

La communication : source d'anxiété ?

Terroir julien

IFSI Croix-Rouge de la Métropole Tourcoing
Promotion 2004-2007

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Croix-Rouge de la Métropole et il ne peut faire l'objet d'une duplication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.

Sommaire

Remerciements.	P. 3
Introduction.	P. 4
Problématique.	P. 5
Cadre conceptuel :	PP. 6-18
I. L'infirmier (ière).	P. 6
II. Le jeune diplômé.	P. 7
III. L'anxiété :	P. 7
1. L'anxiété légère.	P. 7
2. L'anxiété modérée.	P. 8
3. L'anxiété grave.	P. 8
4. L'état de panique.	P. 8
IV. L'expérience.	PP. 8-10
V. La communication :	P. 10
1. La communication verbale.	P. 11
2. La communication non verbale :	PP. 11-12
a. Le contact physique, ou le toucher.	P. 12
b. Le contact des yeux et l'expression faciale.	P. 13
c. Les odeurs.	P. 13
d. L'audition et les sons.	P. 13
VI. La population ciblée :	PP. 13-18
1. La tétraplégie :	PP. 13-14
a. Les manifestations.	P. 14
b. Les causes de la tétraplégie.	PP. 14-15
c. Traitement initial.	P. 15
d. Rééducation.	P. 15
e. La surveillance infirmière.	P. 16
2. La trachéotomie.	PP. 16-18
Hypothèse.	P. 19
Analyse :	PP. 20-21
I. L'analyse descriptive.	PP. 20-21
II. L'analyse interprétative.	P. 21
Projet d'action.	P. 22
Conclusion.	P. 23
Bibliographie.	P. 24
Annexes.	PP. 25-28

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier les personnes suivantes, sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

Madame la Directrice de l'IFSI Croix-Rouge de la Métropole à Tourcoing.

Mes Cadres enseignantes, référentes de ce travail.

Les infirmiers(ières) de jour.

Mon amie pour m'avoir aidé, encouragé et soutenu.

Ma mère et ma grand-mère sans qui je n'aurai pu faire ces études.

Introduction

Dans le cadre de notre formation en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un travail de fin d'études. Il a pour objectif de nous initier à la recherche en soins infirmiers, de développer notre questionnement et notre analyse.

On nous parle dès la première année de ce travail de fin d'études pour que notre sens de l'observation soit toujours en éveil. Et grâce à cela, j'ai bien pu observer le sujet de ce travail dès la fin de la première année. Bien sûr, je ne me suis jamais arrêté d'observer durant mes différents stages, et bien entendu d'autres sujets m'auraient également intéressés.

Les différents sujets que j'aurai pu traiter étaient les suivants :

- L'infirmier et la pose de cathéter veineux périphérique, mais le sujet étant traité de trop nombreuses fois, je ne l'ai pas retenu.
- Le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de l'angoisse la nuit.
- La prise en charge d'un patient après la visite du médecin.
- Le rôle de l'infirmier dans l'accompagnement d'une famille dans l'attente d'un diagnostic en pédiatrie.
- La communication non verbale avec un patient tétraplégique trachéotomisé.

Mon choix s'est porté sur la communication non verbale, car l'on rencontre de plus en plus de patient ne pouvant utiliser la communication verbale, plus traditionnelle, dû au prolongement de la durée de vie.

Problématique

Le thème de ce travail de fin d'études part d'une expérience rencontrée lors de mon stage de fin de première année. J'étais alors dans un service de chirurgie digestive et urologique où j'ai pris en charge un patient, qui, suite à un accident de voiture, était devenu tétraplégique. Il était porteur, en plus d'une stomie, d'une trachéotomie. Ce patient étant admis dans mon secteur, je l'ai donc pris en charge. Or pour moi c'était la première fois que j'avais en charge un patient ne pouvant communiquer avec le langage usuel, c'est-à-dire la communication verbale, cette communication que nous apprenons dès notre plus jeune âge et qui nous sert tout au long de notre vie. En entrant dans la chambre de ce patient, je me demandais déjà comment j'allais faire pour communiquer avec lui. J'avais appris à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), que dans la communication non verbale, nous pouvions utiliser le toucher, le regard, l'expression faciale. Mais le problème n'était pas réellement là. Le patient m'entendait parfaitement mais ne pouvait pas me répondre. Le vrai problème était de trouver un moyen assez facile et rapide de compréhension pour le patient, afin de pouvoir répondre rapidement à nos questions et surtout d'exprimer ses besoins, ses problèmes. Or avec mon savoir au moment présent, il m'était impossible pour moi de trouver une solution rapide. Car la solution que j'ai trouvée était l'ardoise Véléda®, mais beaucoup trop longue, car il fallait que j'écrive plusieurs mots avant de trouver ce que le patient voulait. Mais dans ce genre de service, la chirurgie, les patients reviennent du bloc en ayant des soins à faire immédiatement, comme la prise en charge immédiate de la douleur, donc le temps est très court avec chaque patient.

J'ai senti durant le temps où je suis resté à chercher la solution au problème de communication, que je ressentais une certaine anxiété. Le fait de ne pas savoir ce que le patient veut, peut engendrer une majoration de la douleur, un énervement du patient, bref une mauvaise prise en charge.

Durant une mise en situation professionnelle au cours de cette même année, on m'a reproché mon stress qui « était dû » à un manque de travail. Ce sentiment de stress que j'avais eu ce jour-là, je l'ai ressenti le jour de mon entrée dans la chambre.

Mon questionnement s'est alors mis en marche :

Est-ce qu'avec la charge de travail dans un service de chirurgie, en post-opératoire immédiat, il n'y a pas un manque de concentration de la part des soignants quant à l'expression non verbale du patient ?

Est-ce qu'avec le temps, au sein du service, il n'y a pas plus de facilité à communiquer non verbalement ?

Est-ce que le fait d'être étudiant, ou « jeune » diplômé, n'entraînerait pas une majoration de l'anxiété dans une situation où l'on ne peut utiliser la communication verbale ?

Sommes-nous bien préparé à gérer ce genre de situation en début de carrière ?

Avons-nous assez d'apports théoriques sur la communication non verbale à l'IFSI ?

J'ai voulu travailler sur l'anxiété du « jeune » diplômé ou de l'étudiant dans une situation comme celle-ci. Ma question de départ est donc :

« L'anxiété du jeune diplômé dans une situation de communication non verbale ne serait-il pas dû à un manque d'expérience ? ».

Après des recherches au sein de mon IFSI et auprès de certains collègues jeunes diplômés ayant rencontré ce genre de situation, il en est ressorti, qu'avec l'expérience, la prise en charge devenait plus rapide et meilleure. Mais également que l'apprentissage à l'IFSI de méthodes utilisées dans des services spécialisés ne mettait pas les soignants en situation d'échecs dans de telles situations.

Cadre conceptuel

Dans cette première partie, je vais tenter de développer le concept de l'infirmier, ensuite le concept du jeune diplômé, puis le concept de l'anxiété, celui de l'expérience, la communication aussi bien sous sa forme verbale que non verbale, et je terminerai par définir la population ciblée, à savoir les tétraplégiques trachéotomisés.

