



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

*« L'ACCOMPAGNEMENT D'UN PATIENT ATTEINT DE DEFICIENCE INTELLECTUELLE
AU SEIN D'UN SERVICE DE SOINS GÉNÉRAUX »*



Formateur référent mémoire : LASBLEIZ MURIELLE

QUEMARD CLARA
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
Date 02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'accompagnement d'un patient atteint de déficience intellectuelle au sein d'un service de soins généraux

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 02 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : QUEMARD Clara

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Ce mémoire représente l'aboutissement de trois années d'études ; c'est pourquoi je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu m'aider à leur juste valeur tout au long de la formation.

Tout d'abord, je souhaite remercier ma formatrice référente de ce travail de fin d'études, Mme LASBLEIZ Murielle, qui a su m'apporter de précieux conseils et m'accompagner tout au long de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Mr DELAMBILY Simon, mon formateur référent pendant mes trois années d'études, qui a su m'écouter, m'épauler et me conseiller lors de cette formation ainsi que toute l'équipe de formateurs du PFPS.

Je remercie les infirmières interrogées pour le temps consacré aux entretiens et à la relecture de ce travail ainsi que les différents professionnels de santé que j'ai pu rencontrer lors de mes stages.

Merci à mes proches qui ont consacré du temps à la relecture et qui m'ont épaulé tout au long de ce travail.

Enfin, je tiens à remercier mes amies de l'IFSI avec qui j'ai pu évoluer lors de ces trois années d'études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1.Le cheminement vers la question de départ	2
1.1.Situation d'appel	2
1.2.Questionnements	3
1.3.Question de départ	4
2.Le cadre conceptuel	5
2.1.La déficience intellectuelle	5
2.1.1.Définitions et généralités	5
2.1.2.Clinique et sémiologie	6
2.1.3.Les représentations sociales	7
2.1.4.Les représentations des professionnels de santé	8
2.2.L'accompagnement infirmier	9
2.2.1.Définitions et principes de l'accompagnement	9
2.2.2.Relation soignant-soigné	10
2.2.3.La communication verbale et non verbale	12
3.Analyse des entretiens	14
3.1. Dispositif méthodologique	14
3.1.1. Les objectifs des entretiens	14
3.1.2. La population interviewée	14
3.1.3. L'organisation	14
3.1.4. Bilan du dispositif	15
3.2. Analyse descriptive des entretiens	15
4.Discussion	18
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, je me devais de réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI), nouveau travail pour moi.

J'ai choisi d'aborder le thème de l'accompagnement des patients car pour moi ce sujet est essentiel à une bonne prise en soins de ces derniers lors de ma future prise de poste.

Ainsi, j'ai décidé de m'orienter plus précisément sur l'accompagnement des patients atteints d'une déficience intellectuelle dans les services de soins généraux, sujet qui me tient à cœur au niveau personnel mais également professionnel. En effet, ayant pour projet professionnel de travailler au sein d'un service hospitalier, j'aurai peut être l'occasion de prendre en soins des patients atteints d'une déficience et cela me semble important d'avoir une certaine connaissance sur ces pathologies afin de répondre correctement aux différents besoins des patients.

De plus, lors de mon parcours de stage, j'ai pu observer une équipe soignante en difficulté face à l'accompagnement d'un jeune patient atteint de Trisomie 21.

Dans un premier temps, je vais évoquer ma situation vécue lors d'un stage en chirurgie orthopédique. Puis, j'aborderai le cadre conceptuel, avec de nombreuses recherches qui ont pu m'aider à répondre à différentes questions que j'ai pu me poser. Dans un second temps, j'analyserai les différents entretiens réalisés. Enfin, je terminerai par interpréter les différents résultats de mon cadre conceptuel et je conclurai mon travail de recherche.

1. Le cheminement vers la question de départ

1.1. Situation d'appel

Dans le cadre de ma formation infirmière, j'ai réalisé le stage du semestre 4 au sein d'un service d'orthopédie. C'est un service qui accueille et s'occupe de patients nécessitant une chirurgie orthopédique programmée (chirurgie du membre supérieur, du membre inférieur ou du rachis). Le service peut également accueillir des patients en provenance des urgences selon les disponibilités.

Selon mes objectifs, je devais prendre en soins 1/3 du service soit 3-4 patients pour réaliser les soins infirmiers et accompagner un patient dans les gestes de la vie quotidienne.

Cet écrit porte sur la prise en soins d'un patient de 26 ans (Mr T.) porteur de Trisomie 21. La situation a lieu vers le milieu de mon stage.

J'arrive dans le service un jeudi après-midi où je commence par prendre les transmissions de l'équipe du matin. Celle-ci me fait part qu'un patient de 26 ans atteint de Trisomie 21 est parti se faire opérer ce matin pour une arthrodèse au niveau de la cheville. Elle m'indique qu'il reviendra normalement dans l'après-midi. Elle me précise également que ce jeune homme adore les crayons et qu'il en demande constamment. Je continue à prendre la suite et fin des transmissions, puis avec l'infirmière nous allons préparer les différents soins nécessaires pour l'après-midi.

Je prépare plusieurs antibiotiques dont j'aurai besoin pour les patients de mon secteur. Ensuite, le téléphone de l'infirmière sonne, elle me demande de répondre car elle est également occupée à réaliser des poches d'antibiotiques. Je prends l'appel et au bout du fil c'est une infirmière de la salle de réveil. Celle-ci appelle pour faire les transmissions concernant Mr T., je l'écoute et je note les différentes consignes qui lui semblent importantes.

A la suite de cet appel, je signale à l'infirmière les transmissions reçues, notamment le fait que Mr T. a une botte plâtrée, qu'il n'a pas d'appui pendant 6 semaines, qu'il est très peu douloureux et qu'il n'est pas "techniqué".

Une demi-heure plus tard, un brancardier arrive dans la salle de soins pour nous signaler l'arrivée de Mr T. dans le service. Je préviens l'infirmière que je vais commencer à prendre les constantes et les différentes surveillances orthopédiques qu'il faut réaliser.

Je frappe à la porte, j'entends un « oui », je rentre et je me présente auprès de Mr T. Je lui explique ce que je vais effectuer, notamment lui prendre les constantes et les surveillances au niveau du membre inférieur. Je lui demande si je peux prendre sa température et sa tension. Il me répond "oui" pour la température mais en ce qui concerne la tension il ne veut pas. Je lui explique que cela ne fait pas mal et que je vais mettre un brassard autour du bras, qui va gonfler pour prendre la tension. En lui expliquant correctement le geste, il accepte. Les constantes sont dans les limites de la normale.

Par la suite, je lui demande s'il arrive à bouger ses orteils, s'il sent bien ma main et s'il a des douleurs. Tout est correct concernant les surveillances orthopédiques et il me signale qu'il n'a pas de douleurs. Enfin, je lui explique qu'il ne doit pas marcher avec son plâtre et qu'il nous appelle en cas de besoin. L'infirmière arrive également dans la chambre pour vérifier que tout va bien et je lui transmets ce que j'ai fait.

L'aide-soignante se présente aussi dans la chambre pour proposer un repas léger à Mr T. et lui apporter de l'eau. Nous sortons de la chambre mais nous laissons la porte ouverte pour surveiller Mr T. puis nous allons dans la salle de soins pour retranscrire les transmissions.

Dix minutes plus tard, Mr T. arrive également dans la salle de soins en marchant sur son plâtre... Nous lui expliquons une deuxième fois qu'il ne doit pas marcher sur son plâtre et nous l'accompagnons dans sa chambre. Nous l'installons sur le fauteuil de la chambre avec l'adaptable devant lui. A ce moment-là, je me rappelle que l'équipe du matin nous avait transmis qu'il adorait les crayons, je lui donne donc un crayon et une feuille pour qu'il puisse dessiner ou écrire à souhait. L'infirmière m'indique que c'est une bonne idée et que cela va peut être éviter qu'il ne marche avec son plâtre. En effet, le fait d'avoir marché sur son plâtre l'a fait saigner et Mr T. se plaint de douleurs. Je lui apporte donc les antalgiques nécessaires et je retourne dans la salle de soins avec l'infirmière. Mais de nouveau, Mr T. marche sur son plâtre et s'installe avec nous dans la salle de soins car il ne veut pas rester seul. L'infirmière décide d'appeler son chirurgien pour prévenir que la prise en soins de Mr T. va être compliquée car il n'écoute pas les consignes et de ce fait, le plâtre est aspergé de sang. Le chirurgien indique à l'infirmière qu'il va passer voir Mr T.

1.2.Questionnements

Cette situation m'a beaucoup interpellée face à l'accompagnement de ce jeune patient. De ce fait, de nombreuses questions en sont ressorties :

- Comment expliquer au patient atteint de déficience intellectuelle l'intérêt des consignes post-op ? Et lui faire adopter les bonnes pratiques ?
- Faut-il des alternatives autres que médicales et paramédicales pour qu'il respecte les consignes (dessin, jeux...) ?
- Quelle est la différence à prendre en soins un patient atteint de Trisomie 21 par rapport aux autres patients ?
- Comment prendre en soins un patient atteint de Trisomie 21 dans un service de soins généraux ?
- Faut-il une connaissance/formation plus approfondie de la part des infirmières pour prendre correctement en soins le patient atteint de déficience intellectuelle ?
- Pourquoi les infirmières se sentent-elles en difficulté face à la prise en soins de ce patient ?

-Faut-il qu'il soit accompagné par un personnel du centre où il habite ? Ou d'un proche pour faciliter la prise en soins ?

-Est-ce qu'un service de soins généraux est adapté aux patients atteints de déficiences intellectuelles?

1.3.Question de départ

De part ces questionnements, j'ai tenté d'élaborer une question générale regroupant les différentes interrogations liées à cette situation de départ. J'ai d'abord repéré les différents mots clés qui sont les suivants : l'accompagnement, le prendre en soins infirmiers, les services de soins généraux et le patient atteint de déficience intellectuelle. A la suite de cela, ma question de départ en a découlé : ***En quoi l'accompagnement infirmier en service de soins généraux peut-il être impacté par la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ?***

Pour répondre au mieux à cette question, j'explicitai les différentes notions présentes dans la question de départ en commençant tout d'abord par la déficience intellectuelle puis par l'accompagnement infirmier. De plus, afin d'éclairer davantage mes recherches, je réaliserai des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers(ères) ayant pu s'occuper de patients atteints de déficience intellectuelle. Je continuerai en effectuant une discussion afin de faire le lien entre les résultats de mon analyse et la théorie sur mes notions. Pour finir, je conclurai mon travail d'initiation à la recherche.

2. Le cadre conceptuel

2.1. La déficience intellectuelle

Dans ce travail de recherche sur l'accompagnement des personnes atteintes de déficience intellectuelle, il nous paraît évident tout d'abord de définir la déficience intellectuelle et les généralités qui en découlent. Ensuite, nous évoquerons la clinique et la sémiologie de cette déficience. Et pour finir, nous démontrerons les différentes représentations sociales puis les représentations des professionnels de santé sur la déficience intellectuelle.

2.1.1. Définitions et généralités

Pour commencer, il nous semble important d'éclaircir la notion de déficience intellectuelle. Elle est définie selon l'OMS (2010) comme « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ».

Cette déficience intellectuelle induit un handicap mental qui peut se définir comme étant l'addition entre la déficience intellectuelle et les effets sur le quotidien de la personne. En effet, ce handicap entraîne une incapacité à réaliser les tâches de la vie quotidienne. La personne en situation de handicap a besoin d'une aide humaine constante au cours de sa vie. (Juhel, 2012, p.44-45) Le handicap mental est un terme utilisé fréquemment pour parler de la déficience intellectuelle.

