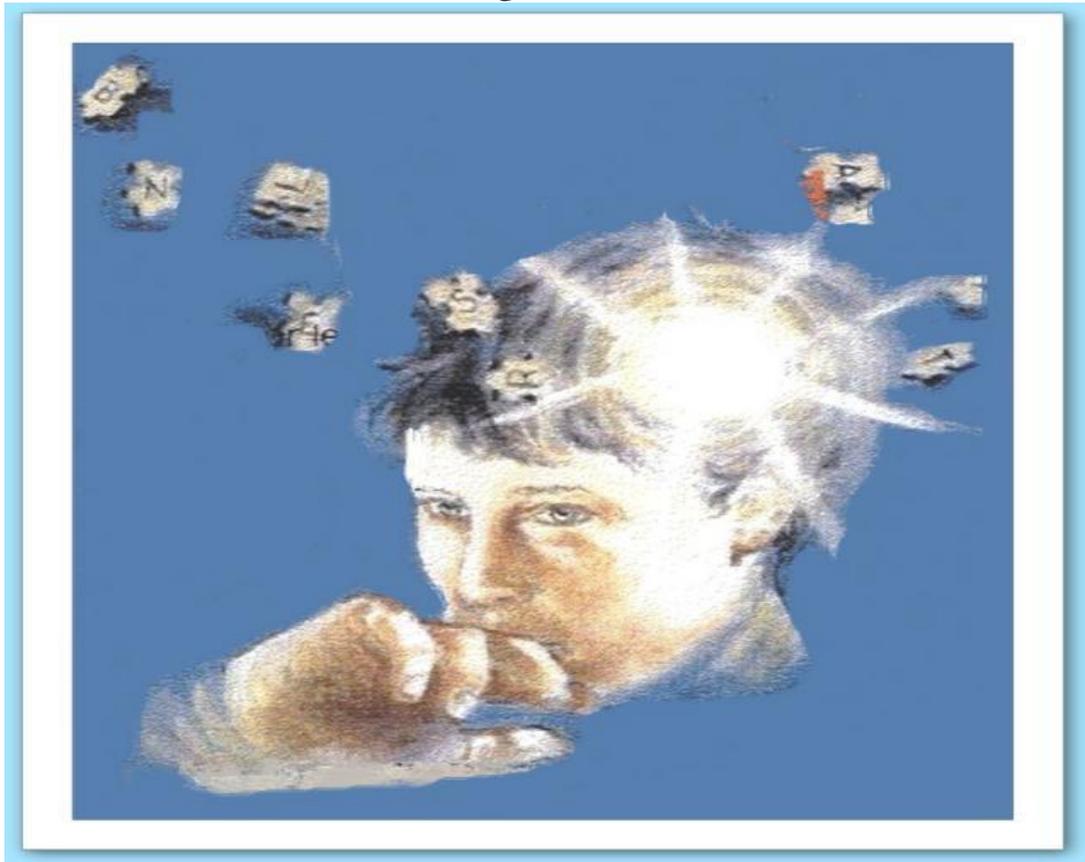


KESSOURI Adel

Travail de fin d'études



L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca

*Diplôme d'état d'Infirmier
Sous la direction de Mme BELLEVILLE
I.F.S.I. Rockefeller
Promotion 2006-2009*

*« La chose la plus importante en communication,
c'est d'entendre ce qui n'est pas dit »*

Peter Drucker¹

¹ Un des grands théoriciens américains des organisations modernes et de leur management, professeur et consultant spécialisé en stratégie et politique des entreprises et des organisations à but non lucratif.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame BELLEVILLE, ma référente de mémoire pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie également tous les formateurs pour les connaissances qu'ils m'ont transmises ainsi que les équipes soignantes qui m'ont encadré lors de mes stages.

Sans oublier tous les infirmier(e)s qui ont accepté sans hésitation de répondre à mes entretiens.

Merci aussi à Myriam pour m'avoir supporté et soutenu lors de la réalisation de mon mémoire et pour la journée mémorable du 11 avril 2009...

SOMMAIRE:

INTRODUCTION	1
--------------------	---

1ERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE

1. L'aphasie de Broca

1.1 Définitions-Physiologie	3
1.2 Causes – Signes associés	4
1.3 Psychologie du patient aphasique	5

2. L'infirmier et la communication

2.1 Généralités	7
2.2 La communication verbale	8
2.3 La communication non verbale	9
2.3.1 Le regard	10
2.3.2 Le faciès	11
2.3.3 Kinésie et proxémie	11
2.3.4 Le toucher	12
2.3.5 Les émotions	12

3. La relation soignant-soigné

3.1 Le patient aphasique : un être blessé	13
3.2 L'infirmier : un soignant communicant	14
3.3 La distance relationnelle	15
3.4 La relation soignant-soigné par la communication	16

4. Le soin d'hygiène corporelle et de propreté

4.1 Définition	18
4.2 La relation pendant la toilette	19
4.3 La complexité de la toilette chez l'aphasique	21

2EME PARTIE : L' ENQUETE

<u>1. Méthodologie du recueil de données</u>	
1.1 Présentation de la population interrogée	23
1.2 Choix des lieux d'investigation.....	24
1.3 Réalisation des entretiens	25
<u>2. Introduction à l'analyse des données</u>	
2.1 La méthode	26
2.2 Limites au travail de recherche.....	26
<u>3. Analyse descriptive et compréhensive des entretiens</u>	
3.1 L'aphasie de Broca	27
3.2 La Communication	29
3.3 La relation soignant-soigné	33
3.4 Le soin d'hygiène	36
<u>4. Synthèse.....</u>	40
CONCLUSION	42

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES	Annexe 1 Pyramide de MASLOW.....I
	Annexe 2 Témoignage « La nuit ».....II
	Annexe 3 Conseils de communication.....III
	Annexe 4 Courrier-autorisation entretien.....IV
	Annexe 5 Questionnaire d'enquête.....V
	Annexe 6 Tableau des réponses.....VI

INTRODUCTION

Il y'a quelques années, j'étais opticien. Mon métier consistait à adopter le meilleur argumentaire pour concrétiser les besoins du **client** par une vente. Depuis, j'ai intégré l'école d'infirmier, et j'ai su réadapter mon argumentation lors de mes stages dans le but, cette fois, de cerner au maximum les besoins du **patient**.

Ainsi, j'ai constaté que la communication jouait un rôle essentiel dans la relation avec le malade, aussi bien pendant qu'en dehors des soins.

Même si, dans le programme de la formation, il n'y a pas de module au sens strict sur la communication, on nous souligne régulièrement son importance dans les modules transversaux.

Cette communication axée sur le patient m'est apparue alors comme un principe de base sur le métier d'infirmier, et c'est sans doute une des raisons de ma réorientation professionnelle.

Mon questionnement fut des plus grands un jour, où je fus confronté pendant mon stage de médecine, à un patient atteint d'aphasie de Broca. En effet, n'ayant jamais croisé ce type de pathologie entraînant la privation du langage, je fus embarrassé pendant le soin d'hygiène par le silence régnant dans la chambre. La toilette que j'avais l'habitude d'effectuer dans un contexte relationnel devint un simple « lavage de corps ». L'agacement et la frustration du patient ajoutèrent à ma gêne un sentiment d'impuissance face à ce patient qui avait sûrement des propos à me dire mais que je n'arrivais, en vain, à déchiffrer.

Avec du recul, je me suis demandé si mes frustrations et celle du patient pouvaient être amoindries par un autre type de communication ? D'ailleurs, la perte du langage verbal du patient induit-il chez l'infirmier une réaction de mimétisme ?

Et même, en quoi cette incapacité verbale est elle un frein lors du soin d'hygiène ? Bref, n'oublions pas le retentissement psychologique d'un patient qui a perdu sa capacité langagière : quel est le rôle de l'infirmier face à cette détresse ? Peut-il adapter une relation d'aide ? Et comment gérer cette situation de soin où le patient se renferme et rompt tout contact ?

En somme ma question de recherche découle de ces interrogations : je me suis demandé, **quelles approches communicatives l'infirmier peut-il mettre en place, pendant la toilette, pour entrer en relation avec un patient atteint d'aphasie de Broca ?**

Pour aborder ce projet, j'ai voulu au départ me guider par rapport aux travaux de mes anciens confrères, or j'ai remarqué que beaucoup de mémoires s'intéressaient à la communication mais très peu en relation avec l'aphasie. La corrélation communication-aphasie est-elle difficile à aborder ? Ou bien est-elle plutôt du ressort de l'orthophoniste (c'est en effet dans la filière orthophonie, qu'on retrouve des travaux sur l'aphasie et la communication).

Ainsi, pour mener à bien mon travail, je développerais en premier lieu le concept de l'aphasie avec ses répercussions psychologiques, puis les concepts fondamentaux que sont la communication et la relation soignant-soigné en lien avec mon cadre contextuel, enfin, je synthétiserais tous ces concepts dans la situation de soins que représente la toilette infirmière.

En deuxième partie, j'exposerais en détail les tenants et les aboutissants de mon enquête réalisée sur le terrain, puis, je confronterais les résultats de l'enquête avec mes concepts pour en faire une analyse critique afin d'alimenter la réflexion autour de mon sujet et déboucher sur une synthèse.

Enfin, je terminerai mon travail par une conclusion qui se veut ouverte.

Je vais donc à présent développer les concepts énoncés en débutant par celui de l'aphasie de Broca...

PREMIERE PARTIE:

LE CADRE THEORIQUE

1. L'aphasie de Broca

1.1 Définitions-Physiologie

Littéralement ce mot vient du grec : « a » privatif et « phasis », la parole. Le terme « aphasie » a été créé en 1864 par le Médecin Armand TROUSSEAU qui l'a défini comme une impossibilité de traduire la pensée par des mots malgré l'intégrité fonctionnelle de la langue et du larynx .

D'après le Dictionnaire des termes techniques de médecine², l'aphasie de Broca est caractérisée essentiellement par la perte de l'expression motrice du langage .

L'orthophoniste Philippe VAN EECKHOUT ajoute que cette « *aphasie est un trouble du langage et de l'articulation et que la compréhension est relativement préservée. L'aire atteinte est celle de Broca, dans l'hémisphère gauche, située sur une partie de la région frontale.* »³.

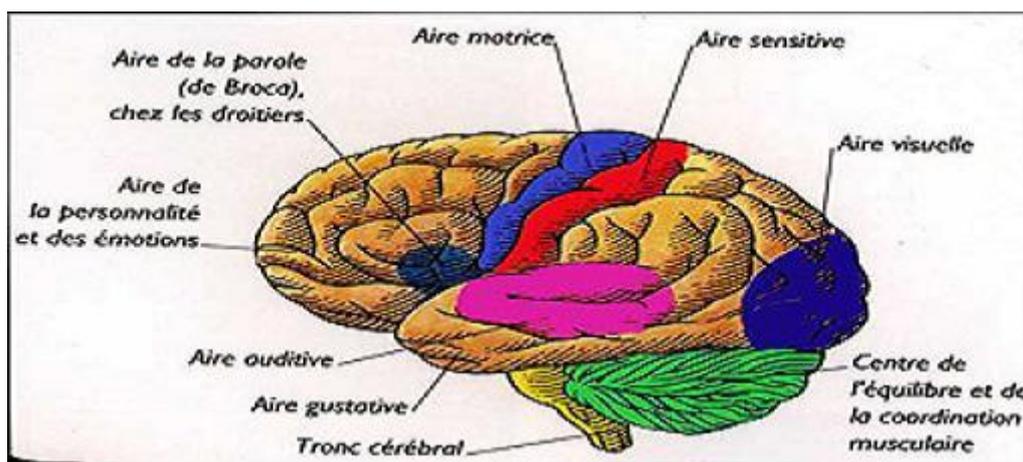


Schéma des aires du cerveau⁴

L'aphasie de Broca est donc une réduction quasi complète du langage liée à une atteinte cérébrale : la personne ne peut plus dire ce qu'elle pense et ne peut plus utiliser de langage. Elle dispose, malgré tout, de toutes ses capacités intellectuelles.

Le cerveau est composé de deux hémisphères, c'est celui de gauche qui est touché dans l'aphasie de Broca, la région du cerveau près de la tempe en question est

² GARNIER , *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 2^e édition 1978 Ed. MALOINE , p.95.

³ P. VAN EECKHOUT, *Entretiens avec Mona OZOUF, Le langage blessé*, Albin MICHEL, p.48.

Philippe VAN EECKHOUT est attaché d'orthophonie à la fédération française de neurologie et fondateur du groupe des aphasiques d'Ile-de-France.

⁴ S.HUGUET, P.HODDE, Cours 3^e année IFSI ROCKEFELLER , Module Neurologie, Promo 2006-2009.

dénommée aire de Broca : elle porte le nom du neurologue français Paul BROCA qui la découvrit en 1861.

Dans son livre intitulé « *le Moi peau* », le célèbre psychanalyste français Didier ANZIEU décrit bien cette zone de « *l'appareil du langage qui se révèle à nous comme une partie continue du cortex dans l'hémisphère gauche, entre les terminaisons corticales des nerfs acoustiques et optiques et celle des faisceaux moteurs du langage et du bras* »⁵.

En outre, cette absence de langage peut être totale ou partielle : quelques mots peuvent sortir mais dépourvus de sens. La personne comprend les paroles des autres sans être désorientée, elle est totalement lucide et consciente .

En fait, il se produit souvent le phénomène du « *manque de mot* » décrit par Xavier SERON⁶. Souvent, la personne n'arrive pas à trouver le mot, elle démissionne et laisse sa phrase inachevée. Il ne s'agit pas d'un trouble de la mémoire comme tel, mais d'une difficulté à trouver le bon mot au bon moment, que ce soit oralement ou par écrit. Tentons de connaître, maintenant, les étiologies d'un tel syndrome.

1.2 Causes - Signes associés

La cause la plus fréquente d'aphasie de Broca est l'accident vasculaire cérébral appelé dans le langage courant « *attaque cérébrale* », qui peut être de nature ischémique, c'est l'infarctus cérébral : 80% des cas (occlusion provoquant un arrêt de l'irrigation cérébrale) ou hémorragique : 20% des cas (rupture d'une artère)⁷ .

En fait les lésions entraînées par un accident vasculaire cérébral sont hémisphériques : elles touchent un côté du cerveau et engendrent des conséquences du côté opposé du corps. Ainsi un infarctus cérébral du côté gauche du cerveau entraîne une hémiparésie à droite.

En fonction de l'hémisphère atteint, il existe des manifestations spécifiques :

⁵ Didier ANZIEU, *Le moi peau*, Edition DUNOD, 1985, p.71.

⁶ Xavier SERON, *Trouble du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, p.664.

Xavier SERON est docteur en psychologie et professeur à la faculté de psychologie de l'Université catholique de Louvain. Il est également co-directeur du centre de rééducation neuropsychologique à la clinique Saint Luc de Bruxelles.

⁷ S. HUGUET, P. HODDE, Cours 3^e année IFSI ROCKEFELLER, Module neurologie, Promo 2006-2009.

- hémisphère gauche : troubles du langage, de l'écriture, problème d'orientation droite gauche ;
- hémisphère droit : négligence de l'hémicorps atteint, difficulté de concentration.

Les autres étiologies sont :

- les traumatismes crâniens, entraînant des contusions ou hématome
- les tumeurs cérébrales : méningiomes bénins ou métastases cérébrales
- les maladies dégénératives : maladie d'Alzheimer
- les maladies infectieuses (encéphalites) ou inflammatoires.

Les aires corticales du langage peuvent être directement lésées ou désactivées en fonction de lésions corticales ou sous corticales qui entraînent une destruction neuronale. C'est pourquoi l'orthophoniste VAN ECKHOUT rapporte que « *la récupération est le plus souvent fonction de la plasticité cérébrale* »⁸.

Ce dysfonctionnement langagier entraîne des répercussions psychologiques particulières qui doivent être prise en compte pour la prise en charge infirmière.

Attardons nous maintenant à ce démantèlement psychique spécifique .

1.3 Psychologie du patient aphasique

Pour bien comprendre le processus psychologique vécu par un patient atteint d'aphasie, il faut introduire la notion de perte. En effet, il va se produire le phénomène de l'adaptation à cette perte, accompagné de l'affliction et du deuil.

Jean WATSON⁹ a identifié dans cette perte, trois phases successives :

- 1-La phase de choc et d'incrédulité ou de déni
- 2-La phase de prise de conscience progressive de la perte, qui s'accompagne de tristesse, de douleur, de perte d'espoir et de pleurs
- 3-La phase de restitution, avec des rituels et un travail intra psychique en vue de s'adapter au vide douloureux.¹⁰

⁸ Philippe VAN ECKHOUT, op. cit., p. 56.