I. L'infirmier (ère) :

L'infirmier(ère) est une personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale. La surveillance est le fait d'observer attentivement pour contrôler, être attentif « à » ou encore prendre soin « de ». Et le terme « soigner » veut dire procurer les soins nécessaires à la guérison de quelqu'un.

C'est également « une personne habilitée à donner des soins sur prescription médicale ou en fonction de son rôle propre »¹. On parle ici du rôle propre de l'infirmière, or notre profession est régie par un code de santé publique qui reprend tout ceci : « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »². L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. (rôle en collaboration).³ Nous venons de voir, à travers ces différentes définitions, que la profession d'infirmier, infirmière, est régie par les dispositions du code de la santé publique, depuis le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004⁴, et qu'elle comporte différents rôles comme le rôle propre, le rôle sur prescription médicale et le rôle en collaboration. Ces différents rôles permettent une prise en charge globale de la personne soignée. Le modèle conceptuel qui se rapproche le plus pour moi à une prise en charge globale d'un individu, est le modèle de Virginia Henderson (1897-1996). Dans son concept, elle définit le but des soins infirmiers comme « aider le patient à recouvrer son autonomie ; quand cela n'est plus possible, retrouver une zone d'autonomie en dépit du handicap (réhabilitation) ». Les interventions infirmières, pour Virginia Henderson, consistent en la réalisation d'actions complémentaires à celles du patient, pour les activités de la vie quotidienne. « Aider au maintien ou au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont l'individu s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté... L'aider à reconquérir son autonomie le plus rapidement possible. »⁵ Elle définit donc les besoins fondamentaux d'un individu qui sont : respirer ; boire et manger ; éliminer ; se mouvoir et maintenir une bonne posture ; dormir et se reposer ; se vêtir et se dévêtir ; maintenir la température du corps dans les limites de la normale ; être propre, soigné et protéger ses téguments ; éviter les dangers ; communiquer ; agir selon ses valeurs et ses croyances ; s'occuper en vue de se réaliser ; se divertir, se récréer ;

¹ *Le petit Larousse 2003.*

² *Larousse médical, Code De La Santé Publique, Article L.4311-1.*

³ *Article R.4311-1.*

⁴ *Le décret de compétence du 11 février 2002 est abrogé.*

⁵ AMAR B., *Nouveaux Cahiers de L'infirmière 3^{ème} édition, Soins Infirmiers, Concepts et théories démarche de soins*, Masson, Paris, 2001.

apprendre. Ces différents besoins permettent d'apprécier et d'évaluer l'état de santé d'une personne.

Nous venons de définir l'infirmier(ière), je vais maintenant définir le jeune diplômé.

II. Le jeune diplômé :

L'obtention du diplôme d'infirmier est soumise au diplôme d'état qui est composé d'une épreuve pratique, la mise en situation professionnelle, et d'une épreuve écrite qui est le travail de fin d'étude qui est lui-même composé d'un travail de recherche et d'analyse écrite et d'une soutenance. Or dès l'obtention des résultats, le jeune diplômé est habilité à travailler sans délais ; mais le fait de passer aussi rapidement d'un statut d'étudiant à un statut de professionnel de santé, seul et autonome au sein d'un service, peut engendrer une sorte d'anxiété. Durant nos stages, on nous apprend à gérer des situations d'urgences, des situations de tensions, à gérer nos émotions, mais toujours sous la responsabilité d'une infirmière référente, mais avec ce nouveau statut, nous gérons seuls ces situations. L'anxiété du jeune infirmier, peut engendrer des difficultés de prise en charge optimale d'un individu, des erreurs lors de situations d'urgences...

On attend, à l'entrée dans un service, que le jeune diplômé mette en avant sa motivation, qu'il apporte un regard neuf, avec des méthodes mises à jour... Et il prend l'expérience des professionnels plus âgés. Mais en raison de sa maigre expérience, le jeune infirmier doit savoir rester à sa place, c'est-à-dire rester modeste. Mais également il faut savoir accepter de continuer d'apprendre en arrivant dans un service, car le cursus ne nous apprend pas tout. Il faut savoir se replonger dans la théorie, réviser les pathologies amenées à être rencontrées dans tel ou tel service.

Après avoir évoqué les droits et devoirs d'un jeune diplômé, je vais identifier les différentes formes d'anxiété que peut ressentir une personne.

III. L'anxiété :

Il est admis en général que l'anxiété est une réaction à un danger souvent non spécifique ou inconnu pour la personne. L'objet de ce danger se situe très souvent dans le champ imaginaire des représentations. Par exemple, un patient peut ressentir de l'anxiété avant un soin parce qu'il se le représente, à tort ou à raison, comme douloureux. La représentation de ce soin est dite anxiogène, en l'absence de tout acte présent (le soin n'a pas débuté). L'anxiété provoque chez la personne un vague sentiment de malaise, d'inquiétude, de doute, de crainte, de terreur ou d'appréhension. Les réactions physiologiques associées à l'anxiété sont transmises principalement par le système nerveux autonome. Il existe ainsi 4 types, 4 degrés d'anxiété qui sont :

1. L'anxiété légère :

La personne est sur le qui-vive, sa perception et son niveau d'attention sont accrus. Ainsi, le patient est capable de se concentrer sur à peu près tout ce qui lui arrive réellement, sur tout élément réclamant ou non son attention, en tout cas perceptible par lui. La personne anxieuse peut intégrer les expériences passées et présentes, les mêlant parfois (exemple : ressentir de l'anxiété au contact du médecin qui a posé le diagnostic). De même, le patient peut anticiper l'avenir, se montrer anxieux à l'approche d'un soin identique à un autre qui aura provoqué de la douleur. De façon plus générale, l'anxiété légère n'empêche pas une bonne perception des éléments appartenant au passé, une analyse de la situation présente et des projections sur les situations futures. Le patient est toujours capable de se servir de ses connaissances ; il est également en mesure de confirmer ses intuitions auprès des autres et de trouver des significations. Par exemple, se faire confirmer que certains médicaments pris

favorisent les cauchemars, et que sans doute ces cauchemars sont liés au traumatisme de l'accident motivant l'hospitalisation. Enfin, le patient à anxiété légère se caractérise par un questionnement important, une forme particulière de curiosité dont les sujets tournent plus ou moins directement autour de lui-même.

2. L'anxiété modérée :

La personne souffrant d'une anxiété modérée est capable, mais seulement de façon limitée, de se concentrer sur ce qui lui arrive réellement. Son champ de perception se rétrécit, et son attention devient sélective. Elle reste cependant capable de la diriger vers tel ou tel élément qui la concerne, ou pourrait la concerner. En revanche, la concentration et l'apprentissage sont plus difficiles. Ainsi, la personne peut ne pas remarquer ce qui se passe autour d'elle ; elle a des difficultés à analyser, préférant une position de repli sécurisante à un éparpillement de son attention, perçu comme une perte de contrôle de la situation.