Les différents ouvrages étudiés différencient la déficience intellectuelle en quatre degrés : la déficience intellectuelle légère, moyenne, grave et sévère. Ces degrés se distinguent les uns des autres par la capacité de la personne présentant un handicap à communiquer correctement, à être autonome dans les différentes tâches de la vie quotidienne et à s'intégrer une fois adulte dans la vie de la société. (Choucrallah, 2021, p.8-10)

Cette déficience intellectuelle peut avoir de nombreuses causes différentes, elle peut être congénitale (maladies héréditaires, anomalies chromosomiques, incompatibilité du sang maternel), elle peut être due à la consommation de substances toxiques de la mère pendant la grossesse, à une carence nutritionnelle ou lorsque la mère est exposée à trop de radiations. Toutes ces causes peuvent avoir des effets néfastes sur le bon développement cérébral du fœtus. (Choucrallah, 2021, p.8-10)

Par ailleurs, des infections chez la mère et des accouchements difficiles peuvent également provoquer une déficience intellectuelle. (Choucrallah, 2021, p.8-10)

De nombreux syndromes, tels que le syndrome de Down (trisomie 21), le syndrome de Patau (trisomie 13), le syndrome d'Edwards (trisomie 18) ou encore le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Rett et bien plus encore, sont définis comme des déficiences intellectuelles. (Juhel, 2012, p.62-89)

En quelques chiffres, d'après l'article sur la déficience intellectuelle dans le périodique Soins Aides-Soignantes, "le handicap mental touche 1% à 3% de la population générale, avec une prépondérance chez les individus masculins". (Choucrallah, 2021, p.8-10) Dans cet article, l'auteur explique également que le nombre de personnes atteintes de déficience intellectuelle va augmenter progressivement au cours des années dû à l'accroissement de l'espérance de vie.

2.1.2.Clinique et sémiologie

Dans cette partie, nous allons plus particulièrement développer les différentes caractéristiques présentes chez les personnes atteintes de trisomie 21. Cependant, ces différences sont aussi visibles chez les individus ayant une déficience intellectuelle autre que la trisomie 21.

Tout d'abord au niveau physique, lorsqu'un bébé trisomique naît, il peut avoir des anomalies remarquables dès sa naissance mais d'autres différences peuvent aussi apparaître plus tardivement au cours de son développement. En effet, les parents et les professionnels de santé peuvent identifier dès la naissance des anomalies physiques telles que "les oreilles sont petites, implantées plus bas que la normale et mal ourlées ; le nez est souvent court et épaté à son extrémité et les narines sont larges ; le cou est typiquement court...". (Juhel, 2012, p.134) De plus, les personnes porteuses de trisomie 21 peuvent présenter "des malformations et des problèmes cardiaques". En effet, selon des études "40 à 50% des enfants atteints de la trisomie 21 sont porteurs, à des degrés divers, d'une maladie cardiaque." Ils peuvent aussi développer des difficultés respiratoires notamment des infections pulmonaires mais également d'autres dysfonctionnements comme de l'insuffisance thyroïdienne, des anomalies au niveau de la colonne vertébrale et du tube digestif, des handicaps visuels et de l'épilepsie. Ces enfants touchés par cette déficience intellectuelle sont, en effet, sujets à développer d'avantages de pathologies d'où l'importance d'avoir une surveillance accrue au niveau médical. (Juhel, 2012, p.135)

Au niveau de l'apprentissage, "le mode de raisonnement, le temps de latence, la capacité d'attention, la notion du temps et la mémoire" sont des éléments biaisés par la déficience intellectuelle selon Jean-Charles Juhel (2012). Effectivement, le mode de raisonnement, par exemple, est différent du nôtre, l'enfant trisomique a son propre mode de pensée. En ce qui concerne la mémoire, les enfants et adultes porteurs de trisomie "ont des difficultés à sélectionner les informations pertinentes et à

neutraliser les autres”. De plus, les personnes atteintes de déficience intellectuelle ont tendance à apprendre en copiant les autres et en réalisant les mêmes gestes et paroles. (Juhel, 2012, p.142-143) Pour finir, au niveau du développement du langage, la personne atteinte de trisomie va avoir un niveau de langage inférieur à celui des personnes dites “ordinaires”. Ce développement du langage insuffisant se traduit par “des problèmes liés à l’articulation, liés à l’émission de la parole, de la phrase parlée et liés au son ou à la voix”. (Juhel, 2012, p.146-147) Cette différence au niveau du langage était présente chez le jeune patient décrit lors de la situation d’appel. En effet, ce dernier avait des difficultés pour s’exprimer correctement, l’équipe soignante avait par moment, du mal à le comprendre.

2.1.3. Les représentations sociales

Pour commencer, les personnes atteintes de déficience intellectuelle étaient auparavant appelées “fous” ou “malades mentaux”. En ce qui concerne plus précisément la trisomie 21, au début du XXème siècle, en France, les personnes atteintes de ce syndrome étaient nommées “les mongoles”. Ces différents termes ont évolué au fur et à mesure des années, en effet, maintenant on parle de déficience intellectuelle ou de handicap mental. La loi du 10 juillet 1987 complétant celle de 1975, exige de remplacer dans tous les textes officiels et administratifs, l’expression “débile mental” couramment utilisé, par celui de déficience intellectuelle. Cependant, ces anciens termes persistent à être utilisés par quelques personnes. (Leclerc, 2018, p.47)

La déficience intellectuelle a tendance à être représentée et alimentée par les différents préjugés et stéréotypes que peuvent avoir la population.

Tout d’abord, les préjugés sont définis selon le dictionnaire Larousse (2020) comme étant “un jugement sur quelqu’un, quelque chose, qui est formé à l’avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions d’esprit à l’égard de cette personne ou de cette chose”. Quant aux stéréotypes, ils sont définis selon la même source comme étant “une expression ou une opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché”. (Larousse, 2020)

Les stéréotypes associés au handicap mental sont essentiellement des caractéristiques négatives telles que “irresponsabilité, incurabilité, dangerosité, associabilité et déficience”. (Leclerc, 2018, p.47)

En outre, les personnes porteuses de handicap mental peuvent être vues comme des individus ayant des compétences et un courage diminués.

2.1.4. Les représentations des professionnels de santé

Les différentes représentations de la déficience intellectuelle vues précédemment n'échappent pas au personnel soignant, qui peuvent se répercuter sur leurs comportements face à un patient atteint d'une déficience intellectuelle.

Tout d'abord, les représentations du handicap mental sont fluctuantes selon les professionnels de santé s'ils travaillent au sein d'un centre médico-éducatif ou s'ils exercent dans les services de soins généraux. En effet, le personnel travaillant au sein d'un centre médico-éducatif aura moins d'a priori et de stéréotypes face à un patient atteint d'une déficience intellectuelle car ils ont davantage l'habitude de prendre en soins ces patients contrairement au personnel soignant d'un service de soins généraux. (Leclerc, 2018, p.9)

De plus, chaque professionnel de santé aura ses propres représentations vis-à-vis des personnes atteintes d'un handicap mental selon "son histoire personnelle, sa sensibilité et sa capacité empathique". (Leclerc, 2018, p.45)

Ensuite, le personnel soignant du milieu médico-éducatif et sanitaire, interrogé, dans le livre Soins et handicap mental (2018), évoque de nombreuses difficultés et la peur de prendre en soins des patients atteints d'une déficience intellectuelle dans le milieu hospitalier. En effet, il exprime l'ignorance face au handicap et aux spécificités de ces patients dans les services hospitaliers. Il souligne également les aptitudes de compréhension de ces patients souvent déconsidérées dans les services de soins généraux. Il évoque également la place insignifiante des personnels accompagnants et un défaut d'anticipation au niveau de l'organisation de la prise en soins de ces patients au sein des services de soins généraux. (Leclerc, 2018, p.9)

De plus, dans l'article "*l'urgence de soins adaptés*" dans l'infirmière magazine, Eric Revue, chef de service des urgences de l'hôpital de Chartres explique que les soignants "ne voient plus le patient, mais le handicap, et tous les problèmes qu'il pose". (Coq-Chodorge, 2019, p.22)

Enfin, la plupart des soignants des services de soins généraux interrogés évoquent un manque de personnel et également des informations insuffisantes sur le handicap lors de leur cursus de formation notamment sur le bon accompagnement de ces personnes. (Leclerc, 2018, p.IX) Cet accompagnement auprès des personnes en situation de handicap est précisé dans la partie suivante.

2.2.L'accompagnement infirmier

Dans cette seconde partie, nous évoquerons plus précisément l'accompagnement des patients atteints de déficience intellectuelle. Nous expliquerons la définition et les principes de l'accompagnement infirmier puis la relation soignant-soigné qui en ressort. Ensuite, nous présenterons les différents moyens de communication pouvant être mis en place.

2.2.1.Définitions et principes de l'accompagnement

Tout d'abord, le terme accompagnement est défini selon le dictionnaire Larousse (2020) comme étant "une action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements ; travail de l'accompagnateur".

De plus, le verbe accompagner est défini par ce même dictionnaire comme "être avec quelqu'un, lui tenir compagnie" mais également "servir de guide, d'accompagnateur à quelqu'un, à un groupe". (Larousse, 2020)

Dans l'article de revue, "*Accompagnement : une posture professionnelle spécifique*" de Maela Paul (2012, p.13-20), cette dernière définit le terme accompagner comme "être avec" et "aller vers". Selon ses dires, "être avec" signifie le fait d'être présent, disponible envers autrui. En ce qui concerne le terme "aller vers" celui-ci signifie être proche de l'autre, l'écouter afin d'établir une certaine relation de confiance entre les deux interlocuteurs.

De plus, selon le dictionnaire des concepts en soins infirmières de Christine Paillard (2021), l'accompagnement "dans le contexte soignant, nécessite des outils relationnels permettant de vivre cette interaction aidante comme un processus naturel et réciproque". Cet accompagnement est "intégré dans les projets de soins mais également dans le cadre de la continuité des soins, de l'éducation thérapeutique".

Enfin, les différentes définitions vues précédemment soulèvent plusieurs notions qui reflètent l'accompagnement. En effet, la notion de mouvement est un élément qui est employé à plusieurs reprises car le soignant, par exemple, "aura pour but de s'accommoder au mouvement du patient afin de le solliciter dans son autonomie". "L'autonomisation est également une notion clé dans cet accompagnement auprès du patient". (Paul, 2012, p.13-20) Une relation de soutien, d'écoute et d'empathie favorise également un bon accompagnement auprès d'autrui.

En ce qui concerne plus précisément l'accompagnement des personnes atteintes de déficiences intellectuelles au sein d'un service de soins, celui-ci n'est pas figé et s'adapte constamment au patient. Cet accompagnement fait partie de la prise en soins car son objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap mental. Comme il est dit dans l'ouvrage Handicap et

accompagnement : nouvelles attentes, nouvelles pratiques (2014) "l'accompagnement doit être réfléchi et surtout incarné personnellement par chacun des professionnels".

Cet accompagnement auprès des personnes atteintes de déficiences intellectuelles n'est pas forcément le plus simple à appréhender, car il existe différentes formes de handicap et chaque personne porteuse de handicap a ses propres comportements et réactions vis-à-vis de la situation. (Sureau, 2018, p.113)

Une soignante interrogée dans l'article "*Handicap : soins ordinaires adaptés*" de l'infirmière magazine (Faye, 2014, p.22-23) évoque également le fait qu'une consultation pour une personne atteinte de déficience intellectuelle demande plus de temps pour le personnel soignant notamment pour pouvoir l'aider de différentes manières et éviter que cette dernière "s'impatiente ou ne touche à tout".

De plus, l'accompagnement des patients en situation de handicap est d'autant plus adapté lorsque celui-ci se fait en interdisciplinarité afin de lui offrir un programme de soins personnalisés. (Faye, 2014, p.22-23)

Pour finir, cet accompagnement auprès des patients atteints de déficience intellectuelle est indispensable afin de fonder une relation soignant-soigné de qualité. Ce terme de relation soignant-soigné est davantage développé dans la partie suivante.

2.2.2.Relation soignant-soigné

Pour expliquer plus précisément la relation soignant-soigné, nous allons définir chaque terme indépendamment de ce concept. Tout d'abord, la relation est définie selon le dictionnaire Larousse (2020) comme " un caractère, état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport". Cette relation peut être amicale, amoureuse, professionnelle ou d'affaires. Ainsi, la relation se base sur la rencontre entre plusieurs personnes ayant un échange par la parole ou les gestes. Cette relation entre plusieurs protagonistes n'est pas figée, en effet, il existe un certain dynamisme dans l'échange qui permettra d'établir un lien entre les deux personnes.