⁹ Jean WATSON est professeur émérite en Sciences infirmières et ancienne présidente de la ligue nationale des soins infirmiers. Elle est connue pour le concept de soin infirmier « Le caring ».

¹⁰ Jean WATSON, *Le Caring*, , Edition Seli Arslam, p.276.

Cette non-conscience totale ou partielle de ses propres difficultés se nomme l'anosognosie. Elle conduit à une accentuation des troubles du comportement chez le patient. Il n'a pas conscience de ses difficultés et ne fait rien pour se corriger.

Cette phase de courte durée liée à la perte du langage précède un état de dysphorie selon l'orthophoniste J. PONZIO¹¹ : « *elle commence quand l'aphasique commence à se rendre compte de la gravité de son état, et peut entraîner un abattement profond, un découragement et une grande anxiété par peur de refaire un accident et de voir son trouble empirer* ».

Par ailleurs, la conscience des troubles rend cette aphasie de Broca très difficile à vivre par le patient. La perte de l'outil principal de communication éveille chez lui de nombreux sentiments dont il faudra tenir compte pour l'aider : découragement, frustration, explosion de colère, sensation d'être rejeté, incompris. Dans l'aphasie de Broca, la phase de démutisation, primordiale nécessite de s'adresser énormément au patient afin de créer chez lui une excitation verbale qui l'amènera à émettre ses premiers sons, à prononcer son premier mot après son A.V.C.¹².

Pour vraiment comprendre ce que vit la personne, il suffit de s'imaginer dans un pays étranger où vous ne pouvez pas vous exprimer dans la langue locale. Il en ressort un certain stress de ne pouvoir être compris. Qui n'a jamais connu l'angoisse du « trou », le manque du mot ? L'émotion, l'angoisse peuvent accroître le trouble¹³. Le risque pour le patient est de se renfermer sur lui-même dès le départ, La psychologue clinicienne Colette DURIEU¹⁴ va même plus loin en énonçant que « *la tentation est grande alors de rentrer dans sa coquille ou de se renfrogner dans un coin* »¹⁵.

Ainsi, ce repli sur soi, particulier à l'aphasique de Broca peut être néfaste pour sa prise en charge ; nous pouvons donc nous questionner sur le rôle de l'infirmier dans l'adaptation de sa communication.

¹¹ Jacques PONZIO et al., *L'aphasique*, Ed. MALOINE, p.47/48.

¹² Alain RAME, *L'aphasie*, L'AIDE SOIGNANTE n°86, Avril 2007, p.20/21.

¹³ Robert et Sophie MOULIAS, *Le handicap verbal : un handicap à part ?*, GERONTOLOGIE n°147, 3^e trimestre 2008, p.26.

¹⁴ Colette DURIEU est Docteur en psychologie de l'université de Paris, elle s'est penchée depuis douze ans sur la rééducation des hémiplégiques aphasiques.

¹⁵ Colette DURIEU, *Rééducation des aphasiques*, Charles Dessert Editeur, p.33.

2. La communication

2.1 Généralités

Du latin *communicare*, (*être en relation avec*), la communication est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un, ou s'il y'a échange de mettre en commun (ex : le dialogue)¹⁶.

Au sens le plus simple, la communication représente le fait de faire transmettre un message et en recevoir un retour (rétroaction ou *feed-back*) ; elle repose sur un ensemble de comportements, de mots, d'attitudes¹⁷.

C'est un besoin fondamental voir vital dans le règne humain et animal ; elle fait partie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson élaborés en 1947. Le patient qui refuse de communiquer, communique en fait son refus de communiquer aux autres¹⁸.

Présentons ici le schéma de SHANON qui représente la communication :

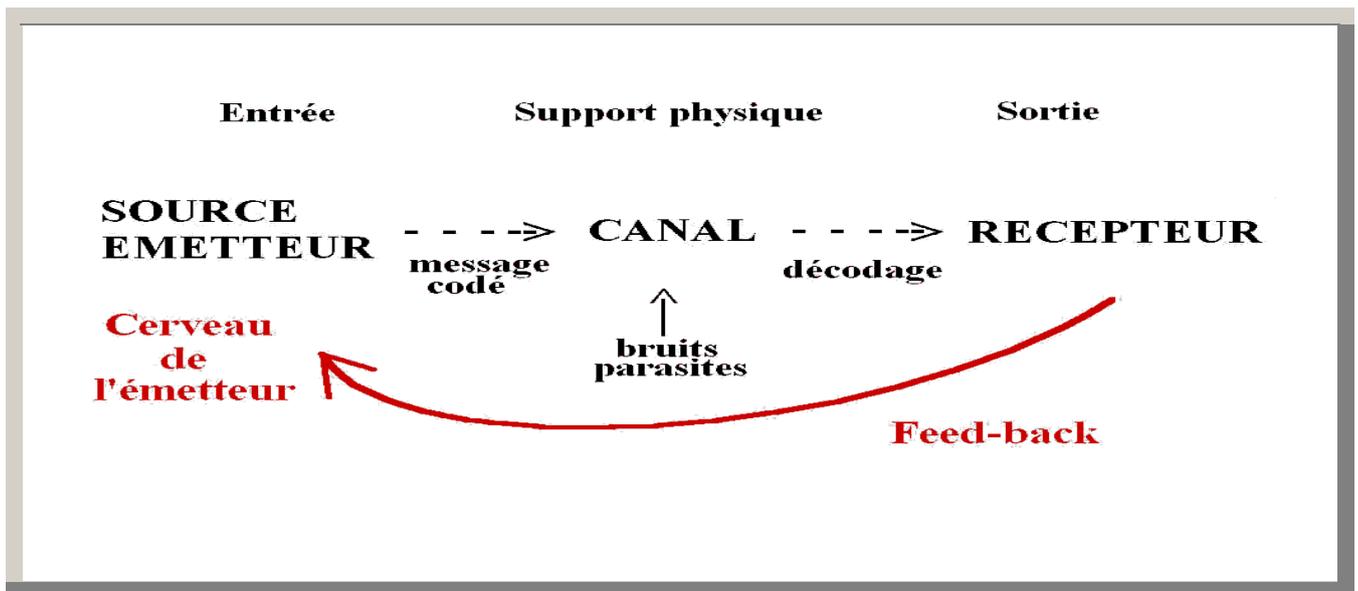


Schéma de SHANNON¹⁹

La communication consiste en la transmission d'un message depuis un émetteur jusqu'à un récepteur par l'intermédiaire d'un canal. Ce message doit pouvoir être codé pour pouvoir avoir un impact. Ce décodage peut être aussi bien verbal que non verbal ; les deux étant étroitement imbriqués.

¹⁶ Définitions : *La communication*, [15 décembre 2008] disponible sur <http://www.toupie.org/>.

¹⁷ A.JOLLIVET.G LLORCA *La communication*, Cours infirmiers2006, 1^e année Rockefeller .

¹⁸ B.MONHARDT P.PAPILLON, *Les soignants et la communication*, Ed. LAMARRE 1996 p.13.

¹⁹ Concept fondamental, *La communication* [30 janvier 2009] disponible sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

Enfin, des parasites peuvent empêcher la bonne réception du message en sachant que la personnalité et l'histoire de la personne influencent également la communication.

D'ailleurs, dans le nouveau programme infirmier 2009, la communication est l'objet même d'un module : la compétence n°6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin ».

Il est donc important d'entretenir une communication quelle qu'elle soit avec un aphasique. La difficulté est de savoir quelle communication il faut utiliser avec des patients aphasiques sachant qu'ils n'ont pas d'atteinte auditive mais sont incapables de s'exprimer.

2.2 La communication verbale

Comme nous l'avons vu précédemment dans le schéma de Shannon, la communication notamment verbale nécessite un retour : le feed-back ; or elle est absente chez l'aphasique de broca. Cette absence de feed-back peut rendre le patient inaccessible et le soignant peut entrer alors dans une sorte de mutisme, ce qui bloque toute communication.

Comment les malades en question vivent ils cette communication brisée ?

Ainsi Mr BAUBY²⁰ reconnaît que « [...] *l'humanité hospitalière se divise en deux. Il y a la majorité qui ne franchira pas le seuil sans piger mes SOS, et les autres, les moins consciencieux, qui s'éclipsent en feignant de ne pas voir mes signaux de détresse [...] cette incommunicabilité pèse un peu* »²¹.

Vincent HUMBERT²² observe également : « *Quand je les entendais entrer dans ma chambre et dire « Bonjour Vincent », je savais bien qu'ils ne prenaient pas la peine de regarder ma main pour voir si j'avais quelque chose à leur dire* ». ²³

En outre, certains auteurs évoquent aussi l'autre l'effet de leur silence sur les soignants comme J.D. BAUBY écrivant : « *Je me demande souvent quel effet ont ces dialogues à sens unique sur mes interlocuteurs. Moi, ils me bouleversent.* »²⁴ .

²⁰ Jean Dominique BAUBY, fut rédacteur en chef du magazine *Elle*; il fut victime à 42 ans d'un AVC qui l'affecta du locked in syndrome il ne communique alors qu'avec le mouvement de sa paupière.

²¹ J.D. BAUBY , *Le scaphandre et le papillon*, POCKET, Saint Amand Avril 1998, pp.45-46.

²² Vincent HUMBERT était un jeune homme devenu tétraplégique, muet et aveugle après un accident de la route, mais gardant toute sa lucidité. Il fut victime d'euthanasie trois ans après par sa mère.

²³ V.HUMBERT, *Je vous demande le droit de mourir*, LAFON, Janvier 2004, p.71.

Bien entendu, le silence peut faire des fois partie intégrante de la communication, il apparaît alors indispensable et lourd de sens.

Au contraire, face à ce silence, d'autres vont combler le vide par une multitude d'informations sans qu'il y ait de réels échanges.

Or MOULIAS²⁵ explique bien dans son article qu'il est nécessaire de préserver malgré tout, cette communication verbale pour ne pas s'habituer à cette absence de communication néfaste. Il est de notre devoir d'informer, de prévenir et d'expliquer nos soins. L'absence de réponse verbale ne signifie donc pas que les messages ne sont pas reçus !

Parler est avant tout un soin, qui nécessite un savoir être et un savoir faire.

Bien sûr, nous ne parlons pas avec un aphasique de Broca comme avec toute autre personne ; quelques règles doivent être respectées ; ainsi la cadre de santé en neurologie Laurence MOUZAT²⁶ publie dans un magazine « *il faut s'exprimer calmement sans élever la voix (l'aphasique n'est pas sourd), utiliser des phrases courtes, simples et ne pas infantiliser le patient* ».

Aussi, il est important de se tenir devant lui afin d'être vu et entendu , l'appeler par son nom, le situer dans le temps et l'espace et ne pas hésiter à répéter et à reformuler les questions fermées (réponses par oui ou non).

La communication verbale s'accompagne automatiquement de l'autre versant de la communication : le non verbale. Qu'en est il ?

2.3 La communication non verbale :

Des chercheurs ont établis qu'entre 75% et 95% de la communication est non verbale (selon EGAD en 1986) mais également que 93% des affects seraient transmis aux moyens de signaux non verbaux (MEHRABIAN, 1968). C'est pourquoi comme le constate Xavier SERON, « *la prise en compte de la communication non verbale joue un rôle primordial pour l'équilibre psychoaffectif du patient [...] et devrait faciliter la ré-acquisition des habiletés linguistiques* »²⁷.

Passons maintenant aux fondements de la communication non verbale.

²⁴ J.D. BAUBY, op. cit. , p.47.

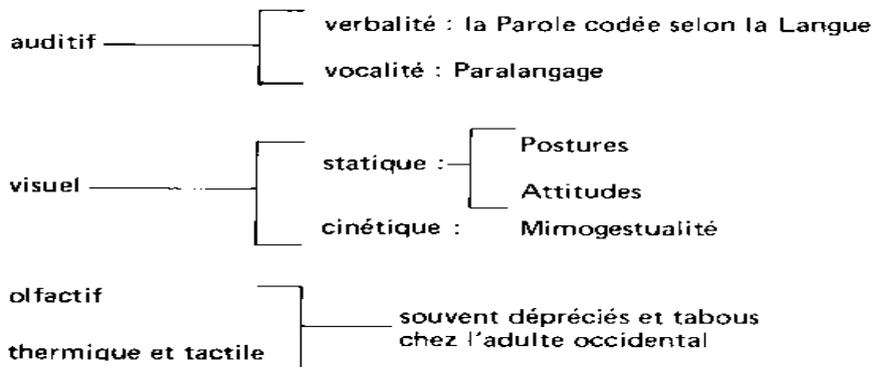
²⁵ R. et S. MOULIAS, op. cit, p.27.

²⁶ Laurence MOUZAT, *Les troubles du langage*, L' AIDE SOIGNANTE n°78, Juin 2006, p.19.

²⁷ Xavier SERON, *Aphasie et neuropsychologie* , Pierre MARGADA éditeur , 1979, p.168.

La communication non verbale passe aussi bien chez l'homme que l'animal par plusieurs canaux : J. COSNIER²⁸, Professeur de Psychophysiologie à Lyon l'a ainsi schématisée de la façon suivante :

La communication humaine totale utilise ainsi un ensemble d'éléments verbaux et non verbaux passant par différents canaux :



La communication non verbale ne passe donc pas par la parole mais par les sens suivants : la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher. Développons-les.

2.3.1 Le Regard

Jacques CHALIFOUR²⁹ considère que « *le regard constitue souvent le premier sens utilisé pour entrer en contact* »³⁰. Au travers des yeux, on peut lire diverses pensées : les yeux sont le miroir de l'âme.

La manière même de poser un regard par un soignant est capitale pour le rétablissement du malade : autant il peut être perçu comme négatif et non rassurant, autant, il peut permettre d'acquiescer au malade une meilleure image de lui-même. L'aide soignante Martine DUPUIS va plus loin en affirmant que : « *le regard est un soin* »³¹.

Le contact visuel est un bon indice de compréhension ; il permet d'entrer et de maintenir la relation avec le malade. Ainsi, si « *les exigences de contact visuel diffèrent, cela influence le climat de la communication* »³².

Nous attirons plus l'attention en regardant dans les yeux qu'en regardant ailleurs.

²⁸ Jacques COSNIER, *Psychologie médicale*, 1977,9,11, Communication non verbale et langage, Lyon, [15 décembre 2008] disponible sur http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/II-1_com_Non_Verbale.pdf.

²⁹ J. CHALIFOUR a été professeur en sciences infirmières. Il est aussi psychothérapeute.

³⁰ Jacques CHALIFOUR, *L'intervention thérapeutique*, Vol1, Ed MORIN.Canada. Octobre 1999, p.141.

³¹ Martine DUPUIS, *Communications, SOINS AIDE SOIGNANTE*, N°20, février 2008, p.25.

³² C. et P. CUCIDIO, *Programmation neurolinguistique et relation thérapeutique*, Ed. LAMARRE, p.37.

2.3.2 Le Faciès

L'expression du visage est modulée par : la mobilité des traits, le rythme des changements d'expression et la modification de la couleur de la peau, de sa brillance et de sa texture. Le froncement de sourcils, le pincement de lèvres, le battement des paupières etc....sont autant d'indices riches et évocateurs des six émotions universelles : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût.

2.3.3 La Kinésie et la proxémie

La kinésie représente les mouvements du corps soit par les attitudes et les postures qui expriment inconsciemment les sentiments de la personne, soit par les gestes qui complètent la signification des postures. Ainsi Xavier SERON³³ insiste sur le geste en énonçant : « *L'apprentissage du langage gestuel, d'une part améliore les capacités de communication des patients aphasiques, d'autre part a un effet bénéfique sur leurs productions orales* ». C. TERRIER³⁴, a bien schématisé cela :



La proxémie du latin *proximus*, signifie proche ; c'est un terme de l'anthropologue américain E.T. Hall que nous aborderons dans le 3^o chapitre.

2.3.4 Le Toucher

Le toucher est un des premiers sens que l'on acquiert et il est sans doute le dernier à disparaître. (L'enfant qui en est privé peut en souffrir toute sa vie). Dans nos sociétés occidentales, il est réservé aux intimes. C'est grâce à lui qu'on va récolter les informations (chaleur, texture...). « *Le toucher est une perception basée sur 5 éléments : froid, chaud, contact, douleur, pression*. WEISS décrit le toucher comme un langage en six symboles : *sa durée, son point d'impact, sa progression,*

³³ X.SERON, op.cit, p169.

³⁴ Claude TERRIER, *Communication*, [15 janvier 2009] disponible sur <http://www.cterrier.com>.

son intensité, sa fréquence et sa perception »³⁵. Il fait partie intégrante du rôle propre soignant. Il induit un contact réciproque avec le malade et nécessite d'être accepté. Il faut donc se connaître soi-même et connaître ses limites, pour manier aisément ce sens.