3. L'anxiété grave :

Ici, le champ de perception est considérablement réduit. La personne ne voit plus que des détails épars et ne peut rien assimiler de plus, même quand on le lui demande. La cognition (perception et analyse d'éléments divers) est atteinte, et la capacité d'apprentissage est sérieusement entravée. Il en découle que la personne gravement anxieuse est à peu près incapable de comprendre la situation actuelle, ne pouvant bien percevoir les informations qui lui sont transmises ou qu'elle pourrait percevoir d'ordinaire. Elle s'acquitte mal de ses tâches, et ses messages, sa communication sont difficiles à comprendre pour l'entourage (discours éparpillé, émaillé de ruptures, etc ...). Physiologiquement, le patient souffre d'hyperventilation, de tachycardie, de céphalées, d'étourdissements et de nausées.

4. L'état de panique :

Le champ de perception est ici déformé ; la personne s'arrête à des détails qu'elle amplifie exagérément. En outre, elle est incapable de comprendre la situation et rumine sans cesse les mêmes pensées. La personne plongée dans un état de panique est incapable d'apprendre quoi que ce soit, ou encore de communiquer. Elle réagit de façon imprévisible à un stimulus même mineur, comme le son d'une porte qui s'ouvre ou se ferme.⁶

Nous avons vu que dans certaines phases de l'anxiété, les patients cherchent à savoir les choses, c'est-à-dire avoir des connaissances et donc engranger de l'expérience, c'est ce que je vais tenter de développer dans le chapitre qui suit.

IV. L'expérience :

Tenir compte des circonstances particulières à une situation ne veut pas dire qu'il faut ignorer les principes généraux applicables dans toute situation. Se cacher derrière des règles et des habitudes, pour se défendre contre l'anxiété, est une stratégie pour faire face. Mais en tant que telle, c'est une stratégie irréaliste qui a comme conséquence supplémentaire la non reconnaissance et la non légitimation des performances réelles de l'infirmière. Ne pas savoir qui nous sommes et ce que nous sommes maintenant mettra sérieusement en péril ce que nous voulons devenir. La théorie est un excellent outil pour expliquer et prévoir. La théorie offre ce qui peut être formalisé et explicité. Elle guide les infirmiers(ières) et leur permet de se poser les bonnes questions. L'expertise, par contre, ne peut se développer que lorsque le clinicien confronte à des situations réelles les propositions, les hypothèses, ou les attentes fondées sur les principes. On peut donc parler d'expérience lorsque les notions et les attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité.

⁶ BIOY A., Communication soignant-soigné, repères et pratiques, Bréal, pp 52,55.

L'expérience est l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie. La compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.

La formalisation du savoir-faire, son développement, son amélioration, passe par des stratégies de transmission dont l'infirmier (ière) n'a généralement pas conscience. Six domaines de connaissances ont ainsi été décrits :

- La hiérarchisation des différences qualitatives résulte de la capacité à reconnaître, à décrire le contexte, les significations, les caractéristiques, les tenants et aboutissants de leur savoir, le plus souvent lorsque les infirmières comparent leur point de vue pendant qu'elles soignent un patient en situation réelle.
- Les significations courantes résultent de l'acquisition au contact des malades et de leur famille de tout un éventail de réponses, de significations et de comportements. Ces significations forment une tradition partagée par les infirmières leur permettant de développer le sens du possible auprès de leurs patients.
- Les suppositions, attentes et comportements types, se décrivent comme des prédispositions à agir d'une certaine manière dans des situations bien précises. Pour une même situation, il est montré que ces comportements varient d'une culture à une autre.
- Les cas modèles et les connaissances personnelles sont de nature à développer la connaissance clinique qui est elle-même le fruit de la confrontation entre connaissances théoriques brutes et les connaissances pratiques simples. Une expérience particulière peut avoir suffisamment de force pour servir de modèle. Ces modèles se substituent peu à peu aux connaissances théoriques initiales et alimentent l'expérience de l'infirmière par l'acquisition de connaissances personnelles.
- Les maximes sont des instructions codées qui n'ont de sens que pour des professionnels ayant déjà une bonne compréhension de la situation. De fait, ce type de transmission du savoir est hermétique aux débutants bien que source d'une information parcellaire réutilisable ultérieurement.
- Les pratiques non codifiées, sont le résultat d'actes infirmiers non traditionnels qui génèrent des connaissances hors du champ habituel d'intervention de l'infirmière. Parce qu'elle n'est pas décrite, étudiée, ou confrontée à des connaissances théoriques, l'expérience acquise ne peut constituer un savoir-faire.

On peut également définir les différentes phases de l'expérience :

- Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles ils risquent d'être confrontés. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs. Leur pratique se limite donc souvent à gérer les paramètres mesurables ainsi qu'à mettre en œuvre des règles standards indépendantes du contexte. De ce fait, leur comportement est limité et rigide, et leurs actes éventuellement inutiles ou non adaptés.

- Les débutants ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs signifiants qui se reproduisent dans les situations identiques. Ces facteurs comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures. Le débutant peut formuler des principes qui dictent ses actions, mais les différents attributs et aspects identifiés de ces principes sont tous traités avec une importance égale.
- Les compétents travaillent dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Le compétent commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont il est conscient. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. L'infirmier compétent n'a pas encore la rapidité, ni la souplesse de l'infirmier performant, mais il a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de faire face aux situations imprévues le cas échéant. La planification consciente et délibérée aide à gagner en organisation et efficacité.
- Le performant perçoit la situation comme un tout, et non en terme d'aspects. La perspective n'est pas réfléchie mais se présente d'elle-même car fondée à la fois sur l'expérience de quels événements récents. L'infirmier performant apprend par l'expérience, quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. Ainsi, il sait que ce qu'il prévoyait ne se manifestera peut-être pas, mais l'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues. Outre la perception, l'infirmier performant utilise les maximes qui le guident. A ce stade, l'infirmier performant développe une compétence appelée le signal d'alarme précoce, c'est-à-dire le pouvoir de percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'explicitent ces changements.
- Les experts sont capables de passer du stade de la compréhension à l'acte, sans s'appuyer sur les principes analytiques (règles, maximes). Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Cette maîtrise est telle que l'obliger à porter attention à des détails, à un modèle, ou à une règle formelle amènerait une détérioration de ses performances. Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.

L'évaluation des performances a permis d'identifier 7 domaines sur la base de la similarité de la fonction et de l'intention :

- La fonction d'aide.
- La fonction d'éducation, de guide.
- La fonction de diagnostic et de surveillance du malade.
- La prise en charge efficace des situations à évolution rapide.
- L'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques.
- Assurer et surveiller la qualité des soins.
- Organiser et répartir les tâches.

La prise en charge d'un patient nécessite la maîtrise des soins techniques acquis avec de l'expérience, mais également une certaine maîtrise de la communication.

V. La communication :

La communication est une notion qui est étudiée depuis les années 70. L'étymologie du mot signifie « mettre en commun ». A l'origine c'est un synonyme de communier, ou mettre en communauté, et progressivement il va prendre le sens de transmettre et d'échanger. Communiquer c'est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui. Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un.⁷ Le processus de communication est donc composé de :

- L'intention : il s'agit de l'envie d'envoyer un message, une information à un interlocuteur.
- Le message : il s'agit simplement de l'information à transmettre.
- L'émetteur : qui est la personne qui a l'intention et qui envoie le message.
- Les parasites : ce sont les éléments perturbateurs qui peuvent altérer la communication et empêcher la bonne réception du message. Ils peuvent être physiques, psychologiques ou sémantiques.
- Le récepteur : c'est la personne qui reçoit le message.
- Le décodage : qui est le travail fourni par le récepteur pour comprendre le message envoyé.
- La rétroaction : ou *feed-back*. Il s'agit de la réponse qui est fournie par le récepteur à l'émetteur.

