

*BECKER Angélique
Promotion 2007-2010*

*Travail présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier
Session novembre 2009*

Toutes ces choses ...



... Qu'on ne s'est pas dites

Soutenance passée le 26 janvier 2010

Institut de formation en soins infirmiers de Saverne
Centre hospitalier sainte Catherine
67700 Saverne

Sommaire :

| | |
|---|----------------------|
| Introduction | page 1 |
| Situation clinique | page 2 |
| Analyse de la situation | page 3 |
| Problématique et hypothèse de travail | page 3 |
| Cadre conceptuel | pages 4 à 11 |
| 1- <i>vieillesse</i> | <i>page 4</i> |
| 2- <i>les vieillissements physiologique et pathologique</i> | <i>page 4</i> |
| 3- <i>le syndrome démentiel</i> | <i>pages 4 et 5</i> |
| 4- <i>la maladie d'Alzheimer</i> | <i>pages 5 et 6</i> |
| 5- <i>l'altération de la communication verbale</i> | <i>pages 7 et 8</i> |
| A) le diagnostic infirmier | page 7 |
| B) l'altération de la communication verbale | pages 7 et 8 |
| 2- <i>la communication</i> | <i>pages 8 à 11</i> |
| A) la communication verbale | pages 8 et 9 |
| B) la communication non verbale | page 9 |
| a) le toucher-massage* | page 10 |
| b) la méthode Snoezelen | pages 10 et 11 |
| L'enquête | pages 12 à 19 |
| I - Méthodologie de l'enquête | page 12 |
| II- Synthèse et analyse des résultats | pages 13 à 18 |
| III- Conclusion et retour sur l'hypothèse | pages 18 et 19 |
| Conclusion | page 20 |
| Bibliographie | |
| Annexes | |

Introduction

Lors des entretiens d'admission en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), il n'est pas rare d'entendre les candidats avancer « le côté relationnel et communicatif de la profession » comme motivation principale. Ce fut, également, mon cas. En effet, cette communication me semble essentielle dans la prise en charge de tout patient. Avant la formation, n'ayant pas encore eu les connaissances requises, elle se résumait, pour moi, à la communication verbale.

Au cours de mes trois années de formation, j'ai pu rencontrer un nombre important de patients, qui sont chacun différents les uns des autres, et qui nécessitent chacun une prise en charge personnelle et adaptée. La communication entre en compte dans l'adaptation de cette prise en charge, et j'ai pu remarquer qu'il s'agit, en réalité, d'un acte thérapeutique bien difficile.

Mon cinquième stage de première année a été, pour moi, une preuve indéniable de ce constat. L'unité de vie protégée, dans laquelle j'ai effectué celui-ci, accueille, notamment, des patients atteints de la démence Alzheimer. J'ai pu retirer une situation clinique qui m'a interpellée et qui m'a confrontée à une difficulté de prise en charge. C'est grâce aux connaissances, aux compétences et aux conseils de l'équipe pluridisciplinaire que j'ai réussi à mettre en place une communication personnalisée.

Dans un premier temps, je vais développer cette situation, avant d'en faire l'analyse. Je vous annoncerai, ensuite, l'orientation de ma réflexion, grâce à ma problématique et à mon hypothèse de travail .

A partir de cette hypothèse, et dans un deuxième temps, vous pourrez aborder avec moi le travail à proprement dit. Les différents concepts qui me semblent importants à développer apparaîtront dans ma première partie. La deuxième partie portera sur l'enquête semi directive que j'ai réalisée auprès des professionnels de santé du terrain ainsi que sur son analyse. Enfin, mon travail s'achèvera par la conclusion générale de cette réflexion.

Situation clinique

Madame T., 80 ans, est institutionnalisée en unité Alzheimer depuis 2003. Le diagnostic a été posé, durant l'année 2002.

Mme T. présente une altération des mémoires de court et long termes. À ce jour, elle est aphasique, hormis quelques sons faibles qu'elle émet de temps à autres, et apraxique. Cette atteinte de la fonction cognitive la rend dépendante pour certains actes de la vie quotidienne, notamment pour les soins d'hygiène et de confort. Madame T. présente une incontinence urinaire et fécale.

Elle garde, par ailleurs, d'autres fonctions telles que la marche et la déglutition, ainsi que des réflexes pour l'habillage et le déshabillage.

Il est difficile d'entrer en relation avec Mme T., car elle ne réagit plus à la communication verbale. En effet, j'ai pu remarquer qu'elle ne semble pas concernée, car elle a le regard fuyant, reste muette et semble angoissée. Cela instaura en moi un sentiment d'échec et de mal être.

Cependant, j'ai pu observé que Mme T. réagit à d'autres stimuli : la mélodie par exemple. Lorsqu'elle entend un air ou une chanson, son regard se pose sur l'objet émetteur (télévision ou poste de radio) et elle se met à chantonner au rythme de cette mélodie. L'équipe soignante m'a, également, appris que dans son histoire de vie, on peut s'apercevoir que son mari l'emmenait danser, au bal, tous les samedis soirs, ce qui pourrait expliquer son intérêt pour la musique.

Ainsi, le matin, au moment de la douche, il est intéressant d'expliquer et d'effectuer les soins de Madame T. en chantonnant. Celle-ci se sent alors plus détendue et prend part au soin. Elle est souriante, et son regard est posé sur le soignant. Dans le cas contraire, Mme T. a le regard vague, fuyant. Elle ne participe pas au soin et est plus rétractée.

De plus, dans cette unité, des ateliers sont organisés par les soignants. L'un d'eux est l'atelier chant. Lors de celui-ci, tout le monde, résidents et soignants, se retrouvent autour d'une table de la salle de vie, pour chanter. Les chansons sont anciennes (populaires ou d'après guerre), faisant appel à la mémoire à long terme des résidents, celle qui devrait leur rester le plus longtemps. Pendant, ces moments, Mme T. sourit, pose son regard et chantonne avec le reste du groupe. Durant le reste de la journée, elle reste très discrète.

Analyse de la situation :

Dans cette situation, la communication verbale n'est pas efficace. C'est la mélodie utilisée qui stimule les sens de Madame T. et qui semble être une alternative non verbale à la communication verbale.

Cette communication occupe, cependant, une place importante et centrale dans la prise en charge de Mme T. : cette dernière est rassurée et le soignant peut entrer en relation avec elle. Le lien qui s'instaure entre le soignant et Madame T. se manifeste alors par un échange de regards, de sourires, une émission de sons de la part de Mme T., ainsi qu'une participation active, de celle-ci à sa douche du matin.

Problématique :

La démence d'Alzheimer suppose souvent une altération de la communication verbale. Et j'en viens à poser un axe de réflexion qui repose, essentiellement, sur une adaptation de la communication du soignant.

Mon hypothèse est la suivante : la communication verbale, avec un patient aphasique, souffrant de la maladie d'Alzheimer s'accompagne, nécessairement, d'un support de communication non verbal.

J'entend par là que la communication verbale n'a pas lieu d'être sans le soutien du langage du corps.

Tout au long de mon travail, je vais tenter de répondre à cette hypothèse et, je vous invite à découvrir ma première partie : le cadre conceptuel.

Cadre conceptuel :

1- la vieillesse :

La population actuelle vieillit : aujourd'hui, l'espérance de vie à la naissance est de 77 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes ¹. Les plus de 65 ans représentent 16% de la population française aujourd'hui, alors qu'ils représentaient environ 11% de celle-ci en 1950². Les meilleures conditions de vie, la découverte de nouveaux traitements, les nouveaux appareillages et la prévention sont autant de causes de ce vieillissement.

Dans le système social, la vieillesse commence là où l'activité professionnelle s'arrête (entre 55 et 65 ans selon la profession exercée). L'organisation mondiale de la santé (OMS) « définit arbitrairement certaines tranches d'âges : les personnes âgées seraient celles incluses dans la tranche d'âge des 60-74 ans, tandis que les personnes de 75 à 90 ans seraient des vieillards, puis de grands vieillards³ ». On parle aussi du très grand âge ou du quatrième âge, dès 90 ans.

La vieillesse est parfois appelée « la saison des pertes ». En effet, elle se traduit par des pertes sur le *plan physique* : mobilité réduite, rythme ralenti, baisse de la vue, de l'ouïe, du toucher, de l'odorat, perte de l'image de soi (rides, cheveux blancs...), des pertes sur le *plan social* (retraite) et des pertes *relationnelles* : mort du conjoint, mort des enfants, des amis...

2- les vieillissements physiologique et pathologique :

Le vieillissement est un processus continu et irréversible qui s'inscrit dans la temporalité de l'individu, du début à la fin de sa vie. C'est ce que l'on appelle le vieillissement physiologique ou vieillissement normal. Il n'est donc pas le propre de la vieillesse, mais appartient à l'ensemble du processus vital. Ce n'est donc pas une maladie !

Avec l'avancé de l'âge, le système immunitaire et la résistance aux agressions s'affaiblissent. De plus, la probabilité de survenue de maladies s'accroît : arthrose, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), maladies cardio-vasculaires... On parle de vieillissement pathologique.

3- le syndrome démentiel

Dans ce vieillissement pathologique, on recense également le syndrome démentiel.