Le soignant quant à lui est défini comme "une personne qualifiée qui donne des soins à quelqu'un" selon le dictionnaire Larousse (2020). Ces soins peuvent être des soins curatifs, préventifs ou palliatifs.

Ensuite, le soigné également appelé le patient ou la personne soignée est défini selon le dictionnaire des concepts en soins infirmières (2021) comme "une personne en situation de besoin d'aide pour

une durée plus ou moins déterminée”. Cette aide sera apportée par un soignant grâce à la réalisation de soins spécifiques à cet individu.

Enfin, la relation soignant-soigné est définie quant à elle selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière (2005) comme “une interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu’elle offre d’inconnu, de complexe et d’imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient”.

Cette relation soignant-soigné se divise en quatre niveaux selon Louis Malaboëuf :

→ La relation de civilité est indépendante du soin, elle correspond au code social et culturel tel que la politesse, la gentillesse, se présenter. Pour le soignant, lors de la relation soignant-soigné, cette relation de civilité équivaut à se présenter lorsque ce dernier arrive dans la chambre, être poli et être courtois. Le non-respect de ces valeurs peut avoir des conséquences sur la relation et la prise en soin entre le professionnel de santé et le patient.

→ La relation fonctionnelle correspond quant à elle à chercher les informations auprès du patient afin d’avoir une prise en soin de qualité. Ces données peuvent être les habitudes de vie du patient, les antécédents familiaux, les signes cliniques et paracliniques de sa pathologie.

→ La relation de compréhension, de soutien, de réassurance se définit par une relation de confiance où le soignant écoute activement le patient qui peut exprimer ses souffrances.

→ La relation d’aide thérapeutique correspond à l’interaction entre le soignant et le soigné afin de contribuer à la recherche et à la satisfaction d’un besoin d’aide chez ce dernier. (*Différents Aspects De La Relation Soignant Soigné*, 2018)

D’autre part, la relation soignant-soigné est un concept qui évolue dans la mesure où le soignant doit s’adapter en permanence avec la personne soignée et son histoire personnelle. En effet, lors d’une relation soignant-soigné avec une personne atteinte de déficience intellectuelle, le soignant doit s’adapter, se moduler en fonction des capacités et des compétences de la personne en situation de handicap. Le personnel soignant doit personnaliser chaque intervention auprès des patients atteints de déficience après avoir pris connaissance de la situation. (Stiker et al., 2014, p.146) Cette relation s’articule également avec les proches de la personne soignée qui sont aussi très importants pour favoriser une relation de confiance. Construire cette relation soignant-soigné va permettre au patient d’avoir conscience de ses ressources afin d’interagir avec le soignant et les autres.

Cependant, le soignant et le soigné doivent garder une certaine distance professionnelle afin de ne pas biaiser cette relation établie entre eux.

Pour finir, cette relation soignant-soigné démontre bien un échange entre deux êtres que sont le personnel soignant et le patient. Cet échange se base sur la communication qui selon l'HAS, "est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné". En effet, la communication est omniprésente que ce soit dans les soins comme dans la vie quotidienne. Ce terme de communication est développé dans la prochaine partie.

2.2.3. La communication verbale et non verbale

Comme écrit précédemment, la communication est le pilier de la relation soignant-soigné. Tout d'abord, au sens étymologique, le terme communication signifie "mettre en commun". Puis, ce terme est défini selon le dictionnaire Larousse (2020) comme "l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse".

Dans cette définition, apparaissent les notions d'échange et de relation qui sont la base de la communication. Cet échange est souvent représenté par le schéma de Shanon-Wiener. De plus, comme l'explique Christine Paillard dans le dictionnaire des concepts en soins infirmières (2021), la communication repose sur "un émetteur qui envoie un message au récepteur par un canal de transmission." Ce dernier "reçoit et décode le message". S'il répond, "il devient émetteur et c'est ce que l'on appelle le "feed-back"".

Il existe différents types de communication, tels que la communication verbale, non-verbale, corporelle, les médias et le langage des signes.

Selon Albert Mehrabian, la communication verbale représenterait 7% de la communication globale alors que la communication non verbale serait de 93%. Ces pourcentages se répartissent comme suit : "7% pour la communication verbale, 38% pour la communication vocale (débit et timbre de voix), et enfin 55% pour la communication non verbale (gestes et attitudes innées ou acquises)". (Delamarre, 2014) (Albert Mehrabian-Wikipédia,n.d.) Ces termes de communication verbale et non verbale vont être précisés ci-dessous.

La communication verbale est définie selon Nathalie Fournival dans Relation communication (2012) comme étant "le langage spécifique à l'être humain grâce à l'évolution de l'organe de la phonation". Afin que le patient comprenne ce que le soignant lui explique, ce dernier doit s'exprimer de façon simple, claire et précise. De plus, le choix et la formulation des mots doivent être adaptés au patient pour ne pas altérer la relation établie entre les deux protagonistes.

La puissance, la tonalité de la voix, le débit et l'articulation des paroles sont les différents critères qui définissent la voix et la parole lors d'une communication verbale. L'écoute fait également partie de la communication verbale notamment l'écoute active qui est définie selon le même auteur comme "l'action de se concentrer sur ce que l'on écoute, en groupe ou lors d'un dialogue, afin de bien comprendre ce qui est dit". (Fournival et al., 2012)

En ce qui concerne la communication non verbale aussi appelée paralangage, elle est définie selon le dictionnaire Larousse (2020) comme "l'ensemble des moyens de communication naturels qui ne font pas partie du système linguistique, mais qui peuvent accompagner et renforcer la parole (expressions du visage, gestes...)". De plus, cette communication non verbale permet d'apporter des informations supplémentaires au message dit verbalement, elle peut également "transmettre des intentions que les mots n'arrivent pas à transmettre ou ne voudraient pas transmettre". (Larousse 2020)

Cette communication non verbale se base quant à elle sur les mimiques, les expressions du visage, les mouvements corporels, les postures, les gestes et les touchers. Ces différentes manifestations non verbales peuvent traduire diverses émotions telles que : la peur, la joie, le dégoût, la méfiance... (Le Bihan, 2020) Des émotions comme le sourire peuvent être des expressions voulues par la personne mais la plupart du temps elles sont incontrôlées et involontaires. (Fournival et al., 2012)

De plus, le regard est un élément essentiel dans la communication non verbale car il permet d'assurer à l'autre qu'on l'écoute et qu'on lui parle. Dans les soins, le fait de regarder le patient va créer une certaine relation de confiance et cela va permettre au soignant de recueillir de nombreuses informations sur le patient. (Fournival et al., 2012)

En ce qui concerne la communication verbale avec un patient atteint de déficience intellectuelle, cette dernière peut être appréhendée par le soignant selon les différentes réactions du patient. En effet, elle peut parfois être réduite ou inexistante, ce dernier peut se mettre à crier, ou au contraire être muet et ne pas répondre aux questions qu'on lui pose.

Cette appréhension concerne également la communication non verbale, car le patient atteint de déficience intellectuelle peut parfois se montrer "absent, le visage fermé, le regard fixe ou fuyant, réagir de manière agressive en faisant des mouvements répétitifs, des rituels et également des gestes auto-agressifs". (Leclerc, 2018, p.61)

3. Analyse des entretiens

3.1. Dispositif méthodologique

3.1.1. Les objectifs des entretiens

Pour mes entretiens, j'ai posé six objectifs répartis en trois grands thèmes qui sont la présentation générale, la déficience intellectuelle et l'accompagnement infirmier.

Les six objectifs sont les suivants : mieux connaître le professionnel, son parcours, ses expériences... ; connaître les principales déficiences intellectuelles rencontrées par le professionnel dans les services de soins généraux et les situations vécues par ce dernier ; connaître les représentations des soignants sur la prise en soins des patients atteints d'une déficience intellectuelle (difficulté, attention...) ; approfondir et connaître davantage sur la relation soignant-soigné différente avec un patient atteint d'un handicap mental et savoir quels moyens mettre en place pour établir une certaine confiance entre les deux protagonistes ; savoir les ressentis des professionnels de santé face au handicap mental ; et pour finir, de permettre de conclure l'entretien et d'avoir l'avis du professionnel ayant déjà vécu la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle.

Ces différents objectifs vont pouvoir être répondus grâce à différentes questions abordées lors de l'entretien.

3.1.2. La population interviewée

J'ai souhaité réaliser deux entretiens semi-directifs afin de poser des questions ouvertes et pouvoir rajouter différentes questions à ma convenance pour préciser certaines choses si cela était nécessaire.

Le premier entretien a été réalisé auprès d'une infirmière de soins généraux travaillant dans un service de maladies infectieuses et qui avait, par ailleurs, une expérience dans d'autres services de soins généraux.

Concernant le deuxième entretien, celui-ci a été réalisé auprès d'une infirmière étant actuellement en école pour devenir infirmière de bloc opératoire. Cette dernière a eu de nombreuses expériences au sein de différents services de soins généraux notamment au bloc opératoire et en réanimation.

3.1.3. L'organisation

Pour organiser mes entretiens, j'ai tout d'abord contacté une proche pour savoir si elle était disponible pour réaliser un entretien sur la prise en soins de personnes atteintes de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux. Au vue de sa réponse positive, j'ai décidé de réaliser l'entretien par visioconférence car cette dernière n'habitait pas à côté, cela était compliqué

d'effectuer l'entretien en présentiel. Au début de l'entretien, j'ai obtenu son accord pour enregistrer notre échange grâce à mon téléphone portable.

Concernant, le deuxième entretien, j'ai tout d'abord envoyé un mail à un cadre de santé d'un service de soins généraux mais n'ayant pas de réponse de sa part j'ai décidé de chercher par moi même. J'ai donc demandé à la première infirmière interrogée si elle connaissait parmi ses collègues, des infirmières pouvant répondre à mon sujet. Elle m'a répondu positivement en me donnant le contact d'une ancienne connaissance. A la suite de cela, j'ai pu contacter l'infirmière concernée pour lui demander s'il était possible de réaliser l'entretien via visioconférence dû à l'éloignement géographique, ce à quoi elle m'a répondu positivement. Comme pour le premier entretien, j'ai obtenu son accord pour enregistrer notre échange grâce à mon téléphone portable.

3.1.4. Bilan du dispositif

Dans les deux cas, les entretiens se sont très bien déroulés. Le fait de les avoir réalisés en visio permettait de visualiser la communication non verbale des deux infirmières et donc d'apporter davantage de précision sur ce qu'elle disait grâce à leurs gestes et mimiques. En revanche, les infirmières avaient tendance à répondre aux questions suivantes dans les questions précédentes donc cela était un peu répétitif, même si elles ajoutaient des compléments à leurs réponses. Malgré cela, les entretiens auprès de ces deux infirmières m'ont été bénéfiques et m'ont apporté des éléments complémentaires à mon cadre conceptuel.

Le petit point négatif de ces entretiens est d'avoir eu des difficultés à trouver une deuxième infirmière pour réaliser l'entretien du fait de la non-réponse du cadre de santé d'un service de soins généraux.

3.2. Analyse descriptive des entretiens

1. Connaître les principales déficiences intellectuelles rencontrées par le professionnel dans les services de soins généraux et les situations vécues par ce dernier

Les deux infirmières interrogées ont pu prendre en soins tous types de déficience intellectuelle au sein des différents services de soins généraux dans lesquels elles ont pu travailler. Elles évoquent, par exemple, des patients atteints de trisomie, d'autisme, des patients sourds et muets et également des patients ayant des déficiences intellectuelles à la suite de souffrances natales. D'après elles, il est assez fréquent de rencontrer des personnes atteintes de déficiences intellectuelles au sein des services de soins généraux.

2. Connaître les représentations des soignants sur la prise en soins des patients atteints d'une déficience intellectuelle : difficulté, attention...

Dans les deux entretiens, les infirmières m'ont évoqué le fait qu'il était plus difficile de prendre en soins des patients atteints de déficience intellectuelle et que cela était différent d'un patient dit "ordinaire". Le terme adaptabilité est notamment le mot qui est revenu le plus souvent lors de ces échanges. En effet, l'une d'entre elles évoque une adaptation au niveau de l'équipe soignante notamment par le fait qu'une seule infirmière, si possible, s'occupe du patient pour ne pas le perturber et un temps plus important lui sera consacré. Le tutoiement est très utilisé auprès des patients atteints de déficience intellectuelle même si cela n'est pas très autorisé, d'après les infirmières. Le fait de tutoyer permet de créer une relation de confiance. Une proximité auprès du patient est également, d'après elles, une approche différente par rapport à d'autres patients dit "ordinaires".