La communication « soignant » « soigné » est variable dans sa fonction, dans ses mécanismes, dans ses thèmes, selon le patient que l'infirmier a en face de lui, mais également selon la personnalité de chaque infirmier ; le soignant devra s'adapter à chaque situation nouvelle. Il n'existe que deux mécanismes de communication, la communication verbale, celle que nous utilisons en priorité et en général, et la communication non verbale qui se traduit par des attitudes, des gestes.

La difficulté ici est de savoir quelle communication il faut utiliser avec des patients tétraplégiques trachéotomisés, sachant qu'ils n'ont pas d'atteinte auditive mais qu'ils sont incapable de s'exprimer.

1. La communication verbale :

Le rôle du locuteur est d'émettre un message clairement et pertinent, afin que l'auditeur le comprenne dans le sens voulu par le locuteur. Pour que la communication soit efficace, il est très important que les deux partenaires sachent, avant tout, distinguer les types d'informations : faits, opinions, sentiments. Cette distinction est nécessaire afin de pouvoir fonder les affirmations sur des faits, éviter d'ajouter foi à des avis non corroborés par des faits, distinguer une opinion fondée sur des sentiments et celle sur la raison, afin de permettre des actions d'autrui. Pour parvenir à cette situation, il faut donc savoir poser des questions afin d'obtenir des réponses correspondant au type de réponse souhaitée.⁸

2. La communication non verbale :

⁷ Le petit Larousse.

⁸ BOCQUEL V., « communiquer efficacement », <http://ac-versailles.fr/CERPEG/ressdiscipl/comorga/fiches/comefficace.htm>

C'est le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole, mais au moyen des expressions du visage, des postures, des gestes, de bruits divers. Les choix vestimentaires, la coiffure, la position du corps, le maquillage, les mimiques sont tous des éléments de communication non verbale.

Les messages non verbaux sont émis et perçus par des centres nerveux très archaïques, hérités de nos ancêtres reptiliens. Ce qui explique que nous communiquons de manière non verbale en toute inconscience, et que certains gestes soient, sinon universels, du moins très répandus, car implantés dans le système nerveux de tous les humains. On observe en particulier que beaucoup de mimiques existent chez l'enfant aveugle de naissance, ce qui signifie qu'il n'a pas pu les apprendre par imitation. On dit oui par un hochement de tête d'arrière en avant. Tandis que le hochement de tête approbatif, que l'on fait pendant que quelqu'un parle, se fait d'avant en arrière. Les bébés, même aveugles, tournent la tête pour refuser le sein ou pour marquer le fait qu'ils ne veulent pas être touchés. Les primates signifient eux aussi la désapprobation en détournant la tête ou en la secouant. Froncer le sourcil est une manifestation de colère, de concentration, de déplaisir, ou de réflexion. Dans les maternités, on observe que les enfants froncent les sourcils juste avant de sauter sur celui qui les embête. A l'inverse, le haussement des sourcils, qui fait écarquiller les yeux, accentue l'expression de la bouche, que les lèvres soient pincées de colère ou plissées par un sourire. Le clignement des yeux : normalement, on cligne des yeux une vingtaine de fois par minute, et chaque mouvement des paupières dure 1/4 de secondes. Si ce mouvement de clignement ou de battement des paupières s'accélère, cela signe une excitation, un stress. Lorsqu'on pose une question à une personne, si elle se met à battre des paupières juste avant de répondre, cela signifie que la question l'inquiète. Il y a aussi le geste de pencher la tête sur le côté : chez le jeune enfant, c'est plutôt un signe de timidité ; chez l'adulte, homme ou femme, c'est un signe de séduction ; et il semble que les femmes inclinent la tête sur le côté beaucoup plus que les hommes. La position que l'on adopte assis est elle aussi significative. Les hommes manifestent leur inconfort ou leur nervosité en changeant de position sans arrêt sur leur chaise, tandis que les femmes manifestent la même chose en restant assises sans bouger.

On voit donc parmi ces exemples que la communication non verbale est constituée de différentes composantes comme le contact des yeux, le contact physique, les odeurs, l'expression faciale et les sons.⁹

a. Le contact physique, ou le toucher :

Notre profession de soignant est une profession où le toucher est incontournable aussi lors d'un pansement ou bien d'une toilette. Le toucher s'effectue via la peau et donc via des récepteurs sensoriels qu'elle comporte. Le toucher est un sens qui est réciproque dans le sens où on ne peut toucher quelqu'un sans être touché également. Il faut donc se connaître soi-même et connaître ses limites, pour effectuer une communication passant par le sens tactile. En effet, le sens qui est donné au toucher varie selon les personnes, le vécu, l'éducation, et provoque des réactions, des émotions qui peuvent être aussi bien négatives que positives. C'est pourquoi il faut utiliser le toucher avec prudence, car il utilise la distance intime, et il faut l'utiliser de manière progressive afin de ne pas heurter la personne, ou qu'elle se sente envahie. Il faut également prévenir et expliquer le pourquoi de ce toucher lorsqu'il est associé à un soin technique. Lors de soins, il faut toujours garder à l'esprit d'éviter le port excessif et inadapté de gants : en effet, même s'ils sont parfois indispensables, le port du gant déshumanise le patient,

⁹ Winckler M., « Qu'est ce que la communication non verbale ? », http://martinwinckler.com/article.php?id_article=461

qui peut vivre le port de gants comme un signe de rejet. Or dans cette situation, la sensibilité de la personne a totalement disparu et donc le toucher ne sert pas forcément à communiquer.

b. Le contact des yeux et l'expression faciale :

Le regard : il s'agit du premier geste effectué au cours d'une rencontre, regarder quelqu'un, c'est lui porter de l'attention. Il existe plusieurs types de regards : le regard professionnel qui décrit la zone située dans un triangle imaginaire tracé sur le front. Le regard civil, situé dans un triangle imaginaire dans la zone comprise entre les yeux et la bouche de l'interlocuteur, et le regard intime où le triangle va des yeux au menton en passant par différentes parties du corps. L'infirmier doit utiliser en premier le regard civil, en regardant le patient dans les yeux, de façon à ne pas le dépersonnaliser, et doit ensuite se diriger vers la zone concernée à soigner, mais une fois que la rencontre a été établie.