Il s'agit, physiologiquement, d'une disparition progressive des neurotransmetteurs cérébraux. Ce dysfonctionnement entraîne, à son tour, un déclin des capacités intellectuelles du patient.

Cela se manifeste par une apparition progressive, insidieuse et chronique de troubles de la mémoire, du langage, du jugement et de certaines capacités d'abstraction. Ces troubles ont un retentissement sur les activités socioprofessionnelles du patient et vont

¹ <http://www.who.int/countries/fra/fr/>

² http://www.euro.who.int/document/chh/fra_highlights_fre.pdf page 9

³ <http://www.dicopsy.com/vieillesse.htm#>

ensuite évoluer vers une atteinte de l'ensemble du système nerveux, allant jusqu'à la perte des fonctions de base comme la marche ou la déglutition.

Le dépistage est possible grâce aux tests psychométriques (MMSE ou mini mental state évaluation, 5 mots de Dubois, test de l'horloge). Ces tests sont pratiqués par un neuropsychologue. Ils durent 1h30 à 2h et permettent de préciser le profil des troubles. Ces tests évaluent les différents types de mémoire, les fonctions cognitives et les capacités attentionnelles. Conjointement, un entretien psychologique permet de mettre en avant d'éventuels troubles de l'humeur. Le résultat indique si d'autres tests sont indiqués.

Le diagnostic s'appuie sur l'histoire de vie du patient, sur son profil et sur l'évolution de ses troubles. Il se fait par l'association de différents signes cliniques : les troubles de la mémoire et l'atteinte d'au moins une fonction cognitive, c'est-à-dire aphasie (trouble de la parole), apraxie (trouble des activités de la vie quotidienne), agnosie (trouble de la reconnaissance) ou altération des fonctions exécutives (capacité à planifier, organiser les tâches). La désorientation temporo-spatiale ainsi que les troubles du comportement à type d'agressivité ou d'agitation sont fréquents, mais non nécessaires pour affirmer le diagnostic.

L'IRM cérébrale et les examens biologiques sont pratiqués afin d'éliminer une cause curable ou un diagnostic différentiel, de type syndrome confusionnel, évoluant à bas bruit ou de manière subaiguë.

Le syndrome démentiel est incurable. Le patient évolue progressivement vers une perte de contact avec son entourage, une grabatisation, des troubles sphinctériens, des troubles de la déglutition, et en fin de vie vers une prise en charge palliative et la plus humaine possible.

Les causes du syndrome démentiel sont dominées par les maladies neurologiques dégénératives dont la maladie d'Alzheimer.

[4- la maladie d'Alzheimer](#)

C'est en 1906, que le docteur Alois Alzheimer, neuropsychiatre allemand, décrit pour la première fois la maladie qui portera son nom. En 2007, soit un siècle plus tard, la maladie d'Alzheimer est décrétée, par le Premier ministre français, grande cause nationale.

En effet, il s'agit de la première cause de démences, elle représente 65%⁴ de celles-ci. Elle apparaît, principalement, après 65 ans. Les premiers signes sont les troubles de la mémoire. Comme dans toute démence, elle s'accompagne, souvent, de désorientation dans le temps et dans l'espace et, parfois, de troubles psycho-comportementaux.

Actuellement, nous en sommes au troisième Plan Alzheimer (2008-2012). Celui-ci a quatre priorités : améliorer le diagnostic, mieux soigner et mieux accompagner, aider plus et mieux et chercher plus vite⁵.

Les patients atteints de cette démence disposent de structures spécifiques.

⁴ http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=alzheimer_pm

⁵ WARNET Sylvie, nouveau Plan Alzheimer 2008-2012, in *La revue de l'infirmière*, 2008, n°138, p.10

Tout d'abord, l'hôpital de jour (intégration ou non à une population atteinte de cette même démence) permet de poser un diagnostic, d'évaluer l'autonomie, ainsi que la rééducation (mémoire, langage, mouvements...). Il permet aussi d'informer et de soutenir les aidants et d'optimiser le maintien à domicile. L'accueil dans ce type de structure n'est possible que sur demande du médecin traitant, et pendant une durée limitée (quelques mois).

Il existe, également, l'accueil de jour dont l'objectif est de stimuler et de resocialiser la personne malade ainsi que de soulager son entourage. Cet accueil permet aussi de prolonger la présence de la personne malade au domicile, tout en la mettant, progressivement, en relation avec une institution collective.

Enfin, les unités de vie protégées (UVP) sont des structures existantes en maison de retraite et permettant la prise en charge de manière optimale des malades souffrant de démence Alzheimer. Ce sont des lieux d'accueil spécialisés qui proposent un projet de vie répondant à la problématique spécifique de ces personnes âgées (désorientation, angoisse, troubles du comportement...). Les UVP doivent répondre à des critères spécifiques : les résidents doivent présenter un syndrome démentiel caractérisé, l'architecture des lieux est adaptée, le projet de soins est personnalisé, le personnel est qualifié et les familles sont impliquées.

Cependant, toutes ces structures ne suffisent pas à assurer la demande. Les patients sont alors hospitalisés ou hébergés dans des structures non adaptées (service de moyen séjour, de long séjour, de médecine, ...).

Les facteurs de risque confirmés sont l'âge, la trisomie 21 et les antécédents familiaux de la maladie d'Alzheimer. D'autres, tels que les traumatismes crâniens ou les antécédents psychiatriques (dépression) sont des facteurs de risque possibles.

Dans la situation retenue, Madame T. présente, principalement, des troubles de la mémoire, du langage (aphasie) et une apraxie, qui entraînent une perte de contact avec son entourage, ainsi que des troubles sphinctériens (incontinence urinaire et fécale).

Les troubles du langage sont très souvent présents, comme dans le cas de Madame T., et impliquent une altération de la communication verbale.

5- l'altération de la communication verbale

L'altération de la communication verbale est un diagnostic infirmier.

A) le diagnostic infirmier

Le diagnostic infirmier est le nom donné à un problème de santé, constaté par un infirmier. C'est une étape centrale de la démarche clinique : celle-ci a pour objectif l'accompagnement de la personne à recouvrer un état de bien-être optimal.

Elle permet, à partir d'une analyse, auprès et avec la personne soignée, de cerner ses ressources et ses limites puis d'en conclure un diagnostic de situation et des soins personnalisés.

Ces diagnostics infirmiers sont tous régis dans des ouvrages⁶ destinés à cet effet, et ils découlent tous de l'un des besoins fondamentaux. D'après Virginia Henderson, on en recense quatorze⁷.

Dans la pratique quotidienne, les diagnostics infirmiers traduisent le plus souvent des problématiques avérées, mais un diagnostic peut, également, qualifier des problèmes potentiels (« Risque de chute », « Risque de fausse route » ...) ou une situation satisfaisante (« allaitement efficace », « stratégie d'adaptation efficace ... »).

Si le médecin a toute autorité pour diagnostiquer et soigner une maladie, l'infirmier a la responsabilité et la compétence d'identifier les difficultés que vit la personne face à cette maladie. De par sa formation, il a toute légitimité de choisir les soins permettant à la personne de pallier et/ ou de résoudre ses difficultés. Le diagnostic infirmier constitue ainsi le socle du rôle propre de l'infirmier.

En effet, « relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie [...] dans ce cadre [...], il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue [...] »⁸

B) l'altération de la communication verbale

Elle se définit comme une « *difficulté, un retard ou une inaptitude à recevoir, à traiter, à transmettre par la parole et à utiliser un système de symboles porteur de message, quel qu'il soit* »⁹.

Dans la situation clinique, cette altération de la communication verbale est liée à une disparition des capacités neurologiques des fonctions supérieures de Mme T. et elle se manifeste par une difficulté à parler ou à verbaliser, une absence de contact visuel et une difficulté à exprimer ses pensées verbalement (aphasie, apraxie).

⁶ DOENGES Marilyn E., MOORHOUSE Mary Fr., *Diagnostics infirmiers : interventions et bases rationnelles*, traduction de la 7^{ème} édition américaine par DESBIENS Annie et TOUTANT Suzie, Montréal : Editions De Boeck université, 2001, 1280 P.

⁷ Voir ANNEXE A

⁸ D'après l'article R.4311-3 du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux compétences infirmières

⁹ DOENGES Marilyn E., op. Cit, P.208

Ce diagnostic infirmier découle du dixième besoin fondamental de Virginia Henderson : communiquer.

L'objectif que l'on peut poser est : reconnaître les ressources de Madame T., afin de trouver un moyen de communication qui lui soit personnalisé et adapté.

6- la communication

Revenons-en aux origines. Étymologiquement, communiquer vient du latin *communicare*, qui signifie « mettre en commun, être en relation avec »¹⁰.

La communication est l'acte d'établir des relations avec quelqu'un. C'est une conduite psychosociale visant à transmettre une information par l'emploi du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques.

Pour qu'il y ait communication, il doit y avoir échange, partage. D'après Jacques SALOME, il existe des principes de base à la communication, dont l'un est la triangularisation¹¹. Le principe de cette dernière est un échange à trois : *l'autre, moi et le lien qui nous unit : la relation*.

Si l'on applique ce principe à la situation retenue, il s'agit de Madame T., du soignant et de la relation soignant-soigné qui les unit.