L'une des infirmières aborde également l'importance de la compréhension auprès du patient des faits et gestes que la soignante va réaliser pour ne pas créer davantage de stress.

De plus, le fait de capter l'attention et de faire penser à autre chose tel que le doudou, les séries sont des alternatives très employées lors de la réalisation des soins auprès des patients atteints de déficience intellectuelle. Le fonctionnement avec des photos, des vidéos et des dessins animés sont aussi des options utilisées.

3. Approfondir et connaître davantage sur la relation soignant-soigné différente avec un patient atteint d'un handicap mental et savoir quels moyens mettre en place pour établir une certaine confiance entre les deux protagonistes

Selon les deux infirmières, le relationnel et la communication sont les deux éléments les plus importants pour obtenir une relation soignant-soigné de qualité. En effet, pour elles, le relationnel passe notamment par la posture de la soignante comme le fait d'être au contact du patient, de pouvoir le toucher comme nous avons pu le préciser ci-dessus mais également le fait de se mettre à sa hauteur. Le sourire et la présentation de soi sont aussi des éléments à ne pas négliger avec ces patients. Cela permet de les mettre plus en confiance et d'obtenir leur consentement pour les différents soins à prodiguer. Ces différentes pratiques ne se feraient pas forcément instinctivement à des patients dits "ordinaires" ou peut-être moins facilement.

Une des infirmières m'a précisé qu'il était aussi très important de leur rappeler régulièrement où ils se situaient et pourquoi ils étaient là, pour qu'ils aient ainsi, des repères. En effet, ces patients ont besoin d'être situés dans le temps et l'espace pour éviter tous types d'angoisses supplémentaires.

Au niveau des moyens de communication, une des infirmières utilisait beaucoup le téléphone portable ou les tablettes dans son service pour réaliser des visios avec l'extérieur ce qui permettait d'apaiser et de rassurer les patients. Les ardoises étaient particulièrement utilisées avec les patients sourds et muets.

L'autre infirmière utilisait beaucoup la communication dite thérapeutique telle que l'hypnose pour, par exemple, diminuer le stress.

La famille est également, d'après les deux infirmières, un moyen de communication important à prendre en compte car elle permet d'être l'intermédiaire entre le patient et le personnel soignant.

4.Savoir les ressentis des professionnels de santé face au handicap mental

Les mots relevés le plus souvent lors de ces entretiens pour décrire la prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle sont "difficultés" et "complications". En effet, les infirmières évoquent des difficultés, particulièrement, la nuit où ces patients sont en perte de repères d'où l'importance, comme précisé ci-dessus, de les situer dans le temps et dans l'espace.

Cependant, les journées sont autant sources de complications par le fait qu'ils peuvent se mettre à crier ou pleurer. De plus, une des infirmières aborde le fait qu'ils sont différents et qu'ils peuvent avoir des réactions surprenantes. Elle prend l'exemple de situations vécues comme une patiente qui urine au sol et un autre patient qui se déperfuse à longueur de journée.

Les deux professionnelles de santé ont été confrontées à des obstacles pour la prise en soins de ces patients car elles ne savaient pas comment ceux-ci évoluaient dans la vie de tous les jours. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'importance de la famille est régulièrement évoquée par les infirmières car celle-ci permet de répondre aux différentes questions des professionnels notamment sur le fonctionnement quotidien de ces derniers.

5.Permet de conclure l'entretien et d'avoir l'avis du professionnel ayant déjà vécu la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle

Pour finir ces entretiens, je leur ai demandé quelles étaient pour elles les clés d'un bon accompagnement d'une personne atteinte de déficience intellectuelle. Elles m'ont répondu qu'il fallait prendre son temps avec le patient, interroger si possible la famille pour connaître ses habitudes de vie, comment il fonctionne et avoir un bon relationnel avec cette dernière.

De plus, une des infirmières m'a précisé qu'il était primordial que les soignants puissent se renseigner en amont sur la pathologie afin d'adapter correctement son comportement envers le patient et ainsi avoir un bon relationnel, souvent plus particulier qu'un patient dit "ordinaire".

La communication est d'après l'autre infirmière, l'élément le plus important dans cette prise en soins. Elle m'a également parlé du rôle propre de l'infirmière où l'on a vraiment "un rôle à jouer" d'après elle, dans cette prise en soins.

4. Discussion

A présent, nous allons confronter les notions abordées dans le cadre conceptuel ainsi que dans les entretiens des professionnels infirmiers. Les différents éléments décrits dans ces deux parties vont permettre de répondre à la question de départ qui était : *En quoi l'accompagnement infirmier en service de soins généraux peut-il être impacté par la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ?*

Tout d'abord, lors de mes entretiens j'ai pu demander aux infirmières qu'elles étaient pour elle la définition de déficience intellectuelle. Ce terme fût compliqué à expliquer concrètement. Elles m'ont toutes les deux développé les différents types de déficiences qu'elles ont pu prendre en soins au sein de leurs divers services. Par exemple, elles m'ont évoqué les patients atteints de trisomie, d'autisme, des patients sourds et muets et également des déficiences intellectuelles à la suite de souffrance natales. En ce qui concerne mon cadre conceptuel j'ai, tout d'abord, défini le terme de déficience intellectuelle et j'ai évoqué différents types de trisomie, d'autisme et la déficience intellectuelle suite à des souffrances natales. Cependant, je n'avais pas forcément pensé aux personnes atteintes de surdité ou de mutisme qui peuvent être également des patients pouvant avoir une déficience intellectuelle.

Par la suite, j'ai expliqué davantage les différents signes qui caractérisent la trisomie 21 dû à la prise en soins d'un patient atteint de ce syndrome lors d'un stage. Ces éléments de description physique, mentale et plus particulièrement, la communication, ont pu être mentionnés lors des entretiens avec les infirmières, ce qui montre une cohérence avec le cadre conceptuel.

Dans un second temps, lors des entretiens je n'ai pas forcément posé de questions concernant les représentations que pouvaient avoir les soignants sur la déficience intellectuelle. En effet, la question portait plus sur les potentielles différences qu'il pouvait y avoir entre les patients atteints de déficience intellectuelle et les patients dits "ordinaires". J'aurais pu, dans un premier temps, demander aux professionnels de santé quelle était leurs représentations vis à vis de la déficience intellectuelle afin de suivre le cadre conceptuel.

Cependant, une des infirmières a pu aborder ce sujet, notamment sur l'importance de connaître en amont les différentes déficiences intellectuelles des patients. En effet, par exemple la trisomie 21 est un syndrome qu'elle connaît personnellement ce qui lui permettait d'avoir moins d'à priori vis-à-vis du patient. Elle m'expliquait que certaines de ses collègues qui ne connaissaient pas personnellement les différentes déficiences intellectuelles devaient faire des recherches sur ces dernières afin d'avoir un accompagnement adapté avec les patients. De plus, cela leur permettait de changer leurs représentations face au patient atteint de déficience. Cet élément transmis par l'infirmière est en accord avec ce que j'ai pu écrire dans le cadre conceptuel. En effet, chaque professionnel de santé aura ses propres représentations vis-à-vis des personnes atteintes d'un handicap mental selon "son histoire personnelle, sa sensibilité et sa capacité empathique". (Leclerc, 2018, p.45). Pour moi, le fait de connaître personnellement une déficience intellectuelle permet, comme l'a précisé, l'infirmière, d'avoir moins d'à priori, d'aborder la relation soignant-soigné plus sereinement et ainsi de modifier nos représentations du handicap. De plus, le fait de connaître un handicap peut potentiellement aider à savoir comment va réagir le patient ou comment communiquer avec ce dernier. Personnellement, le fait de connaître la déficience intellectuelle et plus précisément, la trisomie 21 dans mon entourage proche, me permet d'établir la relation soignant-soigné, avec moins d'appréhension lors de ma future prise de poste. Malgré cela, comme j'ai pu l'écrire au-dessus, ces représentations peuvent être personnelles selon "sa sensibilité et sa capacité empathique". (Leclerc, 2018, p.45).

D'autre part, les deux infirmières m'ont expliqué à plusieurs reprises l'importance des accompagnants lors de la présence dans le service, d'un patient atteint de déficience intellectuelle. Au contraire, lors de mes recherches pour le cadre conceptuel, le personnel soignant du milieu médico-éducatif et sanitaire, interrogé, dans le livre Soins et handicap mental (2018), évoquent la place insignifiante des personnels accompagnants dans les services de soins généraux (Leclerc, 2018, p.9). Selon moi, lorsqu'il y a la possibilité d'avoir un accompagnant avec le patient atteint de déficience intellectuelle, il me semble important de pouvoir l'intégrer au maximum dans la prise en soins. Cela permet au patient d'être rassuré et d'adopter plus facilement la relation soignant-soigné. De plus, lors de mon stage, l'équipe soignante était démunie face à la prise en soins d'un patient seul. Elle a, donc, demandé au centre où il était hébergé et à ses parents s'il y avait la possibilité d'avoir un accompagnant afin de faciliter les échanges. Cette demande prouve l'importance et la place significative de l'accompagnant dans les services de soins généraux.

Dans un troisième temps, j'ai abordé les termes de l'accompagnement et de la relation soignant-soigné dans le cadre conceptuel et dans les entretiens infirmiers. Tout d'abord, dans les entretiens, ces notions sont, d'après les infirmières interrogées, vues avec plus de difficulté et de complication qu'avec un patient dit "ordinaire". En effet, pour elles, l'adaptabilité au sein de la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle est primordiale pour favoriser la relation soignant-soigné et ainsi avoir une relation de confiance avec le patient. Le tutoiement par exemple, est un élément d'adaptation de la part du personnel soignant, qui est souvent propre à la prise en soin de ce type de patient. De plus, une des infirmières, m'a, notamment, interpellée sur l'importance de la compréhension des soins de la part du patient pour éviter toutes sources de stress et aussi de les situer régulièrement dans le temps et dans l'espace.

Enfin, les deux infirmières ont rappelé l'importance du relationnel et de la communication lors de l'accompagnement d'un patient atteint de déficience intellectuelle. En effet, le relationnel passe par la posture du soignant, d'être au contact du patient, de pouvoir le toucher, de se mettre à sa hauteur et également le fait de sourire. Quant à la communication, il est crucial de se présenter auprès du patient et de lui expliquer concrètement les différents soins que l'on peut lui prodiguer.

Le terme adaptabilité est également le mot utilisé à de nombreuses reprises pour parler de l'accompagnement et de la relation soignant-soigné lors de mes recherches pour le cadre conceptuel. En effet, il existe, par exemple, différentes formes de handicap et donc différentes déficiences intellectuelles pour lesquelles le soignant doit s'adapter en fonction des comportements, des réactions, des compétences du patient et de la situation auquel il va faire face. L'accompagnement fait partie de la prise en soins car son objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap mental. Comme il est dit dans l'ouvrage *Handicap et accompagnement : nouvelles attentes, nouvelles pratiques* (2014) "l'accompagnement doit être réfléchi et surtout incarné personnellement par chacun des professionnels". De plus, l'accompagnement des patients atteints de déficiences intellectuelles est d'autant plus adapté lorsque celui-ci se fait en interdisciplinarité afin de lui offrir un programme de soins personnalisés. (Faye, 2014, p.22-23) Ce terme d'interdisciplinarité fût très peu évoqué lors des entretiens avec les infirmières. Cependant, selon moi, il me semble essentiel d'apporter au patient une prise en soins pluridisciplinaires afin d'obtenir un accompagnement de qualité au sein des services de soins généraux.

Quant à la relation soignant-soigné, elle doit être également personnalisée et propre à chaque patient. Elle s'articule avec les proches de la personne soignée, comme j'ai pu le préciser auparavant, qui sont autant importants pour favoriser une relation de confiance.

