Mais en tout cas, voilà pour la douleurs et l'anxiété ça fonctionne très très bien. Donc ils ont tous un choix. En fait, on leur fait, on a un questionnaire, qu'on utilise pas énormément. Parce qu'on commence à bien connaître. Où les patients choisissent, et nous disent en fait les instruments qu'ils n'aiment pas du tout. Par exemple, on ne va pas aller leur mettre de la flûte si c'est vraiment le truc qui exaspère. Mais donc ils nous disent ce qu'ils aiment bien d'habitude, on leur propose. On leur fait écouter une partie de la séquence. Et si ça le fait, si ça leur convient, ils peuvent l'écouter soit avec un casque.

ESI : ok

IDE : Donc quand on est sur une grosse anxiété, en général on leur met le casque. Parce que vraiment ça les enferme un petit peu. C'est un casque qui filtre les bruits extérieurs pour que vraiment ils ne soient que sur la musique.

ESI : Ouais

IDE : On peut leur proposer un, un bandeau aussi à mettre pour cacher au niveau des yeux.

ESI : Ok

IDE : Comme ça vraiment ils peuvent se mettre dans une bulle complètement, et sinon ils peuvent écouter qu'avec la tablette.

ESI : D'accord

IDE : Donc pour l'endormissement, en général ils préfèrent qu'avec la tablette. Parce que s'endormir avec les écouteurs c'est pas non plus... un peu pénible. Mais pour douleurs-anxiété, on aime bien utiliser avec le casque. Ça permet de les isoler complètement.

ESI : Ok, d'accord. Et du coup, c'est des choses qu'ils ont à dispositions dans leur chambre ? Ou comment ça se passe ? C'est ...

IDE : Alors, on a 2 tablettes. Enfaîte on a 4 tablettes, pour l'établissement. Donc nous on en a 2. Euh, le SSR ado en a ... oui parce que je ne t'ai pas présenté en faite du tout. En Faite, on à un service de psychiatrie.

ESI : Ok

IDE : Et un service adolescent. Et eux sont surtout sur les troubles alimentaires.

ESI : Pour, oui pour la psychiatrie.

IDE : Non, pour les adolescents. Pour les adolescents avec des troubles alimentaires pour l'instant. Et puis la psychiatrie, ce sont des jeunes qui sont euh... scolarisé encore en étude supérieur. C'est pour maintenir enfaîte une scolarité en études supérieures.

ESI : D'accord.

IDE : Du coup, il sont hospitalisés là. Mais l'objectif c'est qu'ils aillent en cours sur le campus. Et qu'ils soient maintenus là enfaîte. Enfin voilà, qui ont des troubles psy mais qui ont besoin d'un soutien quotidien. Et donc du coup, il y a une tablette, ils ont une tablette eux. Le service ados en a une. Et nous on en a deux. Et donc voilà, on met à disposition les tablettes en fonction des besoins des patients quoi.

ESI : D'accord, ok, ça marche. Et ils sont au courant de cette possibilité là, fin de cette accès à la musique à leur arrivée ou pas ?

IDE : Oui, très vite en fait. C'est-à-dire que on ne leur en parle pas dès leur arrivée parce que il y a beaucoup trop de choses de dites à l'arrivée et que du coup ce n'est pas possible. Par contre dès qu'on vois qu'ils ont du mal à s'endormir, que ils sont anxieux, c'est vraiment quelque chose dont on parle très rapidement voilà.

ESI : Ok. Et du coup ça, est-ce que ça a nécessité une formation spécifique ?

IDE : Oui. On a été formé en avril là, parce que c'est tout frais, la mise en place pour nous. Il y a un an. Donc on a été formé en avril. D'abord une première vague de personnes alors je ne sais plus moins de 10. On devait être 6 ou 7 à être formés.

ESI : D'accord.

IDE : Et puis ensuite, en juin il y a eu une deuxième vague de formé. Et en fait, c'est ceux qui ont été formé vraiment, fin pars la société musique care, qui ont formé le reste du service.

ESI : ok.

IDE : Donc on s'est auto-formé entre nous. Sachant que c'est une tablette qui se prend très facilement en main donc voilà.

ESI : C'est sur une application du coup j' imagine ?

IDE : Oui, voilà. Et ce qui est bien c'est qu'en fait on peut proposer au patient. Si ça leur convient bien, ceux par exemple qui ont bien accroché sur le sommeil. Si ça leur convient, ils peuvent l'utiliser à la maison.

ESI : ah ok super !

IDE : C'est après, c'est payant. Comme spotify, deezer tout ça. C'est, je crois que c'est une dizaine d'euros par mois. Mais avec, nous on leur donne un code d'établissement, comme quoi ils sont formés à ça, et ils peuvent continuer de l'utiliser à la maison. Donc il y en a, qui nous demande ça, parce que finalement, au lieu de prendre des somnifères ils prennent ça le soir. Enfin ils utilisent, ils écoutent une musique le soir.

ESI : Ok, c'est une alternative, qui fonctionne quoi.

IDE : oui voilà.

ESI : ok super ! ... Donc du coup, alors attends [temps de réflexions] parce que j'ai des questions auxquelles on a déjà répondu. [rire] Est ce que, oui, est ce que tu penses que cette alternative d'utiliser la musique elle est assez connue du coup dans les services ? Alors du coup ici, oui, vu que toute l'équipe a été mise au courant. Mais je ne sais pas si tu as des connaissances euh, qui travaille dans d'autre établissement. Et...

IDE : Je sais pas trop. Ouais j'ai pas trop de retour par rapport à ça. Voilà, non non, je serai pas trop dire. De ce que j'ai vu. Je participe aux journées du CNRD c'est des journées douleurs en faites qui sont organisées une fois par an, enfin bref. C'est évoqué en fait. Ça fait, plusieurs fois, plusieurs années qu'ils en parlent donc c'est quand même quelque chose qui a l'air de se développer. Notamment, ils montraient, donc rien avoir nous avec music care mais c'était une personne en faite qui venait faire, alors je crois que c'était du violoncelle qu'elle faisait.

ESI : ok

IDE : Dans les structures, donc les personnes âgées mais pas que. Et où ils avaient des résultats de folie quoi. Enfin vraiment, ils arrivaient à apaiser euh, les personnes alzheimer beaucoup. Avec ça, fin ça marchait très très bien. Donc c'est quelque chose qui je pense tant à se développer parce que c'est vraiment confortable. Et puis c'est vrai qu'aujourd'hui on est dans une recherche d'autre chose que le médicament. Du non médicamenteux.

ESI : Oui

IDE : Enfin dans l'idéal quoi.

ESI : Oui, oui complètement.

IDE : Donc je pense que, et puis c'est facile à mettre en place quand même. Ça ne demande pas, enfin c'est pas trop compliqué quoi.

ESI : Oui, oui, oui,oui

IDE : Donc je pense que ça se démocratise quand même pas mal.

ESI : Et finalement même sans avoir l'application, enfin sur youtube ou autre, sur les ordinateurs, on a facilement accès...

IDE : C'est ça. Parce que nous avant, on avait pas music care enfaîte et bah le réflexe ici, c'était, ça a toujours été quand même de, ... les ados beaucoup font ça, mais même les jeunes adultes de mettre leurs propres musiques. On leur mettait leur propre musique sur le téléphone et puis on faisait les soins en musique.

ESI : Donc même avant ça déjà, l'habitude de la musique était déjà un petit peu là.

IDE : Ouais, ouais, ouais, parce que sinon ça fait des ambiances des fois dans les chambres un peu, un peu lourde aussi quand c'est en silence.

ESI : Oui

IDE : Donc quand c'est le choix du patient on respecte mais très vite on propose la musique dans tous les cas.

ESI : Ok ok ça marche... Donc du coup est ce, je sais pas, est ce que tu te souviens d'une , fin de « l'avant » utilisations de la musique ? Ici ou dans ta pratique professionnelle, est ce que du coup tu penses que ça peut amener à changer justement les pratique professionnelle d'utiliser de la musique ?

IDE : Changer dans le sens de plus l'utiliser tu veux dire ? D'aller plus facilement vers ça ?

ESI : Oui, ou même changer les pratique professionnelle de manière générale même dans le rapport avec le patients, ou dans le rapport au soins technique ?

IDE : Je pense que ça peut changer. [Réflexion] L'utiliser enfaîte, je trouve détend tout le monde. C'est-à-dire autant les patients, que nous. Et, je pense que quand on commence à travailler avec ça c'est difficile de revenir à travailler sans ça. C'est-à-dire que nous par exemple, les patients qui nous disent... euh, on a eu un patient extrêmement compliqué dans sa prise en charge enfin, par ce qu'il lui arrivait. En fait, c'est un patient qui à une dermatite bulleuse. Donc en gros il a des plaies sur absolument tout le corps donc c'était 2h30 de soins. Donc très très long, très éprouvant, très très douloureux. Donc éprouvant du coup autant pour lui que pour nous. Puisque bah voilà pour nous quand c'est douloureux pendant 2h30 on aime pas hein.

ESI : oui

IDE : Et sans trop de solutions par rapport à ça. Et donc plusieurs fois on lui à dit « tu veux pas on mets un peu de musique tout ça ? » histoire d'être un peu sur autre chose quoi, pouvoir euh, parce que nous la musique aussi. Voilà c'est des jeunes, donc on danse, on chante, on met un peu d'ambiance dans la chambre quoi. Non, il n'a jamais voulu de musique. Et bien ça nous manquait [rire] beaucoup, beaucoup, beaucoup.

ESI : D'accord, ok.

IDE : Parce qu' en faisant 2h30 de soins éprouvant sans musique on subissait un petit peu. Enfin on a senti qu'on aurait, enfin voilà ça aurait été mieux, on aurait pu faire les choses de façon plus apaisée avec de la musique quoi.

ESI : Ils vous manquait quelques choses

IDE : Ils nous manquait quelque chose oui. Et puis là tu vois on à un médecin qui fait, donc le médecin qui est président du clud. Il fait des injections de toxine. Donc c'est un geste qui peut être un peu douloureux pour le patient. Qui est toujours un peu stressant pour le médecin, enfin voilà. Et enfaîte, depuis qu'on a music care il l'utilise pendant les injections mais il l'utilise avec un petit haut parleur. Et comme ça tout le monde en profite. Et en fait, il me dit « depuis que je fait ça et bien moi, ça me fait beaucoup de bien aussi, et du coup tout le monde se détend pendant, pendant le soin. » Donc je pense qu'une fois que tu viens à ça, t'as du mal à retravaillié dans des ambiances en silence, dans Et puis ce n'est pas notre façon de faire ici.

ESI : Oui. Et puis finalement par phénomène de transfert fin les gens ressentent un petit peu la tension du soignant ou au contraire la détente et ça se transmet un peu quoi.

IDE : Exactement ! Et c'est vrai fin ça je suis d'accord. Et quand nous on est détendu, ça change tout.

ESI : oui, c'est contagieux. [rire]

IDE : Oui oui, complètement.

ESI : Ok, ça marche. Et, du coup, est-ce que je ne sais pas si tu pourras répondre à cette question, mais qu'est ce qui selon toi, pourrait faire la réticence de certain soignant à utilisé de la musique pendant le soins ? Parce que justement enfin, ça tant à vachement s'utiliser de plus en plus. Mais ça n'est pas encore euh pour le coup...

IDE : Je ne sais pas. Je pense que [temps de réflexion] Je pense que le côté pressé dans lequel on est en train de nous mettre, peut jouer. C'est-à-dire que bah là il faut quand même prendre le temps d'installer la tablette, de choisir avec le patient. De, ça veut dire après redésinfecter la tablette. Donc là pour une tablette mais pour... en fait ça nécessite de prendre trois minutes quelque soit : le téléphone du patient, le tiens, peu importe. De prendre trois minutes. Et je crois, que plus ça va, plus on nous essouffle sur ces trois minutes possibles et plus... Alors nous ici, on est bien, on est confortable, dans notre façon de travailler clairement. Et puis on a décidé qu'on prendrait ces trois minutes quoi qu'il arrive. Que c'était pas grave de prendre trois minutes. C'est notre façon de voir en équipe. Mais je pense au CHU par exemple. Je crois qu'elle en sont à trois minutes. Que trois minutes c'est difficile, que quand on est dans une course folle on oublie que des petites choses comme ça, ça fait du bien. Mais en même temps c'est normal. Elles sont dans une course de malade et euh.. et du coup, bah enfaîte c'est juste réussire à voir tout le monde, avant tel heure. Et du coup ce genre de choses je pense on y pense pas forcément. On a pas forcément le temps. Et puis après il peut y avoir aussi des soignants qui n'aiment pas écouter la musique. Ou qui n'aiment pas écouter autre chose que leur musique.

ESI : Oui

IDE : Parce que c'est vrai que moi par exemple, il y a des matins où clairement, moi ça ne me détend pas hein [rire] la musique qu'on est en train d'écouter. Mais bah c'est pas grave après ce n'est pas pour moi quoi. Mais voilà, il y a des fois où non, tu n'es pas en accord avec la musique que le patient à envie d'écouter. Bon bah c'est comme ça quoi ! Mais du coup peut-être qu'il y en a qui préfèrent ne pas proposer. Pour ne pas euh, voilà...

ESI : Oui, oui c'est dans ce sens là quoi.

IDE : Oui peut-être.

ESI : oui c'est vrai que c'est intéressant, oui c'est vrai... Donc du coup maintenant, on va plus aborder la question autour plutôt des troubles cognitifs et tout ça. Donc du coup dans le langage courant moi je trouve qu'on associe beaucoup trouble cognitif justement avec alzheimer. Enfin c'est souvent l'association que je fais et même dans les articles que j'ai pu lire. Et parfois c'est dur de dissocier alors qu'il n'y a pas que ça finalement. Et du coup, dans les services quand on parle de patient atteint de troubles cognitifs qu'est ce qu'on sous-entend concrètement ?

IDE : Ici ? Chez nous ?

ESI : Oui

IDE : Alors nous troubles cognitifs, on a des patients, qui ont des traumatisme crânien et qui ont des troubles cognitifs par la suite. On a des patients qui ont fait des AVC. On a des SEP qui ont des troubles cognitifs.