La place de la communication dans les soins infirmiers¹², qu'ils soient techniques ou relationnels, est centrale, primordiale. Ce constat est, également, visible dans la maladie d'Alzheimer.

La communication a de nombreuses vertus, dont deux que je cite ici. Cette liste est, de loin, non exhaustive. Dans les moments d'angoisse, qui sont choses courantes dans cette maladie, communiquer peut être un remède à celle-ci. De plus, ne pas communiquer avec ces patients, ne ferait qu'accentuer le phénomène de repli sur soi que l'on peut observer. En communiquant, on entretient le lien social. Voyons, maintenant, les deux variantes de la communication.

A) la communication verbale

La communication verbale utilise le verbe, le mot. Dans notre pratique infirmière avec le patient, il s'agit notamment, d'un échange dynamique dont le moyen de communication utilisé est la parole. Elle est utilisée pour exprimer ou échanger des pensées, des ressentis, des sentiments, des renseignements...

Dans la maladie d'Alzheimer, le langage est, parfois, altéré, comme dans tout syndrome démentiel. Sur le plan pratique, les patients Alzheimer ont le manque du mot, ils

¹⁰ GOELZER Henri, Dictionnaire de latin, Cahors : Edition Garnier, 2002, p.148

¹¹ SALOME Jacques, Heureux qui communique pour oser se dire et être entendu, Paris : Edition Albin Michel S.A, 1993, p.64

¹² Définition en annexe A

utilisent des termes passe-partout, comme « les trucs, les machins », et leurs phrases sont de moins en moins informatives. D'autre part, ils peuvent aussi mal comprendre les paroles.

Avec ces patients Alzheimer, il est, donc, important de choisir le bon moment et le bon endroit. Un endroit calme semble, en effet, plus approprié qu'un endroit bruyant, suscitant une angoisse croissante chez le patient. Il est, également, recommandé de parler lentement, calmement, de préférer des mots simples et évocateurs pour le patient, de poser des questions fermées ou d'utiliser des phrases courtes. On peut aussi suggérer des mots et rectifier en cas d'erreur, sans trop insister, cependant. Cette atmosphère propice et ces moyens simples de communication vont faciliter l'échange et ne mettent pas le patient en difficulté.

Je rappelle ici que la communication verbale avec Madame T. est inefficace, altérée. Lorsqu'on lui parle, elle a le regard vague, semble absente et reste muette.

D'autre part, il existe la communication non verbale.

B) la communication non verbale

Peter Drucker, théoricien du marketing américain, a dit « *la chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit*¹³ » : c'est là toute la subtilité de la communication non verbale.

Il s'agit, en effet, de la communication qui regroupe tout ce qui n'est pas parole, langage verbal. On l'appelle encore la communication du corps. Elle comprend différentes composantes : le contact visuel, l'expression faciale, le toucher, les odeurs, les sons...

D'après les études, ce que l'on dit n'a que peu d'importance (8%). Par contre, ce que l'on entend, comprend, retient et accepte, c'est le non-verbal (92%)¹⁴.

De même, dans la maladie d'Alzheimer, les patients savent reconnaître les gestes d'affection ou d'irritation et entendent parfaitement le langage de notre corps. Il s'agit d'un outil essentiel pour communiquer...

Ce type de communication fonctionne avec madame T. ; en effet, elle réagit à une stimulation plus mélodique. Cela se manifeste par un regard posé, des sourires et des sons émis au rythme de la mélodie.

Différents moyens de communication non verbale se développent depuis quelques années. Parmi celles-ci, je choisis d'en développer deux.

a) le toucher-massage*

¹³ <http://www.evene.fr/celebre/biographie/peter-drucker-2487.php?citations>

¹⁴ Fiche psycho. pratique n°28 : RAS Patrice, La communication non verbale, ce que vous êtes parle plus fort que ce que vous dites, Editions Jouvence, 2009, 8P.

Les cultures asiatiques mettent en valeur la pratique du toucher. Cette pratique est traitée tel un art, qui guérit, calme et amène la joie de vivre. Dans notre civilisation occidentale, le toucher a du mal à s'imposer. Il est le plus réprimé de nos sens.

Pourtant, il s'agit du premier sens qui apparaît chez l'Homme, et celui qui reste présent jusqu'au bout de la vie. Par celui-ci, nous sommes en rapport direct avec notre environnement ; il a un rôle primordial dans notre socialisation.

Depuis plus de vingt ans, Joël SAVATOFSKI¹⁵ est le défenseur inconditionnel de la méthode du toucher-massage*, en Europe. Il est diplômé d'état en masso-kinésithérapie, en psychologie, et est l'auteur de nombreux ouvrages de référence. Il pratique et encourage la pratique du toucher-massage* dans les hôpitaux. Par ailleurs, il enseigne aussi son savoir à travers l'école¹⁶ qu'il a créée, il y a 25 ans. Celle-ci propose des stages de formation, notamment, d'initiation à cette méthode, de formation certifiante, menant à un diplôme de formateur ou une formation spéciale pour les soignants. Ces formations sont, donc, accessibles à tous.

Le toucher-massage* « est un art qui se définit avant tout comme une intention bienveillante qui prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou partie du corps. Il permet de détendre, relaxer, remettre en forme, rassurer, communiquer ou simplement procurer du bien-être. »¹⁷

Par des gestes simples et naturels, le toucher-massage* permet d'améliorer la qualité des soins et la relation soignant-soigné. Il a de nombreuses vertus : il calme, rassure, détend, apaise, réchauffe, stimule... De plus, il permet d'instaurer une relation plus authentique et plus humaine.

Cette méthode est « très utile , notamment lorsqu'une personne a des difficultés à s'exprimer¹⁸ », ce qui est le cas de Mme T., dans l'exemple cité.

b) [la méthode Snoezelen](#)

Ce concept a été initié aux Pays-Bas dans les années 1970. Snoezelen est, en fait, l'abréviation de deux mots néerlandais : Snuffelen qui veut dire sentir, renifler et Doezen qui signifie somnoler, se laisser aller à la détente. Cette méthode d'approche de la personne est fondée sur l'écoute et la disponibilité à l'autre.

En premier lieu, celle-ci a été indiquée dans l'accompagnement de personnes polyhandicapées (enfants et adultes). Aujourd'hui, elle s'applique à une palette bien plus variée : personnes âgées, sujets en fin de vie, personnes atteintes de démence (Alzheimer...).

Cette méthode vise à développer les sens (vue, odorat, ouïe et toucher), tout en respectant les personnes et leur rythme. Elle permet, également, une meilleure perception du schéma corporel ainsi qu'une ouverture relationnelle. Elle apporte bien-être et détente à la personne et son objectif premier est de limiter le stress.

¹⁵ <http://www.ifjs.fr/joel-savatofski.html>

¹⁶ IFJS : institut de formation Joël SAVATOFSKI, école européenne du Toucher-massage*

¹⁷ <http://www.ifjs.fr/des-techniques-specifiques.html>

¹⁸ MAUBOUSSIN Stéphanie, un sens additionnel au soin, in *La revue de l'infirmière*, 2008, n°138, p. 18

Pour cela, l'atmosphère doit être chaleureuse et sécurisante. Le Snoezelen se pratique dans la pénombre, dans une pièce confortable, suffisamment grande pour y rassembler plusieurs personnes et adaptée aux handicaps accueillis. Le Snoezelen propose des sollicitations sensorielles douces et diversifiées : par la vue (jeux de couleur : peinture, jeux de lumière...), par l'odorat (diffuseur d'huiles essentielles...), par le toucher (intégration de différents matériaux : bois, pierre, liège... au décor) et par l'ouïe (musique de relaxation). « *Ces outils procurent une tranquillité en même temps qu'un certain mouvement au fil des séances* ¹⁹».

Dans le cas de Mme T., en perte progressive de ses capacités intellectuelles, cette méthode semble particulièrement adaptée dans la prévention des crises d'angoisse et dans celle de la grabatisation. De plus, la stimulation auditive (musique de relaxation) permet à Mme T. de continuer à s'exprimer en chantonnant.

Je vous invite, dans un second temps, à me suivre, à travers la partie qui m'a permis de confronter ces recherches à l'expérience des professionnels du terrain : l'enquête.

L'enquête :

¹⁹ RENARD Karine, Le concept Snoezelen, in *La revue de l'infirmière*, 2008, n°138, p.20

I - Méthodologie de l'enquête

Cette enquête, réalisée auprès des professionnels de santé, me permet une analyse objective, en confrontant mes recherches et mon questionnement à la réalité du terrain. Elle a, ainsi, pour objectif de confirmer (ou d'infirmer) l'hypothèse de départ que je rappelle ici : **la communication verbale, avec un patient aphasique, souffrant de la maladie d'Alzheimer s'accompagne, nécessairement, d'un support de communication non verbal**. Cette hypothèse n'a pas été dévoilée aux professionnelles interrogées, pour ne pas induire leurs réponses en faveur de celle-ci.

La population cible se compose de cinq infirmières âgées de 34 à 45 ans, exerçant leurs fonctions dans des accueils de jour (deux entretiens sur cinq) et dans des UVP (trois entretiens sur cinq). J'ai opté pour ces différentes structures d'accueil, car elles me semblaient plus adaptées au sujet traité. En effet, elles sont spécifiques à la maladie d'Alzheimer, comme je l'ai avancé dans le cadre conceptuel. Ces professionnelles ont de 11 à 24 ans d'ancienneté dans la profession et de neuf mois à cinq ans d'ancienneté dans leur structure actuelle. Aucune d'elle n'a avancé ce souhait comme projet professionnel initial.