Enfin, la relation soignant-soigné démontre bien un échange qui se base sur la communication selon l'HAS. Ce mot de communication fût également repris à plusieurs reprises par les infirmières pour parler d'un bon accompagnement et d'une relation soignant-soigné de qualité.

Lors de ma future prise de poste au sein d'un service de soins généraux, il me sera important de prendre en compte les différents conseils qu'ont pu m'apporter les deux infirmières sur l'accompagnement des patients atteints de déficience intellectuelle. Les éléments comme le tutoiement, la communication verbale et non verbale, ainsi qu'une bonne compréhension auprès du patient me permettront d'aborder la relation soignant-soigné avec plus de facilité. Cette relation pourra apporter une certaine confiance de la part du patient si elle est réalisée avec professionnalisme. Je retiens le terme adaptabilité qui est le maître mot de cet accompagnement auprès des patients atteints de déficience intellectuelle.

Pour finir, lors des entretiens, j'ai demandé aux infirmières quels pouvaient être les moyens de communication qu'elles mettaient en place dans leur service pour faciliter la relation soignant-soigné. Une des infirmières utilise, par exemple, le téléphone portable ou les tablettes pour réaliser des visios avec l'extérieur et ainsi permettre aux patients de communiquer avec leurs proches. Cette communication permet à ces derniers de les apaiser et de les rassurer pour ainsi aborder un accompagnement plus serein. Pour les patients atteints de surdités ou de mutisme, elle utilisait des ardoises pour établir une communication avec eux.

L'autre infirmière utilisait beaucoup la communication dite thérapeutique telle que l'hypnose pour, par exemple, diminuer le stress.

La famille est également, d'après les deux infirmières, un moyen de communication important à prendre en compte car elle permet d'être l'intermédiaire entre le patient et le personnel soignant. D'autres éléments autres que des moyens de communications peuvent être mis en place dans les services. En effet, elles m'ont suggéré des moyens tels que le doudou, les séries, les photos, les vidéos ou encore les dessins animés qui sont des alternatives utilisées afin de capter l'attention du patient lorsque le soignant réalise un soin.

Lors de mon cadre conceptuel, j'ai principalement évoqué la communication et non les moyens de communication pouvant être mis en place. Cependant, des similitudes sont retrouvées avec les entretiens infirmiers sur l'appréhension que peuvent avoir les soignants pour communiquer avec les patients. En effet, la communication peut être réduite voire inexistante chez certaines personnes. Par ailleurs, ces derniers peuvent se mettre à crier ou au contraire, être muets et ne pas répondre aux questions qu'on leur pose. La communication non verbale peut également être source de crainte pour le soignant car le patient atteint de déficience intellectuelle peut parfois se montrer "absent, le visage fermé, le regard fixe ou fuyant, réagir de manière agressive en faisant des mouvements répétitifs, des rituels et également des gestes auto-agressifs". (Leclerc, 2018, p.61)

Pour mon futur métier, la communication avec les patients atteints de déficience intellectuelle peut être un des éléments que j'appréhende le plus dans la prise en soins. En effet, pour moi, la

communication est primordiale lors de l'accompagnement d'un patient. Cette dernière permet de transmettre différents messages au patient que ce soit par la communication verbale ou non verbale. De plus, les moyens transmis par les infirmières pourront être mis à profit lors de mon exercice professionnel. Ces moyens sont importants afin de permettre aux patients de communiquer plus facilement, de capter leur attention durant un soin et également de les apaiser et de les rassurer pour ainsi aborder un accompagnement plus serein.

La confrontation des analyses des entretiens et du cadre conceptuel m'ont permis de remarquer des similitudes mais également des différences. Je retiens, notamment, une difficulté pour les soignants lors de la prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle éventuellement dû au manque de connaissances sur les différentes déficiences.

Suite à cette discussion, ma question de départ semble être modifiée afin de devenir la possible question de recherche suivante : ***En quoi la difficulté de prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux peut être palliée par une théorie plus approfondie lors du cursus de formation des infirmiers ?***

CONCLUSION

Ce travail de recherche est l'aboutissement de trois années de formation à l'école d'infirmière. Cette formation et plus particulièrement ce travail de fin d'études m'a permis de développer mon analyse critique lors de diverses situations notamment en stage. Il va également me permettre de mettre à profit l'amélioration de ma pratique professionnelle lors de ma future prise de poste au sein des services hospitaliers.

J'ai réalisé ce mémoire sur l'accompagnement, thème qui me semble essentiel lors de la prise en soins des patients comme j'ai pu le préciser dans l'introduction de ce travail. De plus, le handicap est un domaine qui me tient à cœur personnellement et professionnellement d'où le développement de ce dernier lors de cet écrit. J'ai décidé de présenter plus particulièrement la déficience intellectuelle car j'ai pu, lors d'un stage, prendre en soins un patient atteint de cette déficience.

Par la suite, le travail théorique m'a permis d'identifier et de définir les différents concepts et notions nécessaires à la compréhension de mon sujet.

De plus, les entretiens m'ont permis d'apprendre une variété de techniques et de comportements pour mieux comprendre l'accompagnement des patients ayant une déficience intellectuelle.

Pour finir, la discussion de ce travail m'a permis de confronter les éléments présents dans le cadre conceptuel et les propos des infirmières lors des entretiens. J'ai ainsi pu montrer la cohérence et la différence entre les deux parties.

Lors de ce travail, j'ai pu rencontrer des difficultés notamment sur la pauvreté des livres ou des articles sur la déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux. En effet, la plupart des lectures que j'ai pu effectuer, étaient basées sur la déficience intellectuelle au sein des centres médico-sociaux. Cette pauvreté de lecture montre ainsi, d'après moi, la mauvaise intégration et prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux à l'hôpital.

De plus, j'ai eu quelques difficultés à trouver une deuxième infirmière pour l'entretien du fait de n'avoir pas eu de réponse de la part d'un cadre de santé d'un service de soins généraux. Cependant, grâce à des contacts, j'ai pu remédier rapidement à cet obstacle.

Malgré cela, grâce à de nombreuses recherches, j'ai pu apprendre de nombreux éléments sur le sujet et notamment la difficulté à prendre en soins des patients atteints de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux. Ce mémoire m'a permis d'évoluer en tant que soignante pour ainsi développer ma capacité à prendre en soins dans le futur des patients atteints de déficience. En effet,

maintenant je saurai comment réagir et intervenir auprès d'un patient atteint de déficience intellectuelle, par exemple, en demandant à la famille si celle-ci est présente, les habitudes de vie du patient...

Pour finir, comme j'ai pu le préciser dans mon cadre conceptuel, la population atteinte de déficience intellectuelle tend à augmenter dans les années à venir, d'où potentiellement l'augmentation de patients atteints de cette déficience au sein des services de soins généraux. De ce fait, faudrait-il tendre vers des services de soins spécialisés pour la prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle ? En tant que future soignante, il me semble primordial d'essayer d'apporter des solutions pour accompagner au mieux les patients atteints de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Amiec Recherche. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. Masson.
- Fournival, N., Groff, M.-A., & Marquet-Wittig, A. (2012). *Relation-communication: module 5*. Éditions Lamarre.
- Juhel, J.-C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle: découvrir, comprendre, intervenir*. Presses de l'IFPEK de Rennes.
- Larousse. (2020). *Dictionnaire Larousse poche 2021* (Larousse, Ed.). Larousse dictionnaires.
- Leclerc, C. (2018). *Soins et handicap mental Relation soignante et prise en charge* (Arnette ed.).
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. Setes.
- Stiker, H.-J., Huet, O., & Puig, J. (2014). *Handicap et accompagnement: nouvelles attentes, nouvelles pratiques*. Dunod.
- Sureau, P. (2018). *Relation de soin et handicap: pour une approche humaine et éthique de situations complexes*. Seli Arslan.

Articles :

- Choucraallah, I. (2021, 01). Déficience intellectuelle et handicap. *Soins Aides-Soignantes*, 18, 8-10
- Coq-chodorge, C. (2019, 02). L'urgence de soins adaptés. *L'infirmière magazine*, 401, 22-23-24.
- Faye, C. (2014). Handicap : soins ordinaires adaptés. *L'infirmière magazine*, 339, 22-23.
- Formarier, M. (2007, 2). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.

- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 13-20.
- Philippe Stenger, C. (2018). La prise en charge pluridisciplinaire des enfants porteurs de trisomie 21. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 302, 27-32
- Pidoux, M. (2018). Ressentis des soignants face à la trisomie 21. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 302, 40-42
- Ravel, A. (2018). Génétique, diagnostic et caractéristiques de la trisomie 21. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 302, 10-14

Cours théoriques :

- Le Bihan, C. (2020). *Les théories de la communication*. IFSI CHU Rennes.

Pages web :

- Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Cairn info.

<https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100554362-page-29.htm>

- *Différents aspects de la relation soignant soigné*. (2018, October 8). PaReDoc.

<https://formationsparamedicales.wordpress.com/2018/10/08/1902/>

- *OMS/Europe | Santé mentale - Définition : les déficiences intellectuelles*. (2010, 11 22).

WHO/Europe. Retrieved April 5, 2022

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/new>

[/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability](https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/new/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability)

- Wikipédia, L'encyclopédie libre, (2021). Albert Mehrabian

https://fr.wikipedia.org/wiki/Albert_Mehrabian

- Haute Autorité de Santé, (2022)

<https://www.has-sante.fr>

Images (page de couverture) :

- Wikimedia Commons. (2016, 1er février)

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?search=handicap+mental&title=Special:MediaSearch&go=Go&type=image>

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction :

Je me présente, je m'appelle Clara, étudiante infirmière en 3ème année au sein de l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Je vous rencontre aujourd'hui concernant mon mémoire (MIRSI = mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers) sur l'accompagnement des patients atteints de déficience intellectuelle au sein d'un service de soins généraux.

Autorisez-vous l'enregistrement de cet entretien qui restera bien entendu anonyme et confidentiel ?

Entretien :

<u>Thème/sous thème</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>
Présentation générale	Mieux connaître le professionnel, son parcours, ses expériences...	Pouvez-vous vous présenter : -parcours professionnel -années d'exercices -ancienneté dans le service actuel -formations spécifiques ou autres
Déficience intellectuelle	Connaître les principales déficiences intellectuelles rencontrées par le professionnel dans les services de soins généraux et les situations vécues par ce dernier	Vous arrive-t-il de prendre soin de patients atteints de déficience intellectuelle dans votre unité? Quels sont les différents types de déficiences intellectuelles que vous rencontrez ? auxquelles vous avez pu faire face ?
	Connaître les représentations des soignants sur la prise en soins des patients atteints d'une déficience intellectuelle : difficulté attention,	Diriez-vous que votre prise en soins est modifiée? si oui, pour quelles raisons?

Accompagnement infirmier	Approfondir et connaître davantage sur la relation soignant-soigné différente avec un patient atteint d'un handicap mental et savoir quels moyens mettre en place pour établir une certaine confiance entre les deux protagonistes	En quoi votre accompagnement auprès de patients atteints de déficience intellectuelle diffère ? Qu'est-ce qui vous paraît important pour obtenir une relation soignant-soigné de qualité avec le patient atteint de déficience ? Quels moyens de communication spécifiques avez-vous pu utiliser pour faciliter cette relation ? (Avez-vous pu utiliser d'autres moyens pour faciliter cette relation ?)
	Savoir les ressentis des professionnels de santé face au handicap mental	Vous êtes-vous senti en difficulté face à la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ? Et l'équipe soignante ? (Qu'est-ce qui a été difficile pour vous ?)
	Permet de conclure l'entretien et d'avoir l'avis du professionnel ayant déjà vécu la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle	Pour finir, quelles sont pour vous les clés d'un bon accompagnement d'une personne atteinte d'une déficience intellectuelle ?

Conclusion :

Auriez-vous quelques choses à rajouter pour finir cet entretien ?

Je vous remercie encore d'avoir pris le temps de répondre à mes questions qui vont me permettre de d'argumenter davantage mon travail de recherche.

Cet entretien restera bien évidemment anonyme et confidentiel utilisé seulement dans le cadre mon mémoire (MIRSI).

Annexe II : Retranscription entretien n°1

ESI : Je me présente, je suis Clara, étudiante en 3ème année d'école d'infirmière à Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire, je tenais à m'entretenir avec toi sur le thème de l'accompagnement des personnes en déficience intellectuelle dans les services de soins généraux.