ESI : SEP ? Sclérose en plaque du coup ?

IDE : Oui Sclérose en plaque pardon. Voilà c'est les principaux qui me viennent. Parce qu'après on a des maladies qu'on voit un petit peu moins, où ils peuvent aussi avoir des troubles cognitifs, mais c'est les principaux, du coup qu'on a ici. Et du coup après dans ce qui est un troubles cognitifs [sonnerie de portable] pardon. Il peut y avoir beaucoup de choses associées. C'est-à-dire que tu peux avoir : les troubles de la mémoire, les troubles du langage. Enfin ça englobe énormément de choses en fait. Ici, juste le trouble du mot, enfin qui du coup est quand même de l'aphasie mais voilà. Ça englobe tellement de choses ici le trouble cognitifs.

ESI : C'est très vaste finalement comme notion.

IDE : oui, oui, oui et puis c'est vraiment beaucoup de nos patients, beaucoup de nos patients qui ont des troubles cognitifs.

ESI : ok, et est ce que du coup on peut considérer les troubles cognitifs comme un handicap mental ou pas ?

IDE : Un handi ? Oui. Oooh.. question piège ça. Non, enfin moi je le considère comme un handicap invisible. Plus qu'un handicap mental. Par exemple, [temps de réflexion] euh, je ne sais pas trop quelle différence je mets entre handicap mental et troubles cognitifs mais... Les troubles cognitifs en fait, tu vas, il y a quand même une rééducation, une possibilité d'amélioration.

ESI : Ok

IDE : Il y a un travail qui est possible dessus. Je trouve que handicap mental... ça va être par exemple les gens qui ont un retard mental tout ça. Où là bah t'a pas tellement, fin c'est l'état du patient, enfin voilà c'est son état de santé. Mais, il n'y a pas tellement possibilité de travailler dessus. Alors qu'un trouble cognitifs tu as vraiment un travail qui est possible. Qui au bout d'un moment arrive au bout où on sait qu'on ira pas plus loin dans sa rééducation. Mais on voit quand même de nets progrès.

ESI : oui d'accord.

IDE : Sur certains troubles. Enfin, voilà on a des patients quand ils arrivent... Donc là on a un patient par exemple qui repère sa chambre, les toilettes, qui s'habille. C'était compliqué en fait, suite à un traumatisme crânien. Aujourd'hui, il y a encore beaucoup de chose compliqué hein, mais par contre il sait où est sa chambre, il va aux toilettes dans sa chambre et non plus dans le couloir, ou dans la lingerie, ou dans le premier truc qui trouvait. Voilà, il y a des choses qui ont été travaillées. Il se repère un petit peu dans la structure, donc il y a une amélioration. Donc je ne mettrai pas ça qu'en handicap mental.

ESI : ça serait réducteur finalement ?

IDE : Oui. C'est un peu là où je fais la différence. C'est dans la rééducation possible ou non. Mais après ça c'est mon interprétation.

ESI : Oui, oui , mais bien sûr.

IDE : Enfin, peut-être que je me trompe.

ESI : ça marche, et bien merci. Et du coup l'aphasie qu'est ce que toi tu entend par ce terme ?

IDE : C'est euh... des troubles du langage, de la communication en fait. Nous les patients aphasique qu'on a euh.. on a des patients qui utilise les mauvais mots euh dans... fin qui utilise un mot à la place d'un autre. On en a qui euh.. n'arrive pas du tout à sortir de mot

ESI : Ok

IDE : Qui donc où, on est que sur de la communication non verbale quasiment avec eux en général on utilise des... des enfin, quand on est sur une aphasie on a souvent des support de communication

ESI : oui

IDE : Voilà, pour pouvoir faciliter un peu l'échange mais c'est quand il y a zéro mot qui sort, c'est compliqué

ESI : Des pictogrammes peut-être ? Ou ...

IDE : oui des pictogrammes sur tablette. Enfin ils ont une tablette en général où ils peuvent au moins nous dire pour les besoins principaux quoi. Après c'est beaucoup de temps euh.. où on apprend à se connaître en fait. C'est... répondre à leur demande au bout d'un moment mais voilà c'est vrai que c'est compliqué quoi.

ESI : Ça prend du temps à ce mettre en place quoi.

IDE : Ouais, ouais, ouais. Bah c'est vraiment, ces patients là, c'est euh.... Pour eux c'est extrêmement éprouvant d'avoir affaire à une nouvelle tête par exemple. Donc on leur évite au max de on ne leur envoie pas d'intérimaire par exemple.

ESI : Oui

IDE : Parce que, c'est trop compliqué et pour le soignant et pour le patient.

ESI : Oui, ça met les deux en difficulté.

IDE : Oui. Donc voilà c'est vrai que ça on évite. Euh... on a des patients donc aphasique, qui... ouais qui mettent du temps à trouver, mais qui trouve leur mots fin où c'est compliqué quoi, c'est un peu ralenti. Voilà, en gros ce qu'on a.

ESI : ok. Ça marche. ... Donc c'est de toute façon que de la sphère du langage, il peut y avoir des personnes qui ne parle pas du tout, tout comme des personnes qui parlent avec difficulté.

IDE : C'est ça.

ESI : Enfin au niveau de la compréhension tant pour nous que du coup dans l'expression... Mais ça doit être frustrant aussi, est ce qu'ils se rendent compte du coup ?

IDE : Oui. Alors... oui et non. En général, tous nous comprennent très bien.

ESI : oui

IDE : C'est plutôt dans, eux leur communication ... Il y a en a qui se rende compte. En fait, tu as des doutes je trouve sur le moment où ils se rendent compte et où ils se rendent pas compte. En fait on

en a une par exemple qui se ... A mon sens se rendait compte, puisqu'elle voyait bien qu'on comprenait pas. Mais en fait à chaque fois elle essayait. Et du coup elle se concentrait, tu vois pour, vraiment pour nous sortir ce qu'elle avait envie de dire.

ESI : Oui

IDE : on sentait bien que [grande inspiration] elle prenait une grande inspiration, elle se concentrait puis [souffle en me montrant ce que faisait le patient, pour illustrer ses propos] à chaque fois on lui disait : ah bah oui mais... fin là j'ai pas compris... fin voilà. Et donc c'est difficile, et donc elle se rendait compte mais elle essayait quand même de de sortir des mots

ESI : ouais

IDE : et enfaîte, euh voilà ça ne sortais jamais comme elle voulait.

ESI : Ouais

IDE : Et euh.. « le mauvais mot » ils s'en rendent pas toujours compte non. C'est pas le bon fin...

ESI : Ok

IDE : en générale le mauvais mot ils s'en rendent moins compte. C'est le « pas de communication du tout » ça ils voient bien que voilà ça sort pas. Ça sort pas comme ils veulent

ESI : ça doit être frustrant pour le coup.

IDE : Ouais, ouais, ouais. Oui, oui. C'est des patients... euh qui souvent ne vont pas très très bien quoi.

ESI : Ouais

IDE : Je me souviens d'une patiente dans un autre centre de médecine physique et de réadaptation où, pour qui l'issue avait été dramatique quoi. Puisque, vraiment elle se faisait plus du tout comprendre euh, fin c'était très très difficile. Et donc du coup elle avait fini par mettre fin à ses jours, quoi c'était devenu trop trop difficile.

ESI : Ouais... Mais même pour les soignants, enfin de de prendre conscience aussi de cette difficulté là ça doit être compliqué. Enfin à admettre aussi, se dire aussi qu'on ne peut pas non plus toujours euh...

IDE : c'est ça.

ESI : Les aider autant qu'on le voudrait quoi.

IDE : Bah avec un peu de bouteille je trouve ça plus facile.

ESI : Ouais

IDE : Parce que euh.. on apprend comment dire les choses

ESI : ok

IDE : C'est-à-dire que moi aujourd'hui ça ne me dérange plus de dire, quand un patient s'énerve parce que je comprend pas

ESI : ouais

IDE : Parce que il arrive pas à dire des mots. Ça me dérange pas de lui dire euh... « Attendez, là j'ai pas compris on va prendre le temps et je vais essayer de comprendre. Et on va y aller point par point. » Et alors ça je savais pas le faire au début évidemment, enfin c'est tu prends pas tes marques, surtout au départ

ESI : Nan

IDE : Et du coup maintenant ça ne me dérange pas de dire « ok. Est ce que ça concerne la salle de bain ? - Non. Est ce que ça concerne l'adaptable ? -oui. Ah C'est quelle chose sur l'adaptable ? Est ce que c'est cette partie là ? Ou cette partie là ?... » fin on prend le temps de débrouiller le truc et de trouver de quoi il est question, et tout ça. Mais il y a des patient que ça énerve tellement, que voilà, ils nous envoient boulé tout de suite c'est « SORTEZ, SORTEZ » Et, ce que je trouve très difficile c'est quand on arrive pas et qu'ils nous disent « tant pis c'est pas grave »

ESI : ouais

IDE : Et là tu sors de la chambre ... Bah non parce que tu n'as pas répondu à la demande et c'est très très énervant quoi...

ESI : Ouais

IDE : Mais bon, des fois c'est quand même ça qu'il ce passe quoi.

ESI : ok. Ça marche et du coup, comment est ce que tu, qu'est ce que tu mets sous le chapeau du mot d'anxiété ?

IDE : Pour ces patients là ?

ESI : oui, et de manière générale.

IDE : Comment je le définis ?

ESI : Ouais

IDE : Comment je définit l'anxiété ? Euh... enfaîte, je sais pas, je dirais que c'est ... c'est des, c'est un état enfaîte qui envahie le patient qui... Je dirais que c'est comme s'il y a plein de chose en faite dans sa tête, donc une tête qui va à toute vitesse, des idées qui ne s'arrêtent plus. Qui tourne en boucle. Et qui du coup embolise totalement le patient et le en tout cas c'est difficile à définir hein... Qui embolise le patient enfaîte, fin qui le.. qui l'empêche d'avancer... Qui...

ESI : Donc ça bloque la réflexion peut-être ?

IDE : Voilà c'est ça. Qui ouais, qui bloque tout. Qui du coup qui reste centré sur un sujet, une thématique à laquelle il va pas y avoir de réponse. A essayer éventuellement d'en chercher, mais ... mais voilà c'est pas.. En tout cas, c'est quelque chose d'extrêmement désagréable pour le patient.

ESI : ok

IDE : Et qui... peut amener de l'angoisse. Enfin ouais... c'est pas facile j'arrive pas bien à définir.

ESI : Et du coup si je reprend ce que tu as dit donc l'anxiété par exemple qui pourrait être lié aux soins ça pourrait être par exemple un patient qui va rester vraiment focus sur ce qui l'appréhende dans le soins

IDE : C'est ça

ESI : Et faire abstraction de son environnement qui, où il y a des choses qui peuvent l'apaiser justement ou.... ?

IDE : Ouais, qui peut ouais ouais rester que sur la peur, la peur, la peur, et puis du coup ne pas pouvoir débloquer de ça. Je sais pas je pense à ... Des choses simples, tu vois par exemple une ablation d'agrafe. Ça déclenche tout de suite de l'anxiété, systématiquement.

ESI : Ouais

IDE : Quel que soit l'âge, quelle que soit la localisation des agrafes, c'est quelque chose qui fait toujours peur. Donc on prend toujours le temps, d'expliquer comment ça s'enlève, qu'est ce qu'on utilise, comment ça se passe au niveau de la sensation, que en fait ça ne fait pas mal, que c'est désagréable. Mais que ça ne fait pas mal. Et on a beau dire tout ça. Bein non, enfin le patient reste toujours quand même hyper anxieux jusqu'à ce qu'on en enlève une.

ESI : Tant que ça ne sera pas fait

IDE : Voilà c'est ça. Et de ce dire, n'a aucun accès à la réassurance en faite c'est pas du tout possible

ESI : Ok

IDE : Et en général, on en enlève une, et donc ils nous disent « ah ouais ? C'était ça ! » [rire] Mais voilà c'est bloquer, bloquer, et pas de réassurance possible quoi en général.

ESI : ok ça marche. Et du coup, la musique peut quand même aider dans ces cas là ?

IDE : Ouais, ouais, beaucoup. Ouais ouais, bah oui, oui parce que, pour ceux qui adhèrent bien en tout cas .. Enfaîte on laisse, on met la musique, on commence par ça. Et après on s'installe tout ça. Et on laisse enfaîte ce détendre, euh.. s'être happé par la musique et ensuite on fait ce qu'on a à faire quoi.

ESI : Ouais. Il faut d'abord mettre la musique pour qu'elle prenne un peu, le temps de...

IDE : Ouais c'est ça. Pour qu'ils prennent le temps de s'apaiser un petit peu. Si tu mets de la musique et que tu commences d'emblé bon il y a le temps de rien....

ESI : Oui c'est comme pour les antalgiques finalement.

IDE : Oui voilà c'est ça. Il n'y a aucune efficacité.

ESI : Ok. Ça marche. Et du coup au niveau de la manifestation des angoisses des personnes qui ont des troubles cognitifs, aphasie. Est-ce que toi tu as pu observer des différences au niveau des manifestations entre ce public là et ceux qui sont indemnes de ces particularités ?

IDE : Bein je trouve que pour les patients qui sont aphasiques quand ils s'énervent, quand ils sont anxieux, ils s'énervent très vite. On voit beaucoup d'énervement parce que euh... pas de verbalisation possible. Donc du coup, c'est extrêmement euh.. compliqué pour eux enfaîte, de nous,

de qu'on comprenne exactement pourquoi ils sont anxieux. Et c'est vrai que là ... Bon bah t'as beau prendre du temps, essayer de les rassurer, mais en fait ça se trouve tu es complètement à côté de la plaque. C'est pas du tout ça qui leur prend la tête et tu ne sais même pas pourquoi ils sont dans cet état là. Donc souvent, dans ces moments-là on peut avoir affaire à de la colère, voire à de l'agressivité.

ESI : ok.

IDE : Qu'on voit moins chez les autres. Chez les autres c'est de l'anxiété. Il va y avoir des pleurs, tout ça euh... mais on peut discuter. On peut, on peut échanger sur le sujet.