L'outil utilisé est un questionnaire²⁰ comportant six questions. Quatre sont des questions ouvertes (questions 2, 3, 4 et 5), ayant pour but de susciter le débat. La première question me permet un comparatif entre les différentes prises en charge (selon la formation) et la dernière (question 6) me permet d'aborder les méthodes de communication non verbales que j'ai développé précédemment. La méthode d'enquête consiste à utiliser cet outil, comme support pour les entretiens semi-directifs préconisés par l'IFSI. Ceux-ci sont retranscrits en annexe C.

J'ai réalisé ces cinq entretiens durant les mois de juillet et d'août 2009. La réalisation de ceux-ci s'est vue confrontée à plusieurs limites. Tout d'abord, la période estivale est une période prompte aux congés annuels. Il a donc, parfois, été difficile de prendre contact ou de prendre rendez-vous avec les personnes souhaitées. De plus, ayant travaillé la quasi totalité de l'été, le nombre de dates possibles s'est vu limité. Enfin, à deux reprises, la mauvaise compréhension de la demande a été mise en cause.

Ces entretiens ont duré de 7 à 24 minutes.

D'autre part, il y a des points forts, à cette démarche, qui sont : la disponibilité, l'intérêt, l'attention et le professionnalisme qu'ont eu ces infirmières.

Je vais, maintenant, vous présenter, question par question, les résultats que j'ai obtenu suite à ce travail, conjointement à l'analyse que j'en fait. Afin de traiter, au mieux, cette partie, j'ai élaboré un tableau récapitulatif, reprenant les mots clés des réponses formulées dans les entretiens, que vous trouverez en annexe D.

II - Synthèse des résultats et analyse

²⁰ cf. ANNEXE B

1° Avez-vous suivi une formation (continue, universitaire, propre à la prise en charge d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer...) ?
Si oui, pouvez-vous m'en parler plus précisément ?

Résultats :

La première question porte sur la formation, quelle qu'elle soit, des infirmières. Sur la population interrogée, 60% (soit trois infirmières sur cinq) a suivi des formations. L'infirmière n°4²¹ a passé un diplôme universitaire en éducation thérapeutique, dans la prise en charge de maladies chroniques : son mémoire a porté sur la maladie d'Alzheimer. L'infirmière n°5 a suivi des formations internes dont l'une, plus particulièrement, sur cette même maladie. Et l'infirmière n°3, quant à elle, a suivi des formations avec Naomi FEIL.

Américaine, née en Allemagne en 1932, Naomi FEIL a émigrée aux Etats Unis avec sa famille. Dès l'âge de 4 ans, elle côtoie des personnes âgées dans la maison de retraite que dirige son père psychologue. Elle entreprend des études à l'Université de Columbia et sa thèse de Doctorat en Sciences Sociales porte sur l'accompagnement des grands vieillards. Déçue par les approches traditionnelles qu'elle pratique tout d'abord, elle élabore de 1963 à 1980 une nouvelle méthode de prise en charge pour ces personnes très âgées en perte d'autonomie psychique : la validation.

« Valider : c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. C'est lui dire que ses sentiments sont véritables. Ne pas reconnaître ses émotions, c'est nier la personne. La Validation utilise l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire la confiance. »²²

Analyse :

Dans la présentation, on a pu constater qu'aucune infirmière interrogée n'avait ce projet comme projet professionnel. On pourrait alors penser que, l'implication personnelle et la volonté d'investissement seraient moindres. Or, plus de la moitié (60%) a suivi une formation. Celles-ci sont de différents types, cependant, on peut constater qu'elles ont toutes un lien, plus ou moins étroit, avec la maladie d'Alzheimer.

2° Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes âgées souffrant de démence Alzheimer ?

Résultats :

²¹ Les numéros des infirmières renvoient aux entretiens correspondants (annexe C).

²² <http://users.swing.be/apvapa/> : site de l'Association pour la Promotion de la Validation
auprès des Personnes Agées, onglet validation

L'infirmière n°2 pointe le problème de la communication avec ces patients comme problème majeur. Cette difficulté est, également, avancée par l'infirmière n°4 en plus de la répétitivité des gestes. L'isolement du patient est aussi relevé à deux reprises (infirmières 3 et 5). Viennent, ensuite, à une reprise les difficultés au niveau de la vie quotidienne : repas, toilette, habillage...(infirmière n°3), les problèmes de mémoire, l'angoisse du patient et sa prise de conscience de la maladie (infirmière n°5). L'infirmière n°1 met en avant la prise de traitement comme problème principal, puis, secondairement, les fugues.

Analyse :

Les problèmes de communication et d'isolement ressortent, ici, en priorité. L'isolement est social et familial. Comme je l'ai dit précédemment, le syndrome démentiel évolue, progressivement, et induit une perte de contact entre le patient et son entourage. De plus, les structures d'accueil adaptées à cette pathologie, et développées antérieurement, sont encore trop peu nombreuses et nécessitent, parfois, un éloignement géographique qui accentue cet isolement.

Je rappelle, également, que l'altération de la communication verbale est courante chez les patients souffrant de démence Alzheimer, accentuant, une fois de plus, le phénomène d'isolement et de repli sur soi du patient.

L'infirmière n°1 est la seule à avancer un problème tenant du rôle en collaboration : la prise du traitement, comme difficulté principale. Cela peut s'expliquer, du fait qu'elle travaille sur la totalité de la maison de retraite ainsi que sur l'unité de vie protégée. Elle ne passe qu'environ une heure par poste de travail, dans l'UVP, pour y effectuer les prises de sang, les pansements et administrer les traitements.

Les autres difficultés citées : angoisse, prise de conscience de la maladie, difficultés au quotidien et les problèmes de mémoire sont, également, des problèmes indissociables de la maladie d'Alzheimer. L'angoisse et la prise de conscience de la maladie sont deux points que je n'ai pas, ou très peu, développés. Or, il est vrai qu'ils sont à considérer dans la prise en charge de ces patients.

3° Quels sont les dispositifs existants, dans votre institution, et qui pallient à l'aphasie et aux réactions perturbées des patients (angoisse, agressivité, hyperémotivité...)?

Résultats :

Les trois UVP (entretiens 1, 3 et 4) sont équipées de codes et les jardins sont clôturés (entretien 3). Les portes et les chambres de ces unités sont personnalisées : photos, noms... (entretiens 3 et 4). Dans la structure n°3, un essai a été fait : un sol uni a été préféré et les portes de chambre d'une des unités ont été peintes chacune d'une couleur différente. Les structures n°4 et 5 affichent la date et le menu du jour (tuiles et tableaux). Le personnel de la structure n°5 ne porte pas de blouse, mais, un badge avec leur prénom. Les noms, prénoms des patients sont, également, disposés sur les tables. Enfin, la structure n°1 a mis en place un protocole d'injection médicamenteuse.

Toutes ces structures mettent, par ailleurs, en place un certain nombre d'activités. Trois structures évoquent les ateliers mémoire et les jeux de société (3, 4 et 5). Deux structures parlent des ateliers bien-être, relaxation, massages et toucher (2 et 5), de musique douce et musicothérapie (2 et 3), de bricolage (3 et 5), de gymnastique et danse (3 et 4), de chant (2 et 5), de lecture de journal, café d'accueil et de sorties (4 et 5). La structure n°2 axe sa prise en charge, notamment, sur la mise en place de pictogrammes. Elle expérimente, aussi, la pratique d'un jeu vidéo en vogue, actuellement, dans les maisons de retraite. La structure n°3 propose, encore, une activité pêche et la structure n°5 de la peinture, du dessin, du tricot, de la cuisine et va tenter l'expérience, sous peu, d'introduire un chien dressé à l'accueil de jour.

Analyse :

Cette liste n'est pas exhaustive. Cependant, on peut remarquer que les moyens à disposition sont, tout d'abord, à visée préventive : codes et clôtures préviennent le risque de fugues, évoqué comme difficulté, dans la question précédente. Un sol uni est, aussi, un moyen de prévention contre les chutes. En effet, le personnel de la structure n°3 s'est aperçu, qu'avec des sols différents (carrelage et parquet par exemple), les patients enjambent la ligne médiane qui sépare les deux sols, ce qui pourrait occasionner perte d'équilibre et chute. Ces différents dispositifs répondent au critère d'architecture adaptée, que j'ai cité dans mes recherches, et qui est requis pour toute UVP.

Les dispositifs présents permettent, également, d'entretenir, le plus possible, la mémoire des patients (difficulté relevée à la question n°2) et, ainsi, les revaloriser. Les structures, en général, personnalisent les chambres et leurs portes, ce qui permet aux résidents de retrouver celles-ci, sans aide du personnel, lorsque l'atteinte neurologique, faible à modérée, le leur permet encore. Lorsque celle-ci est plus sévère, ainsi qu'à n'importe quel autre moment, la personnalisation de la chambre (photos, souvenirs...) sert au personnel soignant, à raviver la mémoire, en parlant aux patients de leurs histoires de vie.