Le psychanalyste Didier ANZIEU, qui a beaucoup travaillé sur la peau, en fait un lien avec la communication ; il affirme que : « *La peau en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relation signifiante ; [...]* »³⁶

2.3.5 Les émotions

Les émotions se reflètent sur la façon de respirer. B. MONHARDT les décrit bien quand elle affirme que « *La peur est caractérisée par une respiration bloquée en inspiration [...] La tristesse en expiration bloquée [...] La colère d'une respiration désordonnée, [...] la joie d'une libre circulation de la respiration* »³⁷.

³⁵ M.C. FEDOR, *Le toucher au cœur des soins*, Rapport Décembre 2007, S.F.A.P.

³⁶ Didier ANZIEU, op. cit., p.39.

³⁷ B. MONHARDT, et al., *Les soignants et la communication*, Editions Lamarre 1996, p. 128.

3. La relation soignant-soigné

3.1 Le patient aphasique : un être blessé

L'homme est un être unique tant sur le plan biologique que psychologique. C'est un être de communication ancré dans une dimension socioculturelle qui lui confère des valeurs spirituelles et philosophiques : « *je pense donc je suis* » R. Descartes.

Pour Virginia HENDERSON, le besoin de communiquer à ses semblables est « *une nécessité vitale que la personne doit satisfaire afin de conserver son équilibre physique, psychologique, social ou spirituel* »³⁸. Elle l'a donc inclus dans sa théorie des 14 besoins fondamentaux de même importance, classés selon ces dimensions constitutives de la personne humaine.

Le patient aphasique comme nous l'avons vu plus haut est un être malade, qui vient de perdre plusieurs fonctions : celle de la motricité de son hémicorps mais surtout sa fonction de communication : qui est souvent prise en charge en second plan.

L'aphasique souffre psychologiquement, et est envahi de désespoir. « *Il a le sentiment que l'aphasie l'a privé d'un attribut typiquement humain et a fait de lui un être inférieur, [...] son impossibilité à communiquer le déracine de la réalité et lui enlève une partie de son humanité* »³⁹. Il s'isole car il a le sentiment d'être abandonné à cause de sa privation de langage : il a perdu une partie de soi-même. « *L'aphasie engendre une diminution de l'estime de soi [...], une perte de l'identité et des rôles familiaux [...] et un abandon des projets d'avenir [...] il est essentiel de tenir compte de l'atteinte langagière et cognitive mais également de ses aspects psychologiques, affectifs et sociaux* »⁴⁰.

L'état affectif de l'aphasique et la conscience qu'il a de son trouble doivent donc retenir l'attention du soignant dans la relation de soin. Attardons nous sur son rôle.

³⁸ Margot PHANEUF, *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, Masson, Paris 1978.

³⁹ J. PONZIO et al., op. cit., p.48 et 65.

⁴⁰ Cendrine HIRT, *L'aphasie ou les mots perdus*, SOINS INFIRMIERS, Avril 2001, p.56.

3.2 L'infirmier : un soignant communicant

Pour l'O.M.S., le soin infirmier consiste à « *aider l'individu à déterminer son plein potentiel physique, mental et social dans son contexte environnemental* ».

Notre profession est régie par le Code de la Santé Publique⁴¹ dans lequel il est stipulé que le soignant possède un double champ de compétence : rôle propre et rôle prescrit, et doit allier qualités techniques et relationnelles dans les soins prodigués.

Je vais emprunter quelques extraits en rapport avec mon travail de fin d'études qui indiquent que l'infirmière doit permettre au patient de compenser sa perte d'autonomie :

Art.R. 4311-3 :

Relèvent du rôle propre de l'infirmier(e) les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne [...] L'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule les objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriés et les évalue.

Cette partie réglementaire insiste aussi sur le fait qu'il faille tenir compte des dimensions psychosociales du patient dans le soin .

► L'infirmière doit informer son patient :

Art R. 4311- 5 : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...].

L'infirmier a donc une fonction d'observation, de dialogue avec le patient, pour identifier ses problèmes et poser des diagnostics infirmiers pour adapter la meilleure prise en charge.

HESBEEN⁴² a décrit le soin infirmier comme « *un art complexe, subtil, ancré dans son professionnalisme dont l'expression ne repose pas seulement sur l'acte posé mais bien dans la capacité à aller à la rencontre d'autrui en vue de cheminer avec lui vers plus de santé* ».

⁴¹ Code de la santé publique, modifié par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (Partie IV,Livre III, Titre1^{er}, Chapitre I, Article R4311-3) relatif à l'exercice de la profession d'infirmière .

⁴² Walter HESBEEN, *La qualité du soin infirmier*, 1998, Paris Edition Masson p.45.

W. HESBEEN est infirmier et Dr en santé publique de l'université catholique de Louvain (Belgique) ; il a été professeur à l'ENSP (Ecole nationale de santé publique) , rédacteur en chef de la revue Perspective soignante.

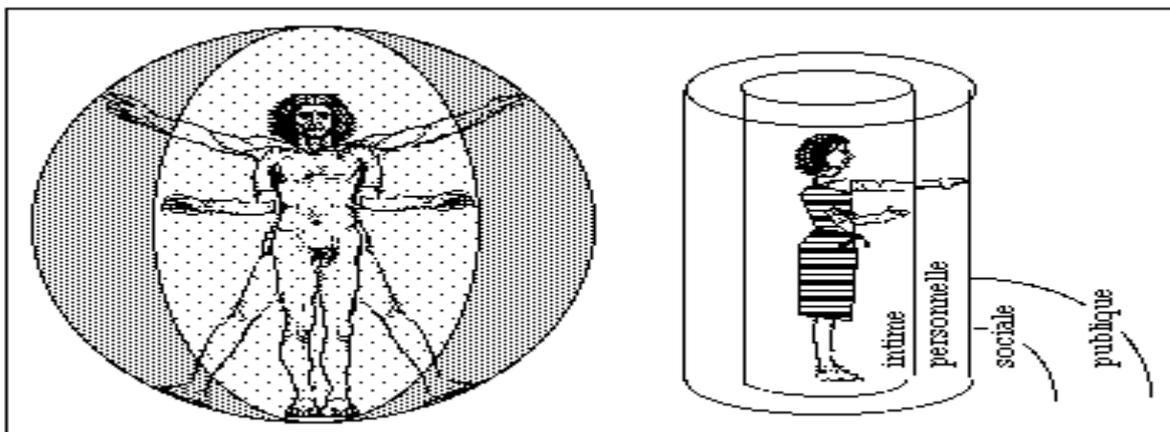
Etre soignant représente aussi bien le fait de soigner (en anglais : to cure) que de prendre soin (to take care). L'infirmier doit donc s'interroger en permanence sur ses pratiques professionnelles. Suzanne KEROUAC⁴³ a bien noté l'évolution de la place du patient dans les soins. Jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle, le courant « faire sur » prônait le patient comme objet de soin, puis pendant les 2 décennies suivantes, on est passé au « faire avec » : le soigné est considéré comme une entité biologique psychologique sociale. Enfin après 1970, le courant « être avec » affirme que le soignant accompagne le patient en tenant compte de l'aspect psychique et environnemental.

Ainsi pour aller à l'encontre de l'aphasique, l'infirmier doit s'inscrire dans une juste distance. Développons brièvement ce concept :

3.3 La distance relationnelle

La frontière physique de notre corps, la peau, n'est pas notre limite par rapport à notre monde environnant : nous nous déplaçons avec des bulles invisibles accrochées à nous sans que nous en ayons conscience.

E. HALL⁴⁴ anthropologue (1971) s'est intéressé à l'importance de la distance dans la communication entre les personnes, il en définit 4 :



Proxémie : schéma des bulles d'espace⁴⁵

⁴³ Suzanne KEROUAC, *La pensée infirmière*, Ed. Maloine, Paris 1996, p. 56.

S. KEROUAC a été doyenne à la faculté des sciences infirmières de Montréal en 1993

⁴⁴ Edward HALL est le premier à avoir travaillé très spécifiquement sur les distances de communications. Il a même inventé le mot proxémie pour définir sa méthode de lecture.

⁴⁵ *Proxémie*, [1 février 2009] disponible sur <http://membres.lycos.fr/papidoc/02schemabulles.html>.

- Distance intime : 0-46cm ou longueur de l'avant bras replié, coude au corps. Il peut y avoir contact tactile, la voix est moins forte, la chaleur et l'odeur sont prépondérantes. C'est un privilège d'y accéder.
- Distance personnelle : 45cm à 1m20 ou la distance d'un bras tendu. Traits du visage, expression des yeux, texture de la peau sont bien visibles.
- Distance sociale : 1m20 à 3m65 ou la somme de deux distances personnelles. L'œil voit surtout la bouche et les yeux de l'autre.
- Distance publique : au delà de 3m65, les signaux émis par le visage ne sont plus perçus. La communication non verbale par les gestes et attitudes est prépondérante.

Bien sur, ces distances s'adaptent selon l'histoire et la culture des individus. Au travers de ces « bulles » d'espace, nous allons maintenant voir que la relation soignant-soigné repose sur l'art de communiquer.

3.4 La relation soignant-soigné par la communication

C'est en 1972 que le concept de relation a été pour la première fois mis en valeur dans le programme de formation infirmière. Auparavant, il était catalogué comme un don inné qui s'ajoutait à la formation technique enseignée à l'école. Il représente l' « *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.* »⁴⁶.

Cette relation soignant-soigné ne peut se faire sans la communication : « [...] *entrer en relation, c'est pour l'infirmière découvrir le fondement qui donne sens à sa fonction.* »⁴⁷.

La relation soignant-soigné est donc un soin à part entière, complémentaire du soin technique qui s'enseigne. Elle ne doit pas se focaliser uniquement sur le soin technique mais sur la globalité de la personne car cette relation « *économise l'affect du soignant qui refuse d'entrer en relation avec la globalité du soigné, c'est à dire avec sa personnalité.* » selon Anne marie GIREL⁴⁸.

⁴⁶ Dictionnaire des soins infirmiers. Editions AMIEC recherche 2000, p. 260.

⁴⁷ Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?*, Ed . Le centurion, p.62.

⁴⁸ Anne marie GIREL. *Les soins infirmiers et le corps*, Cahier n°5, 1979, Ed. AMIEC, p.39.

Ainsi cette relation soignant-soignée est basée sur le savoir faire et le savoir être du soignant. Elle s'appuie aussi sur le concept de **la relation d'aide**.

La relation d'aide est un soin relationnel, c'est la capacité du soignant à « *aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné* »⁴⁹.

Face à l'aphasique de Broca, qui, comme nous l'avons vu précédemment, va se renfermer dès le départ sur lui même, cette relation d'aide est capitale :

Le besoin d'aide apparaît quand, consciemment ou non, la personne s'éloigne, renie ou ignore une partie de son vrai moi et s'empêche de l'exprimer. En agissant ainsi, elle développe un processus d'aliénation qui la rend de plus en plus étrangère à ses propres yeux. L'intervention vise à aider la personne à apprendre ou à réapprendre à être à l'écoute des processus interne de son organisme et à laisser libre cours à leurs expressions.⁵⁰

En France, elle est inscrite dans le code de la santé publique : Art R4311-5 :

« 41 ° -Aide et soutien psychologique »⁵¹.

Le développement de ces différents concepts permet de voir l'importance d'entrer en relation avec l'aphasique pendant le soin et de maintenir cette communication afin d'optimiser un sentiment de confiance, de confort et de sécurité réciproque.

C'est ainsi que nous allons développer notre dernier concept : le soin d'hygiène et l'approche communicative pour sa meilleure réalisation.

⁴⁹ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A., *Pratiquer la relation soignant/soigné*, Ed. Lamarre 2001 p.45.
Alexandre MANOUKIAN est titulaire d'un DESS de psychologie clinique, ancien enseignant en institut de soins infirmiers, est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier.

⁵⁰ Jacques CHALIFOUR, *La relation d'aide en soins infirmiers*, LAMARRE, 1989, p.29.

⁵¹ *Code de la santé publique* ,op.cit. Art R4311-5 .

4. Le soin d'hygiène corporelle et de propreté

4.1 Définition :

Dans le code de la santé publique, ce soin est défini de la manière suivante :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier (ère) accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement [...] : 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne. 2° Surveillance de l'hygiène. ⁵²

Les soins d'hygiène sont définis par la profession d'infirmière comme un :

Ensemble d'actes de soins qu'une personne effectue en vue d'assurer son bien-être physique et mental et de préserver l'intégrité de ses téguments. L'infirmier (ère) contribue, à leur exécution en tenant compte des besoins et des habitudes de vie de la personne. ⁵³

Ce soin, selon Virginia HENDERSON⁵⁴, répond au besoin fondamental de la personne en état de dépendance, d'être propre et de soigner ses téguments. Il est déterminant pour son développement et son autonomie. Il peut durer dans le temps, et a donc plusieurs objectifs à prioriser en fonction du patient.

Chez l'aphasique en phase aiguë : il est primordiale de maintenir la communication ! N'oublions pas que le mot toilette vient du latin « *texere* » : tisser, une relation avec autrui autrement dit, la toilette représente un moment privilégié et important au niveau relationnel.

Les auteurs d'un article consacré à « *La toilette en institution* »⁵⁵ situent la toilette comme un « *acte de santé* » répondant à neuf objectifs : l'hygiène et la propreté, la communication verbale, le toucher, la réhabilitation du patient, les préventions des dégradations corporelles, le confort du patient et du soignant, l'observation et le recueil d'informations.

Laver le corps est un acte intrusif car il faut rentrer dans la bulle intime du patient, l'aphasique doit se sentir une personne humaine et non un corps à «laver».

C'est un moment privilégié permettant de mieux connaître la personne afin de l'aider à conserver sa personnalité et sa dignité.

⁵² Code de la santé publique, op.cit. Art. R4311-5.

⁵³ *Dictionnaire des soins infirmiers*. op.cit, p. 294.

⁵⁴ Exposée dans son livre *La Nature des soins infirmiers*, publié en 1966 aux Etats-Unis ; trad. Franç. , 1994.

⁵⁵ Yves GINESTE et Rosette MARESOTTI, *La toilette du malade en institution*, Ed. Masson , p.38.

4.2 La relation pendant la toilette

« Les soins d'hygiène ouvrent un espace de parole [...] les malades sont poussés par ces soins révélateurs à exprimer leur émotions par le biais de leur corps »⁵⁶.

Dés le départ, la toilette impose à l'infirmier, de part sa position, une forme de dominance : l'infirmier debout exécutant des gestes face à l'aphasique angoissé ayant perdu sa capacité à s'exprimer, voire à se mouvoir.

Mais comment essayer de ramener l'infirmier au même niveau que l'aphasique ?

La technique de vente : la « règle des 4x20 »⁵⁷ souligne que la décision d'achat se joue dans les 20 premières secondes avec les 20 premiers pas (démarche rassurante) et les 20 premiers mots. Les 20cm du visage (regard ouvert, sourire) du vendeur comptent aussi dans la communication non verbale pour rassurer le client.

Cette règle est transposable lors de l'entrée en relation pendant la toilette : en effet, pour « l'entrée en matière », j'ai toujours privilégié lors de mes stages la « poignée de main ». Il représente déjà une sorte « d'autorisation corporelle » du patient. Dans l'époque médiévale, la poignée de main signifiait « je viens en ami ». Chez le soignant elle exprime une attention ou un intérêt. « L'infirmière évaluera si le patient perçoit le toucher comme une intervention thérapeutique positive ou non. »⁵⁸. Il est possible d'apprendre énormément de choses d'une personne en lui serrant la main.

De plus, ces mains vont être notre outil pour la toilette ; en respectant la règle du plus propre au plus sale, on commencera par le visage puis les mains or cette entrée en matière est capitale car la somatotopie indique que ces deux parties sont les plus sensibles chez l'homme :

⁵⁶ Karine JACOB, Mémoire infirmière : *La toilette de la personne âgée*, 1997-2000 , IFSI de MORLAIX [15 février 2009] disponible sur <http://melenig.kazeo.com>.

⁵⁷ Mohammed ALIOUI, [15/02/2009] disponible sur <http://medal.free.fr/diapo/echel.swf> .

⁵⁸ Dir. par Patricia GAUNTLETT BEARE, *Soins infirmiers en gériatrie*, Ed. DE BOECK, p.125.