ESI : D'accord

IDE : Le fait de pas pouvoir échanger je trouve fais monter les choses beaucoup plus vite quoi.

ESI : ok. Il y a moins de possibilité de « calmer le jeu » quoi.

IDE : Ouais.

ESI : Fin entre guillemet

IDE : C'est ça.

ESI : Ok. Ça marche

IDE : Et tu vois dans l'utilisation de music care euh.. Du coup on a des séquences où enfaîte c'est peu conseillé de les utiliser chez les patients aphasiques.

ESI : ok

IDE : Parce que c'est des séquences qui peuvent faire ressortir trop d'émotions. Et comme ils ne sont pas en possibilité de les verbaliser derrière, on nous a déconseillé d'utiliser ça chez les dyscommunicants.

ESI : Et quoi comme type par exemple ?

IDE : Alors je ne sais plus exactement euh, le pourquoi du comment ces thématique là. Mais en tout cas quand ils ont créé les séquences ils ont tout de suite identifié que c'était euh....

ESI : Que c'était « trop » ?

IDE : C'était trop voilà. Trop charger pour quelqu'un qui ne peut pas échanger derrière, là dessus.

ESI : D'accord, ok. Ok ça marche. Ah oui c'est intéressant donc ça veut dire que parfois du coup les personnes qui ont la possibilité de communiquer derrière peuvent revenir sur la séquence musicale.

IDE : Bah il y en a qui nous disent « ah ouais, bah là j'étais partie ça m'a rappelé tel truc tel machin ». Enfin voilà, ça leur a permis de vraiment s'échapper à un moment donné. Et du coup ça leur fait du bien. Mais c'est vrai que si ça leur permet de s'échapper sur quelque chose d'un petit peu sensible, et qu'on ne peut pas savoir, bah c'est compliqué quoi.

ESI : C'est compliqué, ouais ok. Oui parce que même pour vous finalement, il y a même pas possibilité d'imaginer ou de comprendre, enfin c'est trop vaste.

IDE : Ah bah ouais non c'est ça. Si on part sur un souvenir clairement c'est pas possible quoi.

ESI : Ouais c'est trop compliqué. Ok d'accord. Et donc du coup, est ce que on peut considérer que c'est des personnes qui sont plus sensibles aux angoisses, les personnes qui ont des troubles cognitifs ou aphasie, ou pas nécessairement ?

IDE : [silence] Peut-être, peut-être parce que... Non, non on le remarque pas forcément qui soit plus sujet aux angoisses. Où alors c'est qu'on passe à côté. Ce qui est aussi possible. De passer à côté de certaine, de certaine angoisse. Mais, plus que d'autres, je suis pas sûr. Parce que c'est vrai que c'est, les personnes aphasiques, c'est... ils sont confrontés à des choses extrêmement difficiles dans leur rééducation, et dans ce qui leur arrive mais enfaîte c'est le cas aussi de beaucoup d'autres sur d'autre forme. Donc je crois pas plus que d'autre.

ESI : Ok.

IDE : Mais je sais pas trop.

ESI : Ouais, ok. Ça marche. Et donc du coup, qu'est ce que l'écoute de la musique peut apporter concrètement du coup au patient, est-ce que tu as pu observer des différences de comportement, ou au niveau clinique ?

IDE : Chez les patients troubles cognitifs ?

ESI : Oui.

IDE : Bein.. Je trouve que ça fonctionne un peu moins bien chez les patients qu'on des troubles cognitifs, mais parce que euh.. dans ce pour qui on l'a utilisé, euh... on a essayer sur des traumatisé crânien par exemple. Qu'était un peu, un peu énervé. Tout ça. Et enfaîte... on a pas réussi à les apaiser avec ça.

ESI : D'accord

IDE : Peut-être par le manque de possibilité d'échange avant sur qu'est ce qu'on choisit, qu'est ce que nanin, qu'est ce que t'as envie ? Comme ça c'est un petit peu moins possible, peut être que c'est ça qui, qui mets en échecs. Mais j'ai l'impression que sur les troubles cognitifs, ça marche un petit peu moins bien.

ESI : Ouais

IDE : En tout cas pour le dispositif qu'on écoute nous. Par contre leur musique à eux fonctionne très bien.

ESI : Ok.

IDE : Donc on utilise quand même leur musique. T'façon il y en a toujours, on associe ce truc de la musique.

ESI : Ouais.

IDE : Mais plus sur la leur.

ESI : D'accord.

IDE : Après, pourquoi exactement ? Je serai pas dire. Peut-être que dans le choix, c'est pas, c'est compliqué ? J'sais pas.

ESI : Ouais, donc ça leur évoque des souvenirs aussi qui sont plus...

IDE : Peut être.

ESI : Plus pertinent pour eux ?

IDE : ça nous arrive quand même hein, d'avoir des patients pour qui ça fonctionne bien. Avec qui euh, on l'utilise régulièrement, mais euh... raaa en même temps je te dis ça mais... Sur l'anxiété ça marche moins bien, sur le sommeil quand même, on en a eu plusieurs pour qui ça fonctionnait très bien.

ESI : ok

IDE : Malgré les troubles cognitifs, ouais nan nan sur le sommeil ça va. C'est douleurs anxiété, un petit peu moins. En fait, c'est parce que, les fois où on a essayer de l'utiliser c'était sur des moments, énerver et clairement, quelqu'un qui a des troubles cognitifs qui est énerver, euh... C'est pas simple de le faire redescendre.

ESI : Ouais

IDE : Donc c'est pas juste une petite tablette avec de la musique, qui, qui va faire redescendre euh..

ESI : Ouais c'est faut justement associer plusieurs choses quoi.

IDE : Ouais, et puis souvent il faut les laisser tranquille enfaîte à ce moment-là. Donc c'est peut être pour ça. Mais par contre sur l'endormissement c'est vrai que nan nan, on en a utilisé plusieurs fois maintenant je repense, on a utilisé plusieurs fois sur des troubles cognitifs où ça marchait très très bien.

ESI : Ok, ça marche. Très bien. Et bien je pense j'ai fais le tours de mes questions. Ce qui est déjà pas mal [rire] Donc je sais pas est ce que tu as des choses à rajouter ?

IDE : Je crois pas... Nan je crois qu'on a pas mal fait le tours. Bah après euh.. Qu'est ce que je peux te rajouter ? Juste au niveau de l'utilisation de l'établissement, alors on remarque quand même que là, dans le service ados, ça marche un petit peu moins bien, que chez nous euh... Ce dispositif là.

ESI : ok

IDE : Parce que enfaîte, eux ils veulent écouter leurs musiques.

ESI : D'accord.

IDE : Et ils ont l'habitude de se détendre avec leur musique et du coup bah ils veulent pas changer.

ESI : ok. Et du coup, est ce que par contre, il y a des voix aussi sur les musiques ? Ou c'est exclusivement instrumental.

IDE : Non, c'est que de l'instrument.

ESI : Ok, ça marche. Et du coup sur les musiques que par exemple les ados écoutent, est-ce qu'il y a des voix ?

IDE : Ouais. Bah c'est la musique, leur musique habituelle quoi enfaîte. Qu'ils écoutent mais du coup nous vu que c'est que de l'instrument, ouais ça leur, ça leur va moins. Ils préfèrent la leur.

ESI : Ouais, d'accord, ok.

IDE : Par contre en psychiatrie, ça marche très très bien.

ESI : Musicare ?

IDE : Oui. Pour l'endormissement, ils utilisent ça pour l'endormissement, et je crois qu'ils font euh.. une séance le soir en collectif, donc du coup ceux qui veulent venir participer. Ils écoutent tous ensemble dans leur salle de, à eux. Et après la nuit, il y en a beaucoup qui en réclament. Ils sont obligés parfois de venir piquer des tablettes, dans les autres services, puisqu'ils ont plusieurs patients en même temps qui veulent écouter music care.

ESI: ok

IDE : Donc ouais, donc pour eux ça marche très très bien.

ESI : Ah ouais, ah super. Ah c'est chouette que ça fonctionne autant. Enfin que ça ait pris une ampleur en plus pour le coup.

IDE : Ouais, bah dans tout l'établissement ouais. Bah ouais ouais ouais. Parce que on a maintenant les euh, les ergo qui viennent nous chercher la tablette aussi pour certaine de leur séance, les kiné qu'on commencé tranquillement aussi, ... ça prend un petit peu moins mais ils sont dans un endroit où c'est pas facile non plus de s'isoler avec de la musique. Enfaîte, le plateau technique c'est une grande pièce avec des box, enfin voilà. C'est pas le meilleur endroit.

ESI : Oui

IDE : Mais pour certain soin douloureux ils l'utilisent aussi donc du coup voilà non ça prend vraiment bien sur tout l'établissement et ça c'est chouette.

ESI : Oui complètement et c'est bien aussi que la plupart y est adhérent. De voir que ça fonctionne aussi pour le coup.

IDE : C'est ça.

ESI : Bah c'est chouette de se dire qu'il y a autre chose aussi que les médicaments qui puissent fonctionner.

IDE : Bah ouais, d'avoir accès à d'autres.... C'est vrai. Parce qu'on a déjà des choses, on a l'hypnose tout ça.

ESI : Oui

IDE : Mais c'est pas simple parce que on a qu'une kiné qui est formé hypnose donc du coup nous par exemple vraiment sur du soins ponctuelle on peut organiser ça dans le service pour qu'elle soit présente qu'elle fasse une petite séance d'hypnose pendant qu'on fait le soins. C'est déjà arrivé. Mais c'est compliqué pour le coup.

ESI : Et puis c'est vrai que ça nécessite une formation pour le coup, très très spécifique

IDE : Ah bah oui.

ESI : Et qui est difficilement transmissible

IDE : C'est ça. Et puis du coup sur un service infirmier ce qui est compliqué c'est que on peut toujours en former deux ou trois rien ne garantit que... Enfin du coup c'est pas pérenne comme organisation. Parce que si personne n'est là le jour où il y a besoin bah en faite elles sont, on est formé mais pour rien. Donc c'est pour ça que là l'avantage de ça, la musique là, bah c'est que tout le monde l'utilise.

ESI : Ouais. Et puis ça reste quand même un système universel finalement. Que les patients soit francophone ou non, qu'ils comprennent ou non la langue en fait, il y a quand même un accès finalement à cet objectif de détente et de diminution de douleur ou de sommeil.

IDE : Tout à fait ouais. Complètement.

ESI : Parce que même du coup l'hypnose, je pense que on parle aux gens du coup de ce que j'ai compris au début.

IDE : Ouais

ESI : Et du coup si il y a une barrière de la langue ça peut être aussi compliqué.

IDE : Et puis l'hypnose tu vois sur les troubles cognitifs par exemple euh... impossible.

ESI : Ah ouais ? Ça, ça adhère pas du tout ?

IDE : Parce que si il y a des troubles euh, pour, pour nos troubles cognitifs, qu'on des troubles de la compréhension du coup, bein c'est inaccessible. On peut pas du tout y aller. Donc voilà heureusement qu'il y a d'autres procédés quand même qui sont possibles quoi.

ESI : Merci beaucoup en tout cas d'avoir pris le temps.

IDE : De rien avec plaisir.

Annexe III : Retranscription entretien avec Marie

- Deuxième entretien infirmier : Marie travaille dans un foyer de vie; foyer d'accueil médicalisé.

Tutoiement du professionnel avec son accord.

Des résidents du foyer seront évoqués pendant l'entretien, afin de préserver l'anonymat je remplacerai leur nom par "Monsieur ou Madame X"

ESI : Bon bah du coup, j'avais préparé un truc de présentation pour me présenter mais tu me connais.

IDE : Je te connais effectivement, on a travaillé ensemble ouais.

ESI : C'est ça. Est ce que par contre, juste pour qu'on, pour que je puisse remettre après dans le contexte, tu veux bien me parler de ton parcours professionnel ? Depuis quand tu exerces tout ça ?

IDE : Oui. Alors, moi je travaille dans le soins depuis 2016. C'est une reconversion auparavant je travaillais dans un autre domaine, du privé. Donc j'ai repris mes études en 2013 à l'école d'infirmière de Rennes. J'ai été diplômé en 2016 et j'ai commencé à exercer dans des, un, l'équivalent d'une maison de retraite. Pour sœur, c'est une congrégation.

ESI : Ok

IDE : Voilà. J'ai travaillé pendant deux ans, par petit contrat renouvelé très régulièrement. J'ai fait aussi des petits remplacements dans différents EHPAD locaux pour boucher un petit peu les trous dans mes contrats. Donc j'ai vu un petit peu ça. Je savais dès là, le parcours de mes études que je souhaitais travaillé en lieu de vie. Parce que ça me correspond, au niveau de ma personnalité et puis de mon, du relationnel que je souhaite mettre en place avec les personnes prises en soins. Voilà donc, comme je ne voyais pas de contrat fixe se dessiner pour moi, là où je travaillais avec les congrégations. J'ai regardé le marché du travail et puis j'ai postulé dans un foyer pour adulte handicapé. Et donc j'y suis rentré en septembre 2018. Donc ça va faire bientôt 4 ans. Voilà, et c'était un foyer dans lequel j'avais fait un de mes stages en tant qu'étudiante.

ESI : Ok, ça marche.

IDE : Donc c'est comme ça que je le connaissais. Voilà, et donc là, ça va faire 4 ans. En 4 ans, il y a eu une rotation importante de personnel. Au niveau infirmier, mais à tous les niveaux. Moi ce qui m'a impacté plus c'était au niveau du personnel. Parce que quand je suis arrivé j'étais la plus jeune, plus

jeune diplômée. Et puis, là il y a eu déjà deux changements complets de l'équipe infirmières, on est 3. Donc, ça a déjà été renouvelé deux fois. Donc là voilà j'ai connu ... ici je connais 6 personnes différentes qu'on exercé ce poste là. Plus les intérimaires qui viennent en remplacement l'été, ou sur des arrêts maladie. Donc, ce que je trouve intéressant dans ce métier et ce qui m'a beaucoup plus c'est le rapport, le rapport aux autres, aussi bien à une personne soignée que de travailler en équipe.