La structure n°3 a différencié ses deux unités. Lors de la construction, elle a fait peindre les douze portes de chambre, d'une unité, de douze couleurs différentes. Elle a voulu voir si la mémoire des couleurs permettait aux patients de retrouver, plus facilement, leur chambre. Bien que, la mémoire des couleurs témoigne de la mémoire à long terme (celle qui reste le plus longtemps), en comparant les deux unités, aucune différence n'a été constatée.

Elles proposent aussi des tableaux annonçant date et menu. Il s'agit, là aussi, d'un support pour solliciter la mémoire des patients, car ce sont eux qui y inscrivent la date. Ces tableaux sont placés à des endroits stratégiques, à la vue de tous, diminuant les demandes à ce sujet. Les patients, lorsqu'ils prennent conscience de leur pathologie (difficulté citée à la question 2), sont alors moins frustrés quant à ces demandes moins perpétuelles.

Comme je l'ai déjà dit, les noms (de jeune fille pour les femmes) et prénoms sont inscrits sur les portes de chambres. Ils sont, parfois aussi (entretien n°5), disposés sur les tables pour que les patients retrouvent, plus aisément, leur place. Lors de mon cinquième entretien, l'infirmière a rajouté que, dans leur structure, ils ne « portent pas de blouse », uniquement, un « badge avec leur prénom ». Tout d'abord, cela permet au patient de ne pas être frustré, en cas d'oubli du prénom du soignant. Mais aussi, de ne pas éprouver l'anxiété qui pourrait émaner de l'environnement des « blouses blanches ». Il y a là une volonté d'être plus proche du patient.

Dans la structure n°1, il existe un protocole d'injection médicamenteuse. Celui-ci a été réfléchi et mis en place, mais, n'est à utiliser qu'en cas exceptionnel : lorsque tous les recours possibles ont été envisagés et qu'ils ont échoué.

Différentes activités sont aussi proposées. Celles-ci sont de différents types. Il y a celles qui permettent, directement, de communiquer avec les patients aphasiques comme le système de pictogrammes mis en place dans la structure n°2. On trouve aussi celles qui stimulent et entretiennent la mémoire (ateliers mémoire, jeux de société, chant et lecture du journal) et celles qui vont instaurer le bien être (relaxation, massages, musique douce, toucher, musicothérapie). Ces dernières ont, d'ailleurs, leur place dans la gestion des réactions perturbées (angoisse, agressivité, hyperémotivité...). Elles constituent aussi un support de communication non verbale, notamment ici, par le toucher et la musique. Enfin, il y a les activités qui entretiennent la motricité des patients : atelier « jeu vidéo en vogue », bricolage, pêche, gymnastique assise, danse, peinture, dessin, cuisine ou encore tricot.

Cependant, ce schéma n'est pas l'unique possibilité de classification. En effet, les activités que j'appellerais ici « motrices » sont, souvent, des supports à la communication verbale : le soignant peut s'en servir pour parler du passé du patient et, ainsi, éveiller en lui des souvenirs. Dans ce sens, elles entretiennent aussi la mémoire. Ces activités sont, souvent, des activités de la vie quotidienne et constituent aussi une prise en charge de l'apraxie et de l'agnosie. Les différentes prises en charge que je viens d'énumérer dépendront du stade de la pathologie : le patient pourra (ou non) évoquer verbalement et de manière intelligible, ses souvenirs et il effectuera les activités avec un besoin plus ou moins important de stimulation ou d'aide.

Vous pouvez remarquer que tous les dispositifs énumérés ci-dessus n'entrent pas uniquement dans le cadre de l'aphasie et des réactions perturbées (angoisse, agressivité, hyperémotivité...). Lors de mon premier entretien, l'infirmière que j'ai interrogée, n'a pas pu répondre, intégralement, à cette question. En effet, je rappelle que son poste de travail se partage entre la maison de retraite et l'UVP. De ce fait, je me suis adressée, par la suite, à une

aide soignante et une animatrice, qui travaillent à plein temps dans l'UVP²³. Il m'a semblé intéressant, pour ma culture personnelle, de les interroger sur la totalité des animations qu'elles mettent en place. J'en ai, alors, fait de même pour les autres entretiens.

De plus, je n'insère, volontairement, pas les dispositifs cités par l'animatrice et l'aide soignante dans la synthèse et l'analyse, pour ne pas « fausser » les résultats. Cependant, je tiens à préciser que dans l'ensemble, ce sont sensiblement les mêmes dispositifs qui ont déjà été cités dans les autres structures.

4° Au cours des soins, quelle(s) méthode(s) d'approche utilisez-vous ?

Résultats :

Les cinq infirmières se servent, essentiellement, de la gestuelle. L'infirmière n°1 « prend la main, touche, serre contre elle ». L'infirmière n°2 « touche le bras, met une main autour de l'épaule ». L'infirmière n°4 « rassure et apaise avec le toucher » et l'infirmière n°5 « se rapproche, tient la main, guide, regarde dans les yeux et sourit ».

L'infirmière n°3 rajoute qu'elle essaye de capter l'attention du patient « se mettant au même niveau que le patient, en regardant dans les yeux et en souriant ».

Elles adaptent, également, leur communication verbale. L'infirmière n°2 « parle doucement et distinctement » et l'infirmière n°4 « parle doucement, pose des questions fermées et utilise la communication écrite » ; sans oublier l'importance de l'observation « regarder, observer les traits, le visage » (infirmière n°2).

Elles pensent, parfois aussi, qu'isoler la personne du groupe peut être efficace (infirmière 1 et 4) : « ramener dans sa chambre avec télévision ou musique ». L'infirmière n°2 avance, par ailleurs, le fait qu'il est important de prendre son temps.

L'infirmière n°3 expérimente aussi la méthode de la validation, expliquée précédemment, avec ses résidents (notamment : « rester dans leur époque et ne pas toujours les recadrer dans le présent »)

Analyse :

En confrontant les réponses des infirmières à mon cadre conceptuel, on peut s'apercevoir qu'elles ont des points communs. En effet, les infirmières mettent en place une atmosphère propice (« isoler dans la chambre », « rester dans leur époque et ne pas toujours les recadrer dans le présent ») et des moyens simples de communication qui vont

²³ Entretien retranscrit en annexe C

faciliter l'échange et qui ne mettent pas le patient en difficulté (« se mettant au même niveau que le patient, en regardant dans les yeux et en souriant », « parle doucement et distinctement », « parle doucement, pose des questions fermées et utilise la communication écrite »...). Elles adaptent donc leur communication verbale à l'aphasie du patient.

On peut aussi remarquer que ces infirmières accompagnent cette adaptation d'un langage du corps utilisant, essentiellement, le toucher, les regards, les sourires... il s'agit d'une communication non verbale.

5° Comment évaluez-vous vos actions ?

Résultats :

L'infirmière n°3 dit « ne pas avoir assez de recul » et se base sur l'expérience de ses collègues. Celles-ci évaluent leurs actions au jour le jour, et réajustent continuellement. L'infirmière n°4 pense, également, que l'évaluation doit être journalière. De plus, selon ses dires, elle doit être basée sur l'observation du patient. C'est aussi ce que dit l'infirmière n°5 : il faut « se référer au ressenti et aux réactions des patients ». Selon cette dernière le dossier personnalisé individuel et les transmissions ciblées ont une place importante dans l'évaluation. L'infirmière n°2 se dit « satisfaite du système de pictogrammes » qu'ils ont mis en place. En effet, elle a pu remarquer que ce moyen de communication a un réel intérêt d'utilité avec les patients aphasiques. L'infirmière n°1 a, quant à elle, un bilan assez mitigé : ce qu'elle explique par la charge de travail accrue dont elle est responsable, ainsi que par le peu de temps qu'elle passe dans l'unité.

Analyse :

Selon le public cible, l'évaluation doit être quotidienne et les actions mises en place doivent être réajustées régulièrement. L'évaluation est surtout basée sur l'observation du patient, il faut « se référer [à leur] ressenti et [à leurs] réactions ». De plus, les transmissions ciblées ainsi que les dossiers personnalisés individuels sont des outils essentiels à une évaluation efficace.

Il ne s'agit pas des réponses auxquelles je m'attendais pour cette question. Néanmoins, les moyens qui me sont décrits là me semblent pertinents et réellement importants.

6° Uniquement, si cela n'a pas été évoqué précédemment... Connaissez-vous la méthode Snoezelen ? le toucher-massage ?

Résultats :

Aucune des cinq infirmières interrogées n'a évoqué le toucher massage ou la méthode Snoezelen spontanément. On peut confronter ce résultat à celui de la question n°1, où on peut remarquer qu'aucune de ces formations n'a été suivie.

A l'évocation de cette question, chacune d'elle a, cependant, entendu parler de l'une et/ou de l'autre méthode. Toutes les cinq ont entendu parler de la méthode Snoezelen, mais de manière relativement succincte.

Les infirmières n°1 et n°5 ont eu un cours sur le toucher-massage* pendant leur formation de base. L'infirmière n°3 connaît cette méthode grâce aux médias, notamment (articles...). L'infirmière n°5 a rajouté « on en fait aussi, j'ai oublié de vous le dire » en parlant du toucher-massage*. Elle rajoute « oui, on fait du toucher, des massages... »

Analyse :

Je rappelle que le toucher-massage* est un concept créé par Joël SAVATOVSKI, il y a plus de vingt ans. La méthode Snoezelen existe, elle, depuis les années 1970, soit près de quarante ans. Or, les résultats obtenus nous montrent que ce sont des méthodes encore peu connues, et ce, même du personnel soignant concerné.