« Le schéma corporel représente l'idée que nous avons de notre corps et sa représentation spatiale. Il fait la synthèse des données tactiles, sensorielles et motrices. Il donne la notion de surface corporelle à l'aide des impressions optiques et tactiles. La taille des parties du corps est proportionnelle à sa sensibilité »

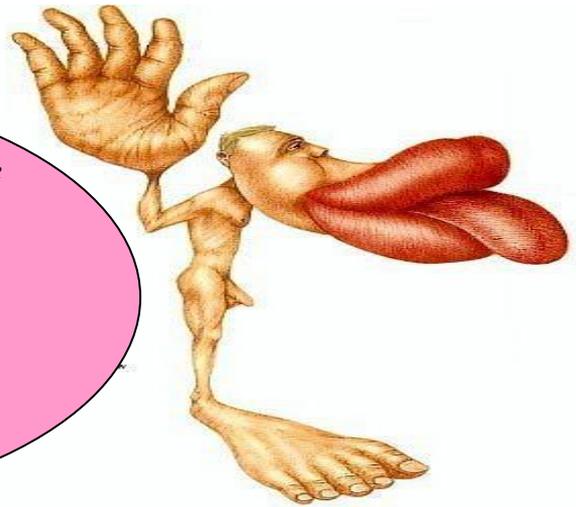


Schéma corporel de l'homonculus sensoriel ⁵⁹

Certaines parties du corps telles que le visage, la nuque, les bras, les mains sont des zones où sont concentrés les récepteurs sensitifs.

« Entre autre, le corps humain présente des zones d'intimité ou de sensualité (parties génitales), des zones vulnérables (le visage, le cou, et la partie antérieure du corps), des zones de consentement (la bouche, les poignets et les pieds) et des zones sociales (mains, bras, épaules, dos). »⁶⁰

Cette entrée en relation dans la toilette va de paire avec le franchissement de la bulle intime du patient comme nous l'avons vu plus haut avec les travaux de E.T. HALL. Ici, vont primer les canaux sensoriels et du toucher.

La prise de contact au travers de la main est donc capitale. Dans la littérature, celle-ci est décrite comme « la véritable carte d'identité de l'homme et sa position extrême en fait le reflet de l'ensemble du corps. [...] Nous la serrons pour la saluer ; la tenons pour la guider mais aussi pour soutenir moralement ; la tapotons pour reconforter ou marquer l'aide que nous voulons apporter »⁶¹.

Pour apporter une touche de gaieté et clore avec cette partie sur le contact avec la main, M. RAJABLAT⁶² rapporte une anecdote édifiante :

⁵⁹ *Homonculus sensoriel*, [20 février 2009] disponible sur <http://www.kwoon.info/forum/printview.php>

⁶⁰ Soins infirmiers en gériatrie, op.cit. p 125.

⁶¹ Monique ZAMBON, *Paroles des mains, le massage-communication*, [20/01/2009], disponible sur <http://membres.lycos.fr/34parolemains.html>.

Monique ZAMBON est aide soignante en gériatrie et a écrit plusieurs dossiers sur les soins relationnels.

⁶² M. RAJABLAT, *La toilette : voyage au cœur du soin*, Ed. MASSON, p.23.

Marie RAJABLAT est infirmière de secteur psychiatrique dans un Centre médicopsychologique et co-responsable du centre de recherche et d'animation en soins infirmier (CRASI) du centre hospitalier de Toulouse. Elle est également titulaire d'un DEA d'histoire des pratiques soignantes.

Voici une petite expérience qui s'est déroulée dans deux restaurants d'Oxford, Mississippi. Les serveuses ont eu pour consignes de frôler discrètement la main ou l'épaule de certains clients. Résultat : ces derniers laissaient toujours un pourboire plus important que ceux qui n'avaient pas été touchés ! C'est dire qu'un effleurement, si peu perceptible soit-il pour le corps, ne passera pas inaperçu par le psychisme.

4.3 La complexité de la toilette chez l'aphasique de Broca

Toucher c'est rencontrer l'autre avec ses mains, c'est approcher une zone corporelle avec prudence, l'appivoiser. L'effet du toucher est vaste : la mobilité, la confiance, le relâchement, l'abandon ou bien au contraire le raidissement, la crispation.

Nous avons vu que le toucher fait partie intégrante du soin d'hygiène, l'un ne va pas sans l'autre. L'infirmier doit donc adapter son toucher chez le patient aphasique. Ainsi, le contact tactile peut à travers la toilette induire un sentiment de sécurité chez l'aphasique : *« il reçoit une preuve affective de son existence pour autrui en tant qu'être désirable au toucher.[...] Le soigné perçoit et ressent une écoute de tout son être, prend conscience de lui-même et ainsi se sent concerné, impliqué dans son devenir »*⁶³.

N'oublions pas dans quel contexte psychologique, l'aphasique est : tristesse, angoisse et dépression, et comme le souligne Marie-Annick DELOMEL, *« La toilette agit dans ces conditions de grande vulnérabilité comme facteur déclenchant ou aggravant, réactivant des positions défensives et sécuritaires. La capacité du soignant de pouvoir contenir l'angoisse de la personne en grande détresse devient alors primordiale »*⁶⁴.

Le toucher prend donc ici tous son sens : sécurisant et contenant.

Nicole GIRE, infirmière à Bordeaux dit de la toilette, qu'elle *« est un moment de communication privilégié qui peut permettre au patient de ne pas sombrer dans un syndrome d'immobilisme. La communication non verbale, et notamment le toucher, est d'autant plus importante lorsque le dialogue n'est plus possible. »*⁶⁵.

Incorporer le toucher dans notre pratique de soignants, permet non seulement d'enrichir notre capacité à faire, mais surtout de s'ouvrir à la vision d'un être

⁶³ Yves GINESTE et Rosette MARESOTTI, op. cit, p34.

⁶⁴ Marie-Annick DELOMEL, *La toilette dévoilée*, Ed. Seli Arslan, p.39.

⁶⁵ Nicole GIRE, *La toilette : un acte à revaloriser*. Bull. soc. Pharm. Bordeaux, Déc. 1999, 138, p.171

humain bio-psycho-social-spirituel inséré dans un environnement qui agit sur lui et sur lequel lui même agit.⁶⁶

En quelque sorte la main humanise le soin d'hygiène en faisant en sorte qu'on ne lave pas seulement un corps mais une personne.

« *Le toucher voit, les regards palpent* » Octavio PAZ

La toilette est un moment privilégié pour la communication, c'est le seul instant où le patient ne peut se sentir seul et où il se lie à un nouvel environnement social⁶⁷.

Maintenant que mes cadres de références sont développés, passons au chapitre suivant : la méthodologie.

⁶⁶ Monique ZAMBON, op.cit.

⁶⁷ PITTE Morgan, TFE *Le langage du silence*, Promotion 2004 2007, IFSI Marry THIEULLANT, p.34.

DEUXIEME PARTIE :

L' ENQUETE

Avant toute chose, mon mémoire de fin d'études se veut une recherche qualitative, car je ne cherche pas à quantifier quelque chose mais à développer les données conceptuelles c'est à dire la communication chez l'aphasique de Broca. Nous allons ainsi introduire la méthodologie de mon enquête.

1. Méthodologie

1.1 Présentation de la population interrogée

Après cette partie de présentation de la méthode, je vais entrer dans l'analyse proprement dite de mes entretiens en les classant par items.

Mais avant cela, je souhaite réaliser un aperçu de la population rencontrée : j'ai choisi de rencontrer uniquement des infirmiers (ères). Bien évidemment ce travail de recherche pourrait s'étendre aux aides soignants, étant donné que la toilette fait également partie de leur fonction, mais j'ai voulu axer mon travail en lien avec le métier d'infirmier, d'une part pour bien cibler ma recherche sur une catégorie de professionnel donnée, à laquelle j'espère en faire partie prochainement et d'autre part pour bien réfléchir sur ma question en tenant compte des spécificités de la fonction (acquis, enseignement, rôle propre).

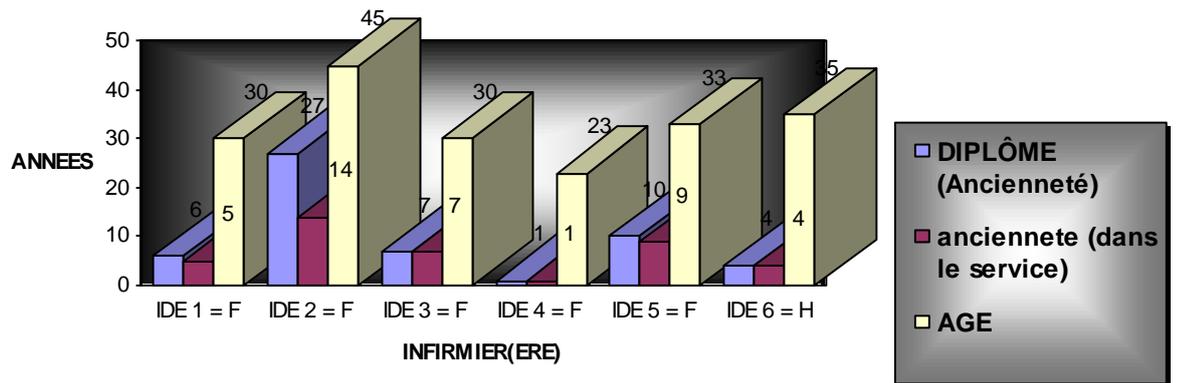
Ma situation de soin liée à ma question de départ m'a également poussé dans le fait d'interroger des infirmiers, en effet le soin d'hygiène est la base même du rôle propre de l'infirmier.⁶⁸

J'ai donc choisi un échantillon de cinq infirmières et un infirmier.

Dans le graphique ci-dessous, j'ai pu mettre en valeur trois éléments les caractérisant :

- leur âge respectif
- leur ancienneté de diplôme
- leur expérience dans le service

⁶⁸ Art.R4311-5 du décret 2004-802 du 29 juillet 2004.



HISTOGRAMME 1 ECHANTILLON

Nous constatons que l'ancienneté des soignants dans leur service est proportionnelle à leur âge, sauf pour l'infirmier n°6. Ceci s'explique par le fait qu'il a travaillé auparavant en tant que psychologue (reconversion de carrière).

1.2 Choix des lieux d'investigation

Pour mener à bien mon enquête, je me suis rendu dans trois établissements distincts ; tous présentaient des malades aphasiques.

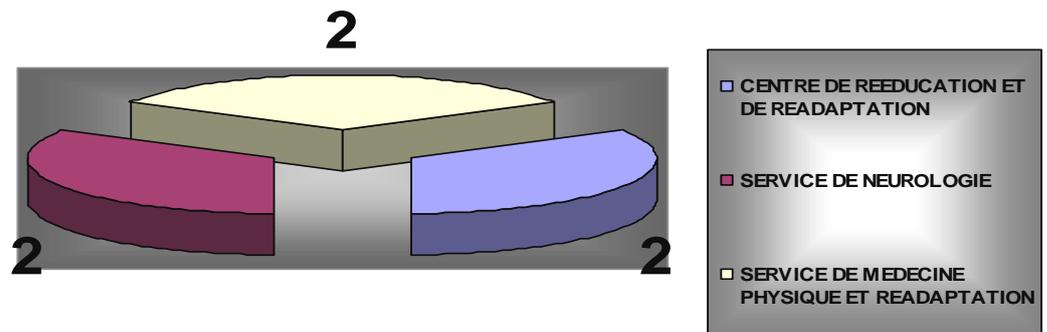


DIAGRAMME 1 LIEUX D'ENQUETE

J'ai ainsi interrogé deux soignants par structure pour une homogénéité des réponses selon le lieu.

- **Centre de rééducation fonctionnelle** : service de soins de suite et rééducation fonctionnelle spécialisée en post AVC.
- **Service de neurologie**
- **Service de Médecine physique et réadaptation.**

1.3 Réalisation des entretiens

Le thème de mon travail de fin d'études concernant la communication, j'ai choisi d'utiliser les entretiens⁶⁹ semi-directifs, afin de pouvoir recueillir le vécu des personnes interrogées.

Pour cela, j'ai présenté mes questions regroupées par thème afin d'amener progressivement un sens à l'entretien et ceci en lien avec ma question de départ.

J'ai pu à chaque hésitation enchaîner avec des questions de relances afin d'aider à la réflexion.

Enfin, je ne souhaitais pas être trop directif en suggérant des réponses, au contraire, je désirais amener les personnes interrogées à me parler librement de leurs propres sentiments et opinions.

⁶⁹ Vous trouverez dans l'annexe la grille des entretiens qui a été soumise aux infirmiers.

2. Introduction à l'analyse des données

2.1 La méthode

J'ai donc choisi de retranscrire question par question, les éléments clefs de chaque entretien⁷⁰ tout en les regroupant par thème.

Ensuite, dans mon prochain chapitre intitulé « Analyse descriptive et compréhensive des entretiens », je vais essayer de faire des liens entre :

- les réponses des six participants à l'étude
- ma question de recherche
- les cadres de références qui comprennent la communication et la relation soignant-soigné dans un cadre contextuel qui met en lien avec un aphasique de Broca pendant le soin d'hygiène
- et mes impressions (positionnement professionnel) : il est important dans ce point de ne pas poser de jugement sur les personnes interrogées mais d'analyser les données recueillies.

J'ai donc décidé de traiter les deux analyses en les regroupant par thème.

Pour moi, il s'agit de prendre suffisamment de recul par rapport aux données recueillies et à mon travail en général afin d'avoir un esprit critique pendant toute ma démarche.

Lorsque l'analyse touchera à sa fin, en sachant bien que tout peut être sans cesse modifié et retravaillé, une synthèse reprendra les éléments principaux.

2.2 Les limites au travail de recherche

D'abord le manque de temps est une limite au travail.

Ensuite, j'ai été confronté à de nombreux refus dans chaque unité de soins majoritairement sur Lyon pour des causes de manque de temps, c'est pourquoi je me suis dirigé vers ma ville d'origine : Saint Etienne où j'ai pu obtenir deux rendez vous dans des lieux différents.

A présent, passons à l'analyse.

⁷⁰ ANNEXE 6 , *Tableau des réponses*, en pages VI à VIII.

3. Analyse descriptive et comparative des entretiens

3.1 L'aphasie de Broca

J'ai tout d'abord voulu connaître les pré-requis sur l'aphasie de Broca à leur arrivée dans le service (Question 3).

J'en ai retenu que tous les infirmier(es) l'ont vraiment appris sur le terrain grâce aux médecins et orthophonistes du service, l'aphasie étant brièvement abordée pendant la formation infirmière.

En effet, il n'y a pas vraiment de chapitre sur l'aphasie et cette pathologie est associée à l'accident vasculaire cérébral dans le module de neurologie. Seules les causes et les conséquences de cette maladie sont étudiées (précisément de la même manière dont j'ai évoqué les concepts en première partie de dossier).

Seul l'infirmier qui était auparavant psychologue, a eu une formation plus spécifique sur l'aphasie dans son ancienne branche.

D'ailleurs, une infirmière m'a évoqué le manque d'information pour les jeunes arrivants ; elle m'a expliqué avoir déjà vu des infirmières intérimaires s'interroger sur ce type de pathologie et éprouver de l'appréhension lors de leur première rencontre avec ces patients.

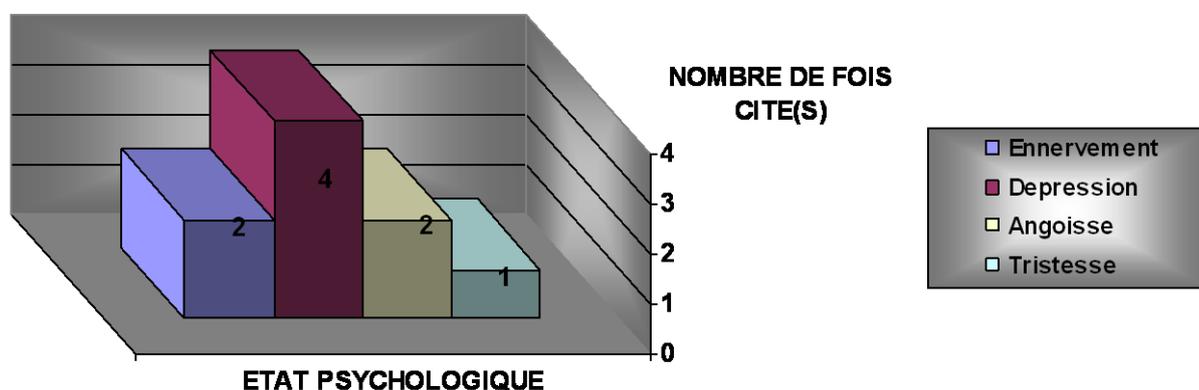
De plus, j'ai pu observer que deux infirmières interviewées évoquent le terme d' « *aphasiques de Broca* » contrairement aux autres qui emploient celui de « *patients aphasiques* ». Je pense que cette différence est importante dans la prise en charge du patient. En quoi est-elle différente ?