ESI : Ouais

IDE : Avec toute l'équipe pluridisciplinaire. Et, puis c'est des journée qui sont, il y a un cadre de travail qui est défini mais malgré ça il y a pas de routine vraiment. Il y a toujours, il y a toujours quelque chose de nouveau qui va arriver. Il faut toujours s'adapter à quelque chose et on a pas le temps de s'ennuyer. Ça fait réfléchir tout le temps. On s'adapte, on, fin voilà on apprend. C'est vivant

ESI : Oui, en fonction des résidents, en fonction de leur humeur du jour qui est très labile parfois.

IDE : Qui est fluctuante voilà en fonction des relations avec les famille, en fonction du contexte sanitaire qui peut faire que ça change du jour au lendemain.

ESI : Qui ne nous épargne pas

IDE : Voilà en fonction des événements de la vie , qui peuvent nous toucher nous, mais l'entourage aussi. Donc voilà, c'est très vivant et ça me, c'est ça fait vibrer c'est ça qui fait avancer.

ESI : Ouais, ok trop chouette. Et est ce que tu as fait des formations professionnel supplémentaire dans le domaine infirmier ?

IDE : Pas spécifiquement des formations longues j'ai eu des petites formations par accoup sur des formations de matériel ou des soins sur des, pour des pansement spécifique par exemple ou pour la pose de, ou le rinçage de sonde pour une alimentation entérale par exemple. Donc ça c'était plutôt les choses techniques. Et là récemment j'ai fait une formation plus de coordination d'équipe. Parce que c'est un petit peu la partie évolutive de mon de ma fonction aujourd'hui.

ESI : Ok

IDE : Donc j'ai eu quelque jours de pour se poser un petit peu sur les bases en termes de communication, de travail d'équipe. Pour, comment dénouer les conflits, comment voilà.

ESI : Parce que du coup, là, tu as le poste de coordinatrice actuellement ?

IDE : Oui, alors, voilà c'est sachant que c'est un poste de coordinatrice qu'est en gros à 20 % de coordination, et c'est tout. Parce que il y a pas de budget ni d'intérêt d'avoir quelqu'un à temps plein en coordination. Que j'ai pas la fonction IDEC comme on peut avoir donc infirmière encadrante ou infirmière cadre. Parce que je ne gère pas les planning, j'ai pas de relation hiérarchique avec les collègues infirmiers. J'ai plus une fonction, oui de coordination de soins, de mettre de l'huile dans les rouages un petit peu. D'être la courroie de transmission avec les différentes équipes au niveau du soin. Et de poser les choses là où on a des décisions de soins à prendre.

ESI : D'accord. Ça marche, très bien. Donc du coup, est ce que là plus au niveau des résidents, est ce que tu es souvent confronté à des personnes qui sont anxieuses ?

IDE : Oui. [rire]

ESI : Pendant les soins ou autre ?

IDE : On va avoir des personnes qui sont, qui sont anxieuses, parce qu'elles ont des troubles psychiatriques ou des troubles du comportement qui font que bah besoin d'être rassuré souvent, besoin d'être re... pas recadrer mais repositionner dans une réalité. Donc j'ai notamment en tête une résidente qui a des troubles proches de la schizophrénie et du coup qui a un traitement qui fait que ça arrive à s'apaiser en tout cas. Mais elle a des phases où elle est très très très anxieuse, à ce frapper, à vouloir faire sortir de sa tête les idées qui la gênent parce qu'elle entend des voix parce qu'elle voit des choses et parce que c'est très compliqué. Donc il y a besoin de quelque chose de contenant. Donc elle est souvent dans une relation à être, en recherche d'une relation duelle. Donc avec du contact physique alors quand je dis contact physique c'est plutôt le côté enveloppant. Donc le petit câlin, le contact manuelle. Bon le covid n'aide pas parce qu'il faut quand même qu'on garde nos distances mais c'est pas rare qu'on fasse quand même des accolades parce qu'elle en a besoin et il y a ce côté, elle recherche chez nous quelque par un côté maternant. Que on lui donne avec une certaine limite parce qu'on connaît aussi les inconvénients de cette relation.

ESI : Les travers, oui.

IDE : Voilà, et puis qu'on est pas là pour ça. Mais il y a ce côté rassurant des fois dans le fait d'accueillir l'anxiété de quelqu'un. Et puis bah pour ces personnes là on essaie d'adapter au mieux un discours qui la centre sur quelque chose, ou une activité qui va faire que sa pensée va être occupé et qu'elle pas se retrouver envahie. Parce que c'est vraiment ce côté envahissant. Qui...

ESI : Ok, ça marche. Le côté envahissant de l'anxiété, qui ressort pour le coup.

IDE : C'est ça et puis envahissant, des voix et puis du côté, de la pathologie quoi.

ESI : Oppressant. Et du coup est-ce qu'il y a des habitudes de service justement pour calmer cette anxiété même chez d'autre patient, enfin d'autre résident du coup ?

IDE : Il y a pas d'habitude. Il y a un petit peu un carnet des astuces si on veut aller par là. C'est vraiment reposé les choses, c'est vraiment être dans la communication, s'assurer que la personne comprend bien. C'est adapter son ton. C'est se positionner physiquement face à la personne. Je dirai qu'il y a une question de hauteur quoi. Si la personne est assise ça va être se mettre en face. c'est beaucoup de gestuelle, beaucoup de non verbal déjà d'attitude. Et puis après ça va être des astuces, trouver une activité qui soit apaisante donc pour cette jeune femme en question là on avait mis en place une fiche avec la psychologue de l'établissement. Avec différentes choses dont on sait qu'elle apprécie, la notion quoi. Par exemple, parler des chats. Donc des fois on va chercher des images de chat sur internet, des vidéos de chat parce que ça va la distraire.

ESI : D'accord ok.

IDE : Des fois on va danser, parce qu'elle est très joueuse et qu'elle est joyeuse dans son tempérament. Et qu'on arrive à faire sortir un peu la mauvaise humeur et la peur en partant sur complètement autre chose. Donc on peut mettre de la musique et puis on va danser.

ESI : Ok

IDE : Et on voit que quand il y a des événements au sein de l'établissement, des événements festifs, quand il y a de la danse, c'est, voilà c'est de la joie, c'est comment dire ? C'est l'enthousiasme, elle saute partout. Elle est vraiment heureuse quoi. Donc ça lui fait du bien, c'est des petits temps où on arrive à la sortir de son anxiété et puis de son contexte enfermant. Donc ça, ça va être des habitudes qu'on va avoir. Ça va être aussi des exercices de respiration, ça va être aussi l'inscrire sur des activités, voir avec elle en tout cas pour l'inscrire sur des activités de relaxation. On a une salle donc qu'on appelle Snoezelen, donc qui est plutôt sensorielle, donc on peut faire des activités sur la relaxation avec soit une personne qui parle, soit des ambiances musicales et puis il y a un matelas à eau donc des choses qui vont être différentes. C'est quelqu'un qui aime beaucoup les balades aussi, donc prendre l'air. Donc effectivement l'activité. On voit qu'elle à besoin de marcher pour centrer son cerveau sur autre chose. Voilà après il y a une notion qui est mise en place par sa famille où on est pas toujours en phase mais on essaie de jouer l'alliance un peu plus la dessus. Elle est très orientée princesse.

ESI : D'accord

IDE : Chose comme ça donc ça va la dessus. Bon dans ses délires il y a souvent un chanteur qui est décédé qui revient et qui l'envahit. Là on a plutôt fait le choix de ne pas parler de lui et de le mettre de côté parce que c'est très envahissant. Mais là on est plus ou moins en décalage entre ce que fait la famille et les choix qui ont été mis en place, bien qu'on les ai associés à cette décision là mais...

ESI : Parce que les choix de la famille c'était... ?

IDE : C'était de... pour, donc c'est un chanteur donc grégory lemarchal qu'est décédé. Donc qui est un chanteur connu et du coup, il y a beaucoup de choses, de packaging, de posters, de photos, de meubles, de tout ce qu'on veut, il y a même eu un film qui est sorti récemment sur lui. Et comme on voyait que Me X était très envahie par ce personnage, nous on faisait le choix de l'aider à le garder à distance.

ESI : D'accord

IDE : Mais la famille à récupérer les objets et les a stockés sous le lit qu'elle occupe cette jeune femme chez elle. Quand elle rentre en week-end donc c'est pas rare qu'elle revienne avec des objets bien que nous on les ait sorties. Parce que pour elle c'est un personnage qui est encore vivant, qui prend forme, sous de différentes manières et qui, qui hante ses délires quoi clairement.

ESI : Oui c'est un idole quoi, qui prend vraiment beaucoup de place quoi.

IDE : C'est ça. Donc pour essayer de centrer son attention sur les choses du réelle, du moment et de la réalité en tout cas on essaie de sortir tout ce qui peut l'engager sur d'autre chose qui sont désagréable pour elle.

ESI : Oui, qui une fois que ça par la dedans c'est compliqué à gérer, même pour vous ...

IDE : C'est compliqué et puis, et puis on la sent pas sereine du tout elle est pas bien. Et puis elle monopolise une professionnelle pour elle toute seule, là où on est sur une structure où on peut accorder certain moment mais on ne peut pas être H24 en 1 pour 1

ESI : Oui, oui. Et parce que du coup oui, juste sur le fonctionnement de la structure est ce que tu pourrais rappeler comment ?

IDE : Alors c'est un foyer avec deux ailes de vie en faite avec des studios adaptés. Chaque résident vit dans un studio qui est équipé d'une salle de bain propre. Donc c'est un espace qui est adapté

décorer, qui est investi pour le résident. Donc c'est son chez lui. Pour autant, donc c'est des lieux de vie au long cours, des personnes qui vivent plus dans leur famille, qui pour autant retournent dans leur famille pour les week-end et certains congés selon les dispositions et les souhaits. Les repas sont pris dans des salles communes en fonction des affinités. Et donc au niveau prise en soins, donc il y a une équipe de trois infirmières. On est présent de journée, des équipes de nuit qui prennent le relais, des coordinatrices qui gèrent les contacts avec les familles, des projets de vie, et qui font un peu toute la dynamique éducative parce qu'on est sur des projets de vie éducatifs pour les résidents. Et donc dans l'accompagnement au quotidien, donc il y a différents types de post, il y a les aides soignantes et les AMP ou AES, qui font l'accompagnement du matin jusqu'au soir. Donc c'est-à-dire accompagnement sur le quotidien de la vie donc ça peut être sur la prise de repas, l'accompagnement à la toilette. Mais aussi sur des projets du quotidien, donc si le résident a un certain budget, ce qui est souvent le cas : choisir ses vêtements, faire des sorties particulières, aller au cinéma. Ça peut être un accompagnement à certains rendez-vous pour des soins. Donc voilà il y a vraiment ce côté où il y a une personne tierce qui accompagne. On a des résidents qui vont être sous tutelle de leur famille et d'autres qui vont être sous tutelle administrative donc des tuteurs extérieurs. Et on a des résidents qui sont en capacité d'exprimer leur consentement, d'autres pas. Maintenant comme on est sur des projets de vie de base on tient compte des souhaits de la personne on fait avancer son projet de vie pour elle en fonction de ses envies.

ESI : Ok, ça marche merci. Et du coup, qu'est-ce que tu penses toi, de l'idée d'utiliser de la musique dans les soins pour apaiser est-ce que... ?

IDE : Alors c'est quelque chose qu'on utilise parce que c'est un biais qui est sensorielle. Que du coup, ça peut parler à tout le monde, on est sur un foyer ou effectivement on a des personnes déficientes intellectuelles pour une grande partie. Alors avec différents degrés de déficience. On a une personne qui souffre de trouble autistique aussi, on a des personnes qui vont être plutôt sur des fins de vie. Donc qui vont être très peu communicantes ou pas d'une manière, pas en mot en tout cas.

ESI: Oui, pas verbale quoi.

IDE : Pas verbale exactement. Donc il faut arriver à décoder un petit peu les mimiques, les sons, etc. Donc la musique de ce point de vue là c'est un bon intermédiaire. Parce que même si on ne peut pas parler, on peut très bien faire des rythmes, on peut très bien être sensible à ça. Donc on a d'ailleurs une intervenante qui intervient au foyer de manière hebdomadaire, pour des ateliers musicaux. Donc elle fait participer les résidents avec des instruments, sur des percussions, sur des choses qu'ils peuvent pratiquer. Et on voit qu'il y a un intérêt pour ça, vraiment un engouement. Et puis des

personne qui sont parfois renfermer, pas renfermer mais comme elle ne communique pas bah il y a pas d'interaction avec les autres et bah la musique hop ça les ouvre. Ça on voit qu'il y a quelque chose, il y a un sourire, il y a des son il y a... On a une résidente qui est très peu communicante et bah elle chante, alors elle chante à sa manière mais elle chante. Voilà elle accompagne donc on voit que ça lui... Donc ça en soit c'est pas un soin même si on appelle ça musicothérapie. C'est pas un soin en tant que tel parce que ça n'apporte pas... Disons que ça n'a pas un effet médicalement prouvé si on va par là. Mais pour autant ça à un effet, en terme de communication on peut imaginer que ça déclenche quelque chose au niveau du cerveau aussi. Voilà, après c'est des choses qu'on utilise nous comme biais pour essayer d'apaiser. Quand on voit que il y a une résidente qui va être stressée par certains soins, par certaine situation. On avait une personne qui venait en accueil temporaire, j'ai dû l'accompagner sur des soins, c'est des injections de toxine. C'est un soin qu'est assez douloureux. Parce que le but c'est pour des personnes qui sont très rétracter d'aller injecter de la toxine botulique pour que le muscle soit endormis. Que la sensibilité en tout cas soit neutralisée ce qui fait que la personne va pouvoir se détendre plus facilement sans que ça lui fasse mal. Et donc elle était très stressée en plus en allant à ce soin là, et on a écouté, elle fan de Black M que je ne connaissais pas très bien et donc on a écouté pendant tout le trajet en ambulance aller retour donc 2 heures. Black M la playlist à fond les ballon dans l'ambulance et donc ça faisait plaisir parce que voilà alors à l'aller elle souriait elle rigolais voilà. Au retour c'était pas pareil parce que elle avait mal et puis que ...