On peut, cependant, remarquer que le toucher-massage* est plus connu que la méthode Snoezelen. Mais, il me semble qu'il y a, parfois, confusion à propos de ce terme. En effet, l'infirmière n°5 qui affirme pratiquer cette méthode, dit, également, que personne n'a fait de formation à ce sujet. Or, je rappelle aussi que cette pratique nécessite une formation dans un centre approprié : ce qui n'est pas le cas ici.

Le toucher-massage* est une méthode adaptée à toutes les situations que l'on peut rencontrer (hôpitaux, maisons de retraite, personnes alitées, soins à domicile, soins palliatifs, centres anti-douleur...) : c'est-à-dire adaptée à tous les patients, dont les patients Alzheimer. La méthode Snoezelen, quant à elle, est aussi une méthode utilisée auprès des patients Alzheimer comme je l'ai annoncé dans le cadre conceptuel, en première partie.

III - Conclusion de l'analyse et retour sur l'hypothèse

Même si, pour ces cinq infirmières, le projet professionnel initial n'était pas celui, spécifique, de la maladie d'Alzheimer ; elles ont, tout de même, une volonté de formation continue.

De plus, elles mettent en place une atmosphère propice à la communication, elles adaptent leur communication verbale et, dans tous les entretiens, elles utilisent des méthodes de communication non verbale pour donner toutes les chances au « message » de parvenir au patient. Cette constatation me permet de confirmer mon hypothèse qui était que la communication verbale, avec un patient aphasique souffrant de la maladie d'Alzheimer s'accompagne, nécessairement, d'un support de communication non verbal.

Aucune des infirmières n'a suivi de formation sur la communication, néanmoins, les méthodes qu'elles utilisent naturellement sont de natures très diverses. Par ailleurs, nul dispositif, présent dans les structures, ne répond au critère de l'aphasie, si ce n'est le système de pictogrammes instauré par les soignants de la structure n°2. D'après les résultats que j'ai obtenus lors de cette enquête, je peux affirmer que communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins est une compétence que doit avoir toute infirmière.

Conclusion

Je tiens, tout d'abord à dire que ce travail de recherche et de réflexion m'a permis un cheminement intellectuel qui me semble nécessaire dans mon développement professionnel. Ce cheminement ne s'arrêtera pas ici avec ses quelques lignes, il continuera, sans cesse, lors de ma pratique professionnelle future.

En effet, la communication et la profession infirmière que j'ai choisie d'exercer me semblent indissociables. La communication est un concept très vaste qui revêt différents aspects. J'ai développé ici la communication entre le patient et le soignant ; il existe aussi celle entre le soignant et ses collègues (personnel soignant et médical), mais aussi et surtout la communication entre le soignant et la famille.

Dans la maladie d'Alzheimer, le placement définitif est un grand pas à franchir pour le conjoint ou les enfants ; leur vie quotidienne est, à elle seule, une épreuve parfois difficile et la communication y tient alors une place extrêmement importante. Il est vrai que jusqu'alors, dans cette pathologie, je consacrais essentiellement les soins au patient. Or, durant ce travail, j'ai pris conscience que la famille ne pouvait, en aucun cas, se détacher de la prise en charge. Elle y a une importance incontestable.

Mes trois années de formation font que ma vision de la communication est différente. Je conçois aujourd'hui que la communication non verbale a une importance considérable, alors qu'à mon entrée à l'IFSI, j'ignorais encore son existence. Par contre, il me semble toujours évident que la communication est un acte thérapeutique difficile. On ne peut se priver de communiquer, mais, il est essentiel d'adapter sa communication à la personne qui se tient en face de nous.

Je tenais aussi à rappeler les deux méthodes de communication non verbale que j'ai développées dans ma première partie : le toucher-massage* et la méthode Snoezelen. En effet, j'ai pu remarquer que celles-ci sont insuffisamment connues. Sachant qu'elles existent toutes deux depuis plus de vingt ans, je me pose maintenant les questions suivantes : Pourquoi ces méthodes sont, encore aujourd'hui, inconnues du personnel soignant ? Comment les faire adopter par les diverses structures pour personnes âgées, et, notamment, chez les patients Alzheimer ?

Bibliographie :

Livres :

VETEL Jean-Marie, LAURENT Bernard, POUCHAIN Denis, Guide de l'accompagnant : Le permis de se conduire avec un patient souffrant d'une maladie d'Alzheimer : Editions Phase 5, 2008, 59 P.

Reuves :

AMALBERTI Francine, Les unités spécifiques d'accueil en EHPAD, bilan et perspectives, in *Soins gérontologie*, 2005, n°56, pp.15-18

GONET Michelle, LENOEL Martine, Apaiser et reconstruire par la communication sensorielle, in *La revue de l'infirmière*, 2008, n°138, pp.20-21

LACOUR Frédérique, Le point sur la maladie d'Alzheimer, in *Soins aides-soignantes*, 2007, n°14, pp.14-15

RIZET Patricia, L'approche corporelle dans les soins, in *La revue de l'infirmière*, 2008, n°138, pp.18-19

Textes législatifs :

Décret de compétences n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

Sites internet :

<http://www.alzheimer-conseil.fr/prise-en-charge-du-malade-d-alzheimer-en-institution/les-unites-de-vie-protégees-en-maison-de-retraite-pour-les-malades-d-alzheimer-a20.html>

Prise en charge du malade Alzheimer en institution : Les Unités de vie protégées en maison de retraite pour les malades d'Alzheimer
Consulté le 3/10/2009

<http://www.francealzheimer.org/pages/vivre-avec-alzheimer/maladie.php>

La maladie et son accompagnement
Consulté le 4/10/2009

Conférences :

KURTZ-ILLIG Valérie, Démences et troubles du comportement, salle Lully, château des Rohan Saverne, 15 juin 2009.

Littérature grise :

PERNON Anne, La mémoire : vieillissement normal et pathologique, cours interactif à l'IFSI de Saverne, 1^{er} octobre 2009.

CERVERO Jacqueline, le diagnostic infirmier, cours interactif à l'IFSI de Saverne, année scolaire 2007-2008.

| |
|--------------------------|
| <i>ANNEXE A :</i> |
|--------------------------|

Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson²⁴

- 1- Besoin de respirer
- 2- Besoin de boire et manger

²⁴ <http://papidoc.chic-cm.fr/573Hendgrille.html>

- 3- Éliminer
- 4- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- 5- Dormir et se reposer
- 6- Se vêtir et se dévêtir
- 7- Maintenir sa température
- 8 - Être propre, protéger ses téguments
- 9- Éviter les dangers
- 10- Communiquer**
- 11- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- 12- S'occuper en vue de se réaliser
- 13- Besoin de se récréer, se divertir
- 14 - Besoin d'apprendre

Définition des soins infirmiers selon le Conseil International des Infirmier(e)s (CII) ²⁵

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation."

| |
|--------------------------|
| <i>Annexe B :</i> |
|--------------------------|

Grille d'entretien :

Sexe :

âge :

²⁵ <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession/chronologie-de-la-profession-en-france.html>

Depuis quand êtes-vous IDE ?

Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

Est-ce votre projet professionnel initial ?

Combien de patients souffrant de démence Alzheimer votre structure accueille-t-elle ?

- 1- Avez-vous suivi une formation (continue, universitaire, propre à la prise en charge d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer...) ?
Si oui, pouvez-vous m'en parler plus précisément ?
- 2- Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes âgées souffrant de démence Alzheimer ?

Pour les questions suivantes, j'aimerais que vous me répondiez, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions perturbées et face à l'absence d'une communication verbale.