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, de part les sources de Virginia HENDERSON, le patient reste avant tout un être de communication malgré l'incapacité à s'exprimer oralement .

Sans cette considération, nous pouvons tomber dans une relation appauvrie. En effet, je me souviens qu'une soignante me voyant essayer de communiquer oralement avec un malade me dit « *il ne te répondras pas , tu perds ton temps* » !

Selon moi le terme « *aphasique* » dépersonnalise le malade. N'aggravons pas l'idée de J. PONZIO que nous avons vu dans les concepts qui stipulait que l'aphasie enlevait au malade une partie de son humanité.

Ensuite, j'ai voulu connaître l'état psychologique de l'aphasique à son arrivée dans le service (Question n°4).



HISTOGRAMME 2 ETAT PSYCHOLOGIQUE DE L'APHASIQUE DE BROCA

La dépression ressort de loin dans les réponses : elle est citée quatre fois chez les infirmières travaillant en rééducation et en médecine physique et réadaptation ; viennent ensuite l'énervement et l'angoisse à égalité cités chez les deux infirmières de neurologie.

Cette dépression se retrouve dans les services chroniques, en effet cela rejoint notre concept précédemment cité où nous décrivions les différentes phases psychologiques que subissait un aphasique de Broca. WATSON a bien démontré que la phase de restitution (dernière étape) était un travail douloureux qui s'accompagnait de dépression alors que l'énervement et l'angoisse apparaissaient davantage au début du traumatisme avec la prise de conscience du choc, ici en service de neurologie.

Pour compléter nos concepts déjà abordés, Manon POULIN⁷¹, docteur en psychologie, a d'ailleurs intégré la dépression au sein d'un processus particulier :

Ces situations génèrent un état de tristesse et **finalement un tableau dépressif [...]**, des comportements de frustration, d'agressivité, de pleurs[...]Des réactions dépressives sont présentes dans la majorité des cas. Elles s'inscrivent dans un **processus inévitable vers une quête d'autonomie** nouvelle suite à la perte de l'intégrité personnelle.

Moi même, j'ai compris dans mes stages de Neurologie et de Rééducation que l'état psychologique du malade n'étant pas souvent le même, les traitements antidépresseurs étaient souvent mis en place en rééducation.

⁷¹ Manon POULIN, *Les conséquences psychosociales de l'aphasie pour les personnes aphasiques* [29 Avril 2009] disponible sur <http://www.aphasie.qc.ca>.

3.2 La communication

Tout d'abord j'ai voulu savoir ce que la communication leur évoquait de façon générale (Question 5).

Quatre personnes sur six l'ont définie comme un mode d'échange, de partage entre personnes et un lien ; c'est « *entrer en relation avec l'autre au travers des 5 sens* » selon l'infirmière n°3.

J'ai pu également retrouver, au travers des réponses, des éléments du schéma de Shannon que nous avons abordé dans les concepts notamment avec l'infirmière n°5 qui parle « *d'émetteur et de récepteur* ».

Ensuite, il y'a une séparation marquée dans les mots-clefs qui ont été donnés. Dans la manière de communiquer, on peut voir ressortir le verbal, qui est cité par quatre personnes, par les mots « *parler* », « *mots* » ou encore « *verbal* », et le non verbal qui n'a été cité que deux fois au cours de mes entretiens .

Il est vrai que la communication fait tout de suite penser au langage verbal. Lors de mes stages, j'ai appris à mêler verbal et non verbal, car je pense que ces deux types de communication sont indissociables.

Ensuite, quand je leur demande si leur communication s'adapte chez l'aphasique⁷² (Question 6), la notion des cinq sens apparaît dans les réponses. Il y'a alors énumération des différentes fonctions sensorielles notamment représentées pour deux personnes par le toucher (Soignant n°1 et 2), pour trois par la vue (Infirmiers n° 3, 4 et 6). Les émotions n'ont pas été citées comme telles par le personnel, en revanche l'infirmier n°6 a évoqué sans préciser l'utilisation du ressenti « *pour aller plus en profondeur* ».

Revenons-en au mode verbal : deux des quatre soignantes qui ont introduit ce mode de communication dans la définition de la communication, l'utilisent chez l'aphasique pour « *prévenir le patient, lui expliquer le déroulement et la raison des soins* » ; mais cela n'est pas dit de n'importe quelle façon. Tout d'abord la longueur des phrases. Les deux m'ont fait part de la brièveté des phrases, c'est ce que nous

⁷² DIAGRAMME N° 2.

avons vu dans nos concepts p.7 : « *phrases courtes, simples* »⁷³. L'intonation de la voix est également évoquée⁷⁴.

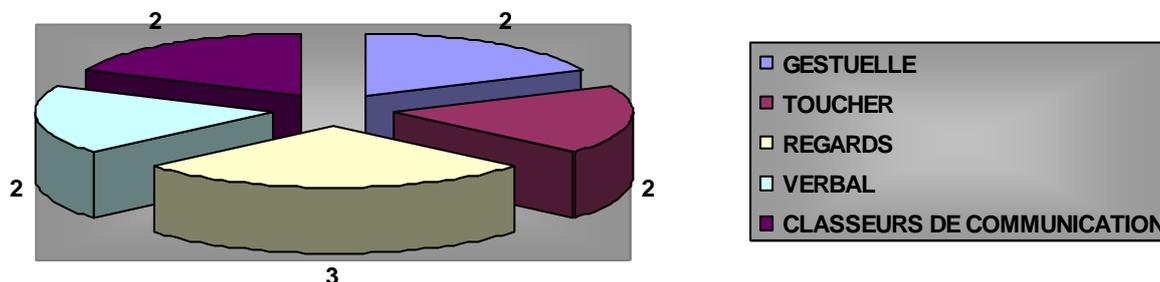


DIAGRAMME 2 ADAPATATION DE LA COMMUNICATION CHEZ L' APHASIQUE

J'ai ensuite souhaité évoquer avec les soignants les difficultés qu'ils ont pu rencontrer pour établir une communication face à des patients aphasiques de Broca (Question 7) .

Les deux soignants travaillant en centre de rééducation disent ne jamais avoir rencontré de difficultés à communiquer avec les patients aphasiques de Broca. L'un précise que « *parmi tous les moyens mis en place dans leur structure il y'en a toujours un qui débloque la situation* ».

En revanche, les quatre autres infirmières précisent s'être déjà retrouvées en difficultés pour communiquer avec ces patients aphasiques, trois d'entre elles ajoutent que c'est lié à l'incompréhension du patient qui dit certains mots à la place d'autres ; la quatrième évoque « *l'énervement du patient* » comme source de difficulté.

Ensuite, les deux infirmières travaillant en service de neurologie indiquent également que c'est le fait de « *ne pas avoir de retour* » qui les gêne le plus. Ceci corrèle bien avec l'absence de feed-back qu'on a largement évoqué dans le concept de la communication verbale⁷⁵. Ces situations d'échec entraînent alors chez elle « *un sentiment d'impuissance* ». Selon elles, une formation sur la communication leur serait nécessaire.

⁷³ L.MOUZAT, L'aide soignante, op.cit .

⁷⁴ Voir aussi en Annexe 3 en page III du mémoire, *Conseils pour faciliter la communication avec les patients aphasiques*, extrait du site : www.aphasie.org , fait par :Associations des aphasiques suisse.

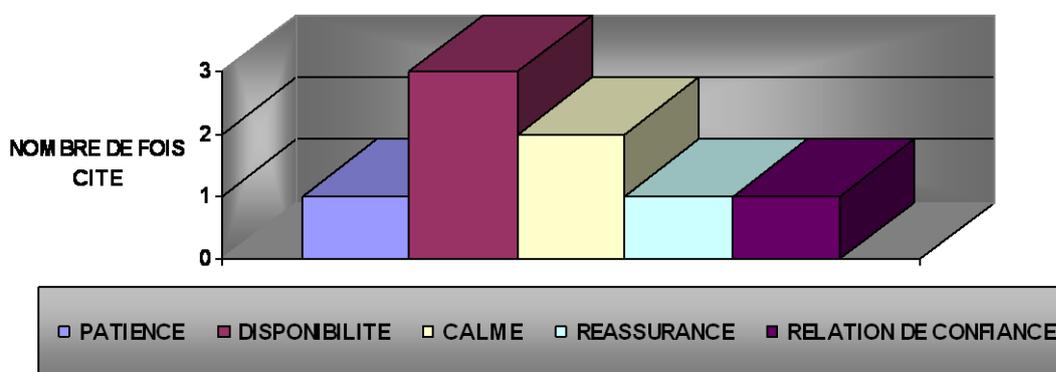
⁷⁵ Voir au chap. 2.2 La communication verbale, page 8 .

Enfin, sur les six personnes interrogées, la moitié pense que le manque de temps fait qu'elles ne parviennent pas toujours à communiquer correctement avec les malades. Cela implique comme l'ont précisé certaines personnes « *plus de moyens et de personnel* ». Nous rentrons ainsi dans un débat d'actualité sur le manque de personnel dans les hôpitaux.

Par cette analyse, j'ai pu remarquer que les infirmier(e)s ressentent réellement des difficultés qui sont variables selon les services rencontrés. Il est plus difficile d'établir une communication chez un patient aphasique en phase aiguë (service de neurologie) et ceci est dû au manque de temps et de moyens mais aussi à l'état psychique du malade à ce moment là.

En effet, les services de rééducation et réadaptation connaissent plus de moyens et ont plus de temps pour les comprendre et développer une capacité à les utiliser.

J'ai enfin, donc voulu connaître les solutions qu'ils ont pu apporter face à ces difficultés dans la communication avec l'aphasique de Broca. Comment ils entretiennent la communication, comment est-elle élaborée, est-ce une communication spécifique (Question 8) ?



HISTOGRAMME 3 : FACTEURS FAVORISANTS LA COMMUNICATION

Sur l'échantillon interrogé, la moitié pense que la disponibilité est l'élément primordial pour maintenir une communication, tout en réintroduisant la notion de « *temps* ». Une quatrième infirmière a ajouté la notion de patience qui se rapproche du temps également⁷⁶.

⁷⁶ Voir aussi en Annexe 3 en page III des ANNEXES , *Conseils pour faciliter la communication*
En effet, l'aphasique a besoin de beaucoup de temps pour s'exprimer....

Dans ce sens, Xavier SERON, déjà cité dans mes concepts qui prônait la mise en place de la communication non verbale insiste aussi sur ce terme de patience ; il ajoute ainsi dans le même livre de référence que : « *le succès d'une thérapie dépend de [...] la compréhension de la personnalité antérieure du patient, **la patience** et la continuité d'effort du thérapeute [...] celui ci doit être psychologue, rééducateur du langage et éducateur* »⁷⁷.

Cette notion de temps n'est pas stipulée dans mes concepts mais elle est pour moi très importante et une des clefs de l'approche chez l'aphasique.

Lors d'un de mes stages en Service de rééducation post AVC, je me souviens que lorsque j'entrais dans la chambre d'un patient aphasique, je prenais le temps de m'asseoir afin de le comprendre, et que les fois où j'étais pressé par des soins extérieurs, la communication échouait inévitablement. Le temps est nécessaire pour établir une relation plus approfondie, c'est ce que l'infirmier n°6 souligne quand il dit que : « *le temps permet d'aller plus en profondeur* ».

Enfin, pour deux soignants, le fait de communiquer dans un contexte de sérénité et de calme améliore la relation de confiance en précisant les mots «*apaisé*» pour l'une et « *écoute rassurante* » pour l'autre infirmière, celle-ci ajoute qu'« *il faudrait une sincérité de la part du soignant pour optimiser la confiance mutuelle* ».

Communiquer par quelques moyens que ce soit est alors important mais pas toujours chose aisée. Moi même la première fois que je me suis trouvé face à un patient aphasique de Broca, je n'ai pas réussi à établir une relation avec lui, je lui ai juste dit bonjour et au revoir. Face aux problèmes évoqués par les soignants, j'ai donc voulu savoir comment ils entraient en relation dans un cadre contextuel de soin donné.

⁷⁷ Xavier SERON, *op. cit*, p.83.

3.3 La relation de soin

Dans ce concept sur la relation soignant-soigné pendant le soin, j'ai voulu d'abord savoir quel était le moment propice à cette relation de soin (Question 9).

J'ai ainsi demandé aux soignants (es) de noter sur une échelle de 0 à 10, trois temps dans une relation de soin: l'entrée en contact, le déroulement du soin ou la fin du soin. J'ai voulu ainsi connaître le moment propice où pouvait s'établir une relation dans les meilleures conditions.

La moitié des infirmières (n°1, 2 et 5) ont répondu la prise de contact sans hésiter, et parmi elles, deux ont ajouté que « *c'était à ce moment qu'il fallait expliquer le but et le déroulement du soin* ». Et pour la troisième, cette prise de contact est « *une rencontre capitale pour adhérer le patient dans une alliance thérapeutique bilatérale* ». Nous avons vu dans notre première partie que W.HESBEEN⁷⁸ intégrait bien cette « *capacité à aller à la rencontre d'autrui* » comme un soin infirmier.

De plus, l'infirmière n°1 a insisté sur le serrage de main qui permettait selon elle, de « *rassurer le patient et d'entrer en relation avec lui sans difficulté en pénétrant sa bulle intime de manière naturelle* ».

Il est intéressant de noter aussi que tous les soignants ayant privilégié la prise de contact, ont précisé l'importance de l'approche visuelle lorsqu'ils entraient dans la chambre du patient, nous sommes ici à la frontière entre la distance sociale et personnelle. Même le regard est « *tout de suite couplé avec la parole* » selon l'infirmière n°5. On peut en effet dire que la parole est présente dès l'entrée dans le champ visuel de la personne.

Cette analyse descriptive rejoint parfaitement mon concept sur la distance intime de l'anthropologue E.T. HALL⁷⁹.

Quelles sont les caractéristiques de ces regards, si importants ? Je vais pour cela compléter mes recherches théoriques sur la prise de contact physique.

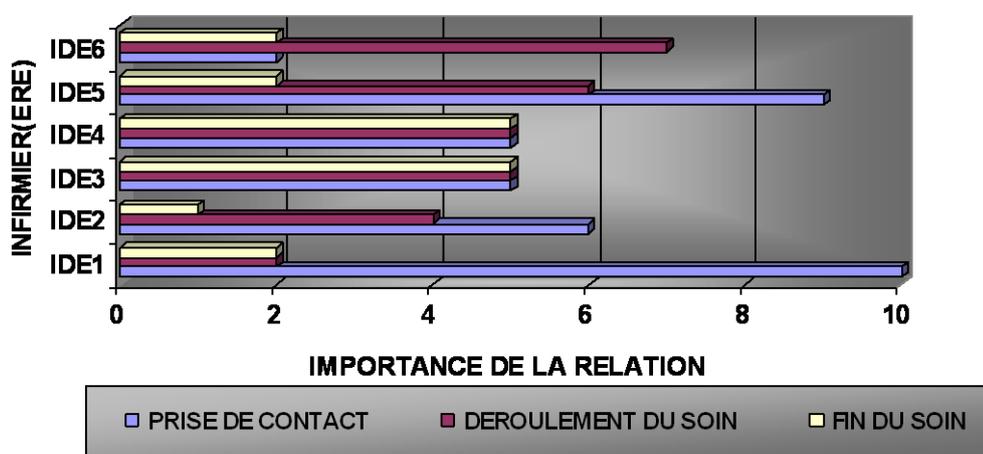
En effet il m'est apparu intéressant de développer ce type de contact plus précisément dans le soin d'hygiène au lit. « *La plupart du temps, lorsque nous*

⁷⁸ Walter HESBEEN, op. cit , p.45.

⁷⁹ En référence à la page 15 du mémoire, chap 3.3 Distance soignant-soigné, Concept sur la relation.

réalisons un soin, nous arrivons par le côté du lit ou du fauteuil, augmentant donc le risque que la personne ne nous voit pas venir et soit désagréablement surprise lorsque nous entrons en contact avec son corps»⁸⁰. D'où l'importance pour un soignant de se mettre à la hauteur et en face de la personne pour la regarder (regard axial et horizontal).

Ensuite, deux infirmières n'ont pas noté de différences entre ces trois moments (5/10 chacun) et elles m'ont précisé qu'elles communiquent pendant toute la durée du soin, l'une d'entre elle privilégie les relations pendant les contacts visuels, cela rejoint notre développement plus haut sur la manière de regarder.



HISTOGRAMME 4 IMPORTANCE DE LA RELATION SELON LE MOMENT DU SOIN

Nous avons vu précédemment que les infirmières adaptaient leur communication aux patients aphasiques grâce à la communication non verbale or qu'en est il pendant la toilette ? La dimension des sens est elle modifiée pendant le soin d'hygiène ?