ESI : Elle avait déjà eu son injection du coup ?

IDE : Voilà elle avait déjà eu son injection du coup et puis c'était douloureux. Mais voilà elle arrivait entre deux crises de larme de douleur à rire parce qu'elle voyait ma tête, déjà. Et puis que ça lui faisait plaisir on voyait bien que c'était chouette.

ESI : Et puis cette attention aussi qui était porter à son goût à elle

IDE : C'est ça son goût à elle, son choix à elle et qu'on prenne en compte... Parce que c'est un soins, fin c'est pas un soins qui lui est imposé elle comprend pourquoi c'est mis en place fin c'est pour sa santé mais mine de rien le handicap les enferme sur beaucoup d'aspect il subisse le côté médical de la chose et derrière ça la notion de plaisir avec de la musique c'est quelque chose de facile. Là où l'alimentation, c'est toujours un peu plus compliqué pour des questions de fausse route, de digestion, de plein d'aspect.

ESI : Oui complètement.

IDE : Bah la musique c'est presque universelle donc de ce point de vue-là bon Black M je voilà c'est intéressant, parmi d'autres ça change des princesses voilà [rire].

ESI : Ça marche et du coup, est-ce que tu penses que la musique ça a pu t'amener à changer tes pratiques professionnelles ou ça pourrait t'amener à changer ta pratique professionnelle ? en termes de relations justement ou de réflexion autour d'un soin de se dire ... ?

IDE : Je sais pas trop, c'est vrai que c'est un sujet qu'on avait évoqué quand j'étais étudiante aussi, avec une de nos formatrice, parce qu'elle elle nous disait la musique c'est très souvent on en parle voilà c'est bien. C'est positif mais elle me dit, "mais moi quand je serai vieille que je suis en EHPAD ne me mettez pas de musique. Je ne supporte pas la musique." Donc c'est là où, il faut faire attention dans les biais qu'on peut avoir. Et c'est là, où il faut vraiment observer quoi, est-ce que la personne elle aime ou pas quoi.

ESI : Oui

IDE : C'est comme le contact physique, il y a des personnes qui vont bien aimer un massage, d'autres c'est insupportable. Comme on a au foyer des soins type balnéo, donc le contact avec l'eau c'est très apaisant apaisant pour certains alors que d'autres c'est insupportable aussi.

ESI : oui, oui, bah bien sûr.

IDE : Donc la musique c'est un outil. Pour moi c'est un outil parmi d'autres et je me dis que si la musique peut permettre de concentrer l'attention sur autre chose au même titre que des personnes vont apprécier d'avoir... comment... l'hypnose ça va être efficace. Pour d'autres ça va être des antalgiques du coup parfois il va falloir cumuler un petit peu tout ça. Mais ça crée une ambiance. Après si l'ambiance ça plaît pas, ça plaît pas.

ESI : Oui complètement.

IDE : Donc c'est très... dire qu'on va la généraliser ce serait une erreur parce que, parce que chacun est différent. Il y a de l'individualité de chacun à prendre en compte mais c'est quelque chose que moi j'apprécie de ma fenêtre donc après ça fait partie de la boîte à outils.

ESI : C'est ça.

IDE : Si je vois que ça passe pas, ça passe pas. Dans les troubles qu'on peut avoir aussi au niveau du handicap, on voit qu'il y a des personnes qui supporte très mal les bruits il y a des sons c'est pas possible. Ça ne leur va pas quoi, ça les gêne, ça les dérange, ça les oppresse. Il y en a d'autres ça va

leur faire, faire des crises d'épilepsie même, tellement c'est... Mais par contre ça leur plaît. Ça plaît beaucoup.

ESI : De l'hyper stimulation qui fait que, c'est trop pour eux ?

IDE : voilà, c'est trop. Donc c'est un outil, de même qu'on va pas utiliser trop d'antalgique bein pas trop de musique non plus fin c'est ...

ESI : C'est réfléchir de toute façon le soin continuellement à chaque personne qu'on à en face de nous quoi ...

IDE : C'est ça. C'est ça, c'est ça.

ESI : Mais effectivement, maintenant que tu dis ça je me souviens, une fois j'avais lu un livre et en fait c'était un témoignage d'une personne qui a été dans le coma. Et en fait elle disait : mais moi toute la journée on mettait la télé ou la radio mais il y a un moment je n'en pouvais plus quoi.

IDE : C'est ça.

ESI : Et parce que, c'est trop enfin... Et du coup effectivement, c'est bien d'interroger toujours le patient ou le résident pour se dire ben voilà tout est ok quoi

IDE : C'est... ça va souvent voilà on arrive en tant que soignant mais voilà le consentement c'est quand même toujours important. Et puis son plaisir en fait parce que à partir de là ça déclenche d'autres choses dans le cerveau. Quand on est pas bien et qu'on est douloureux ou qu'on est... en plus il y a une stimulation qui est négative c'est encore plus difficile.

ESI : ah bah oui oui complètement.

IDE : Donc et j'ai vu ça aussi en soins dentaires on va auprès des soins dentaires adaptés, et donc c'est souvent des équipes jeunes puisque c'est des étudiants avec un titulaire qui encadre. Et donc ils sont très adaptés à notre public et en même temps, c'est bien, c'est les soins adaptés. Mais à chaque fois, il propose par exemple, une Playlist musicale parce que ça peut ne pas plaire, donc il ne mettent pas. Mais, on a vu certains résidents vraiment changé de comportement et ça je trouve ça chouette. J'ai le souvenir de soins dentaires quand j'étais enfant avec dentiste qui mettait toujours sa musique classique de Radio Classique je ne sais quoi. C'était insupportable en se faisant arracher une dent, c'est insupportable.

ESI : Oui carrément ça calme pas.

IDE : Et ça calme pas. Voilà, et donc il avait son goût personnel, il pensait pas à mal sauf que c'est désagréable. Et que ... ça doit être un outil pour être agréable. Quand on est soignant du coup, on a cette dimension là, à avoir.

ESI : oui

IDE : Après on n'est pas parfait. Il y a des jours on va se tromper, et puis il faut essayer. C'est là, où le côté soignant je trouve, c'est intéressant parce que c'est jamais acquis, c'est jamais une ligne droite où on se dit "bah tiens, maintenant je sais faire ça. Maintenant je le sais pour toute ma vie et je ne ferai que comme ça." Bah oui mais des fois bah non. Il faut repenser ça autrement. Mettre dans le désordre et remettre dans l'ordre.

ESI : Oui, oui carrément, carrément, carrément, et du coup qu'est-ce qui pour toi pourrait faire que certains soignants soit réticent justement à l'utilisation de la musique pendant les soins pour traiter l'anxiété, enfin en tout cas pour la diminuer ?

IDE : Quelqu'un qui... en fait ça peut fossé un peu l'écoute qu'on a de la personne. Enfin, si on change un petit peu sa vision des choses, alors peut-être que c'est en vieillissant aussi moi je me rend compte, quand je suis très stressée. Par exemple, en voiture que j'écoute la radio et qu'il y a plein de choses autour de moi qui me stimulent des fois je vais éteindre la radio, parce que j'ai besoin de me concentrer sur quelque chose. Et en tant que soignant même si on veut des fois accompagner la personne au mieux on a besoin des fois d'avoir son esprit complètement libre pour pouvoir réfléchir, et faire le soin correctement. Donc peut-être que c'est, baisser la musique si on voit que c'est pas adapté, si on a une personne qui crie, tu n'es pas bien ect, mettre une ambiance musicale c'est un petit peu bizarre c'est c'est...

ESI : Le contraste est énorme.

IDE : C'est ça. Alors si ça l'apaise c'est très bien. Mais si on voit que ça l'apaise pas... C'est vachement dérangeant. C'est, presque violent en fait. On est presque dans la torture. D'ailleurs il y a des tortures qui sont avec la musique. Les gens sont en permanence avec de la musique dans une cellule. Voilà, donc on se dit bien que c'est à la base c'est chouette, mais ça peut ne pas l'être.

ESI : C'est l'utilisation qui doit être raisonner quoi.

IDE : Bah c'est comme tu l'as vu des bonnes choses c'est pas bien la musique ça peut être bien ça peut être pas bien

ESI : Oui complètement, du coup maintenant on va plus partir au cœur de la thématique de mon mémoire parce que du coup je m'intéresse vraiment sur l'effet de la musique que ça peut produire sur les personnes qui ont des troubles cognitifs aphasie

IDE : D'accord

ESI : Et comment ça peut les apaiser ou non justement pendant les soins l'utilisation de la musique. du coup dans les troubles cognitifs je sais pas dans le service par exemple qu'est-ce qu'on entend quand on emploie troubles cognitifs ou qu'est-ce que toi tu entends quand on te parle de troubles cognitifs qu'est-ce que ça sous-entend ?

IDE : Alors moi au niveau de l'établissement où je travaille les trouble cognitif ça va être soit de la déficience intellectuel soit des troubles connaît-il c'est-à-dire c'est peut-être d'un point de vue sensoriel on va avoir une personne qui va peut-être pas avoir tous ses sens actif comme la majorité. il peut y avoir, c'est des troubles de sensations finalement on peut entendre moins bien ou moins bien voir peut-être je me trompe j'interprète pas bien.

ESI : Non mais il y a pas de mauvaises réponses c'est vraiment ton ton point de vue sur le sujet

IDE : Oui ben moi je verrai ça comme ça troubles cognitifs ça va pas être une perception habituelle des choses.

ESI : D'accord

IDE : Trouble cognitif oui pour moi ça serait ça. C'est soit qu'il y a une déficience, du point du intellectuel soit et donc qui peut modifier la perception des choses soit que les sens sont pas tous sont pas tous, donc quelqu'un qui va être malentendant quelqu'un qui va suite à un AVC avoir des difficultés d'expression qui qui va penser quelque chose et vouloir le dire et c'est pas le bon mot qui sort ou c'est pas dans le bonne ordre. pour moi voilà c'est au niveau du cerveau il y a quelque chose dans le cerveau qui ne va pas se faire correctement

ESI : Ok ça marche du coup en toute transparence moi je peux cette question parce que souvent en fait quand je fais mes recherche trouble cognitif c'est associé à l' Alzheimer alors qu'en vrai il y a pas que ça à faire c'est très très vaste comme notion

IDE : C'est très là comme notion

ESI : Et justement je pense qu'il n'y a pas qu'une bonne réponse en fait sur ça c'est vraiment en fonction déjà du public auquel on est confronté au quotidien qu'on accompagne au quotidien c'est qu'est-ce qu' on entend sous ce terme la quoi

IDE : C'est ça alors après je pense que trouble cognitif ça veut dire qu'on part d'un état donc on voit quelque chose qui se dégrade

ESI : D'accord

IDE : J'ai l'impression que c'est ça et qu'à la limite quand c'est quelque chose une personne qui naît avec une on va parler de déficience c'est quelque chose qui est presque acquis

ESI : Ah d'accord ok

IDE : Moi j'ai l'impression qu'il y a ce côté-là évolutif un peu plus dans le trouble cognitif le côté évolutif voilà ou pas et c'est vrai que l'Alzheimer ben c'est évolutif et donc on peut percevoir les choses oui où la personne va percevoir les choses différemment pas pressé c'est ma c'est mon interprétation en tout cas

ESI : Ok et du coup je me demandais aussi, est-ce que tu penses on peut considérer du coup les troubles cognitifs comme un handicap mental ou pas ? Fin ou comment est-ce qu'on pourrait le différencier

IDE : Oui, pour moi trouble et handicap on n'est pas loin. handicap il y a un côté reconnaissance de la société. trouve le ça va il y a une manière polie parler des choses en fait c'est un peu ça ça va être peut-être en société plus facile de dire j'ai des troubles de l'audition que de dire je suis sous j'ai un handicap handicap tout de suite on imagine une personne handicapée en fauteuil qui n'est pas autonome. on a cette perception même par le monde médical quand on arrive et qu'on accompagne quelqu'un qui en fauteuil le médecin face va pas lui parler il va nous parler à nous

ESI : C'est fou ça

IDE : En nous disant, "mais qu'est-ce qu'elle veut cette personne ?" Ben elle est là, elle vous entend vous pouvez lui parler elle va même vous répondre. donc c'est le côté Jean c'est le côté et pourtant même dans le monde du son ça évolue un peu mais

ESI : Les préjugés sont ...

IDE : Bah c'est ça les représentations de chacun sur la normalité les troubles la maladie le handicap je dirais que les troubles il y a peut-être aussi un côté où on peut s'imaginer qu'on va le guérir.

ESI : D'accord

IDE : Ca peut avoir peut-être un côté un peu passager alors que le handicap on sent que c'est plus ancré c'est reconnu et c'est étiqueter voilà moi je verrai ça comme ça.

ESI : Ok ça marche mais du coup ça ça reste quand même des notions proche fin ouais c'est ça

IDE : Ah oui oui oui pour moi c'est c'est voisin voir le frère c'est c'est c'est...

ESI : Est-ce que du coup on pourrait parler de de se dire que le handicap mental c'est c'est la grande catégorie on va dire et que dedans on pourrais y mettre les troubles cognitifs du coup, qui puisse être passé, fin je sais pas.

IDE : Oui je pense que la l'un et l'autre oui handicap... handicap en fait il y a le côté en rapport aussi avec la capacité à faire. et on se dit quelqu'un qui a un handicap il n'a pas toutes ses capacités pour faire. en fait c'est dans la définition je pense qu'il n'est pas la même handicap qu'on va avoir sur le côté utilité de la personne le côté fonctionnel troubles on va se dire de quelle manière on peut le soigner de quelle manière on peut le... je vois ça en fait handicap c'est un c'est un mot qui vient de l'anglais à la base et qui veut dire la main dans le chapeau.

ESI : Ok

IDE : Qui, c'était utilisé je crois dans les matchs d'escrime. il y a très très longtemps ou de duel où la personne avait un la privait de l'utilisation de l'une de ses mains pour pour, pour mettre une comment dire une contrainte. donc en fait voilà le handicap c'est une contrainte de plus c'est vu sur le côté presque voilà c'est à qui qu'il y a une une déficience quelque part le trouble on peut on va peut-être plus voir le côté... Je pense que l'un et l'autre peuvent aider à se définir.