L'expression faciale : le soignant a un rôle primordial d'observation de la personne soignée, qui est d'ailleurs répertorié dans les règles de travail dans le Code de la Santé Publique. En effet, le visage a une place prépondérante dans nos modes de communication, car il s'agit de la zone que nous regardons le plus quand nous parlons à quelqu'un. Il existe d'ailleurs deux zones faciales : au niveau des yeux où on pourra repérer un froncement de sourcils, un clignement des paupières ou encore un plissement du front ; le bas du visage quant à lui correspond à la zone qui parle et qui sourit. Le visage permet d'exprimer six émotions fondamentales : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. L'observation des mimiques peut être révélatrice de différents sentiments qui peuvent être la douleur, le mécontentement, l'énervement....

c. Les odeurs :

Réveillent des souvenirs affectifs, que ce soit par l'évocation d'une odeur ou le fait de sentir un parfum. Dans les images mentales évoquées au moment où l'on pense à une odeur se rapportent souvent à une personne, à la nature, à un événement. C'est un retour sur soi, une concentration mêlée d'émotion avec une démarche très personnelle. Cela permet de revivre un moment, une ambiance, c'est donc un éveil à soi-même, car il provoque la concentration.

d. L'audition et les sons :

Peuvent également réveiller des souvenirs, comme un morceau de musique qui passe à la radio et qui rappelle un concert que le patient a pu voir avant son accident. La musicothérapie est utilisée dans certain service, comme son nom l'indique, comme une thérapie à part entière. Dans ce genre de cas, la musique, les sons en général, pourraient servir de passe-temps mais pas de thérapie somatique proprement dite, juste une thérapie psychologique.

VI. La population ciblée :

La population choisit dans ce travail est : les patients tétraplégiques trachéotomisés dans un service de chirurgie.

1. La tétraplégie :

La tétraplégie est une paralysie des quatre membres causée généralement par une lésion de la moelle épinière. Elle est presque toujours accompagnée de troubles vésico-sphinctériens. La tétraplégie ne nécessite pas une section de la moelle épinière, une blessure suffit et est fréquente avec une personne qui souffre d'arthrose cervicale, lors d'un accident. La motricité des membres supérieurs étant contrôlée par les niveaux C5 à C8 (5^{ème} à 8^{ème} racines nerveuses), une tétraplégie est habituellement causée par une lésion située au-dessus de la 1^{ère} vertèbre dorsale, donc une lésion cervicale. Une tétraplégie peut être complète ou incomplète :

- complète : absence totale de sensibilité et de motricité en dessous de la lésion.
- incomplète : persistance d'une sensibilité ou d'une motricité volontaire en dessous de la lésion, en particulier dans le secteur périnéal.¹⁰

a. Les manifestations :

Les symptômes découlant de l'atteinte de la moelle épinière sont nombreux, liés à la physiologie de la moelle épinière. Ce sont des troubles moteurs, des douleurs, des troubles sensitifs, des troubles génito-sexuels, des troubles sphinctériens, des troubles respiratoires vésicaux et intestinaux, des troubles neurovégétatifs. D'après mon sujet, je vais développer quelque peu les troubles respiratoires : ils résultent de l'atteinte des muscles respiratoires : abdominaux, intercostaux et, dans les atteintes les plus hautes (C4), du diaphragme. Ils imposent souvent au début une assistance respiratoire (intubation ou trachéotomie). Par la suite, la kinésithérapie assurera la « toilette bronchique » avec valorisation de l'expiration et de la toux. Cette technique préventive sera enseignée au sujet pour qu'il la pratique lui-même régulièrement et en cas d'encombrement broncho-pulmonaire. Le déficit des muscles abdominaux sera efficacement compensé par le port d'une sangle abdominale, indispensable, au moins dans les premiers mois de verticalisation, en cas d'atteinte cervicale et dorsale haute (D6 et au-dessus).

b. Les causes de la tétraplégie :

Causes traumatiques :

- Les accidents de la route sont les plus fréquents, puis viennent les accidents de sport, les tentatives de suicide, les plaies par arme à feu ou par arme blanche.
- Les accidents du travail peuvent être trouvés dans toutes les catégories citées (en dehors du suicide), mais certaines lésions sont plus fréquentes sur le lieu du travail. Citons : les chutes d'un lieu élevé, les lésions par explosion, les électrocutions, les accidents de décompression (plongée).

Causes médicales :

- Causes infectieuses ou parasitaires : abcès médullaire, mal de Pott (abcès tuberculeux), épidurite tuberculeuse, bilharziose (parasitose).
- Causes vasculaires : ramollissement ischémique de la moelle épinière (infarctus médullaire ou myélomalacie), hématome extradural médullaire, malformation artérioveineuse médullaire (angiome...), anévrisme de l'aorte...
- Causes tumorales : neurinomes, métastases vertébro-médullaires de différents cancers, neurofibromatoses, maladie de Hodgkin et myélome.
- Autres causes : toxiques (injections intrarachidiennes), arachnoïdites (inflammation des enveloppes de la moelle), fractures « pathologiques » des maladies rhumatismales (fracture du rachis non due à un accident mais au fait que l'os est altéré : spondylarthrite ankylosante, kyste rhumatoïde).

¹⁰ <http://fr.Wikipedia.org>

- Les exceptionnels « accidents chirurgicaux » responsables d'atteinte médullaire peuvent, selon les cas, être traumatiques (blessures) ou médicaux (lésions par privation d'oxygène de la moelle – anoxie – durant l'anesthésie).
- Lésions dues à des compressions lentes de la moelle (neurinomes, méningiomes) : Lorsque le diagnostic est posé et que la thérapeutique a été mise en oeuvre, le pronostic dépend de la gravité de l'atteinte et du délai d'intervention. En cas d'atteinte complète avant le traitement, le pronostic sera sévère, alors que plus la lésion est incomplète plus les chances de récupération sont importantes. Dans ces cas, les symptômes les plus longs à disparaître ou à s'atténuer sont les troubles de la sensibilité profonde et la spasticité.

c. Traitement initial :

C'est celui de la cause de la lésion. La réduction et la fixation de la fracture ainsi que le bilan des lésions radiculo-médullaires en cas de traumatisme et la cure de la compression dans certaines atteintes médicales sont le domaine du chirurgien.

d. Rééducation :

Le but du traitement est de permettre au blessé de retrouver au maximum son autonomie personnelle, en utilisant toutes les ressources que lui permettent les muscles situés dans le territoire sus-lésionnel, et en apprenant à connaître et à contrôler autant que possible des fonctions situées dans les territoires lésionnel et sous-lésionnel.