C'est ce que j'ai voulu savoir dans ma dixième question où je me suis demandé **lequel des cinq sens l'infirmier se servait majoritairement pour entrer en relation avec le malade aphasique pendant la toilette (Question 10).**

Il apparaît cette fois comme pendant la communication que c'est **le toucher** qui apparaît comme le sens le plus cité (quatre fois), il y'a donc une corrélation entre la communication non verbale et la relation soignant-soigné pendant la toilette.

⁸⁰ GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanitude*. Paris : Armand Colin, 2007, p.265 .

Le toucher a plusieurs fonctions selon les infirmières qui l'ont cité : «on peut évaluer la douleur lors du soin » d'après les infirmières n°1 et 2.

Sur ces quatre infirmières qui ont annoncé le toucher comme le meilleur moyen d'entrer en relation, toutes ont précisé ensuite qu'elles associaient la parole avec : « Il y'a un mot pour chaque geste » précise l'infirmière n° 2.

Le toucher permet « d'entrer dans la bulle la plus intime du patient » et permet d'obtenir une relation de confiance selon l'infirmière n° 1.

Dans ma propre expérience de stage à laquelle je me suis référé antérieurement, le patient recherchait chez moi une main à laquelle s'accrocher et les paroles ne suffisaient pas à le rassurer.

Ensuite trois infirmières ont abordé dans les réponses, le sens de **l'observation** (ou la vue). En fait, elles expliquent que la relation pendant le soin d'hygiène se base beaucoup sur l'observation. Cette communication silencieuse fait selon moi, parti de la communication non verbale, le patient ne s'exprimant pas par la parole fait comprendre par l'intermédiaire des mimiques, de ses positions, des rougeurs de son visage, de la crispation de ses traits ce qu'il ressent. Effectivement deux des trois soignants disent ressentir « l'inconfort et la douleur du patient » par ses mimiques et ses postures lors des soins.

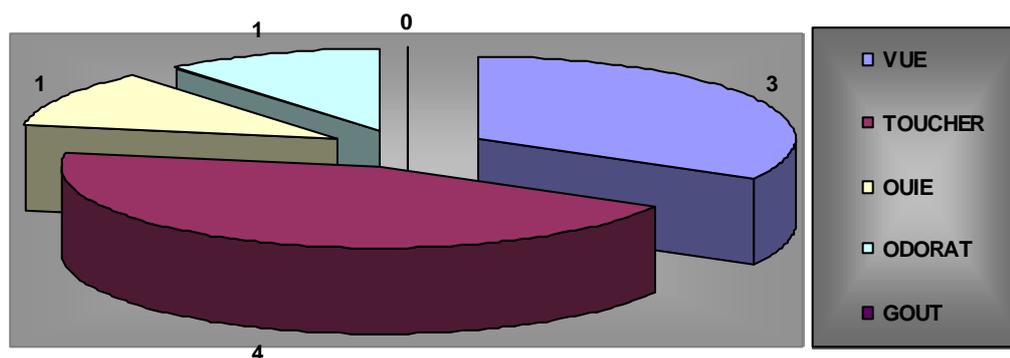


DIAGRAMME 3 IMPORTANCE DES SENS PENDANT LA TOILETTE CHEZ L'APHASIQUE DE BROCA

3.4 Le soin d'hygiène

Ma première question s'est portée sur la priorité du soin d'hygiène chez l'aphasique. En effet, j'ai voulu savoir quel était l'objectif prioritaire visé spécifiquement pendant ce soin hormis la toilette.⁸¹ (Question 11)

Je me suis posé cette question pour mieux cerner la question 12 qui concerne plus spécifiquement la relation pendant ce soin.

Il est ressorti de mon enquête une nouvelle idée non mentionnée dans mes concepts : la **préservation de l'autonomie** chez l'aphasique, élément le plus cité (3 fois) avant le confort (2 fois respectivement). Détaillons ces choix.

Pourquoi se soucie t'on en premier lieu de l'autonomie ? J'ai donc relancé ma question en demandant de préciser les raisons de ce choix.

Sur les trois infirmières ayant cité l'autonomie, l'infirmière n°2 m'a précisé qu'en faisant participer le malade, « *il pourrait sortir de son cocon dépressif* » et que la préservation de son autonomie lui permettra d'« *avoir une meilleure restitution de son image corporelle* ».

Enfin, pour les infirmiers n°5 et 6, la toilette rentre dans le « *cadre de la rééducation dans son service avec l'équipe pluridisciplinaire et elle permet de noter les progrès ou la régression de l'aphasique* ».

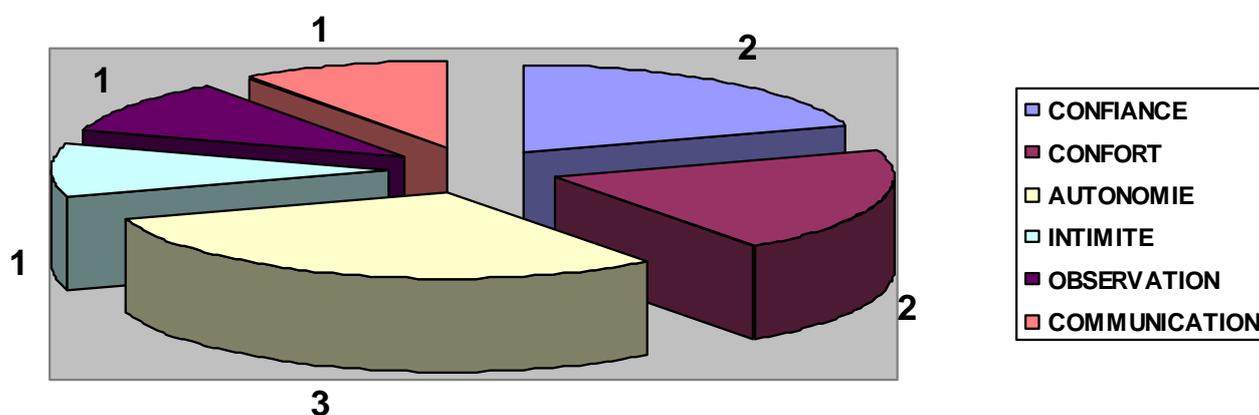


DIAGRAMME 4 : PRIORITE PENDANT LA TOILETTE

Dans mes concepts, j'ai vu que la toilette comportait plusieurs objectifs⁸², c'est également ce que l'ont nous a enseigné à l'école. Or ici, dans un contexte

⁸¹ DIAGRAMME 4.

psychologique particulier qui s'ajoute à la perte de fonctions essentielles dont la parole, la toilette devient capitale.

En effet, on ne fait pas la toilette de la même manière à un patient atteint d'une pathologie quelconque qu'à un patient aphasique qui vient de perdre son aptitude à parler et qui est dans un repli dépressif. Si l'on n'adapte pas ce soin, on peut tomber dans une relation néfaste pour les deux acteurs du soin : soignant et soigné. C'est ce que j'ai appris lors de mes stages en m'apercevant que toutes les toilettes étaient différentes et spécifiées par une « fiche toilette ». Chez l'aphasique, il faut combler ce manque de communication verbale par d'autres moyens qui vont dans le sens de sa rééducation, c'est pourquoi dans mon enquête, on prône le maintien de l'autonomie dans les services de long séjour.

C'est dans ce sens que l'infirmière Véronique LEROUX expose que :

La toilette constitue l'un des moments privilégiés pour la réhabilitation du mouvement et pour la conscience du corps. Cette manière de procéder, permet de ne pas rompre la communication avec la personne et de participer à la rééducation ou au maintien de l'autonomie.⁸³

C'est pourquoi, privilégier l'autonomie revient donc à maintenir la communication.

En outre, ce maintien de l'autonomie fait partie intégrante du concept de Virginia HENDERSON, sur les soins infirmiers, en effet on a vu dans nos concepts⁸⁴ que la toilette revêtait un rôle dans l'autonomisation du patient.

Une telle approche me fait penser au discours que m'avait tenu une de mes enseignantes venue m'évaluer quelques semaines auparavant sur un lieu de stage : *« tu dois privilégier au maximum l'autonomie du patient afin de lui faire prendre conscience de son potentiel »*.

Après ces quelques lignes sur l'autonomie, le **confort** cité par deux infirmières vient confirmer également le concept de la toilette selon V.HENDERSON, et par ailleurs, dans le dictionnaire des soins infirmiers où nous avons cité la définition du soin d'hygiène, le confort est associé au soin d'hygiène par l'intitulé: *« soin d'hygiène et de confort »*.

⁸² Page 18, Chap.4 Par. 4.1 Définition du soin d'hygiène (Y. GINESTE & R. MARESOTTI).

⁸³ V. LEROUX, *La toilette d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer*, DIU DE GERONTOLOGIE, Promotion 2007-2008, Centre St Vincent Lannouchen à LANDIVISIAU.

⁸⁴ Page 18, paragraphes 4.1 V. HENDERSON.

Deux soignants ont cités la **confiance** car « *c'est très important de redonner confiance au patient déprimé* » et c'est là que l'infirmière n°1 ajoute qu'elle préfère « *commencer la toilette par les mains ou les bras et laisser le visage pour après en raison de l'importance identitaire que représente la figure pour la personne aphasique* ».

L'infirmière n°4 précise que dans son service, la toilette se fait seul pour préserver l'**intimité** et accroître la relation. Cette intimité a également été étudié dans un mémoire infirmier élaboré par Julien MAILLOT qui a écrit :

« *Que se soit le regard, la parole ou le toucher, on s'aperçoit que la quantité et la qualité de ceux-ci diminuent lorsqu'un autre soignant entre dans la chambre.* »⁸⁵.

Ensuite, j'ai voulu savoir par quel(s) procédé(s) spécifique(s), l'infirmière maintenait sa relation pendant la toilette avec l'aphasique. (Question 12)

C'est le **toucher** qui est ressorti en premier avec quatre infirmières qui l'ont cité.

Viennent ensuite **le regard**, la **parole**, et **la relation de confiance** citée à deux reprises et enfin l'aide la **famille** (cité une fois).

Les deux infirmières ayant évoqué le « *toucher tendresse* » différent du toucher pour « exécuter » ont été formé en interne au toucher massage. Cela nous renvoi au cadre conceptuel et plus précisément à l'idée développée par Patricia GAUNTLETT BEARE⁸⁶.

Comme le précise l'infirmière n° 5, « *le soin d'hygiène reste accessoire si le but poursuivi par le soignant est de rendre le patient propre, alors qu'il prendra tout sons sens dans la rééducation si l'objectif est de contribuer au bien être de l'aphasique* ».

Je pense que ce bien être est capital et dois passer surtout par le toucher, en effet le toucher apporte du bien être physique et aussi mental ; or les patients aphasiques ont besoin de se sentir mieux intérieurement pour avancer dans leur rééducation.

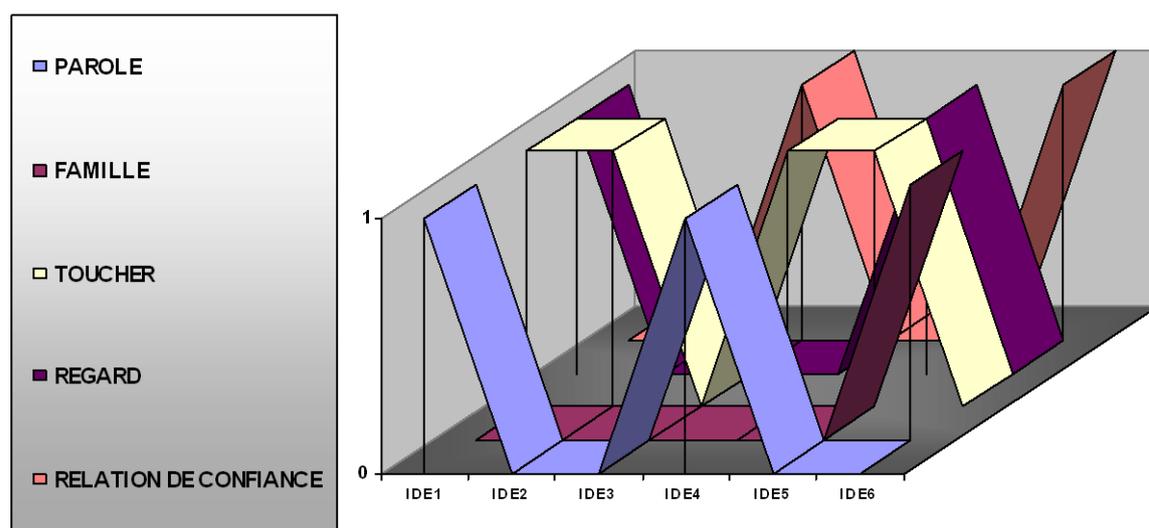
⁸⁵ J. MAILLOT, T.F.E. *La communication avec une personne Alzheimer*, IFSI Montceau les mines, 2008 .

⁸⁶ Evoqué en page 19 du travail, on y apprend que le toucher est une intervention thérapeutique à part entière qui peut être positive ou non.

La confiance est citée deux fois, elle permet de faire face aux pertes que subit le patient aphasique au niveau de son identité et de son rôle familial, pertes exposées en première partie d'après Cendrine HIRT⁸⁷.

Nous avons aussi vu qu'Alexandre MANOUKIAN dans son livre sur la relation soignant-soigné insiste bien sur la relation de confiance mutuelle. Aussi, l'infirmière n°3 précise que : «*la confiance est un atout capital pour la réalisation de la toilette chez eux*».

De plus, ces entretiens m'ont permis de recueillir une information que je trouve très importante, mais qui n'est pas présente dans mon cadre conceptuel : la connaissance du patient est facilitée par la famille. En effet, comme le précise bien l'infirmier, «*la famille est une aide non négligeable pour nous permettre de connaître les habitudes du patient ou bien des indices de communications...* »



HISTOGRAMME 5 ELEMENT RELATIONNEL LORS DE LA TOILETTE

Mais comment insérer la famille dans cette relation déjà complexe ?

Xavier SERON, docteur en psychologie, l'a très bien analysé :

Les proches du patient et son conjoint sont des acteurs importants du processus thérapeutique. En effet, la personne la plus proche du patient, celle qui passe le plus grand nombre d'heures par jour avec lui, est aussi celle qui a élaborée tout au long de sa vie familiale les épisodes de communication les plus fréquents et les plus intimes.⁸⁸

⁸⁷ Voir en Page 13, l'aphasie entraîne une perte de l'identité et des rôles familiaux [...] et un abandon des projets d'avenir .

⁸⁸ Xavier SERON, *Op. Cit.*, p.149.

4. Synthèse

Au travers de ma question de départ et de mon cadre de référence mis en lien avec mes entretiens, je constate le rôle fondamental de la communication face à une personne aphasique de Broca pendant le soin d'hygiène.

Même si le langage est toujours maintenu, la communication est essentiellement non verbale. Et, d'autres outils mis en place par l'orthophoniste comme les tableaux de communication viennent apporter de l'aide. Enfin, il semblerait que la famille puisse permettre d'améliorer la relation soignant-soigné.

Revenons en aux différents types de communication non verbales mis en place.

On a vu dans nos concepts que les principaux vecteurs utilisés pour communiquer avec un patient aphasique étaient représentés par **la vue, le toucher et la parole**. Cependant, ils ne sont pas utilisés de la même manière sur le terrain : on constate un usage adapté pour chaque moyen selon le lieu d'enquête.

En effet, les observations ont révélé que les infirmières du service de neurologie utilisaient le regard comme mode de communication principal pour entrer en relation, alors que les soignants du service de médecine physique et réadaptation et du service de rééducation disposent plus du toucher pour approcher le patient.

En reprenant nos concepts, on peut remarquer que l'état psychologique du patient n'est pas le même entre les deux types de structure :

- En neurologie : service d'accueil initial, il ressent de l'angoisse et de la frustration car il vient juste de subir le choc.
- Alors qu'en service de rééducation (secondaire), il prend conscience de son état et entre dans une phase de dépression.

Ainsi, l'approche communicative mise en place varie en fonction de l'état psychologique du patient. A court terme, le soignant pour gagner la confiance du malade angoissé utilise le regard pendant le soin d'hygiène alors qu'à moyen et long terme, c'est le toucher qui permet de faire face à la dépression du patient et celui-ci revêt d'une importance particulière pendant la prise de contact.

De ce fait, le contact visuel revêt un double objectif : d'une part il permet de **maintenir la relation** et d'autre part il permet l'**apaisement** du malade en crise.

Le toucher, quant à lui, permet d'amorcer la relation de soin d'hygiène pour favoriser la **reprise de l'autonomie** et l'**acceptation de la maladie** à plus long terme.