ESI : D'accord

IDE : Sont corrélés

ESI : Ils se complètent quoi

IDE : Oui Oui-Oui c'est pas le c'est pas le même angle de vue et pour autant ça peut vouloir dire la même chose

ESI : D'accord ok ça marche. Et du coup comment est-ce que tu pourrais définir l'aphasie qu'est-ce que pour toi ça représente qu'est-ce que qu'est-ce que tu mets derrière ce terme ?

IDE : L'aphasie si je ne dis pas de bêtises c'est la perte de la capacité à à s'exprimer

ESI : Ok

IDE : Alors du coup ça peut être l'incapacité complète à faire une phrase ou à s'exprimer. ça peut être Bah des troubles c'est-à-dire qu'on s'exprime moins bien qu'avant où on bute sur les mots c'est pas les bons mots qui viennent. Dans mon esprit moi ça ça raisonne par rapport aux personnes qui font des AVC par exemple ou c'est très flagrant parce qu'on voit le côté avant après.

ESI : Oui qui pour le coup la...

IDE : Voilà après ça peut être lié a tellement d'autres choses mais c'est peut-être plus visuel fin "plus visuel", entre guillemets. plus parlant c'est peu de l'dire pour des personnes qui effectivement qu'on des AVC

ESI : Ok

IDE : Oui c'est ce serait ça

ESI : Et est-ce que du coup tout à l'heure tu disais qu'il y avait des résidents toi dans ton établissement qui ne parlait pas qui n'était pas en capacité de le faire en tout cas est-ce que vous parlez du coup d'aphasie pour ces personnes là où non ?

IDE : Non, on dit qu'elles sont non communicantes.

ESI : Ok

IDE : Parce qu'effectivement on ne parle pas d'aphasie. On dit qu'elles sont non communicante verbalement en tout cas mais mais parce que parce que c'est un foyer de vie parce que c'est un foyer pour adultes handicapés et que si on peut faire la différence avec un foyer de vie est un EHPAD on est pas sur le même projet de vie je dirais que dans un EHPAD les projets de vie et bien ils vont vers un certain terme et que alors que dans un foyer pour adultes handicapés il y a toujours ce côté accompagnement de quelle manière on va pouvoir maintenir les capacités. De quelle manière on va pouvoir faire évoluer les capacités bon ben c'est bien qu'avec l'âge arrivant le handicap évoluant les capacités vont se restreindre. De quelle manière on peut quand même les maintenir la ou en maison de retraite c'est pas toujours pareil pour plein d'autres raisons quand on met une personne en

maison de retraite déjà le principe de « mettre une personne en maison de retraite » ça ça parle quoi la personne est chez elle elle est dépendante du jour au lendemain il faut qu'elle soit prise en charge par un établissement donc il y a une perte de capacité une perte d'autonomie une perte de tout ça. Nous on va essayer le travail est là dessus avec des adaptations avec des systèmes de de de feuille spécifique pour faire parler, avec des boîtiers de vocalisation voilà il y a plein de système tu existes et bizarrement dans un EHPAD il y a pas toujours un ergothérapeute dans un foyer il y en a un ce qui va permettre de faire évoluer le matériel les adaptations les outils.

ESi : Et la communication des personnes du coup dys communicante

IDE : Voilà au niveau de la communication mais, au niveau de plein de choses. Mais effectivement sur la communication entre autres.

ESI : Ok et du coup oui la les les personnes qui sont dys communicantes est-ce que est-ce que tu penses du coup d'un conduit extérieur donc qu'un autre professionnel de santé extérieur à la à la structure pourrais parler d'aphasie ou pas où est-ce qu'il y a une différence est-ce que ?

IDE : Oui je pense non non il y a pas de différence.

ESI : Oui c'est ça c'est vraiment le terme qui est employé pour un lieu de vie qui du coup et un peu moins fin ...

IDE : Bein parce que nous on va voir le côté le côté le verre plein le verre à moitié plein là ou un médecin va poser les choses sans forcément avoir tort en disant bah voilà c'est une personne qui est aphasique ne parle pas pour autant elle peut faire elle ne va pas répondre à une question précise elle va pas savoir faire une phrase complète mais on va pouvoir entendre si c'est possible ou c'est pas possible.

ESI : Mais donc pareil est-ce qu'il y a des résidents qui donc du coup ils ne peuvent pas te parler où est-ce que certains peuvent parler mais avec des difficultés ou c'est quoi ?

IDE : Oui ben on a un résident par exemple qui a des gros troubles de l'élocution et qui est donc on a une intervenante orthophoniste qui vient au foyer donc une personne en libéral qui vient qui voit différents résidents soit parce qu'ils ont des difficultés effectivement d'expression parce qu'il te manque de vocabulaire lié à la à la déficience aussi parce qu'ils ont pas forcément été à l'école non plus très longtemps parce qu'il y a pas forcément d'école adapté. et pas forcément de suivi adapté et il y a plein de choses en fait ils sont regroupés hier ça et les apprentissages les personnes déficientes ont des capacités d'apprentissage encore faut-il les exploiter avoir un système qui est en capacité de

le faire. ben pour certaines ça va être par le biais de la chanson Nicole qui est qui est drôle parce que effectivement elle va connaître super bien la chanson elle va chanter les paroles c'est du yaourt mais c'est pas grave elle a une capacité à revenir tout ça et c'est drôle c'est Une manière de communiquer aussi voilà pour en revenir aux troubles de l'élection donc on a un jeune homme qui par exemple a des gros troubles déjà du fait du position d'intérêt soir il hyper salive il a des troubles de la déglutition donc il ne mange pas un texture normal. donc l'orthophoniste à la suivi pour tout ça.

ESI : Oui.

IDE : Mais ça n'empêche il a une intelligence qui est bien là il pose plein de questions et il s'exprime soit avec un boîtier électronique sur lequel il y a des syllabes qui lui permettent de reconstituer des phrases soit une alors je n'ai plus de nom précis de cette feuille mais une feuille avec des sons en fait qui sont nommés dessus et en lisant donc il y a des débuts de question de début de phrase on arrive à parler avec lui. il montre avec son doigt la case « est-ce que je peux partir en weekend ce weekend » et puis il nous regarde fixement il comprend fin il veut dire quelque chose il y a une vraie communication qui est autre disons que communication et aphasie peut être différente effectivement discommunication me semble bon le bon le bon système parce que parce qu'il y a aussi des personnes qui a un AVC qui ne sont pas capables de parler mais qui écrivent sur une ardoise.

ESI : Oui-Oui complètement oui ok. ... Comment est-ce que tu définirait du coup l'anxiété que c'était dans ton parler tout à l'heure c'est un terme que tu ?

IDE : L'anxiété c'est quelque chose qui alors l'anxiété ça peut être transitoire ou ça peut être quelque chose qui fait partie de la personne. la jeune femme dont je parlais qui a des troubles schizophréniques c'est très très souvent en réaction avec ça c'est quelqu'un qui a besoin d'avoir un cadre de vie à se poser il se trouve que c'est le tour en famille sont souvent des des moments de joie et des moments d'anxiété parce que ça génère j'ai une famille qui est un peu dysfonctionnelle aussi derrière ça donc..

ESI : Oui

IDE : Elle l'anxiété est souvent en lien avec les émotions, avec les ressentis. Une personne déficiente n'a pas toujours la capacité d'exprimer ses émotions correctement et du coup et ben son mal-être elle exprime de cette manière-là. et en même temps c'est vrai pour les personnes déficientes et pour les autres. c'est qu'on arrive pas toujours à mettre des mots déficient ou pas. et pour moi c'est ça c'est la manifestation de quelque chose il y a un stress qui qui émane d'une situation d'un d'une

stimulation il y a quelque chose qui fait que et ben non la personne est pas bien elle va transpire beaucoup, Elle est complètement crispé pas bien et les billets elle va elle va s'énerver elle va être dans l'agressivité voilà ça va ça va se manifester comme ça définir l'anxiété en dentelle oui pour moi c'est une manifestation une manifestation émotionnel d'une émotion qui n'est pas réellement exprimé il y a quelque chose derrière

ESI : D'accord, à à aller chercher

IDE : Oui pour moi il faut creuser

ESI : Pour que l'anxiété aussi puisse...

IDE : Mais qu'on puisse la faire sortir qu'on sache le nœud l'histoire d'où ça vient est-ce que c'est le stress de rentrer en famille parce que maman elle est fâchée et que du coup elle va dire des choses qui me déplaisent etc. ou que je rentre chez maman et pas chez papa. et du coup je je m'en veux et je veux pas choisir et du coup je vois là pour cette jeune fille qui a des allers-retours chez ses parents parce qu'ils sont divorcés.

ESI : C'est des conflits internes un petit peu

IDE : C'est ça on a un autre résident qui est qui est déficient et qui gère nettement mieux ses émotions qu'avant mais lui ça va être par exemple quand on a eu les phase de confinement ça va être il balance tout il casse tout parce que c'est trop dur c'est pour lui et c'est trop difficile de le dire, et donc il commence par je t'ai tout et après il faut qu'il aille dehors il court il revient ça va mieux mais sur le moment il est capable de jeter tout est sur des personnes et de taper

ESI : D'accord

IDE : Et dans ces cas-là ben on arrive à trouvé en allant dehors l'occasion qui se fasse pas du mal et qu'il ne fasse pas du mal aux autres et on me propose un si besoin en lui disant "bah voilà on a un Atarax à te donner, est-ce que tu es d'accord pour le prendre pour t'aider à te calmer ? » on est pas sur le contexte psychiatrique on va être sur la contention forte et physique et chimique c'est pas ça l'idée mais pour autant on va pas le laisser se faire du mal

ESI : C'est aussi l'accompagner à se remettre en sécurité lui les autres

IDE : Oui exactement c'est le remettre en sécurité physique et mentale et retrouver son son équilibre intérieur donc ça c'est vraiment ça avant que c'était c'est c'est l'équilibre intérieur il est plus là pour pour plein de raisons il y a quelque chose qui va pas

ESI : Ok ça marche merci est-ce que tu peux observer toi des différences de manifestation des angoisses avec du coup les personnes qui ont des troubles cognitifs aux déficiences du coup et une personne qui n'a pas cette particularité ?

IDE : Ou bien dans ce que je vois comme manière d'exprimer son anxiété dans le public qui est accompagné au foyer ça va être beaucoup les automutilations ils veulent se faire du mal parce que il y a quelque chose qui va pas et ils veulent qu'il y ait deux manifestations physiques parce que je pense que justement il n'arrive pas à mettre les mots parce que peut-être qu'on est croix pas peut-être qu'on les écoute pas comme il faut comme il arrive pas à mettre des mots c'est aussi compliqué d'écouter quelque chose qui n'est pas dit c'est pas simple. donc au moins quand il est une manifestation physique c'est une manière de dire c'est quelqu'un qui va essayer de se griffer s'ouvrir les, de se mordre la main, c'est souvent des morsures.

ESI : D'accord

IDE : Il va t-il se mordre Ouais une bonne femme aussi qui qui déchire ses vêtements systématiquement et puis en miettes. donc la différence entre une personne déficiente et pas déficiente c'est ça la question ?

ESI : Oui

IDE : [réflexion]

ESI : S'il y en a du coup fin

IDE : Après selon la déficience et j'ai envie de dire que parfois il y a pas forcément différence les automutilation il y en a plein chez les personnes qui ne sont pas déficiente qu'ils vont se scarifier c'est très personnel il y a des personnes qui vont avoir des troubles alimentaires qui vont avoir des troubles en lien avec la boisson avec c'est des manière aussi de d'écraser un peu son mal-être quoi de masquer de pas l'entendre. je sais pas s'il y a tant de différence que ça. C'est une très bonne question. La différence ça va être l'accès au langage quand même. une personne qui peut parler elle a cette chance de pouvoir mettre des mots de pouvoir exprimer quand même un peu plus les choses d'une richesse de langage c'est négatif ce que je dis mais une variété qu'est-ce qui est plus importante quelqu'un qui va être avec un vocabulaire très restreint bah c'est compliqué, « bobo mal » c'est pas c'est pas

ESI : C'est imprécis

IDE : Alors que ça peut être à l'intérieur ça peut être physique ça peut être voilà. c'est sans doute plus difficile pour une personne déficiente d'exprimer son mal-être quand même que une personne qui a toutes ses capacités intellectuelles et pour autant , Là j'ai j'ai pas la réponse universelle.

ESi : Est-ce que tu penses les personnes du coup qui ont des déficiences troubles cognitifs tout ça ils sont, dyscommunicant aphasique est-ce que c'est des personnes qui sont plus sensibles aux angoisses du coup de par leur difficulté à communiquer notamment ?

IDE : Oui parce que je pense que c'est des personnes qui ont une capacité d'empathie plus importante. ils perçoivent de manière la manière dont les autres les regardent. Dont les autres les comprennent ou pas, il absorbe un peu plus aussi stress les ambiances parce que du fait de leur trouble ils ont dû développer une capacité d'adaptation un peu plus importante à leur environnement pour se faire comprendre et de ce fait là il capte un peu plus.

ESI : Ok l'ambiance environnementale, est-ce que tu penses qu'il y a des situations pour ces personnes là qui sont plus propices aux angoisses du coup ou pas nécessairement ?

IDE : Des situations... C'est pas forcément des personnes plus fragiles, c'est des personnes qui ont besoin d'un cadre de vie posé mais qui ont une capacité d'adaptation qui est importante. Il faut quand même voir que des personnes qui vivent en établissement depuis longtemps dans leur enfance, elle vit avec un panel de professionnels autour avec un panel de gens hyper important donc je ne sais pas si nous qui avons la chance de ne pas avoir de handicap supporterait autant ça. Je ne les verrais pas fragiles de ce point de vue-là autant ils ont une capacité de résilience qui est hyper importante la vue avec le confinement, ils sont ils sont forts. ils sont fort, très fort.