- La kinésithérapie entretient la mobilité articulaire dans les territoires atteints, lutte contre les rétractions qu'entraînent les contractures et développe la force des muscles non paralysés. La progression suit un ordre bien défini en fonction des possibilités du sujet : premiers levers, installation au fauteuil roulant, travail de l'équilibre assis, recherche de l'indépendance assise et maniement du fauteuil. Quand cela est possible : rééducation en position debout (appareillée le plus souvent) et apprentissage de la déambulation.
- L'ergothérapie sert particulièrement chez le tétraplégique : apprentissage et perfectionnement des gestes quotidiens (toilette, habillage et alimentation), l'étude des aides techniques et des adaptations nécessaires au domicile et pour les déplacements (fauteuil électrique, automobile adaptée...).
- La rééducation vésico-sphinctérienne doit rétablir un cycle continence-évacuation compatible avec la vie sociale et obtenir la vidange complète de la vessie à chaque évacuation. En cas de fonctionnement automatique ou réflexe, des déclenchements mictionnels sont tentés par percussions ou pulsions sus-pubiennes. En l'absence de réflexe, l'écoulement des urines est provoqué par appui sus-pubien. La vidange vésicale est assurée pendant la rééducation par des sondages, effectués par l'infirmière puis, si cela est nécessaire et possible, par le sujet lui-même. La technique de l'auto-sondage est couramment employée, elle est sans danger si elle est pratiquée correctement. S'il existe des fuites, on utilise un collecteur fixé à la verge par auto-adhésifs chez l'homme, des couches chez la femme. Dans certains cas, une sonde à demeure est nécessaire (fixée sur la cuisse chez la femme, et chez l'homme de telle sorte que la verge soit relevée vers le haut).
- La rééducation intestinale cherche à rétablir le réflexe d'exonération fécale (défécation) à l'aide d'une stimulation appropriée. Lorsque le réflexe est aboli, on aura recours à l'évacuation digitale. Une alimentation riche en fibres et équilibrée, des boissons abondantes, favorisent le transit intestinal, ainsi que la pratique du massage abdominal quinze minutes avant les selles.
- La prévention des escarres suppose l'apprentissage par l'intéressé lui-même des gestes de surveillance de prévention des escarres. Il est indispensable d'avoir une hygiène

cutanée irréprochable et de changer de vêtements et de garnitures en cas de fuites intempestives. En cas de survenue d'une rougeur, la règle absolue est de supprimer tout appui à cet endroit jusqu'à sa disparition ou sa nette atténuation. Dans tous les cas, il est essentiel de chercher la cause de survenue pour appliquer une stratégie de prévention efficace. Les endroits chauds (radiateurs, canalisations d'eau chaude ou de chauffage central) seront tenus à distance des zones insensibles, notamment des jambes et des pieds sous peine de brûlures.

e. La surveillance infirmière :

Règles élémentaires de prévention de la stase intestinale (prévenir la stase, c'est aussi prévenir l'incontinence) :

- Alimentation adaptée, boisson abondante.
- Stimulation et mobilisation de l'intestin (changements de position ; activité : manipulation du fauteuil roulant, sport en fauteuil roulant, verticalisation ; massage et percussion du cadre colique).
- Présentation régulière aux WC ou chaise percée.
- Déclenchement adapté, le moins agressif possible.

Prévention des escarres :

Soulagement et changement des appuis :

- Assis : soulèvement fréquent ;
- Couché : changement de position (si impossibilité : essayer matelas d'eau ou gonflable).
- Ne jamais s'asseoir sur un siège dur, mais toujours sur un coussin (mousse, gel, gonflable...).
- Surveiller : regarder avec l'aide d'un miroir et palper chaque soir la peau, en particulier les zones fragiles.
- Hygiène : avoir toujours une peau sèche, propre, en particulier au niveau de la région périnéale.¹¹

2. La trachéotomie :

La période post-opératoire des malades porteurs d'une trachéotomie ou d'une trachéostomie est difficile, car elle entraîne de nombreuses perturbations des besoins essentiels à la vie (alimentation, respiration, communication).

La trachéotomie est une ouverture de la trachée au cou, pour mettre directement en communication ce conduit et l'extérieur, au moyen d'une canule.

Les besoins perturbés par la trachéotomie sont les suivants :

Respirer : la présence d'une trachéotomie entraîne des modifications de la respiration et augmente les risques d'infections locales et ou bronchiques. Tous les soins concernant la canule, les aspirations des sécrétions ainsi que la plaie opératoire nécessitent la plus grande asepsie. Le rôle de l'infirmier(ière) est d'éviter la formation de bouchon muqueux compromettant gravement la ventilation. La mise en place d'aérosols ou de brumisation permanente peut être nécessaire. L'entretien des bouches à aspirations, des appareils à aérosols, se fait quotidiennement pour éviter la prolifération des germes.

¹¹ Dr DESERT J-F., « Les lésions médullaires traumatiques et médicales », http://www.paratetra.apf.asso.fr/lesions_medullaires_informations/Articles/para_tetra_JFD_235-2s45.pdf

Boire et manger : en post-opératoire : l'alimentation se fait, selon les équipes, soit par voie entérale (sonde naso-gastrique ou gastrostomie), soit par voie parentérale (à l'aide d'un cathéter central ou d'une chambre implantable). Cette alimentation permet une bonne hydratation et un apport calorique. La voie parentérale sert de vecteur aux antalgiques et autres traitements selon les prescriptions médicales. L'alimentation par sonde ou par la trachéotomie altèrent lourdement l'intégrité physique avec d'autant plus d'intensité que ces malades ne peuvent s'exprimer oralement.

Communiquer : il faut expliquer toutes les étapes de soins et éviter les gestes brusques pouvant entraîner gêne ou douleur. La perte de la parole, qu'elle soit définitive ou provisoire entraîne un repli sur soi, un refus de recevoir des visites, voire de l'agressivité envers le personnel et l'entourage. L'information, en particulier celle de la famille avant l'intervention de cette conséquence post-opératoire, est indispensable. Le patient traverse les différentes phases liées au deuil. Le personnel soignant l'aide à accepter en lui proposant :

- Une réelle écoute, qui demande de prendre le temps de comprendre ce que veut dire le malade.
- Une mise en place de moyens palliatifs (ardoise effaçable, questions ouvertes/réponses fermées, ordinateur...).
- Une aide pour répondre au téléphone, communiquer avec les membres de sa famille.¹²

Les premiers outils pour aider à communiquer restent donc indéniablement le papier, le stylo et, par-dessus tout, l'aide humaine. Malgré toutes ses imperfections et ses vices de formes (disponibilité variable, compréhension limitée, subjectivité...) c'est l'humain qui apporte aujourd'hui encore les principaux outils de la communication alternative.

Si la personne ne peut désigner les objets mais peut signifier le OUI et le NON, on choisit alors un alphabet fonctionnel que le locuteur épellera, tandis que la personne non parlante signifiera « OUI » ou « NON » à chacune des propositions. Ainsi, lettre après lettre, mot après mot, l'échange s'instaure et le sens émerge. Cette technique demande notamment au locuteur une attention visuelle importante et un effort pour mémoriser ou noter les lettres validées par la personne non parlante. Il faut tout d'abord définir les signes du OUI et du NON. Il faut déterminer avec la personne non parlante le signe qu'elle effectuera pour valider les propositions de la personne parlante et celui qui permettra d'invalider. On sollicite souvent les mouvements de paupières, de sourcils. On peut aussi se servir de mouvements oculaires : lever les yeux au ciel pour dire OUI ou les fermer pour dire NON. Dans tous les cas, ces signes doivent être reproductibles sans fatigue et être bien clairs, ne pas prêter à interprétation.

On peut également utiliser des codes alphabétiques ou phonétiques. Les alphabets, du plus simple au plus élaboré, doivent absolument être affichés à proximité de la personne non parlante avec quelques indications sur la façon dont elle confirme ou infirme la lettre énoncée. On doit aussi placer à disposition des visiteurs un bloc de papier et un stylo, qui permettent de noter au fur et à mesure les lettres choisies par le patient.

- Le plus classique : l'alphabet linéaire, il consiste à épeler de manière « linéaire » l'alphabet classique en notant les lettres validées par la personne. Il ne nécessite aucun apprentissage particulier, il donne donc aux visiteurs occasionnels la possibilité d'échanger sans avoir à apprendre un code spécifique.