De plus, le soin d'hygiène représente un moment crucial pour le patient aphasique ; c'est le moment où il va se réapproprier son corps. En conséquence, le soignant va entrer en relation avec le malade par le biais du corps tout en tenant compte de son état psychologique.

En adaptant ces trois piliers de la communication que sont la parole, le regard et le toucher, le soignant crée ainsi une atmosphère rassurante, chaleureuse et non hostile pour entrer en relation avec le malade aphasique de Broca pendant le soin d'hygiène

Cette façon de prendre soin qui passe par l'utilisation du regard, de la parole et du toucher requiert deux conditions en amont :

- D'abord, la **connaissance de la pathologie**. Cette lacune de connaissance est surmontée par l'apprentissage sur le terrain.
- Ensuite du **temps et de la disponibilité**. On a pu voir que là où la relation est difficile à établir, le manque de temps est souvent un obstacle pour créer un climat plus propice à l'échange.

Le temps apparaît donc un atout capital pour favoriser cette relation de communication, à condition de le gérer à bon escient. On peut donc se poser la question suivante :

En quoi la disponibilité de l'infirmier permet-elle d'établir une relation plus approfondie avec le patient aphasique pendant le soin d'hygiène ?

CONCLUSION

Ce dossier m'a permis de comprendre que la communication est primordiale pour chaque individu. En fait, Jacques CORRAZE nous démontre même que la communication est permanente quand il dit que « *Nous communiquons malgré nous, n'étant guère conscients des gestes que nous utilisons et nous ne choisissons pas toujours les moyens de le faire* »⁸⁹.

Chacun éprouve au plus profond de lui même le besoin de communiquer. La communication permet notamment d'entrer en relation avec son prochain.

J'ai pu également enrichir ma réflexion sur la communication non verbale au moment du soin d'hygiène face aux personnes aphasiques de broca.

Je me suis alors rendu compte qu'il était primordial d'adapter son approche communicative selon l'état psychique du patient aphasique .

J'espère qu'au travers de ce travail de fin d'études, vous aurez compris que la toilette d'un patient aphasique est un soin particulier, et ceci pour une double raison : c'est un moment privilégié très riche en échange de part sa durée et de ses objectifs. Ensuite, c'est un temps de réhabilitation corporelle et d'autonomisation pour ce type de pathologie ayant entraîné la perte de l'intégrité physique et psychique.

C'est pourquoi, il est fondamental de ne pas réduire ce soin d'hygiène à sa stricte expression mais de l'incorporer avant tout comme un soin relationnel où la communication permettrait au patient aphasique de progresser dans sa quête d'une nouvelle autonomie, tout en rompant son isolement.

D'ailleurs Marie RAJABLAT va dans notre sens quand elle écrit que : « *De même qu'il est impossible de ne pas communiquer, il n'existe pas de soin qui ne soit pas relationnel* »⁹⁰.

Au travers des différentes recherches et observations, j'ai pu réfléchir sur ma façon de travailler. J'ai pu me rendre encore plus disponible et prendre le temps d'**écouter** mes patients pour établir une relation de confiance en créant une atmosphère rassurante et structurante.

⁸⁹ Jacques CORRAZE : Les communications non verbales. Ed. Presses universitaires Françaises. 1992 ,p.76.

⁹⁰ Marie RAJABLAT, *Voyage au cœur du soin : la toilette*, Noireau, Ed. hospitalières, 1997, p.111 .

Par ce travail, j'ai poursuivi avec plus de profondeur ma réflexion sur la communication que j'avais déjà entamée lors de mon expérience professionnelle antérieure. J'ai pu apprendre beaucoup sur moi même et les autres. Je suis plus attentif à l'environnement non verbal et j'essaie de m'adapter en permanence.

Aujourd'hui, on parle de transfert de compétences pour former des techniciens purs en soins infirmiers. La toilette infirmière est sur le point de devenir un soin relevant uniquement du rôle de l'aide soignant. Je pense qu'en transférant ce rôle propre, la profession infirmière pourrait perdre beaucoup dans son humanité et n'oublions pas le décret⁹¹ qui l'encadre : « *Les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ».

Je pense que l'infirmier doit se remettre en permanence en question tant au niveau des connaissances médicales qu'au niveau de sa pratique.

Moi même, en relisant le titre de mon mémoire, je me suis rendu compte qu'il n'était pas adapté aux fruits de mes recherches. Il ne s'agirait pas de *l'entrée en relation* « **chez** » mais plutôt « **avec** » un patient aphasique. Cette différence m'est apparue essentielle lorsque j'ai découvert que l'échange était bilatéral.

En tant que futur infirmier et sensibilisé par ce sujet, j'insisterai sur l'importance de communiquer avec les patients défaillant au niveau du langage.

J'essaierai de faire au mieux pour améliorer les approches communicatives et apprendre à écouter ces patients en prenant en compte leur état psychique.

Je terminerai par la citation de Françoise Dolto⁹² qui ouvre sur une réflexion humaniste sur la communication : « *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.* » .

⁹¹ Article 2 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier .

⁹² F.DOLTO, [12mars 2009], disponible sur « 80'000 citations du monde » <http://www.evene.fr/citations/> .

Il y'a d'abord le TRAUMATISME. Et puis l'entourage lui-même est CHOQUE par l'aphasie. Tout l'EQUILIBRE intérieur vacille, et l'EQUILIBRE des relations est rompu. Alors l'aphasique, qui vit dans un perpétuel DECALAGE, s'installe dans la HONTE et le PARADOXE permanent : AVOUER son HANDICAP ou le DISSIMULER, c'est toujours au prix d'une SOUFFRANCE. Dans ce trajet SANS RETOUR, le TEMPS des RENCONTRES feront aussi parti du voyage, pour arriver, peut-être au DEUIL d'une certaine vie . Toutes ces étapes du voyage aphasique sont en général très insuffisamment prises en compte par le monde médical. C'est de TEMPS dont l'aphasique à besoin . Laissez-lui le temps de vivre au quotidien . Apprenez à « entendre », mais surtout à écouter.⁹³

« LE VOYAGE »

Fédération Nationale des Aphasiques de France

⁹³J.-M. MAZAUX (dir.), *Aphasie et aphasiques, Rencontres en rééducation*, Masson, p.317.

BIBLIOGRAPHIE

□ OUVRAGES

- ❖ Didier ANZIEU, *Le moi peau*, Edition DUNOD, 1985, p.39,71.
- ❖ J.D. BAUBY, *Le scaphandre et le papillon*, POCKET, Saint Amand Avril 1998, p.45-46.
- ❖ Jacques CHALIFOUR, *La relation d'aide en soins infirmiers*, Lamarre, 1989, p.29.
- ❖ Jacques CHALIFOUR, *L'intervention thérapeutique*, Morin, Canada.1999, p.141.
- ❖ Marie Annick DELOMEL, *La toilette dévoilée*, Ed. Seli Arslan, p.39.
- ❖ Colette DURIEU, *Rééducation des aphasiques*, Charles Dessert Editeur, p.33.
- ❖ Patricia GAUNTLETT BEARE, *Soins infirmiers en gériatrie*, De Boeck, p.125.
- ❖ Anne marie GIREL, *Les soins infirmiers et le corps*, Cahier n°5, 1979, Ed. AMIEC, p.39.
- ❖ Y. GINESTE et R. MARESOTTI, *La toilette du malade en institution*, Masson, p.34,38.
- ❖ W. HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, Masson, 1997, p.46.
- ❖ W. HESBEEN, *La qualité du soin infirmier*, Paris, Masson, 1998, p.45.
- ❖ Suzanne KEROUAC, *La pensée infirmière*, Maloine, Paris 1996, p. 56.
- ❖ MANOUKIAN A., *Pratiquer la relation soignant/soigné*, Ed. Lamarre 2001 p.45.
- ❖ B.MONHARDT, et al., *Les soignants et la communication*, Lamarre, 1996, p.13,128.
- ❖ Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?*, Ed. Le centurion, p.62.
- ❖ PELLISSIER J., *Humanitude*, Paris : Armand Colin, 2007, p.265.
- ❖ Margot PHANEUF, *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, Masson, 1978, p.67.
- ❖ J.PONZIO et al., *L'aphasique*, Ed. MALOINE p.47,48,65.
- ❖ M. RAJABLAT, *La toilette : voyage au cœur du soin*, Ed. hospitalières, 1997, p. 23,111.
- ❖ Xavier SERON, *Aphasie et neuropsychologie*, Pierre MARGADA éditeur, 1979, p.83, 149,168,169.
- ❖ P. VAN EECKHOUT, *Entretiens avec Mona OZOUF, Le langage blessé*, A. Michel, p.48, 56.
- ❖ Jean WATSON, *Le Caring*, Edition Seli arslam, p.276.

□ TEXTES OFFICIELS

- ❖ Article 2 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du code de la santé publique.
- ❖ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmière modifiant certaines disposition du Code de la santé publique, Journal officiel du 10 août 2004.
- ❖ Rapport Décembre 2007, *Le toucher au cœur des soins*, de la Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs.

□ VIDEOS

- ❖ Pedro ALMODOVAR, *Parle avec elle*, 2001,Pathé distribution, 75min.
- ❖ Jacques COSNIER, *ARCI Via communication*, 1989, [13décembre 2008] http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/Gestes_du_dialogue_89.mov.MOV, 10min.
- ❖ Marcel SIMARD, *Les mots perdus*, 1993 Virage production, 87 min.

❑ **SITES INTERNET**

- ❖ Mohammed ALIOUI, *Technique des 4 20*, [15/02/2009] <http://medal.free.fr/diapo/echel.swf>
- ❖ Jacques COSNIER, *Psychologie médicale*, 1977,9,11 , Communication non verbale et langage, http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/II-1_com_Non_Verbale.pdf.
- ❖ Roman JACKOBSON, Formation, Les éléments de *communication* [30 /01/2009] disponible sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>
- ❖ Manon POULIN, *Les conséquences psychosociales de l'aphasie pour les personnes aphasiques* , [29 Avril 2009] , <http://www.aphasie.qc.ca>.
- ❖ Claude TERRIER, *Communication*, [15 janvier 2009] , <http://www.cterrier.com>.
- ❖ Pierre TOUREV, *La communication* , [15/12/ 2008] , <http://www.toupie.org/>.
- ❖ Monique ZAMBON, *Paroles des mains, le massage-communication*, [20/01/2009], <http://membres.lycos.fr/34parolemains.html> .

❑ **REVUES**

- ❖ Martine DUPUIS, communication , SOINS AIDE SOIGNANTE, N°20, février 2008,p.25 .
- ❖ Nicole GIRE, *La toilette : un acte à revaloriser*. Bull. soc. Pharm. Bordeaux, Déc. 1999, p.171.
- ❖ Cendrine HIRT, *L'aphasie ou les mots perdus*, SOINS INFIRMIERS , Avril 2001 , p.56.
- ❖ Robert et Sophie MOULIAS, *Le handicap verbal : un handicap à part ?*, GERONTOLOGIE n°147, 3^e trimestre 2008, p.26/27.
- ❖ Laurence MOUZAT, Les troubles du langage, L' AIDE SOIGNANTE n°78, Juin 2006, p.19.
- ❖ Alain RAME, L' AIDE SOIGNANTE n°86, Avril2007, p.20/21.

❑ **DICTIONNAIRES**

- ❖ GARNIER, *Dictionnaire des termes techniques de médecine* ,2^e édition 1978 Ed. MALOINE , 230 pages.
- ❖ MAGNON et al., *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, Editions AMIEC, 2005.354 pages.

❑ **COURS**

- ❖ S.HUGUET, P.HODDE, Cours 3^e année IFSI Rockefeller, Module neurologie, Promo 2006-2009.
- ❖ A.JOLLIVET.G LLORCA, La communication, Cours infirmiers 1^e année Rockefeller2006
- ❖ I.DAVID ,C.MADEC, *Le concept de l'homme* , Cours IFSI Rockefeller 1^eannée, Sept 2006, p.4.

❑ **MEMOIRES**

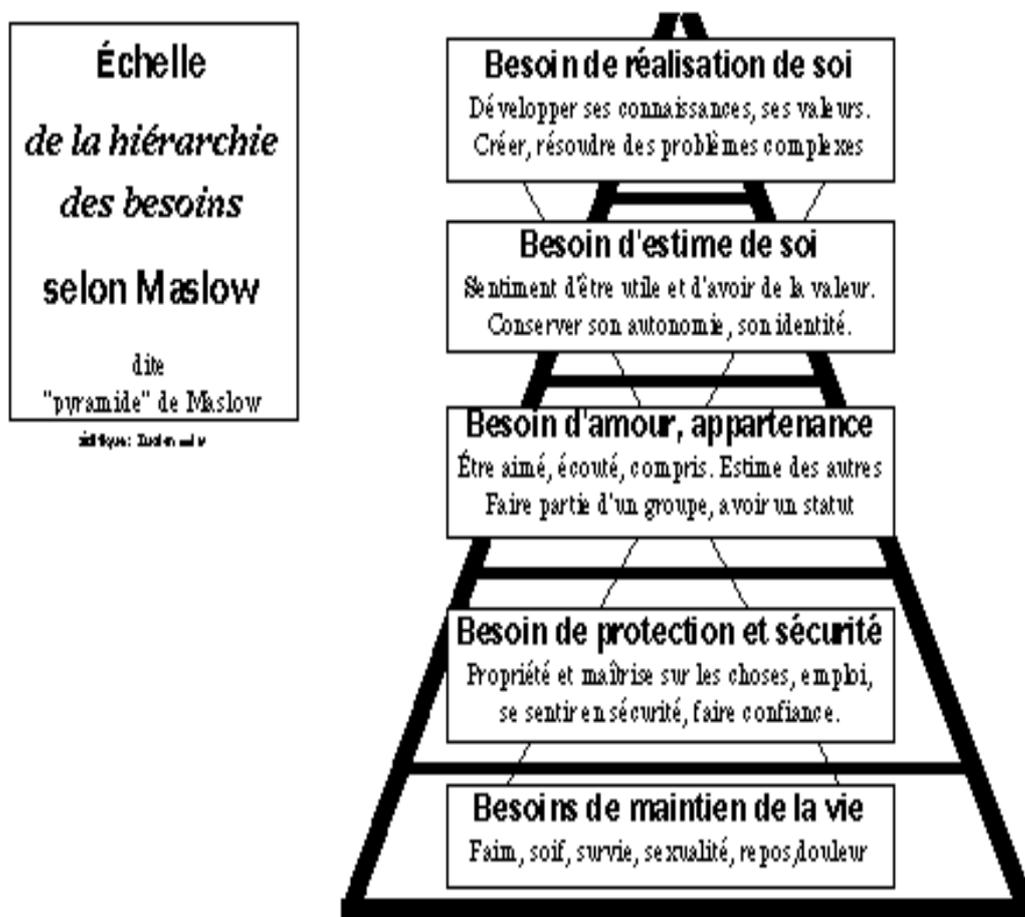
- ❖ LEROUX, *La toilette d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer*, DIU DE GERONTOLOGIE, Promotion 2007-2008, Centre St Vincent Lannouchen à LANDIVISIAU.
- ❖ PITTE Morgan, TFE *Le langage du silence*, Promotion 2004 2007,IFSI Marry THIEULLANT, p.34.
- ❖ J. MAILLOT, T.F.E. *La communication avec une personne Alzheimer*, IFSI Montceau les mines, 2008 .

ANNEXES

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow

Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement).

Maslow détermine aussi **une hiérarchie des besoins** : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder toute tentative de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour (appartenance), qui précèdent les besoins d'estime de soi (reconnaissance) ; au sommet de la pyramide se trouvent les besoins spirituels (dépassement).



La nuit

La nuit du 22 au 23 février 1998 fut un bouleversement complet de ma vie et le début d'un long périple à l'hôpital.

Au cours de cette nuit, j'ai été victime d'un accident vasculaire cérébral causé par un infarctus cardiaque.

Cet accident de santé a entraîné une hémiplégié droite totale (bras et jambe droits paralysés) et une aphasie (perte du langage) totale.

L'hémiplégié est assez bien connue du grand public car les séquelles motrices sont « très visibles » et handicapantes.

Alors que l'aphasie est une maladie tout aussi handicapante mais moins visible donc moins « gênante » : une personne qui ne s'exprime pas, ne « dérange » pas.

Tout le monde ne connaît pas l'aphasie. C'est la cassure complète de tout ce qui est PAROLE. Alors que moi, je ressens intérieurement ce que je veux dire, je ne peux pas l'exprimer.

Avant, je ne savais pas que l'aphasie existait. Au moment où c'est arrivé, je ne comprenais pas ce qui se passait autour de moi.