IDE : D'accord, je t'écoute.

ESI : Je voulais te demander s'il était possible d'enregistrer l'entretien qui sera utilisé seulement dans le cadre de mon mémoire et l'anonymat sera bien sûr conservé.

IDE : Oui pas de soucis.

ESI : Alors, tout d'abord, est-ce que tu peux te présenter, ton parcours professionnel et ton lieu d'exercice ?

IDE : Alors, je m'appelle Elodie, je suis diplômée de 2014, j'ai ensuite travaillé un petit peu en EHPAD mais je ne trouvais pas de poste fixe. J'ai donc postulé ailleurs où j'ai pu faire 6 mois au SMUR avec l'hélico et la médecine...voilà. Ensuite, j'ai fait...heu...j'ai postulé ailleurs, hors Bretagne, en SSR cardio d'abord puis cardiologie puis soins intensifs cardio, voilà. J'ai été là-bas jusqu'en 2019 et ensuite j'ai été muté en Bretagne, où j'ai fait rhumato, urgences, réanimation... j'ai tourné pendant 2 ans. Et après, là je suis moitié maladie infectieuse, moitié consultation maladie infectieuse.

ESI : Ok, très bien. Je vais tout d'abord te poser des questions sur la déficience intellectuelle. Donc, dans votre service, vous arrive-t-il à prendre en soins des patients atteints de déficience intellectuelle ? Et si oui, quels sont les différents types de déficiences intellectuelles ?

IDE : **Tout type finalement.** En maladie infectieuse, ils viennent pour une infection X, donc on prend tous les patients, il n'y a pas de tris sauf que l'on accepte...heu... d'avoir leur tutelle, leur parents avec quand il y a déficience intellectuelle. Dans ce cas là, ils ont une chambre à part. En maladie infectieuse, il y a une chambre pour eux pour pouvoir mettre un lit d'appoint.

ESI : Donc il faut qu'il y ait toujours quelqu'un qui les accompagne ?

IDE : Oui c'est ça. En moyenne, on demande ça sauf pour le Covid on n'avait pas le droit. Sinon il y a toujours quelqu'un, la tutrice, l'éducatrice spécialisée, c'est toléré, pour que l'on ait quelqu'un pour mieux prendre en charge.

ESI : Ok d'accord. Et c'est fréquent qu'il y ait ce type de patient dans votre service ?

IDE : Ah oui c'est assez fréquent. Après ça peut être **tout type de troubles**, ça peut être très bien **la maladie d'Alzheimer** chez des jeunes ou des moins jeunes mais aussi on a eu l'autisme, on a eu des patients sourds et muets donc très compliqué de prendre en soins...fin... ils ne nous comprennent pas, avec des masques encore moins... **Des personnes trisomiques**...heu... on a eu un petit jeune qui devait avoir 18 ans **hyperactif également avec déficience intellectuelle**. Ouai voilà, il y en a beaucoup même **des personnes handicapées moteurs assez sévères qui sont là**, donc voilà.

ESI : Ok très bien. Et du coup comment se passe la prise en soins pour un patient atteint de déficience intellectuelle ?

IDE : Heu... la prise en soins... c'est totalement différent d'un autre patient. On est obligé de s'adapter, on sait qu'il refusera peut être sa prise de sang ou qu'il va refuser des soins ou que cela va très bien se passer au contraire. Le contact n'est pas le même, on tutoie souvent... dans ce cadre là on est autorisé fin on essaie de créer une relation de confiance.

ESI : Ok...

IDE : Nous, dans notre service, c'est la même infirmière qui s'en occupe. Par exemple, on ne va pas mettre les 8 infirmières à tourner avec ce patient là, ce sera plus ou moins la même. Il faut que l'on crée vraiment une relation de confiance...fin... on est obligé d'adapter nos soins, on sait très bien que l'on va passer plus de temps avec ce patient même si on est dans un service très actif...il n'y a pas le choix...

ESI : D'accord, très bien. Et justement qu'est-ce qui est important pour toi pour entraîner une relation de soignant-soigné, une relation de confiance avec le patient ?

IDE : ...Alors... qu'est-ce qui est important ? Alors avant les masques (rires), j'aurai dit, et avant le Covid, j'aurai dit le sourire, le fait de pouvoir le toucher, d'être au contact, fin de créer une relation, de se mettre à sa hauteur, qu'il ai confiance, de se présenter, de raconter peut être ta vie pour qu'il te raconte un peu sa vie. On ne peut pas arriver comme ça et faire une prise de sang par exemple, il faut vraiment créer cette relation de confiance. En période de Covid, par exemple, on a pris beaucoup de risque à aller vers le patient et s'approcher, même avec des masques, et s'approcher beaucoup plus que ce que l'on avait le droit mais sinon là c'était une personne trisomique on ne pouvait pas du tout s'en approcher si on ne créait pas cette relation de confiance. On est resté plus d'une heure avec elle, donc on a pris des risques mais il n'y a pas le choix. Qu'est-ce qui est important ? C'est le relationnel, pour moi tout est dans le relationnel. C'est notre posture, bien souvent, ils nous demandent de retirer nos masques, c'est des choses que l'on fait, on n'a pas le droit mais on le fait parce que sinon il ne fait pas confiance, il a besoin de voir le visage...

ESI : C'est le patient qui demande à enlever le masque ?

IDE : Souvent il le retire de lui même, un peu comme un enfant de 3 ans en fait (rires). Parce qu'ils ne comprennent pas. Là le plus marquant avec des patients atteints de déficience intellectuelle c'est pendant le Covid parce qu'ils étaient vraiment isolés, personne ne pouvait venir les voir sauf par le hublot de la chambre. On était habillé avec surblouse, masque, lunettes, charlotte à l'époque, on ressemblait à des cosmonautes donc ça leur faisait peur. Avec toutes nos piqûres, tous nos trucs, il fallait faire les soins en trois quart d'heure pour ne pas être contaminé, bon maintenant ça à changer car on ne s'habille plus tant que ça. Mais pour eux, je pense que c'était très angoissant. Après ce que l'on peut faire c'est que les médecins peuvent mettre des thérapeutiques, des anxiolytiques pour les calmer quand on arrive pas à faire les soins.

ESI : Et quand tu parles pour le Covid, ces patients venaient pour le Covid ou pour une autre maladie infectieuse ?

IDE : Non, non ils avaient le Covid, on a eu beaucoup de personnes qui étaient dans des foyers, des personnes trisomiques, autistes, il me semble que c'est tout... Il y en avait plusieurs du foyer donc on s'est retrouvé avec plusieurs membres du foyer mais séparé, ça c'était pendant la première vague, là c'était compliqué parce que là on est obligé d'appeler le foyer pour avoir toutes les habitudes de vie du patient ou le papa et la maman quand il est à la maison pour savoir quand est-ce qu'il veut faire sa toilette, quand est-ce qu'il veut petit déjeuner car à l'hôpital c'est 6h30-7h... Pendant le Covid, on s'adaptait car on était en nombre. Voilà c'est arriver que l'on restait prendre le petit déjeuner avec lui pour qu'il mange voilà parce qu'il était assez angoissé. Pour la personne autiste c'était beaucoup plus compliqué car il faisait des crises, fin... il se mettait dans chaque coins de la pièce et il faisait de grosses crises en hurlant sauf que c'était des sas donc on ne voyait pas le patient fin

on entendait pas donc on c'est adapter, fin on est obligé de s'adapter, même les médecins, tout le monde doit s'adapter.

ESI : D'accord, je vois. Et au niveau de la communication comment ça se passe ? Vous mettez des choses en place ?

IDE : Ouai, alors quand on a eu des patients sourds et muets ou la personne autistique, elle fonctionnait avec des couleurs, fin sa tutrice avait instauré ça. Sinon on avait des ardoises, des ardoises quand il y a des patients sourds et muets...heu... qui ne nous comprennent pas surtout avec les masques. Là on a des tablettes pour le Covid, des tablettes qui permettent de communiquer avec l'extérieur en visio donc ça on l'utilise beaucoup. On n'avait pas le droit d'utiliser les téléphones de la chambre en période Covid, maintenant on a le droit donc il y a le téléphone aussi. Mais ce qui marche beaucoup c'est la visio, on enveloppait la tablette de cellophane voilà. Donc pour les chambres à sas en isolement, après en maladie infectieuse on a toujours des isolements car il y a des méningites et tout ça donc on était plus ou moins habitués c'est pour cela que l'on a ce matériel là et que l'on a le droit d'avoir ça. Il y a d'autres services qui n'ont pas de tablettes.

ESI : Et quand tu étais en cardio, tu avais eu des patients en déficience intellectuelle aussi ?

IDE : Oui, oui, on a eu une personne trisomique qui a fait un infarctus donc ça c'est pas très très bien passé et il n'y avait pas tous ces moyens. En soins intensifs cardio, on acceptait pas le lit d'appoint pour laisser les parents dormir, c'était beaucoup plus l'urgence quoi ! En cardio j'ai de moins bon souvenir que là la prise en charge avec ces personnes là parce que l'on a plus de moyens.

ESI : Ouai, c'était plus compliqué à prendre en soins en cardio, par exemple...

IDE : Bah oui, parce qu'ils sont scopés par exemple, il faut garder le brassard à tension, il y a les bruits, tous les bruits parasites de l'hôpital, fin, c'est hyper anxigène alors que là finalement ils sont dans leur chambre, ils ont le droit d'avoir la télé mis à part que se soit un sas isolé, globalement. Mis à part prendre la tension et si on l'avait pas c'était pas un drame, fallait une température en maladie infectieuse c'est ça le plus important. Si on avait pas la tension, on prenait en soin différemment, les médecins s'adaptaient. Alors qu'en cardio il fallait que ça soit carré !

ESI : Et en cardio, les patients acceptaient quand même les soins ?

IDE : Heu...alors difficilement, le dernier souvenir que j'ai d'une patiente trisomique qui avait presque une cinquantaine d'années, elle n'acceptait rien du tout, c'était très compliqué, elle arrachait tout, il se déperfuse. Quand tu piques, tu risques de te piquer parce que voilà... Bon après on a eu aussi, par exemple, elle, elle faisait pipi par terre mais je pense que c'était une manière de dire que ça n'allait pas...heu... donc voilà... pleins de choses compliquées. C'est quand même difficile !

ESI : Et cette dame, par exemple, elle vivait en foyer ?

IDE : Oui, oui, elle vivait en foyer, alors elle avait ses parents encore vivants mais du coup ils l'avaient mise en foyer depuis une dizaine d'années.

ESI : Et vous ne pouvez pas appeler ses encadrants pour savoir qu'elles sont ces habitudes de vie ? Si elle a tendance à être comme ça d'habitude ?

IDE : Ouai mais c'est galère, on essayait d'appeler. Après là il y avait le téléphone, donc on prenait le téléphone pour qu'ils l'aient au téléphone, qu'ils puissent la rassurer et lui expliquer ce qu'il fallait faire et tout ça. Après ils venaient la journée mais c'est par exemple, la nuit c'était chaotique.

C'était compliqué, souvent c'est des patients qui doivent avoir des échographies cardiaques, par exemple, une ETO où il faut être intubé, bah là c'est hyper compliqué. Mais malheureusement on était obligé de les sédater, ouai c'est triste d'en arriver là... On essayait de négocier, mais après il y a des soins en soins intensifs cardio qui étaient fait de force, on était obligé de les faire de force...heu... ouai il n'y avait pas forcément cet effectif là. Là le Covid, en Covid on le vit mieux car on a plus d'effectif, on peut aller à 2 infirmières, on a plus de temps quoi...

ESI : D'accord, je comprends... Et du coup, l'équipe soignante et toi-même, vous vous êtes sentis en difficultés face à la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ?