¹² HOERNI B., Nouveaux cahiers de l'infirmière n°19 Cancérologie et Hémopathies soins infirmiers, Masson, Paris, 2005, pp.134-135.

- Le code « EJASINT » (annexe n°1) : consiste à proposer le numéro de la ligne que la personne non parlante validera si la lettre souhaitée s’y trouve et ensuite d’énumérer les lettres de la ligne jusqu’à obtenir la lettre souhaitée.
- D’autres codes existent comme :
 - L’alphabet « ESARIN » (annexe n°2) : il est fondé sur l’ordre de fréquence d’apparition des lettres dans la langue française. C’est celui utilisé par Jean-Dominique Bauby pour l’écriture de son livre « Le Scaphandre et le Papillon ».
 - L’alphabet « voyelles-consonnes » linéaire (annexe n°3) : il consiste à séparer l’alphabet en deux groupes : voyelles (AEIOUY) et consonnes (BCDFGHKLM...) dans l’ordre alphabétique usuel. On propose « voyelle » ou « consonne », la personne non parlante valide la catégorie puis on énumère les lettres. On peut rendre ce code plus rapide en subdivisant les consonnes en trois autres groupes (cf. annexe n°3). Une autre extension du même principe « voyelles-consonnes en linéaire » consiste à diviser l’alphabet en sept groupes (cf. annexe n°3).

Hypothèse

Après le chapitre sur l'expérience, on peut voir que celle-ci permet une meilleure prise en charge d'un patient, mais également que les apports théoriques favorisent cela. On voit également que l'infirmier(ière) performant(e) dans un domaine précis fait les choses naturellement, donc ne montre pas de signes d'anxiété.

Un(e) infirmier(ière) référent(e) communication diminue l'anxiété des jeunes diplômés.

Analyse

J'ai effectué mes entretiens (annexe n°4) dans un centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation de la Côte d'Opale comprenant 200 lits de moyen séjour. D'après le thème de mon travail de fin d'études, j'ai décidé avec l'accord de la cadre et de l'établissement, d'effectuer mes entretiens dans le service où était hospitalisé Jean Dominique Bauby, et j'ai obtenu l'accord de six infirmiers(ières) pour les interviewer. Les 8 premières questions servent à valider ou non mon hypothèse et la 9^{ème} sert à mettre en place mon projet d'action. Il faut également noter, que le choix de faire des entretiens, s'est fait pour obtenir le ressenti des personnes interviewés plutôt que l'aspect quantitatif qu'aurait pu m'apporter des questionnaires comportant questions plus ou moins fermées.

I. L'analyse descriptive :

Je me suis entretenu avec des infirmiers(ières) qui étaient diplômés depuis un an à dix-sept ans. Une infirmière était diplômée depuis trois ans, mais avait travaillé dans le service durant six ans en tant qu'aide soignante, cela lui faisait donc une ancienneté de douze ans au sein du service. C'était une personne ressource au sein du service.

Certains infirmiers(ières) avaient tout de suite intégré l'équipe soignante dès l'obtention du diplôme, ce qui me donnait un échantillon de personne étant dans le service depuis un an à douze ans.

J'ai obtenu à la réponse n°3 de mon questionnaire, quatre réponses « oui », une réponse « non » et une réponse « plus ou moins cela dépend de ce que vous entendez par difficultés ». De là, j'ai précisé ma question en demandant quels types de problèmes ces personnes avaient rencontrés. Les problèmes soulevés étaient : la prise en charge d'un service réputé lourd, un trop grand nombre de patients dits lourds la nuit, la communication qui est quasiment que non verbale, la gestion des familles seul, savoir remettre en application tout ce qui a été appris durant la formation, la prise en charge administrative qui est longue et complexe, le fait de se retrouver responsable d'un service n'est pas toujours évident en tant que jeune diplômé. Cette question servait à faire ressortir les différents problèmes que l'on peut rencontrer et bien sur faire ressortir le problème de la communication.

A la question n°4, je n'ai pas eu de véritable réponse par oui ou par non, ils peuvent recevoir du soutien psychologique, des conseils, des encouragements par la psychologue et la cadre du service, mais une aide concrète n'existe pas.

A la question n°5, la réponse était unanime : « il faut bien commencer un jour » et j'ai également eu : « il faut d'abord accepter d'être apprenti avant d'être maître, mais c'est sûr qu'avec de l'expérience ça va mieux, c'est sûr ». Cette question était destinée à faire ressortir le rôle de l'expérience.

A la question n°6, la réponse était également unanime et était « oui » avec toujours un « mais » juste après. Ce qui suivait le « mais » me disait que : « les cours ne sont pas du tout en lien avec la réalité de terrain », « que l'on enseigne pas les différents procédés pour communiquer non verbalement », « il n'y a pas mieux que l'expérience sur le terrain pour apprendre que de lire des bouquins ».

A la question n°7, j'ai eu un « non » unanime, j'ai donc reformuler ma question : « pensez-vous que la connaissance de la communication non verbale est primordiale dans toute prise en charge dans ce service ? ». La réponse ainsi obtenue était « oui car il n'y a pas d'autres formes de communication ».

A la question n°8, j'ai cinq réponses « oui » avec trois « c'est une très bonne idée » et deux « pourquoi pas ». J'ai également eu une réponse « non, je ne vois pas en quoi cela pourrait aider dans la prise en charge ».

A la question n°9, la première proposition que j'ai eu était : « il faudrait déjà réactualiser le classeur déjà présent dans le service, car je pense qu'il n'est plus vraiment au goût du jour... , il faudrait mettre en place des réunions d'actualisation des connaissances... ». On m'a également répondu : « pourquoi ne pas mettre en place effectivement un référent communication qui pourrait faire une formation, s'occuperait de réactualiser le classeur, il pourrait être l'investigateur de mises en situation ».

II. L'analyse interprétative :

Durant mes entretiens, j'ai eu des réponses qui se ressemblaient énormément, ce qui prouve donc que l'équipe est sur la même longueur d'onde, qu'ils sont disponibles et très à l'écoute, en effet pour certains membres j'ai effectué les entretiens sur leur poste et pour d'autres, ils ont du venir juste pour cela.