A cause de l'aphasie, je me suis coupée des gens, parce que je ne m'exprimais pas. Donc, je ne pouvais pas discuter.

Avant je travaillais à EDF. J'étais cadre juridique. J'espérais qu'EDF me reprendrait. Après 4 ans, je me suis trompée, parce que malheureusement je ne pouvais pas reprendre mon travail.

Les infirmières et les médecins connaissent bien l'aphasie mais pas vraiment la personne aphasique, NON.

A l'hôpital, pendant 9 mois, les « autres », les médecins et ma Famille, ont mis en place des choses pour moi.

C'est de cette période – là dont je veux parler.

Moi, je ne m'exprime pas par écrit. Alors, l'orthophoniste m'a dit : « vous racontez l'histoire et j'écris pour vous ».

Je veux ici parler de mon expérience.

Michèle SERREPUY

Fédération Nationale des Aphasiques de France

Page 10, Bulletin d'Information et de liaison, Juin 2005, *Numéro : 10*



Association de personnes aphasiques,
leurs proches et de professionnels

Zähringerstr. 19, CH-6003 Lucerne
Fon 041 240 05 83 / Fax 041 240 07 54
info@aphasie.org / www.aphasie.org

Quelques conseils pour faciliter la communication avec les personnes aphasiques

Ecouter signifie attendre. L'aphasique a besoin de **beaucoup de temps** pour s'exprimer.

Il est indispensable toutefois qu'il parle et que **l'on s'intéresse à ce qu'il dit.**

L'interlocuteur peut avoir une grande influence sur l'expression de l'aphasique. L'aider c'est bien, mais il faut lui laisser la possibilité de s'exprimer et ne pas vouloir lui venir en aide trop tôt, en parlant à sa place.

Il faut avoir de **la patience**, prendre le temps de s'assurer qu'on a bien compris ce que l'aphasique veut dire. Pour cela : essayez de deviner en posant, par exemple, des questions dont la réponse peut se faire seulement par oui ou non : des questions dont la réponse nécessite une phrase ou un choix entre plusieurs possibilités sont souvent trop difficiles, ne considérez pas les mots qui sont incompréhension ou inadéquats comme dépourvus de sens. Essayez de trouver quel mot se cache derrière cette production erronée, n'interrompez pas l'aphasique dès qu'il dit quelque chose « de travers », ne le corrigez pas sans arrêt et ne le faites pas répéter constamment, sinon vous risquez de le décourager, essayez de vous concentrer sur le contenu, sans trop tenir compte, de la forme. La communication peut aussi passer par **d'autres moyens que la parole**, comme les gestes, la mimique, le dessin...

Souvent le mot ne peut pas être évoqué au moment précis où l'aphasique le souhaite –

ou alors il répète toujours le même mot (persévération). Le mieux est d'essayer de détourner l'attention et de faire diversion. On peut aussi proposer de revenir sur le sujet un peu plus tard.

Les conditions les plus favorables pour communiquer avec un aphasique sont réalisées quand : Il n'y a **pas de bruit de fond**, l'aphasique est au **centre** de la discussion (si possible avec un seul interlocuteur) et qu'il peut éventuellement lire sur les lèvres, l'interlocuteur s'exprime de façon calme, sans élever la voix, avec un débit naturel, mais avec des pauses fréquentes, l'interlocuteur répète son message en variant les formulations afin de s'assurer que le sens est compris et en s'appuyant sur tous les moyens de communication à disposition (textes écrits, images, intonation, mimiques, langage corporel ...).

Mr Adel KESSOURI

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Le cadre supérieur de santé

Madame la Directrice des soins infirmiers

Saint Etienne, le 15 février 2009

Madame,

Par la présente lettre, je me permets de solliciter votre accord afin de venir interviewer des infirmiers (ères) de votre établissement dans le cadre de mon travail de fin d’étude.

Actuellement étudiant Infirmier de 3^e année à l’école ROCKEFELLER, je réalise un mémoire sur la relation entre **l’infirmier (ère) et l’aphasique de Broca** pendant le soin (d’hygiène).

Dans l’attente de votre réponse, je vous prie d’agréer, Madame la directrice, l’expression de mes salutations distinguées.

Adel KESSOURI

P.J. : le questionnaire d’enquête

Adel KESSOURI

Travail de fin d'études I.F.SI. de ROCKEFELLER

I-INTRODUCTION

- 1- Depuis quand êtes vous diplômé ?
- 2- Depuis quand travaillez vous dans ce service ?

II- APHASIE DE BROCA

- 3- Aviez vous des connaissances autour de l'aphasie de Broca lors de votre arrivée dans le service ?
 - a. *Si oui ? que saviez vous dessus ?*
 - b. *Si non avez vous suivi une formation pour ?*
- 4- Dans quel contexte psychologique, un aphasique de Broca se trouve t il à l'arrivée dans votre unité ?

III- COMMUNICATION

- 5- Comment définiriez vous la communication ?
- 6- Adaptez vous votre communication face à un aphasique ?
 - a. *Si Oui : comment ?*
- 7- Y'a t'il des éléments qui vous empêchent de communiquer avec ce type de patient ?
 - a. *Si Oui : lesquelles*
- 8- Quels critères mettez-vous en avant pour permettre d'établir une communication optimale avec les aphasiques de Broca ?

IV-RELATION SOIGNANT SOIGNE

- 9- Quel est le moment opportun, lors d'un soin, pour permettre une meilleure entrée en relation avec le malade aphasique ?
 - a- *prise de contact*
 - b- *pendant le déroulement du soin*
 - c- *à la fin du soin*
- 10- Parmi les 5 sens, lequel privilégiez vous pour entrer en relation pendant la toilette ?

V-LE SOIN D HYGIENE

- 11- Quand vous faites la toilette à un aphasique, qu'est ce que vous privilégiez le plus ?
- 12- Quels sont les éléments auxquels vous attachez de l'importance pour rendre le soin d'hygiène moins pénible pour vous & le malade ?

Avez vous des remarques à ajouter ? si oui lesquelles ?

	<i>- Centre de rééducation (soins de suite et réadaptation)</i>		<i>Service de NEUROLOGIE</i>		<i>Service de médecine physique Centre Hospitalier Universitaire</i>	
<i>Questions</i>	<i>IDE 1</i>	<i>IDE 2</i>	<i>IDE 3</i>	<i>IDE 4</i>	<i>IDE 5</i>	<i>IDE 6</i>
<p><i>Soignants :</i></p> <p><i>Relances</i></p>	Sexe : féminin Année obtention diplôme : 2003 Expérience dans le service : 5 ans Formée au toucher massage	Sexe : féminin Année obtention diplôme : 1982 Expérience dans le service : vacataire Formée au toucher massage	Sexe : féminin Année obtention diplôme : 2003 Expérience dans le service : 7ans	Sexe : féminin Année obtention diplôme : 1996 Expérience dans le service : 16 mois	Sexe : féminin Année obtention diplôme : 1998 Expérience dans le service : 10 ans	Sexe : masculin Année obtention diplôme : 2005 Expérience de : 4 ans Ancien psychologue
<p>I- APHASIE DE BROCA</p> <ul style="list-style-type: none"> Aviez vous des connaissances autour de l'aphasie de Broca lors de votre arrivée dans le service ? Si oui ? que saviez vous dessus ? Si non avez vous suivi une formation pour ? Dans quel contexte psychologique, un aphasique de Broca se trouve t il à l'arrivée dans votre unité ? 	Pas de connaissance. A appris sur le tas grâce aux informations fournies par le médecin et l'orthophoniste Affirme que les nouveaux arrivants manquent d'information sur le sujet. Dépression liée à leur hémiplegie avec repli sur eux même, mise en place traitement antidépresseur	S'est beaucoup interrogée face à ce type de pathologie et a ressenti de l'appréhension lors d'un premier contact. formée en interne par Orthophoniste et Médecins intense Dépression , surtout si le malade souffre de perte d'autonomie (dans le cas des hémiplegiques après un AVC).	Pathologie vue lors de la l'apprentissage théorique en IFSI. Formation sur Aphasique de Broca, dans le service . Enervement quand incompréhension Angoisse : le malade n'arrive plus à s'exprimer ne comprends pas ce qui lui arrive	Connaissance de la maladie car : - Notion vue en cours - Expérience auparavant dans un service pour comateux Forte angoisse liée à la perte de l'autonomie langagière La situation est nouvelle : ils sont énervés . Difficile à cerner	Connaissance d'après ses cours d'IFSI et formation en interne. les cours ne sont pas du tout en lien avec la réalité de terrain : aphasiques sont différents Si hémiplegique, accepte mal la perte d'autonomie et ressent une dépréciation de l'image de son corps d'où dépression .	Informations sur la maladie acquises lors de sa formation de psychologie. La pathologie a été peu abordée en IFSI. l'apprentissage de la maladie par l'orthophoniste et les médecins a été d'un grand soutien. Souvent les malades de ce genre sont handicapés, ils sont alors très déprimés à l'arrivée dans le service. L'IDE remarque de la tristesse chez ces patients à leur arrivée. Qui prennent conscience doucement
<p>II- COMMUNICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment définiriez vous la communication ? 	La communication = partage . 2 sortes de communication : -verbale (« mots ») -non verbale (gestes, mimiques...)	Idée d'échange Verbal : « parler », avec respect et tolérance en prenant le temps d'écouter et de comprendre le patient.	La communication est verbale et non verbale , c'est « rentrer en relation avec l'autre au travers des cinq sens ».	La communication est verbale et permet d'établir un lien entre personnes.	= 1 émetteur et 1 récepteur + 1 moyen d'établir la communication (toucher, vue...) disponibilité & écoute du soignant et empathie !	La communication est synonyme d'échanges . Le but est de connaître le ressenti de l'autre (douleur, difficulté, déprime..) importance de la parole !

<ul style="list-style-type: none"> • Adaptez vous votre communication face à un aphasique ? <i>Si Oui : comment ?</i> • Y'a t'il des éléments qui vous empêchent de communiquer avec ce type de patient ? <i>Préconisations ?</i> • Critères pour établir une communication optimale 	<p>Oui, utilise beaucoup les mains en montrant , faisant des gestes ou touchant la personne. Ardoise pour écrire aussi. On explique le soin.</p> <p>Pas de difficultés apparentes. il existe des moyens dans son unité qui permettent de décoincer certaines situations à problèmes.</p> <p>Patience car le patient se referme vite sur lui-même si on est pressé et ne prends pas le temps de s'exprimer ! Apaisement aussi</p>	<p>Toucher. qui nous permet de débloquer des situations, gestes, serrage de mains. Classeurs de communication de l'orthophoniste</p> <p>Jamais. Elle préconise de « s'adapter à la personne que l'on a en face de nous et réagir en fonction de l'individu ».</p> <p>Etre disponible, montrer qu'on a le temps</p>	<p>On observe beaucoup Et on s'adapte avec une intonation e la voix douce.</p> <p>Oui Manque de temps Pas de retour, cela nous gêne et nous met en impuissance. Formation sur la communication</p> <p>Ecoute rassurante et sincérité de la part du soignant pour optimiser la confiance mutuelle.</p>	<p>les regards sont l'un de ses principaux moyens de communiquer. Ensuite on utilise les phrases courtes, simples pour ne pas mettre en échec</p> <p>Oui Pas assez de temps, de moyens et de personnel On ne comprends pas toujours le patient et il s'énervé. Absence de retour aussi. Formation sur la communication et plus de personnels.</p> <p>Relation de confiance et sécurité, valoriser tout progrès pour éviter les situations à échec ! Apaisement par le calme !</p>	<p>Pas forcément, on utilise tous nos sens. Travail pluridisciplinaire (kiné, ergo, orthophonistes...) et classeurs orthophoniste</p> <p>Oui quand le soignant et le soigné ne parviennent pas à se comprendre. Le patient peut s'impatienter et s'énervé. Le soignant quant à lui, est embêté de ne pas avoir de retour. Sentiment d'impuissance par l'infirmière. Remise en question des compétences.</p> <p>Les rassurer, faire preuve de disponibilité, très important</p>	<p>A défaut de parler, les sens sont déterminants et notamment la vue pour aller en profondeur, on cherche le ressenti. Le clignement des yeux permet de décoder.</p> <p>Oui, fatigue du patient qui ne se fait pas comprendre et qui a du mal à comprendre en retour. Pas de retour de réponses chez le patient = situation très gênante.</p> <p>Disponibilité : prendre le temps dans les soins. ; le temps permet d'aller plus en profondeur.</p>
<p>III-LA RELATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moment du soin où se joue la relation 	<p>Prise de contact avec le serrage de main qui rassure le patient et permet de pénétrer dans sa bulle intime sans difficultés de manière naturelle. Contact visuel On explique le but et déroulement du soin.</p>	<p>On frappe avant d'entrer même si pas de réponses verbales. Prise de contact, à ce moment là on explique le but et le déroulement du soin et on demande son accord avec le regard.</p>	<p>Pas de différence entre ces 3 moments. Le regard est privilégié tout le temps.</p>	<p>Les trois, on communique pendant toute la durée du soin</p>	<p>Prise de contact, on aborde le but et conditions du soin. Rencontre capitale pour faire entrer le patient dans une alliance thérapeutique bilatérale Regard tout de suite couplé à la parole.</p>	<p>Pendant le déroulement du soin et variable en fonction d'autres paramètres. On privilégie les relations pendant les contacts visuels.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Sens privilégié pour entrer en relation pendant le soin d'hygiène 	<p>Toucher en associant la parole Qui permet d'entrer dans la bulle intime du patient et obtenir une relation de confiance.</p> <p>La vue Odorat</p>	<p>Toucher , il y'a un mot pour chaque geste, on ressent la douleur.</p> <p>Ouïe : écouter la respiration</p>	<p>La vue ; on ressent par les mimiques ,couleurs et traits du visage l'état intérieur et la douleur du patient.</p>	<p>La vue, contact visuel, métier de ressenti par les expressions visibles sur le visage.</p>	<p>Toucher ; rétablir le schéma corporel, premier contact du départ ; Toucher relationnel On associe la parole avec.</p>	<p>Toucher au niveau de la main ; serrage de main, permet d'évaluer la douleur lors du soin Toucher en lien avec les mots</p>
<p>IV-LA TOILETTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clef d'une bonne toilette chez l'aphasique • Par quels biais amorcez vous la relation de soin pendant la toilette 	<p>Confiance ; je commence la toilette par les mains ou les bras et laisse le visage pour après en raison de l'importance identitaire que représente la figure pour la personne aphasique</p> <p>Toucher tendresse Parole Regard</p>	<p>Préserver l'autonomie Sa participation, qu'il soit le plus autonome pour sortir de son cocon dépressif et avoir une meilleure restitution de son image.</p> <p>Toucher tendresse</p>	<p>Confiance Confort</p> <p>Confiance est un atout capital pour la réalisation de la toilette</p>	<p>Préservation de l'intimité On préfère la réaliser seul qu'en binôme pour plus de complicité. Confort</p> <p>Toucher Maintien de la Parole Relation de Confiance</p>	<p>Maintien de l'autonomie entre dans le cadre de la rééducation ans le service.</p> <p>Toucher avec regard Soin d'hygiène accessoire si le but est uniquement de rendre propre le patient, il faut contribuer à son bien être !</p>	<p>Privilégier au maximum son autonomie. La toilette chez nous entre dans le cadre de la rééducation avec l'équipe pluridisciplinaire. On note les progrès et les régressions.</p> <p>Famille est une aide précieuse pour connaître les habitudes du patient (rasage en premier...)</p>

L'entrée en relation chez l'aphasique de Broca

Résumé :

De nos jours, l'expansion des moyens de communication virtuels laisse peu de place aux vrais rapports humains.

Ces relations demeurent, pour l'infirmier, l'outil essentiel dans la prise en charge de l'aphasie de Broca.

L'étude réalisée nous montre qu'au travers de cette pathologie qui isole et bouleverse, l'infirmier va adapter sa relation par une communication plus approfondie.

La réflexion est d'autant plus intéressante dans le contexte du soin d'hygiène. En effet, la toilette, rôle propre de l'infirmier, demeure un soin important de part sa durée et ses échanges.

L'infirmier va, pendant ce soin, développer ses compétences relationnelles afin de créer un climat propice à une nouvelle communication centrée sur le patient aphasique.

Ces approches communicatives vont permettre à l'infirmier d'établir un échange avec le malade afin de réhabiliter celui-ci tant au niveau corporel que psychique.

Savoir communiquer c'est avant tout savoir écouter.

Mots clés :

- 1- *Aphasie de Broca*
- 2- *Communication verbale*
- 3- *Communication non verbale*
- 4- *Relation soignant-soigné*
- 5- *Soin d'hygiène.*