IDE : Ouai, on est toujours en difficultés quand il y a des patients comme ça parce qu'ils sont quand même différents. On ne les connaît pas du tout donc, fin, ça nous prend beaucoup de temps qu'un patient X où on va marquer pourquoi il rentre, ses antécédents, son mode de vie à la rigueur, bon début de troubles cognitifs par exemple où il vit seul et gérer le devenir. Là c'est pas ça qu'il faut gérer, c'est comment il fonctionne tous les jours. Fin ouai, voilà quoi ! Après moi ça c'est toujours bien passé globalement mais oui on est difficulté parce qu'il va se déperfusionner, il va nous prendre beaucoup plus de temps parce que l'on est pas à l'abri qu'il tartine les toilettes de je ne sais quoi (rires), oui ils font des choses surprenantes. On ne peut pas dire que ce soit des patients normaux, faut s'adapter, de tout réadapter quoi... C'est pareil, c'est des chambres où on va faire, là pendant la première vague de covid, on a reçu des dessins d'enfants pour nous encourager et bah les dessins justement on les mettaient dans la chambre de ce patient là qui était autiste parce que cela lui faisait du bien de voir des couleurs. On ne ferait jamais ça dans un service avec des patients normaux entre guillemets.

On fonctionnait beaucoup avec des photos aussi que les gens nous donnait pour mettre dans sa chambre, des photos de son entourage, voilà. Mais le plus utilisé, c'est la visio... pour essayer de les rassurer.

ESI : Et pour les occuper, par exemple, lors d'une perfusion ou quelque chose comme ça ?

IDE : Bah justement, on mettait souvent les vidéos pour pouvoir piquer en attendant, fin...voilà...

On a aussi des dessin animés que l'on peut mettre sur les tablettes que l'on avait pré enregistrer. On s'adapte au fur et à mesure, on fait un peu sur le tas en fonction de ce que l'éducateur nous dit ou les soignants du foyer, on s'adapte quoi, on fait comme eux...

ESI : D'accord, et pour finir, qu'elles sont pour toi les clés d'un bon accompagnement d'une personne atteinte de déficience intellectuelle ?

IDE : Alors... je dirais connaître sa vie et essayer de connaître au maximum ses habitudes de vie et son fonctionnement. Avoir un relationnel un peu plus particulier, presque obligé de rentrer dans un monde enfantin mais si on doit garder notre posture de soignant. Ouai, nous on doit adapter notre comportement en fait. Et je dirais aussi se renseigner sur la pathologie, au final, tu vois une personne trisomique, tout le monde ne connaît pas cette pathologie et il faut se renseigner. Ouai, je dirais adapter notre comportement, connaître bien sa pathologie, connaître sa famille et avoir un bon relationnel autant avec la famille qu'avec lui. Ouai, je pense que c'est vraiment le relationnel, une relation de confiance quoi ! Après la relation de confiance on doit l'avoir avec tout le monde mais bien souvent machinalement on va faire des prises de sang, on demande l'accord du patient mais bon... c'est un peu l'usine donc on va à fond la caisse. Mais là on s'est très bien qu'un patient comme ça on a pas le choix de prendre le temps, sinon ça ne va pas le faire donc on est obligé de freiner et de prendre le temps malgré les conditions de travail actuelles.

ESI : Ouai d'accord, je vois, donc c'est surtout avoir une relation de confiance...

IDE : Bah on voit bien quand il y a une relation de confiance, il tutoie, il nous appelle par notre prénom, on l'appelle aussi par le prénom, **on le tutoie**. On n'a pas le droit de le faire mais là c'est complètement différent. Fin...voilà... On a eu aussi une personne paraplégique avec des séquelles au niveau neuro donc des gros troubles du comportement fin c'était assez impressionnant et là c'était pareil, c'était un enfant, il avait pourtant mon âge mais c'était un enfant, je dis souvent c'est comme si j'avais mon fils en face de moi. Il faut vraiment créer une relation de confiance, on amène pas non plus son petit à la garderie, les maîtresses sont obligées de s'adapter donc là c'est pareil.

ESI : Oui, ok je comprends... Est-ce que tu as quelque chose d'autre à ajouter ?

IDE : Non, c'est un bon sujet !

ESI : Je pense qu'on arrive du coup à la fin de l'entretien. Je te remercie de m'avoir accordé du temps.

IDE : D'accord, merci.

ESI : Merci à toi !

Annexe III : Retranscription entretien n°2

ESI : Je me présente, je suis Clara, étudiante en 3ème année d'école d'infirmière à Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire, je tenais à m'entretenir avec toi sur le thème de l'accompagnement des personnes en déficience intellectuelle dans les services de soins généraux.

IDE : D'accord, je t'écoute.

ESI : Je voulais te demander s'il était possible d'enregistrer l'entretien qui sera utilisé seulement dans le cadre de mon mémoire et l'anonymat sera bien sûr conservé.

IDE : Oui pas de soucis.

ESI : Alors, tout d'abord, est-ce que tu peux te présenter, ton parcours professionnel et ton lieu d'exercice ?

IDE : Alors, déjà diplômée depuis 2014, j'ai fait 6 mois en service de gastro, ensuite, 2 ans de bloc opératoire, 1 an de réa, 2 ans au bloc vasculaire et après j'ai intégré l'école des IBODE.

ESI : Ok, très bien. Je vais tout d'abord te poser des questions sur la déficience intellectuelle. Tout d'abord que signifie la déficience intellectuelle pour toi ? Quelles sont tes représentations ?

IDE : C'est vraiment une définition ?

ESI : Non, fin tu peux expliquer avec tes mots ce qu'est pour toi la déficience intellectuelle.

IDE : Vraiment dans le contexte du soins, ça va être pour moi toutes les prises en soins des patients ayant un handicap intellectuel... je ne vais peut être pas avancer plus que ça car tu vas peut être avoir des questions par la suite.

ESI : Ok. Du coup dans les différentes unités et services que tu as pu faire, quels sont les différents types de déficience intellectuelle auxquels tu as pu faire face ?

IDE : En gastro, on avait un patient qui était là depuis 3-4 ans avec un syndrome de Korsakoff. Beaucoup de prises en soins de patients au bloc opératoire qui venaient pour des défaillances d'insuffisance rénale, des patients qui avaient des déficiences intellectuelles suite à des accouchements où il y a eu des perturbations au niveau cognitif, une souffrance natale. En réa, ça m'est arrivé, des patients de souffrances, principalement des souffrances liées à la naissance avec des syndromes et des déficiences intellectuelles.

ESI : D'accord. Et c'est différents patients vivaient en foyer, seul chez eux ou avec leurs parents ?

IDE : Oui, alors j'avais plusieurs patients qui venaient de foyers mais aussi des parents qui prenaient en charge leur enfant.

ESI : Ok. Et la prise en soins de ces patients est-elle pour toi modifiée ? Si oui, pour quelles raisons ?

IDE : Je trouve, pour ma part, j'étais beaucoup plus attentif à savoir s'ils avaient bien compris ce que j'allais leur faire dans les soins. Parce que... très vite tu sais que la douleur peut être moins... peut être très vite générer des pleurs, des cris, des angoisses et donc je pense que c'est hyper important de savoir s'ils ont bien compris pendant les soins. Et moi ce que j'aimais faire c'était souvent, je faisais un soin donc j'essayais d'amener à parler

d'autre chose. Je sais que souvent il y avait le doudou qui accompagnait ou des choses comme ça donc je disais...je sais qu'il y avait une patiente, je passais par le doudou pour savoir si le doudou est d'accord qu'on lui fasse ça et après j'amenais par le soin. Un autre patient, je sais qu'il regardait beaucoup, je ne sais plus quelle série, donc j'essayais de parler de ça pour essayer de faire penser à autre chose pendant le soin. Dès que les cris ou les pleurs arrivaient, on essayait de capter l'attention, de faire penser à autre chose car on sait très bien que très vite ça peut vite mal se passer pour eux et être délétère pour la suite de la prise en soins.

ESI : D'accord, je vois. Et ça c'était dans quel service, par exemple ?

IDE : Heu...donc une fois en service de gastro et au bloc opératoire, quand ils arrivaient, au moment de l'accueil. Souvent c'était juste des anesthésies locales donc pas hésiter à être au plus près du patient pour que cela se passe au mieux.

ESI : Ok, d'accord...

IDE : Après spécifiquement, j'essayais avec les familles de demander s'il y avait pas des petites choses qu'ils aimaient faire pour amener un peu plus de bienveillance vers eux. Donc pas hésiter à demander à la famille des ressources, des petites choses...

ESI : Et les familles pouvaient être présentes avec le patient ? Et même parfois des éducateurs ?

IDE : Alors...Moi ce que j'ai eu, j'ai eu une fois c'était la famille qui était venue jusqu'à l'accueil du bloc donc du coup là au moment de vérifier le dossier, des choses comme ça, ça permet de vérifier en doublon, il n'y a pas de problème et ça permet aussi de connaître un peu plus, vraiment, connaître le patient, cibler pour savoir ce qu'il aime faire des choses comme ça. Et autrement, les éducateurs, j'en ai pas eu. Une fois, ça m'est arrivé un patient qui est arrivé seul et ça par contre, je trouvais que c'était plus difficile que quand il y a la famille qui les accompagne. Parce que la famille ça les rassurent, on discute avec eux, ça amène, je trouve plus de confiance dans le soin.

ESI : D'accord. Et au niveau de l'accompagnement, qu'est-ce qui est important pour toi pour avoir une bonne relation avec le patient ? Et qui peut entraîner une relation de confiance ?

IDE : La communication ! Et savoir si la personne a compris ce que l'on allait faire. Mais ça c'est valable pour tous les patients finalement... Que la relation de confiance soit bien construite pour ne pas biaiser le soin. Oui surtout la communication... il n'y a rien d'autre qui me vient à l'esprit.

ESI : Et du coup, quand tu parles de communication, est-ce que vous mettez des moyens de communication particuliers en place ?

IDE : Comme les autres patients dits normaux, après je dirais que j'avais tendance à tutoyer. C'est pas dans le sens négatif mais plus dans le but d'aider la personne à mieux vivre ce qu'il se passe. Et après tout ce qui est moyens de communication, je ne sais pas si vous avez eu connaissance de ça pendant votre cursus, tout ce qui est communication thérapeutique. Par exemple, l'hypnose, un peu en fait, au lieu de, par exemple, tu vas faire une prise de sang, tu vas pas dire "je vais faire la prise de sang" mais tu vas peut-être essayer de parler d'autre chose. Par exemple, tiens "tu as regardé quoi à la télé hier", tu vois, pour essayer de faire penser à autre chose. Et communication thérapeutique plus dans le sens, par exemple, "je vais piquer", je ne vais pas le dire mais je vais plutôt dire, "je vais faire la prise de sang", plus dans ce sens là. Pour ne pas induire la souffrance et la douleur. Je trouve que ça c'est vraiment bénéfique pour les patients !

ESI : Mais ça tu le fais aussi avec les patients dit normaux ?

IDE : Bah ça fait maintenant 4 ans que je l'ai un peu intégré dans mes soins parce que j'ai été sensibilisé à ça, à la communication thérapeutique. Et franchement, je trouve ça fabuleux, tout ce que l'on peut éviter d'engendrer du stress supplémentaire. C'est vraiment faire diminuer ce stress là que de l'engendrer davantage en changeant juste certains mots que l'on emploie.

ESI : Oui d'accord, je vois pour que le soin passe plus facilement pour le patient. Et les différents patients que tu as pu prendre en soins, c'était plutôt des patients jeunes ou plutôt âgés ?

IDE : Alors j'avais aussi bien 20 ans que 40 ans, 60 ans.

ESI : Ok, d'accord. Et l'équipe et toi même avez vous ressentis des difficultés dans la prise en soins ?

IDE : Oui, parfois c'est arrivé quand tu as beaucoup de pleurs... Cela m'est arrivé une fois, ça été très dur la prise en soins, c'était un patient avec une déficience intellectuelle dû à une souffrance natale, ça été très compliqué parce que l'on a eu beaucoup de pleurs et finalement on l'a vite endormi car cela devenait de plus en plus compliqué... Pourtant on avait essayé de discuter avec la famille et tout mais... c'était très compliqué de gérer ça même après tu te dit qu'est-ce que l'on aurait pu faire mieux, qu'est-ce que l'on aurait pu améliorer dans le soin... Et ça les pleurs et les cris pour un soin supplémentaire mais tu te dis comment cela va se passer, si ce soin se passe mal comment va être le suivant...