Avec les réponses de la question n°3, on peut voir que dans l'ensemble, que ce soit jeune diplômé et /ou jeune arrivant dans le service, ils rencontrent des difficultés de prise en charge. En effet, outre la surcharge de travail qui est inhérent au travail d'infirmier, on voit que le fait de sortir des études, où l'on est encore bien encadré, n'amène pas la facilité de travail dont font preuve les infirmières « anciennes ». En effet, tout le travail administratif n'est pas forcément appris durant les études et du jour au lendemain, nous devons savoir gérer cela au mieux et rapidement. Cela engendre une anxiété de la part de ces jeunes infirmiers, la peur de mal faire, de ne pas faire cela dans les règles, de ne pas le faire dans les temps... Avec la question n°4, on voit qu'il n'y a pas véritablement d'aide matériel, mais plus une aide psychologique qui est amené par des personnes supérieures hiérarchiquement et qui donc ont plus d'expérience. On peut en conclure qu'une vraie aide humaine, qui pourrait amener un support matériel, et qui serait donc une personne ressource, pourrait aider les jeunes infirmiers du service dans les prises en charge. Le fait que ce soit un(e) infirmier(ière) rendrait cette personne ressource plus accessible. Avec la question n°5, on voit que l'expérience est indispensable pour toute prise en charge. Ce qui veut dire que lorsque l'on arrive en tant que jeune diplômé, le fait de ressentir de l'anxiété est plutôt normal vu le manque d'expérience, mais il faut bien sûr accepter d'apprendre et donc demander de l'aide auprès des personnes compétentes. La question n°6 nous conforte dans l'idée que l'on continue d'apprendre même après les études et donc qu'il nous faut toujours un « maître », une personne ressource pour apprendre. La réponse la plus fréquente obtenue à la question n°3 était la communication comme problème de prise en charge, si on lie cette réponse avec celles de la question n°7, on voit que la communication est primordiale, qu'elle soit verbale ou non verbale d'autant plus que dans ce service elle est essentiellement non verbale avec les patients et verbale avec l'équipe soignante et les familles. Les réponses à la question n°8 me confortent dans l'idée que la mise en place d'une personne ressource serait déjà bien accueillie par la majorité de l'équipe et que cela pourrait aider dans les différentes prises en charge.

Après cette analyse, nous pouvons donc voir que mon hypothèse qui est : « Un(e) infirmier(ière) référent(e) communication diminue l'anxiété des jeunes diplômés » est donc validée. Le projet d'action va donc consister à mettre en place un outil pédagogique qui sera réactualisé le plus souvent possible par une personne ressource, un référent.

Projet d'action

Le projet d'action consiste à mettre en place un outil réalisable concrètement qui répond à l'attente d'un service, d'une situation, facilement applicable par un service.

Mon projet d'action a pour objectif principal d'améliorer la prise en charge d'un patient en situation de communication non verbale. Avec comme objectifs intermédiaires que les soignants échangent sur différentes méthodes de communication non verbale mais également qu'ils se remettent en question sur leur propre méthode et qu'il y ait moins d'appréhension (d'anxiété) de la part des étudiants et jeunes diplômés. Le moyen qui est mis en place est un classeur qui sera réactualisé et qui reprendra le concept de la communication dans toutes ses dimensions, il sera géré par l'infirmier(ière) référent(e) et également réactualisé par celui-ci. Il pourrait également permettre, grâce à son contenu, la mise en place de situations d'entraînements qui permettraient de mettre en évidence les points forts et points faibles de chaque soignant et ainsi les corriger.

Le moyen d'évaluation de ce projet d'action serait un questionnaire ou un entretien avec la personne référente afin de connaître la fréquence d'utilisation du classeur, la fréquence des réunions, mais également obtenir le ressenti des soignants sur le support.

Conclusion

Au terme de ce travail, qui m'a demandé beaucoup de temps, de volonté et d'abnégation, il m'est difficile de savoir si mon projet d'action est pertinent. Le manque de recul sur ce travail m'empêche d'être totalement satisfait de cette proposition, mais pour le moment je ne vois pas ce qui pourrait mieux diminuer l'anxiété des jeunes diplômés.

Par contre, grâce à mes entretiens, je peux répondre à la question de départ qui était : « L'anxiété du jeune diplômé dans une situation de communication non verbale ne serait-il pas dû à un manque d'expérience ? ». La réponse est donc oui, car en effet les jeunes diplômés que j'ai interviewé m'ont dit que dès leur arrivée dans le service, ils étaient confrontés à ces situations et ne sachant pas répondre se sentaient mal, se disant qu'ils ne prenaient pas bien en charge le patient et donc une légère anxiété était présente chaque jour.

Mon cadre conceptuel m'a beaucoup aidé lors de reformulations de questions. Il m'a servi de « fil rouge », afin de ne pas se disperser lors des entretiens et de toujours bien recadrer les réponses sur l'expérience professionnelle, l'anxiété ou encore la communication.

L'anxiété est un problème, pour le jeune diplômé, difficile à surmonter seul. Et dans ma promotion, lorsque je demande à mes collègues s'ils se sentent prêts à travailler dans 6 mois, la réponse est souvent non, une sorte d'angoisse est présente quant à l'avenir dans un service. Je me demande si nous sommes effectivement bien préparé à gérer « seul » un service du jour au lendemain.

Bibliographie

BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE F., *Communication soignant soigné repères et pratiques*, Bréal.

AMAR B., GUEGUEN J-P., *Nouveaux cahiers de l'infirmière n°2 soins infirmiers concepts et théories démarche de soins*, Masson, Paris, 2005.

HOERNI B., KANTOR G., MORTUREUX A., *Nouveaux cahiers de l'infirmière n°19 Cancérologie et Hémopathies soins infirmiers*, Masson, Paris, 2005.

Le Petit Larousse 2003

Le Larousse Médical

WINCKLER, Martin – Qu'est ce que la communication non verbale? – http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=461

DESERT, Jean-François – Les lésions médullaires traumatiques et médicales. – http://www.paratetra.apf.asso.fr/lesions_medullaires_informations/Articles/para_tetra_JFD_235-245.pdf

BOCQUEL, Valérie – communiquer efficacement – <http://ac-versailles.fr/CERPEG/ressdiscipl/comarga/fiches/comefficace.htm>

<http://fr.wikipedia.org>

www.google.fr

Annexe n°1

Le code « EJASINT » :

Code "EJASINT" conseillé par ALIS

<i>1</i>	<i>E</i>	<i>A</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>V</i>
<i>2</i>	<i>J</i>	<i>I</i>	<i>L</i>	<i>P</i>	<i>H</i>	<i>W</i>
<i>3</i>	<i>S</i>	<i>U</i>	<i>D</i>	<i>G</i>	<i>K</i>	
<i>4</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>B</i>	<i>Z</i>		
<i>5</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	<i>X</i>			
<i>6</i>	<i>Q</i>	<i>Y</i>				

Annexe n°2

L'alphabet « ESARIN » :

ESARINTULOMDPCEFBVHGJQZYXKW

Annexe n°3

L'alphabet voyelles-consonnes linéaire :

V1	A E I
V2	O U Y
C1	B C D F
C2	G H J K
C3	L M N P
C4	Q R S T
C5	V W X Z

Consonnes 1	B C D F G H
Consonnes 2	J K L M N P Q
Consonnes 3	R S T V W X Z

Annexe n°4

1. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce genre de service ?
3. Avez-vous eu, à votre arrivée, des difficultés de prise en charge ?
4. Avez-vous trouvé des solutions au sein de l'équipe soignante ?
5. Pensez-vous qu'avec de l'expérience, vous n'auriez pas eu ce genre de problèmes ?
6. Avez-vous eu des cours sur la communication non verbale pendant votre apprentissage ?
7. Pensez-vous que la connaissance de la communication non verbale est primordiale pour toute prise en charge ?
8. Pensez-vous que la mise en place d'un référent communication, aiderait à surmonter les problèmes de prise en charge ?
9. Comment le mettriez-vous en place ?