ESI : Oui, du coup il me reste deux petites dernières questions, du coup après ça il n'y a peut-être déjà un peu répondu mais qu'est-ce que qu'est-ce que l'écoute de la musique peut apporter aux patients aux résidents du coup là en l'occurrence

IDE : Écouter de la musique peut permettre de, de faire évacuer un trop-plein d'émotions des fois qui peut bloquer quand il y a une surcharge émotionnelle qu'on arrive pas à trouver... à qui ça n'est pas arrivé d'écouter une chanson triste et de pleurer et ça fait du bien et après ça va mieux donc ben je pense que ça peut avoir cet effet-là où ça peut avoir l'effet de j'écoute une musique qui me plaît beaucoup et ça me défoule et c'est super et maintenant je respire et je vais pouvoir parler d'autre chose parce que j'ai pris une respiration et c'est positif

ESI : Ok

IDE : Donc ça apporte ça peut apporter pour moi une petite parenthèse c'est un peu comme le carré de chocolat qui fait du bien après une mauvaise journée mais voilà c'est la petite parenthèse le petit bonus mais encore faut-il aimer le chocolat, encore faut-il aimer la musique

ESI : C'est toujours pareil

IDE : C'est ça

ESI : Ok. parce que du coup comme on dit tout à l'heure ça peut aussi apporter Wade l'énervement parce que, ça nous plait pas. Parce que c'est pas le moment parce que

IDE : C'est voilà on a pas envie ça maintenant, du hard-rock le matin au réveil pas du tout quoi si on est pas fan de Céline Dion, Céline Dion à fond ça fait pas c'est horrible

ESI : Non mais oui, carrément ok, qu'est-ce que qu'est-ce que l'écoute de la musique peut engendrer sur le corps de la personne fin cliniquement ?

IDE : Cliniquement ? ça peut être la respiration qui va s'apaiser ça peut être une forme de décontraction ça peut être ben même au niveau du faciès du visage quelqu'un qui va les traits qui sont plus détendu qui sont alors je parle dans l'effet positif et négatif ça peut être l'inverse quelqu'un qui me supporte pas bien ça va être la respiration accélérée le pouls et puis la transpiration et puis la crispation et donc selon ce qu'on recherche étudier cliniquement ce serait ça. et puis ça peut être le cas pour alors nous on a des personnes qui sont épileptique et c'est vrai que dans ces cas-là on s'est pas trop, bah trop de simulation c'est pas bon, donc on va plutôt essayer de couper les stimulations mettre la personne dans le noir ou en tout cas sombre poser avec le moins de bruit possible pour faire redescendre la crise et plus posée mais des fois une musique douce peut aider mais de base c'est pas ce qu'on va utiliser

ESI : Oui ok

IDE : Mais en tout cas cliniquement on peut remarquer il peut y avoir une détente qui est là ce serait l'effets rechercher

ESI : Oui dans tous les cas, ok. donc c'est quitte ou double et c'est à adapter aux résidents à la personne

IDE : C'est ça

ESI : ça marche

IDE : Je pense que je dirais qu'il y a deux tiers de chance que ça marche et entière de chance que ça ne marche pas après ça va vraiment dépendre du goût de la personne et puis du choix de ce qu'on fait quoi donc c'est là que ça doit être un choix partager le consentement on en revient ça sur le consentement finalement au soir

ESI : Tu dois toujours être la base de toutes les choses qu'on soit entamé

IDE : Et oui c'est anodin mais c'est mais ça l'est pas sur de la musique sale les pas finalement

ESI : Ben oui et sur pas grand-chose en fait fin...

IDE : Ah bah dans le soin voilà la musique on peut se dire c'est anodin autrement le consentement ça ne l' ai pas. Mais bon encore une fois, on la vue sur des vaccinations sur d'autres choses on est obligé de faire voilà.

ESI : Ok donc voilà pour ma question j'ai fait le tour je ne sais pas si tu as des choses à rajouter ?

IDE : Est-ce que j'ai des choses à rajouter ? Par rapport à l'utilisation de la musique par rapport aux troubles cognitifs ? Non là comme ça je vois pas je pense qu'on a pas mal pas mal posé les choses je pense que je pense que la partie auditive parce qu'on parle de musique mais ça peut être aussi le fait de parler il y a des choses qui existent dans par le biais de l'hypnose par exemple. je l'ai vu aussi en soins dentaire en plus du MEOPA qui pouvait être utilisé des personnes qui parlaient doucement à l'oreille un petit peu pour permettre de visualiser des choses on est vraiment sur une partie hypnotique. c'est très efficace donc ça fait fonctionner d'autres d'autres sphères du cerveau que qu'un antalgique classique

ESI : ça détourne aussi finalement

IDE : ça détourne, ça détourne c'est utilisé pour des accouchements des personnes qui vont vouloir faire des accouchements sans douleur il n'y a pas que la péridurale. et c'est vrai que pour gérer ça peut être bien. voilà la musique pour ça c'est le côté sonore

ESI : Oui c'est vrai que c'est nous c'est on entend beaucoup parlé

IDE : C'est très c'est bluffant comment ça peut fonctionner alors pas sur tout mais c'est ...

ESI : Non parce que au final pas surtout parce que on en revient toujours au même fin c'est personne dépendante c'est en fonction de la réception des des uns des autres

IDE : Oui mais finalement c'est comme quand on parle de contention chimique et de contention physique qu'est-ce qu'on recherche derrière ça c'est celle antalgiques il va avoir un impact sur les cellules nerveuses et et en même temps si si l'hypnose a un effet sur les cellules nerveuses qui gère le centre de la douleur et autres et bien c'est ce qu'on recherche

ESI : Oui oui carrément.

IDE : Donc donc voilà ça peut être une piste complémentaire pour un autre mémoire

à explorer

ESI : C'est ça [rire]. merci beaucoup en tout cas d'avoir pris le temps.

Annexe IV : Tableau des analyses d'entretien

Pour garantir l'anonymat les prénoms des infirmière ont été changer

Objectif 1 : Connaître ses pratiques professionnelles en matière d'utilisation de médiation pour soulager l'anxiété

Relation d'aide :						Détourné l'attention		Traitement Médicamenteux	
Ecoute, prendre le temps, être présent :		Soutien psychologique / Communication :		Accompagner / cadré		Dispositif Music care	Activité	Médicament	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie
les écouter; un temps de libre échange; besoin de parler de verbaliser un peu tout ce qui lui arrive; prendre plus de temps	adapter son ton; se positionner physiquement face à la personne; c'est beaucoup de gestuelle; beaucoup de non verbal;	infirmier de soutien psy; équipe d'infirmiers que pour l'aspect psychologique; sont très présent aussi sur l'anxiété des patients.	être dans la communication; s'assurer que la personne comprend bien; soit une personne qui parle	pour les accompagner	reposer les choses;	musicare ; et musicare; musicare; Les patients apprécient beaucoup aussi l'utilisation de music care; Donc ça, c'est, c'est beaucoup utilisé	trouver une activité qui soit apaisante; on va danser; des événements festifs; de la danse; exercices de respiration; l'inscrire sur des activités; des activités de relaxation; salle donc	un antalgique ; peu soulager par l'augmentation des morphiniques; Introduction de Xanax, et là ça y est il est soulagé; Les morphines n'ont pas	/

							qu'on appelle Snoezelen; des activités sur la relaxation; soit des ambiance musicale; les balades; prendre l'air; l'activité; besoin de marcher pour centrer son cerveau sur autre chose;	suffit;	
4	4	3	3	1	1	5	13	4	0
16						18		4	

Léa à précisé avoir beaucoup de patient anxieux : "Oui, beaucoup, beaucoup.; on à beaucoup, beaucoup d'anxiété grosse part d'anxiété;" Marie n'a pas précisé.

"Que pensez-vous de l'idée d'utiliser de la musique dans les soins pour apaiser ? Avez-vous déjà utilisé cette méthode ?"

(Marie)

Bénéfice			Recherche scientifique
Universelle	Apaise	Ouvre	Absence de preuve
ça peut parler à tout personne; il y a un intérêt pour ça, vraiment un engouement	c'est un biais qui est sensorielle; c'est un bon intermédiaire; on utilise nous comme biais pour essayer d'apaiser.	on peut très bien être sensible à ça; la musique hop ça les ouvre; Mais pour autant ça à un effet, en terme de communication;	Disons que ça n'a pas un effet médicalement prouvé
2	3	3	1
8			1

non évoqué par Léa

“ Pensez-vous que la musique pourrait vous amener à changer votre pratique professionnelle ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer en quoi ? “

Productive / bien-être						Côté négatif / contre productif :					
Marie		Efficacité / détente		Expression corporelle		Détourné l'attention		Difficile sans musique		Désagréable	
Outils	Individualisé	Léa :	Marie :	Léa :	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie
c'est un outil; c'est un outil parmi d'autres ;	il faut vraiment observer quoi est-ce que la personne elle aime	déte nd tout le monde; [Dét	comment l'hypnose; pour d'autres ça va être des antalgiques;	on danse, on chante, on met un peu d'ambia	/	faire les choses de façon plus apais	peut permettre de concentrer l'attention sur autre chose;	c'est difficile de revenir à travailler sans	/	/	il y a des personnes qui supporte très mal les bruits; il y a des sons c'est c'est pas possible; ça les gêne ça les dérange; ça les oppresse; d'autres ça va leur leur faire

c'est un outil; ça doit être un outil pour être agréable	ou pas quoi; chacun est différent; il avait son goût personnel; la généraliser ce serait une erreur; l'individualité de chacun à prendre en compte;	end] aut ant les patients que nous ; ça me fait beaucoup de bien aussi ; tout le monde se détend quand nous on est détendu,	il va falloir cumuler un petit peu tout ça; si je vois que ça passe pas ça passe pas; ça déclenche d'autres choses dans le cerveau quand on est pas bien et qu'on est douloureux; il propose par exemple une Playlist musicale; ça leur plaît. ; ça plaît beaucoup;	nce		ée avec de la musique		ça; ça nous manquait [rire] beaucoup, beaucoup, beaucoup.; sans musique on subissait un petit peu; Ils nous manquait quelque chose; t'as du mal à, à retravaillé dans des ambiances en silence,;		faire faire des crises d'épilepsie; c'était insupportable; c'est insupportable; c'est désagréable;
--	---	---	---	-----	--	-----------------------	--	--	--	--

		ça change tout;									
4	5	4	8	3	0	1	1	7	0	0	8
26								15			

Objectif 2 : Confronter les définitions des termes clés de la question de départ entre l'idée que s'en fait l'IDE interrogé et mes recherches réalisées.

“Dans le langage courant on associe souvent les troubles cognitifs à l'Alzheimer, qu'en pensez-vous ? Dans les services quand on parle de patient atteint de troubles cognitifs, qu'est-ce qu'on sous-entend ?”

Des pathologies qui en découlent :		Association de trouble : Maïca : “ beaucoup de choses associées; ça englobe énormément de choses; Ça englobe tellement de choses;”						Marie :	
Maladie		Trouble du langage :			Trouble de la mémoire		Altération perception :	Evolutif :	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	troubles de sensations; ça va pas être une perception habituelle des choses; peut modifier la		on voit quelque chose qui se dégrade; il y a ce côté-là évolutif;	
traumatisme crânien; AVC; SEP ; des maladies	suite à un AVC; l'Alzheimer	troubles du langage; juste le trouble du mot; l'aphasie	difficultés d'expression; qui va penser quelque chose; vouloir le dire;	troubles de la mémoire;	c'est au niveau du cerveau; il y a quelque chose dans le cerveau ;				

qu'on voit un petit peu moins,;			c'est pas le bon mot qui sort; pas dans le bon ordre.		il y a une déficience; du point du intellectuel	perception des choses; la personne va percevoir les choses différemment	
4	2	3	5	1	4	4	2
6	13					6	

“Peut-on considérer les troubles cognitifs comme un handicap mental ? Comment différencier clairement trouble cognitif et handicap mental ?”

Similitude		Trouble cognitif				Handicap mental					
Similaire		Progrès possible :		Sociétal :		Capacité / Contrainte		“Figé”		Reconnu	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie
/	Oui; trouble et handicap on n'est pas loin; c'est voisin voir le frère; Je pense que l'un et	une rééducation; possibilité d'amélioration; un travail qui est possible dessus; un travail qui est possible;	il y a peut-être aussi un côté où on peut s'imaginer qu'on va le guérir;	handicap invisible;	[plus facile de le dire en société];	retard mental	en rapport aussi avec la capacité à faire; il n'a pas toutes ses capacités pour faire; une contrainte;	c'est l'état du patient; c'est son état de santé; pas tellement possibilité de travailler dessus; dans la rééducation	c'est plus ancré; c'est étiqueter;	/	reconnaissance de la société; le côté utilité de la personne; le côté fonctionnel; c'est reconnu;

	l'autre peuvent aider à se définir.; Sont corrélés; ça peut vouloir dire la même chose	on ira pas plus loin dans sa rééducation; choses qui ont été travaillées;; dans la rééducation possible ou non de nets progrès; il y a une amélioration	de quelle manière on peut le soigner; un côté un peu passager ;				c'est une contrainte; qui n'est pas autonome	possible ou non;			
0	6	8	3	1	1	1	5	4	1	0	4
6		13				15					

“Comment définiriez-vous l’aphasie ?”