Parce que la communication verbale était impossible avec ce patient donc beaucoup de communication non verbale par le toucher ou des choses comme ça mais du coup tu te sens un peu démuni... Tu ne sais pas trop comment faire et quoi faire...

ESI : Donc globalement, les prises en soins sont plus compliquées qu'un patient dit normal, si je comprends bien ?

IDE : Oui globalement c'est plus compliqué mais cela dépend comment ça se passe. Il faut surtout être plus attentif et parler avec la famille pour savoir ce que le patient aime... Parce qu'il y a des patients qui n'aiment pas être touché donc il faut demander à la famille, est-ce qu'il aime le contact physique. Parce que si tu le fais et qu'il n'aime pas, cela peut être encore plus délétère. Donc finalement c'est la famille qui est au centre de l'intérêt, il faut leur poser des questions pour en savoir plus sur le patient et comment on peut amener au mieux le soin.

ESI : Oui d'accord, pour savoir quelles sont ces habitudes au patient, etc...

IDE : Oui voilà, et je sais qu'avec une patiente on avait gardé le doudou et ça c'était très bien passé ! Et tout de suite après le réveil, on avait bien mis le doudou à côté d'elle pour ne pas la perturber car la famille nous avait bien dit, faut absolument pas qu'elle le perde. Il faut un lien d'attachement avec la famille. Après ce qui est compliqué c'est lorsque la famille est très peu présente ou qui n'est pas là. Dans ces moments-là tu ne sais pas trop comment gérer la chose...

ESI : Oui, et du coup dans ces moments là vous gérez comment ? Qu'avec le patient ? Ou vous appelez la famille ?

IDE : Oui, qu'avec le patient et du coup c'est un peu difficile, je trouve...

ESI : D'accord, et du coup quelles sont pour toi les clés d'un bon accompagnement d'une personne atteinte de déficience intellectuelle ?

IDE : Alors, je dirais prendre son temps, communiquer et interroger la famille sur ces habitudes de vie, sur ces habitudes de comment il peut réagir. Pour moi, ce sont les 3 éléments clés.

ESI : D'accord. L'entretien se termine, est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

IDE : Non, c'est vrai que c'est un sujet auquel je n'aurai pas pensé mais, en effet, il y a beaucoup de changement à faire dans les services... Quand tu vois au Canada, ils sont beaucoup plus en avance que nous en France sur ce sujet. Et pour moi le rôle propre, on a vraiment un rôle à jouer là-dessus sur la prise en soins, sur l'accueil. On est un peu l'intermédiaire entre la famille et le patient finalement. C'est vrai que parfois, la famille n'est pas présente la nuit donc dans les services cela peut être compliqué, la perte de repère... Oui les repères ! C'est important de bien expliquer où l'on ai, qu'est-ce que l'on va faire... C'est la communication en gros !

ESI : D'accord, je comprends... Je pense qu'on arrive du coup à la fin de l'entretien. Je te remercie de m'avoir accordé du temps.

IDE : D'accord, merci.

ESI : Merci à toi !

Annexe IV : Analyse des entretiens

Objectifs	Questions	Entretien n°1	Entretien n°2
<p>Connaître les principales déficiences intellectuelles rencontrées par le professionnel dans les services de soins généraux et les situations vécues par ce dernier</p>	<p>Vous arrive-t-il de prendre soin de patients atteints de déficience intellectuelle dans votre unité?</p> <p>Quels sont les différents types de déficiences intellectuelles que vous rencontrez ? auxquelles vous avez pu faire face ?</p>	<p>Tout type finalement... Tout type de troubles... La maladie d'Alzheimer chez des jeunes ou des moins jeunes...de l'autisme, on a eu des patients sourds et muets... Des personnes trisomiques... On a eu un petit jeune de 18 ans hyperactif également avec déficience intellectuelle. Des personnes handicapées moteurs assez sévères</p>	<p>...avec un syndrome de Korsakoff. ...des patients qui avaient des déficiences intellectuelles suite à des accouchements où il y a eu des perturbations au niveau cognitif, une souffrance natale. ...des patients de souffrances, principalement des souffrances liées à la naissance avec des syndromes et des déficiences intellectuelles</p>
<p>Connaître les représentations des soignants sur la prise en soins des patients atteints d'une déficience intellectuelle : difficulté attention,</p>	<p>Diriez-vous que votre prise en soins est modifiée?</p> <p>Si oui, pour quelles raisons?</p>	<p>...c'est totalement différent d'un autre patient. On est obligé de s'adapter, on sait qu'il refusera peut être sa prise de sang ou qu'il va refuser des soins ou que cela va très bien se passer au contraire. Le contact n'est pas le même, on tutoie souvent... on est autorisé ... on essaie de créer une relation de confiance. La même infirmière qui s'en occupe... ce sera plus ou moins la même ...on est obligé d'adapter nos soins, on sait très bien que l'on va passer</p>	<p>...j'étais beaucoup plus attentif à savoir s'ils avaient bien compris ce que j'allais leur faire dans les soins. ...je pense que c'est hyper important de savoir s'ils ont bien compris ...j'essayais d'amener à parler d'autre chose ...souvent il y avait le doudou qui accompagnait ...je passais par le doudou pour savoir si le doudou est d'accord qu'on lui fasse ça et après j'amenais par le soin. ...je sais qu'il regardait beaucoup, je ne sais plus quelle série, donc</p>

		<p>plus de temps avec ce patient ...il n'y a pas le choix... ...faut s'adapter, de tout réadapter quoi...</p>	<p>j'essayais de parler de ça pour essayer de faire penser à autre chose pendant le soin. ...on essayait de capter l'attention, de faire penser à autre chose ...pas hésiter à être au plus près du patient pour que cela se passe au mieux.</p>
<p>Approfondir et connaître davantage sur la relation soignant-soigné différente avec un patient atteint d'un handicap mental</p> <p>et savoir quels moyens mettre en place pour établir une certaine confiance entre les deux protagonistes</p>	<p>En quoi votre accompagnement auprès de patients atteints de déficience intellectuelle diffère ? Qu'est-ce qui vous paraît important pour obtenir une relation soignant-soigné de qualité avec le patient atteint de déficience ? Quels moyens de communication spécifiques avez-vous pu utiliser pour faciliter cette relation ? (Avez-vous pu utiliser d'autres moyens pour faciliter cette relation ?)</p>	<p>...le sourire ...le fait de pouvoir le toucher ...d'être au contact ...de se mettre à sa hauteur, qu'il ai confiance, de se présenter, de raconter peut être ta vie ...il faut vraiment créer cette relation de confiance ...s'approcher beaucoup plus que ce que l'on avait le droit... mais il n'y a pas le choix ...le relationnel...tout est dans le relationnel ...c'est notre posture ...enlever notre masque...ils ont besoin de voir notre visage ...c'est arriver que l'on restait prendre le petit déjeuner avec lui ...on le tutoie ...on fonctionnait beaucoup avec des photos... ...on mettait souvent les vidéos...on a aussi des dessins animés</p>	<p>la communication ! ...si la personne a compris ce que l'on allait faire Que la relation de confiance soit bien construite ...j'avais tendance à tutoyer ...tout ce qui est communication thérapeutique...l'hypnose...faire diminuer le stress ...surtout être plus attentif et parler avec la famille pour savoir ce que le patient aime Parce que la famille ça les rassurent, on discute avec eux, ça amène, je trouve plus de confiance dans le soin. ...les repères...</p>

		<p>...elle fonctionnait avec des couleurs, fin sa tutrice avait instauré ça.</p> <p>...on avait des ardoises</p> <p>...on a des tablettes... des tablettes qui permettent de communiquer avec l'extérieur en visio</p> <p>...il y a le téléphone aussi</p> <p>...ce qui marche beaucoup c'est la visio</p>	
<p>Savoir les ressentis des professionnels de santé face au handicap mental</p>	<p>Vous êtes-vous senti en difficulté face à la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ?</p> <p>Et l'équipe soignante ?</p> <p>(Qu'est-ce qui a été difficile pour vous ?)</p>	<p>C'est quand même difficile.</p> <p>...la nuit c'était chaotique.</p> <p>...c'est hyper compliqué...</p> <p>...on est toujours en difficultés...ils sont quand même différents.</p> <p>...comment ils fonctionnent tous les jours...</p> <p>...on est en difficulté parce qu'il va se déperfusionner...prendre beaucoup plus de temps...ils font des choses surprenantes.</p>	<p>...quand tu as beaucoup de pleurs...ça été très dur la prise en soins.</p> <p>...beaucoup de pleurs</p> <p>...c'était très compliqué de gérer ça même après tu te dis qu'est-ce que l'on aurait pu faire mieux...</p> <p>...ça, les pleurs et les cris...</p> <p>...tu te sens un peu démuni...tu ne sais pas trop comment faire et quoi faire.</p> <p>...globalement c'est plus compliqué</p> <p>...lorsque la famille est très peu présente...dans ces moments là tu ne sais pas trop comment gérer la chose...</p> <p>...qu'avec la patient et du coup c'est un peu difficile</p> <p>...la nuit donc dans les services cela peut être compliqué...</p>
<p>Permet de conclure l'entretien et</p>	<p>Pour finir, quelles sont pour vous les</p>	<p>...connaître sa vie...essayer de connaître au maximum ses</p>	<p>...prendre son temps, communiquer et interroger la famille sur</p>

<p>d'avoir l'avis du professionnel ayant déjà vécu la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle</p>	<p>clés d'un bon accompagnement d'une personne atteinte d'une déficience intellectuelle ?</p>	<p>habitudes de vie et son fonctionnement. Avoir un relationnel un peu plus particulier...dans un monde enfantin... ...on doit adapter notre comportement ...se renseigner sur la pathologie ...connaître sa famille, avoir un bon relationnel autant avec la famille qu'avec lui. ...c'est vraiment le relationnel, une relation de confiance quoi !</p>	<p>ces habitudes de vie, sur ces habitudes de comment il peut réagir... ...le rôle propre, on a vraiment un rôle à jouer là-dessus sur la prise en soins... ...les repères C'est la communication en gros !</p>
--	---	--	--

NOM : QUEMARD

PRÉNOM : Clara

TITRE DU MÉMOIRE : L'accompagnement d'un patient atteint de déficience intellectuelle au sein d'un service de soins généraux

This research work deals with the caregiving of people with intellectual disabilities in general care units.

During an internship, I met a patient with Down syndrome. The caregivers and I were in difficulty with this care that was different from other patients. I therefore asked the following question : How can nursing support in general care units be impacted by the care of a patient with an intellectual disability ? In order to answer this question, I read different writings on caregiving, intellectual disability, general care, representations of caregivers and the general public on intellectual disability, the caregiver-caretaker relationship and the means of communication. Afterwards, I conducted two interviews with nurses to better understand the care they use to practice within their department. Finally, I linked the results of my conceptual framework and the analysis of these interviews.

This end-of-study work illustrates the difficulty of caring for patients with intellectual disabilities in general care units.

Ce travail de recherche aborde l'accompagnement des personnes atteintes de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux.

Lors d'un stage, j'ai rencontré un patient atteint de trisomie 21. L'équipe soignante et moi-même étions en difficultés face à cette prise en soins différente des autres patients. J'ai donc énoncé la question suivante : En quoi l'accompagnement infirmier en service de soins généraux peut-il être impacté par la prise en soins d'un patient atteint de déficience intellectuelle ? Afin de répondre à cette question, j'ai lu différents écrits sur l'accompagnement, la déficience intellectuelle, les soins généraux, les représentations des soignants et de la population en générale sur la déficience intellectuelle, la relation soignant-soigné et les moyens de communication. Après, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières pour qu'elles m'évoquent leurs prises en soins au sein de leurs services.

Enfin, j'ai mis en relation les résultats de mon cadre conceptuel et l'analyse de ces entretiens.

Ce travail de fin d'études permet de montrer la difficulté de la prise en soins des patients atteints de déficience intellectuelle au sein des services de soins généraux.

KEYWORDS : Caregiving, intellectual disability, general care, the caregiver-caretaker relationship, communication

MOTS CLÉS : Accompagnement, déficience intellectuelle, soins généraux, relation soignant-soigné, communication

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU Rennes

ADRESSE : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - ANNÉE DE FORMATION : 2019-2022