- 3- Quels sont les dispositifs existants, dans votre institution, et qui pallient à ce type de situation ?
- 4- Au cours des soins, quelle(s) méthode(s) d'approche utilisez-vous ?
- 5- Comment évaluez-vous vos actions ?
- 6- Uniquement, si cela n'a pas été évoqué précédemment...
Connaissez-vous la méthode Snoezelen ? le toucher-massage ?

| |
|---|
| <i>Annexe C</i> : les entretiens |
|---|

Entretien TFE n°1 :

Sexe : féminin

âge : 38 ans

- **Bonjour...**
- Bonjour...
- **Depuis quand êtes-vous infirmière ?**
- Alors... depuis 16 ans.
- **Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?**

- 1 an et demi.
- **Est-ce votre projet professionnel initial ?**
- Euh ! non, pas du tout.
- **Est-ce que vous pouvez m'en parler un peu plus précisément ?**
- Ben, en fait, au départ j'ai fait du bloc et de la réa et je suis, en fait, venu ici par la suite, car il n'y avait plus de poste à l'hôpital. Et j'ai postulé pour travailler ici et voilà. Et donc, je suis là depuis un an et demi.
- **Combien de patients qui souffrent de démence Alzheimer votre structure accueille-t-elle ?**
- Le chiffre exact de la structure ? Je crois que c'est ...15 ou 16. Attendez, je vais vérifier : non, c'est 19.
- **Avez-vous suivi une formation (continue, universitaire, propre à la prise en charge d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer...) ?**
- Non pas du tout.
- **Aucune formation ?**
- Non.
- **D'accord. Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes âgées souffrantes de démence Alzheimer ?**
- Alors... euh ! La prise des médicaments. Pour eux, c'est difficile. Les difficultés majeures, bon, les fugues et tout ça. Alors, ils déambulent dans les couloirs et tout ça. Bon, quand ils sont à l'unité ça va, mais c'est vrai qu'on avait une dame qui déambulait beaucoup, qui fuguait et tout. Donc là, on a une chambre qui s'est libérée à côté et elle a pu intégrer la structure fermée.
- **D'accord**
- Mais, c'est vrai que c'est pas évident. Euh ! Sinon, ben, les difficultés majeures...ben, comme elles se souviennent pas, et qu'elles vivent dans le présent, donc il faut tout le temps répéter les mêmes choses, tout le temps. Bon c'est pas une difficulté majeure en soit. Sinon...à notre niveau...parce que moi je vous dis, dans la structure, nous on y passe pour faire les pansements, pour donner... pour la prise des médicaments. Et en fait, là-bas il y a des aides soignantes, qui sont tout le temps avec elles, qui s'occupent donc des toilettes, de leur donner à manger, enfin de les installer pour le repas. Et il y a aussi le travail des animatrices. Alors il y a des animatrices, une animatrice qui est là-bas sur place, qui est là pour les stimuler, pour leur faire faire plein de choses. Et c'est vrai, que ça c'est...elles font un grand boulot. Nous on fait pas ça.
- **C'est plus un travail pluridisciplinaire alors ?**
- Ouais.
- **D'accord. Ensuite, pour les questions suivantes, j'aimerais que vous me répondiez, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions perturbées (angoisse inexplicée, crise de larmes inexplicée...) et face à l'absence d'une communication verbale. Alors, la première question est : Quels sont les dispositifs existants, dans votre institution, et qui pallient à ce type de situation ?**
- Alors... (réflexion) déjà, comme ils sont dans une structure fermée...donc, comment je pourrais vous dire...déjà on l'accompagne dans sa chambre, pour pas perturber les autres résidents, donc on l'accompagne dans sa chambre...si elle se calme pas et si y'a un protocole qui est mis en place par les médecins, des fois y'a des protocoles d'injection médicamenteuse. Pour ça, dans ces moments là, ils prennent plus rien par la bouche ; donc, il nous arrive...ben, de... sur prescription médicale, de... si elle se calme pas...on essaye, on la prend en charge, on essaye de parler avec elle. Des fois, ça marche...quand on est isolé. Ou des fois, même le fait de l'amener dans sa chambre et tout, d'être devant la télévision, ou on reste un peu avec elle. Et après, des fois, bon,

elle se calme et si, vraiment, vraiment, ils ont mis un protocole en place, bon, des fois...on fait une injection médicamenteuse...

- **Et dans le cadre où elle comprend pas ce que vous lui dites verbalement ?**
- Eh ben (plus fort) là, euh... peut-être lui prendre la main, essayer de... de rentrer en contact par le toucher. Des fois ça marche et...essayer de la calmer comme un enfant. Comme un enfant, la prendre dans ses bras, la serrer. Et puis bon...
- **En fait, ça rejoint un petit peu la question suivante. Au cours des soins, quelle(s) méthode(s) d'approche utilisez-vous ?**
- Bon, après, on la laisse dans sa chambre...des fois, elle arrive à se calmer seule. Bon, oui le toucher, la méthode... si elle a un poste, mettre de la musique dans sa chambre ou la télévision.
- **D'accord...d'utiliser des moyens, c'est quand même des moyens non verbaux que vous me décrivez là.**
- Oui, tout à fait
- **Comment est-ce que vous évaluez, à ce jour, vos actions ? Vous pensez que c'est efficace ? Au niveau de ces patients, donc, qui souffrent de démence Alzheimer, qui ne peuvent plus communiquer et qui ont des réactions perturbées de type angoisse...**
- Bon, c'est vrai qu'on a pas...je devrais pas le dire...on a pas vraiment le temps, des fois de...parce qu'on a une charge de travail qui est quand même importante, on est deux infirmières sur tout l'ensemble du bâtiment.
- **Pour toute la maison de retraite et l'unité Alzheimer ?**
- Voilà. Donc, c'est vrai que... des fois, ben, on est content, ça a bien marché et tout. Mais, des fois, ben...
- **Donc, c'est un bilan assez mitigé ?**
- Ouais.
- **D'accord. Et ça, c'est une dernière petite question...**
- Ben quand on a...c'est-à-dire quand on arrive à se dire, ben va falloir faire l'injection. Ben on est un peu frustré, on se dit qu'on a pas réussi comme ça...donc, c'est vrai qu'on aime pas trop la méthode médicamenteuse. Voilà.
- **Alors qu'il y a d'autres moyens peut-être...d'accord. Et, donc, ma dernière question, c'est parce que vous en avez pas beaucoup parler. Est-ce que vous connaissez la méthode Snoezelen ?**
- Non.
- **Pas du tout ?**
- Non.
- **Donc, en fait, c'est une méthode qui est utilisée avec des personnes polyhandicapées, notamment, basée sur la stimulation des sens. Et donc, en fait, il y a des pièces appropriées, des pièces dont la peinture aux murs est définie assez claire, où on stimule par la musicothérapie, donc on met de la musique, des jeux de lumière, des senteurs et puis voilà. Au niveau des polyhandicapés, j'ai été dans une structure où ça marche relativement bien. Donc, y a aussi le toucher-massage. Je sais pas si vous en avez entendu parler ?**
- Ben on a eu des cours, à l'école, sur le toucher, le massage... je sais pas, vous avez déjà été visiter l'unité ?
- **Non, mais je vais y aller tout à l'heure.**
- Ben, vous verrez... là c'est vrai que c'est très lumineux, très coloré...c'est simple, quand vous rentrez la dedans, vous avez l'impression de rentrer dans une école maternelle. C'est très beau, c'est très lumineux, très... non, c'est vraiment... c'est une belle structure. Et je vous dis, l'animatrice qui est là bas, elle fait du bon boulot. Les

filles là bas franchement... heureusement qu'elles sont là parce que nous c'est vrai que...par rapport à ça, on est un peu frustré parce que on passe pas beaucoup de temps là bas.

- **Oui.**
- On doit passer quoi ? allez...une heure par jour.
- **D'accord. Et vous trouvez ça insuffisant ?**
- Bon, y a une bonne équipe qui est là bas et qui s'occupe très bien de tout ça. Voilà, voilà.
- **Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter ?**
- J'espère que ça a été pour l'enregistrement.
- **J'espère aussi.**
- (rires)
- **Ben, merci beaucoup.**
- Je vous en prie.

Entretien TFE n°2

Sexe : F

âge : 44 ans

- **Depuis quand êtes-vous infirmière ?**
- 1995.
- **D'accord. Et depuis quand est-ce que vous travaillez ici ?**
- Depuis septembre 2004. Donc, depuis l'ouverture, en fait, de l'accueil de jour.
- **D'accord. Est-ce votre projet professionnel initial ?**

- Alors, en fait, j'ai travaillé tout d'abord dans un service psychiatrique chez des personnes alcooliques. Voilà. Donc, ce n'est pas mon projet professionnel initial. Ça s'est fait, en fait, par hasard. C'est au moment où j'ai travaillé en réa cardiaque que j'ai appris à connaître la directrice, l'actuelle directrice de l'accueil de jour. Elle était à l'époque infirmière, justement aussi en réa cardiaque. Et, elle avait donc ce projet, de monter, en France... puisque c'était en Allemagne... donc, de monter, en France, une structure, donc, pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- **D'accord.**
- Voilà. Et dès qu'elle l'avait ouvert, elle m'a demandé si ça m'intéressait, en fait, d'être infirmière référente, ici, dans sa structure.
- **Donc, c'est une directrice allemande qui a ouvert...**
- Non, elle est française.
- **D'accord.**
- Mais, on travaillait toutes les deux en Allemagne. Parce qu'il y a pas mal de françaises qui travaillent en Allemagne, chez les infirmières.
- **C'est pas faux**
- Voilà. Et donc, j'ai atterris ici, par ce biais là, en fait. Tout à fait par hasard.
- **Hmm**
- Voilà.
- **Et combien est-ce que...combien est-ce que vous accueillez de patients ? Souffrant de cette maladie ?**
- On a en gros 50... Oui, à peu près, 50 personnes accueillies.
- **D'accord.**
- Et donc, sur les 50, il y en a quand même... les ¾ qui ont la maladie d'Alzheimer
- **D'accord.**
- Voilà, le reste c'est plutôt démences vasculaires, maladie de Parkinson, ce genre de choses. Toujours des troubles cognitifs. Toutes les maladies qu'ont les personnes qu'on accueille présentes des troubles cognitifs.
- **Et les patients se partagent entre les différents jours de la semaine alors ?**
- Elles viennent du lundi au vendredi, elles peuvent venir de 1 à 3 fois par semaine ces personnes.
- **D'accord.**
- Voilà.
- **Très bien.**
- Et on prend 15 personnes par jour. Voilà. Pour certaines une fois, d'autres deux fois, d'autres trois fois. Mais toujours à des jours fixes. Chaque semaine, elles viendront les mêmes jours ces personnes.
- **Donc, ça aussi ça leur pose un peu des dates et puis...**
- Voilà des repères pour elles... voilà des repères. Parce que c'est toujours les mêmes groupes, en fait, qu'on accueille. Et petit à petit, elles finissent quand même par se connaître.
- **D'accord. OK. Et est-ce que vous avez suivi une formation quelconque (continue, universitaire, propre à la prise en charge de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer) ?**
- Non.
- **Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**
- La difficulté majeure c'est la communication.
- **Vous en voyez d'autres ?**
- Non, la principale est la communication