Manifestation						Léa	
Trouble du langage		Se trompe de mot		N’arrive pas à dire de mot		Vécu et émotion	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Complicqué	énervé
troubles du langage; de la	perte de la capacité à à s'exprimer; l'incapacité	utilise les mauvais mots; utilise un	c'est pas les bons mots qui viennent	n’arrive pas du tout à sortir de mot ; quand il y a zéro mot qui sort;	on bute sur les mots;	c’est compliqué; c’est beaucoup de temps; c’est compliqué; c’est trop compliqué et	un patient s’énervé parce que je comprend pas; des patient que ça

communi- cation; elle se faisait plus du tout comprend re	complète à faire une phrase ou à s'exprimer; on s'exprime moins bien qu'avant;	mot à la place d'un autre ; ça ne sortais jamais comme elle voulait; le mauvais mot ils s'en rendent moins compte		se rende compte; elle se rendait compte; elle se concentrait; pour nous sortir ce qu'elle avait envie de dire; elle se concentrait; essayait quand même de de sortir des mots		pour le soignant et pour le patient; qui mettent du temps à trouver; c'est compliqué; c'est un peu ralenti; j'ai pas compris; c'est difficile; souvent ne vont pas très très bien; c'était très très difficile; c'était devenu trop trop difficile; on prend le temps de débrouiller le truc; très difficile c'est quand on arrive pas;	énerve; nous envoient boulé; c'est très très énervant quoi
3	3	4	1	8	1	14	4
6		5		9		18	

Léa ajoute : que cela nécessite de la part du soignant de faire un effort de compréhension "Je vais essayer de comprendre;" mais que des alternative en matière de communication son possible : "on a souvent des support de communication; pictogramme sur tablette; une tablette en général; communication non verbale;"

Marie fait le lien quant à elle avec des pathologie tel que l'AVC : " par rapport aux personnes qui font des AVC ; des AVC"

"Comment définiriez-vous l'anxiété ?"

Emotion	Mal être	Clinique
---------	----------	----------

Peur		état désagréable		Blocage		Manifestation		Pas de réassurance	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie
peut amener de l'angoisse; la peur la peur ; c'est quelque chose qui fait toujours peur;	en lien avec les émotions ; avec les ressentis; c'est la manifestation de quelque chose; c'est une manifestation émotionnel; d'une émotion qui n'est pas réellement exprimé	quelque chose d'extrêmement désagréable;	il y a un stress ; la personne est pas bien; il y a quelque chose qui va pas; il y a quelque chose qui va pas; peut être transitoire; qui fait partie de la personne;	ambolise totalement le patient; Qui embolise le patient ; qui l'empêche d'avancer ; qui bloque tout; ne pas pouvoir débloquent; c'est bloquer, bloquer;	n'a pas toujours la capacité d'exprimer ses émotions correctement; [expression] de son mal être; on arrive pas toujours à mettre des mots; c'est trop difficile de le dire	qui envahie le patient; il y a plein de chose en faite dans sa tête; une tête qui va à toute vitesse; des idée qui s'arrête plus; Qui tourne en boucle	transpire beaucoup; complètement crispé pas bien; elle va s'énerver; elle va être dans l'agressivité; il balance tout; il casse tout; de taper	aucun accès à la réassurance; pas de réassurance possible [...] en général ;	/

5	6	1	6	7	4	5	7	2	0
11		7		25					

Objectif 3 : Identifier les situations pouvant être anxiogène pour une personne ayant des troubles cognitifs

“Y a-t-il des situations propices à créer des angoisses pour eux ?”

Léa : (Pas évoqué par Marie)

Douloureux	Invasifs
les soins qui peuvent être douloureux	le soins qui peuvent être invasifs; les soins sur l'élimination; on doit les sondés; leur faire des évacuations manuelles de selles.
1	4

“Sont-ils plus sensibles aux angoisses ? Y a-t-il des situations propices à créer des angoisses pour eux ? Selon vous, comment pourrait-on expliquer ?”

Quand et pourquoi l'anxiété ? (pas évoqué par Marie)

Origine de l'anxiété		Temporalité
Acceptation	Prise de conscience	La nuit

de l'acceptation; Du deuil	l'anxiété de ce qui leur arrive; où, ils réalisent ce qu'ils leur arrive; grosses part d'anxiété	beaucoup la nuit; La nuit c'est plus les anxiétés en lien avec tout ce qui ce passe; la journée c'est l'anxiété des soins;
2	3	3
5		3

Plus sensible aux angoisses ?

Léa :

Peut-être	Non	Passé à côté
Peut-être, peut-être;	Non, non; je suis pas sûr; je crois pas plus que d'autre	c'est qu'on passe à côté; Ce qui est aussi possible, de passer à côté de certaine, de certaine angoisse
2	4	2

Marie :

Empathie	Adaptabilité	Forte	Résilient
capacité d'empathie plus importante; perçoivent de manière la manière dont les autres les regardent.; Dont les autres les comprennent ou pas,;	une capacité d'adaptation un peu plus importante; capacité d'adaptation qui est importante;	C'est pas forcément des personnes plus fragiles; Je ne les verrais pas fragiles; ils sont forts. ils sont fort, très fort.	capacité de résilience qui est hyper importante;

il absorbe un peu plus aussi stress les ambiances;			
--	--	--	--

Non comparable

Objectif 4 : Comprendre ce qui se joue entre aphasies, troubles cognitifs et anxiété

“Observez-vous des différences entre les manifestations des angoisses des personnes avec troubles cognitifs, aphasies et ceux qui sont indemnes de cette particularité ?”

Aphasique						Non Aphasique			
Les raisons				Extériorisation		Extériorisation			
Absence de verbalisation		Ecoute active complexe		Colère / Agression physique		Manifestation		Verbalisation	
Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie	Léa	Marie
pas de verbalisation possible;	parce que je pense que justement il n'arrive pas à mettre les mots; il arrive pas à mettre des mots; c'est une	c'est extrêmement compliqué pour eux; qu'on comprenne exactement pourquoi ils sont	peut-être qu'on les écoute pas comme il faut; c'est aussi compliqué d'écouter quelque chose qui	ils s'énervent très vite; beaucoup d'énervement; de la colère, voire à de l'agressivité; de pas pouvoir	beaucoup les automutilations; se griffer; se mordre la main; c'est souvent des morsures;	Des pleurs;	les automutilation; ils vont se scarifier c'est très personnel; des troubles alimentaires; des troubles	mais on peut discuter; on peut échanger sur le sujet;	La différence ça va être l'accès au langage; cette chance de pouvoir mettre des mots; exprimer quand

	manière de dire; avec un vocabulaire très restreint bah c'est compliqué; c'est sans doute plus difficile pour une personne déficiente d'exprimer son mal-être	anxieux;	n'est pas dit c'est pas simple	échanger je trouve fais monter les choses beaucoup plus vite;	se mordre; déchire ses vêtements systématiquement; ils veulent qu'il y ait des manifestations physiques; une manifestation physique;		en lien avec la boisson;		même un peu plus les choses;
1	5	2	3	5	8	1	4	2	3
11				13		10			

Marie précise qu'il peut y avoir une forme de déni parfois chez les personnes non-apahsique quant à leur état d'anxiété "des manière aussi de d'écraser un peu son mal-être; de masquer; de pas l'entendre;" Elle ajoute tout de même que selon elle on peut retrouver une similitude au niveau des manifestations : "il y a pas forcément différence; je sais pas s'il y a tant de différence"

Léa, elle, n'évoque pas cette notion de similitude.

Objectif 5 : Identifier ce qui pourrait freiner un soignant à utiliser de la musique lors de ses soins

"Quels pourraient être les raisons d'une réticence de la part des soignants quant à l'intégration de la musique dans des situations de soins pouvant engendrer de l'anxiété chez le patient ?"

Marie :

Attention à l'autre	Concentration	S'appliquer
ça peut fausser un peu l'écoute qu'on a de la personne	besoin de me concentrer ; besoin des fois d'avoir son esprit complètement libre; pour pouvoir réfléchir	faire le soin correctement
1	3	1

Léa :

Cause indépendant du soignant		Cause dépendant du Soignant	
Pas le temps	Prendre le temps	Pas pensé	Le soignant n'aime pas
le côté pressé; plus on nous essouffle sur ces trois minutes ; elle en sont à trois minutes; trois minutes c'est difficile; dans une course folle; Elles sont dans une course de malade; On a pas forcément le temps;	prendre le temps d'installer la tablette; ça nécessite de prendre trois minutes; De prendre trois minutes; on a décidé qu'on prendrait c'est trois minutes; c'était pas grave de prendre trois minutes;	on y pense pas forcément.	aime pas écouter la musique; n'aime pas écouter autre chose que leur musique; ça ne me détend pas; tu n'es pas en accord avec la musique que le patient à envie d'écouter.
7	4	1	4
11		5	

Objectif 6 : Connaître les connaissances du soignant quant aux effets de la musique sur le corps

“Selon vous, qu’est-ce que l’écoute de la musique peut apporter au patient ?”

Marie

Faire le vide	Du bien	Avancer	Respirer	une Parenthèse
faire évacuer un trop-plein d'émotions ; quand il y a une surcharge émotionnelle; ça me défoule;	ça fait du bien; après ça va mieux; c'est super; c'est positif; fait du bien après une mauvaise journée;	je vais pouvoir parler d'autre chose;	maintenant je respire ; j'ai pris une respiration;	une petite parenthèse; c'est la petite parenthèse; le petit bonus;

Léa ajoute elle que l’effet de l’apaisement chez les patients avec trouble cognitif serait moins efficace en tout cas avec le dispositif musicale (“ça fonctionne un peu moins bien chez les patients qu’on des troubles cognitifs”), cela fonctionne davantage avec les musiques personnelles des patients. “Par contre leur musique à eux fonctionne très bien”

“Avez-vous constaté ce que l’écoute de la musique peut engendrer sur le corps ?” (Marie)

Quand la musique plait	Quand la musique ne plait pas
Apaisement	Tension
la respiration qui va s'apaiser; les traits qui sont plus détendu; détente; décontraction	la respiration accélérée le pouls; la transpiration; la crispation;

Propos non développés par Léa.

Léa : Utilisation de la musique dans les soins connus dans les services ? (non traiter avec Marie)

Difficile à savoir	En développement	Alternative non médicamenteuse
Je sais pas trop; Ouais j'ai pas trop de retour; je serai pas trop dire.	C'est évoqué en fait plusieurs fois, plusieurs années qu'ils en parlent; à l'air de se développer; tant à se développer	d'autre chose que le médicament.; Du non médicamenteux
3	3	2

Annexe V : Les émotions :

Joie	Colère	Peur	Tristesse	Surprise	Dégoût
Amoureux	Agacé	Angoissé	Abattu	Ébahi	Aigri
Content	Agité	Anxieux	Accablé	Émerveillé	Amer
Enchanté	Agressif	Craintif	Affligé	Enthousiaste	Aversion
Enjoué	Contrarié	Effrayé	Blessé	Étonné	Blessé
Euphorique	Exaspéré	Inquiet	Chagriné	Impatient	Écoeuré
Excité	Froissé	Horrifié	Déçu	Secoué	Intimidé
Passionné	Furieux	Méfiant	Désespéré	Sidéré	Irritable
Réjoui	Hostile	Préoccupé	Désolé	Stupéfait	Mépris
Satisfait	Irrité	Terrifié	Navré	Troublé	Rejet

Annexe VI : Les échelles d'évaluation de l'anxiété

Évaluation de l'anxiété :

PQRSTU-I

- Qu'est-ce qui augmente votre anxiété? (Provoqué)
- Avez-vous tenté des moyens pour diminuer cette anxiété (ex : visualisation, verbalisation à un proche)? (Pallié)
- Décrivez-moi ce que vous ressentez quand vous êtes anxieux (symptômes physiques? psychologiques? émotionnels?) (Qualité)
- Où ressentez-vous les symptômes physiques (ex. d'engourdissements, de tensions musculaires?) (Région)
- À combien, sur 10, vous sentez-vous anxieux? (Sévérité)
- Depuis combien de temps ressentez-vous cette anxiété? (Temps)
- Est-ce que l'anxiété est toujours présente? Si oui, est-ce que son intensité change au cours de la journée? Sinon quand survient-elle? (Temps)
- À votre avis, à quoi attribuez-vous cette anxiété? (*Understanding* (Compréhension))
- Quels sont les impacts de cette anxiété sur votre vie? (Impact)

Source :

https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/evaluation_et_traitement_de_lanxiete_en_soins_palliatifs.pdf

13.1

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ? Consigne : Encercliez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn : 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

Source :

https://www.espaceinfirmier.fr/ressources/upload/imgnewspha/infirmier/site/p-d-f/Consult_infirm_cplt_ligne_fiche27.pdf

Annexe VII : Abstract

Nom : Le Cars
Prénom : Madeline

Titre : Et si mon patient retrouvait l'air apaisé ?

Music is developing more and more in the world of care. I could experiment with its use with people with cognitive disorders and aphasia. Finding a scientific explanation for the calming phenomenon I had observed was one of my aims. Hence my question: "How does the use of music in care affect the calming of a patient with cognitive disorders with aphasia in a care that may be anxiety-causing?"

Research on the four main themes of music in care, cognitive disorders, aphasia and anxiety have followed one another. Two nurses agreed to share their stories with me about their musical care practice with the target audience.

All these investigations highlighted the physiological process initiated by listening to music. The target audience is faced with many frustrations, which must be taken into account in our support, to prevent anxiety.

The possibility of realizing that the use of music in care must be contemplated by the professional and accepted by the patient.

La musique se développe de plus en plus dans le monde du soin. J'ai pu expérimenter son utilisation auprès de personnes ayant des troubles cognitifs et aphasie. Trouver une explication scientifique au phénomène d'apaisement que j'avais pu observer, était l'un de mes objectifs. D'où ma question : « En quoi l'utilisation de la musique dans les soins influe-t-elle sur l'apaisement chez un patient présentant des troubles cognitifs avec aphasie lors d'un soin pouvant être anxiogène ? »

Les recherches autour des ces quatres grandes thématiques que sont la musique dans les soins, les troubles cognitifs, l'aphasie et l'anxiété se sont succédé. Deux infirmières ont accepté de me livrer leur témoignage autour de leur pratique de soins avec la musique auprès du public cible.

L'ensemble de cette recherche a mis en avant le processus physiologique, mis en route l'écoute de la musique. Le public cible est confronté à de nombreuses frustrations, qu'il faut à tout prix prendre en compte dans notre accompagnement, pour prévenir l'angoisse.

L'occasion de prendre conscience que l'usage de la musique dans les soins doit être réfléchi par le professionnel et consentie par le patient.

Keys words : Music in the care, Anxiety, cognitive disorders, aphasia, communication, listen

Mots clés : Musique dans les soins, anxiété, troubles cognitifs, aphasie, Communication / Écoute

Institut de formation en soins infirmier

2 Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09 - TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDE - 2022