- **D'accord. Pour les questions suivantes, j'aimerais que vous me répondiez, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions perturbées (rires, pleurs, angoisse inexpliqués, agressivité...) et face à l'absence d'une communication verbale. Quels sont les dispositifs que votre structure met en place ?**
- Avec les patients aphasiques, on utilise souvent des pictogrammes. Donc, on a mis en place une série de...avec l'aide de notre psychologue, justement, une série de pictogrammes. On a essayé de créer des petits dessins, des petits cartons, on a fait des smileys. Par exemple, le smiley qui rit, celui qui pleure... des pictogrammes avec des phrases comme j'ai faim...ce genre de choses.
- **D'accord.**
- On a mis des petites images et ces commentaires, sous forme de pictogrammes. Et donc, c'est vrai qu'avec les personnes aphasiques, on essaye toujours de présenter ces petits cartons. Donc, on les a dans un carnet, on tourne et on essaie de voir avec elle ce qui pourrait correspondre.
- **D'accord.**
- Bon, le problème, c'est très fatigant, quand même, comme système. Donc, les personnes, c'est vrai, elles... elles le font pendant 10 minutes, ¼ d'heure, mais après c'est fini. Après, elles ont plus envie non plus. Mais pendant 10 minutes, ¼ d'heure, on arrive quand même à essayer de comprendre ou voir ce que la personne a envie, comment elle se sent...on arrive quand même à approcher la personne par ce biais là. Alors qu'avant, c'est vrai, avec ces personnes, on arrivait à rien. Elles parlaient pas, donc on savait pas. On savait pas trop ce qu'elle ressentait.
- **Hmm.**
- Et ça nous permet quand même une petite approche.
- **D'accord.**
- Donc, nous on est satisfait de ce système, même si ce n'est que pour certaines personnes. On met en place, aussi, ce que l'on appelle un atelier bien être, relaxation. Donc, on enlève la table, on met les fauteuils, les grands fauteuils pour qu'il puissent se coucher, se relaxer.
- **Oui.**
- Et on fait un massage des mains, donc, avec de l'huile, un peu de musique douce... actuellement, aussi, massage du visage si elles le veulent, parce que certaines n'apprécient pas qu'on les touche dans le visage.
- **Hmm**
- Parce que c'est quand même très intime et donc, c'est vrai que certaines ne veulent pas. Celles qui veulent, qui apprécient on le fait aussi.
- **Hmm. Et donc, ces patients qui sont ici, c'est des patients qui...qui vivent encore au domicile.**
- Oui, donc soit avec les enfants, soit avec encore un conjoint.
- **D'accord.**
- Et donc, c'est vraiment pour soulager, justement ce conjoint ou ces enfants qu'on prend donc ces personnes.
- **D'accord.**
- Parce que eux aussi ça leur permet de souffler un peu...c'est un grand pas à franchir, le placement définitif. Ici, bon, ça leur fait une journée ou deux où elles peuvent souffler, après elles préfèrent quand même le garder, c'est un choix.
- **Et là, j'entends, ils font du chant à côté aussi...**
- Là oui...cet après-midi, on a un atelier chant de prévu...et un atelier...on a...on a la Wii depuis la semaine dernière. Donc, on est en train d'essayer de voir...est ce que ça peut correspondre à nos personnes ou pas. Donc, c'est un atelier tout neuf, tout

nouveau, qu'on est en train de... de tester sur plusieurs personnes, voilà, voir si ça peut correspondre ou pas. Puisque bon, ça aussi, ça se fait beaucoup en maison de retraite... mais est ce que avec nos personnes, ça va aller ? je sais pas. Parce qu'il y a quand même toute une dextérité à avoir... presser des boutons, lâcher... enfin bon ! c'est assez... même moi je suis pas trop. Donc, on est en train de voir, de tester ce... cet atelier, voir ce que ça donne.

- **Et donc, au cours de ces activités, quelles méthodes d'approche est ce que vous utilisez ? donc, les méthodes personnelles de communication ?**
- On touche le bras, la main ou autour de l'épaule, donc pour bien voir que c'est à lui qu'on s'adresse, on essaye de parler très distinctement, de parler doucement et... on se prend le temps aussi... on regarde... parce que souvent soit il a le sourire, soit... donc on essaye de voir aussi ce que son visage peut exprimer...
- **D'accord.**
- Bon, souvent, ils arrivent encore à hocher la tête... oui... à nous dire quand même certaines petites choses. Voilà, donc...
- **Vous utilisez la communication non verbale ?**
- Non verbale, voilà... surtout ça oui...
- **D'accord, et donc là ça rejoint un peu ce que vous m'avez déjà dit... comment est ce que vous évaluez, donc, ces actions et les dispositifs que vous mettez en place ?**
- On a des résultats... même si c'est la 4^e fois... ben le temps justement qu'avec ce pictogramme les gens se familiarisent avec... au début, c'est vrai, ça leur fait drôle, mais on a remarqué qu'au bout de la 4^e ou 5^e fois, eux même ils tournent, ils regardent et ils nous montrent « tiens c'est ça aujourd'hui », « aujourd'hui je suis comme ça ». voilà.
- **D'accord.**
- Voilà, donc... je trouve qu'on arrive à avoir de bons résultats avec ce système.
- **Et bien, très bien. Et juste une dernière question : bon, vous m'avez parlé du toucher-massage que vous utilisez, mais est ce que vous connaissez la méthode Snoezelen ?**
- J'en ai entendu parler, mais par contre on fait pas du tout.
- **D'accord.**
- Parce que je pense qu'il faut une pièce un peu... sombre.
- **Vous parliez un petit peu... quand vous parliez du toucher-massage, du massage...**
- Donc, c'est un peu ça ?
- **C'est un ensemble, voilà, sauf que, en plus, l'ambiance est un peu...**
- Un peu feutrée ?
- **Oui voilà. Et moi je l'ai testée, parce qu'on a fait un module optionnel et c'était vraiment bien. Même pour nous...**
- Vous l'avez testé sur vous-même alors ?
- **Oui voilà. Et c'était génial ! alors, euh... ils nous disaient « bon, maintenant, imaginez que votre jambe est très lourde et que vous ne pouvez plus la bouger »... et on a passé un super moment. Alors, je me dis...**
- Et est-ce qu'elles apprécient ça ? d'être couchées ? apparemment à même le sol ?
- **Non, pas forcément, c'est sur un matelas... il y avait un lit dans la pièce où j'étais et deux matelas par terre. Donc...**
- Et elles apprécient d'être par terre sur un matelas ?
- **Ben... c'était dans le cadre de... c'était dans un centre de polyhandicapés.**
- Oui, c'est vrai que j'en ai déjà entendu parlé, mais pour les handicapés.

- **C'est une méthode qui a pour but le bien être de la personne, alors pourquoi pas la personne âgée ?**
- Il faut pas que ça l'angoisse... faut pas tomber...
- **Oui voilà. C'est clair que ça marchera pas avec tout le monde...**
- Mais c'est comme toutes les activités...pour certaines ça marche, pour d'autres ça marche pas. Après il faut adapter, nous aussi on essaye d'adapter...aux personnes.
- **Voilà, ça s'arrête là.**
- C'était court !
- **Oui, oui.. Enfin, voilà. Donc, merci.**
- Ben de rien.

Entretien n°3

Sexe : F

âge : 34 ans

- **Depuis quand êtes-vous infirmière ?**
- 1998
- **Et depuis quand est-ce que vous travaillez ici ?**
- Un an et demi, bientôt deux ans.
- **Est-ce votre projet professionnel initial ?**
- Non, rien à voir avec le travail à proprement dit...

- **Et c'était quoi votre projet initial alors ?**
- Au départ, j'avais fait pas mal de stages, pendant mes études, en chirurgie. Et donc, je me prédestinais plutôt vers la chirurgie.
- **Combien est-ce que votre structure accueille-t-elle de patients souffrant de la démence Alzheimer ?**
- Dans les unités Alzheimer, eh ben ! ... On a... on a 24 résidents qui ont une démence diagnostiquée, mais pas forcément une démence maladie d'Alzheimer...mais la majorité ont une démence diagnostiquée maladie d'Alzheimer. Sinon, ce sont des démences frontales.
- **Et est-ce que vous avez suivi une formation quelconque (continue, universitaire, propre à la prise en charge de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer) ?**
- Bon, ce que j'ai appris pendant mes études, et puis un peu du plan Alzheimer...et on va commencer l'humanité cette année et ... on a... euh... fait des formations avec Naomi Feil. La méthode de la validation.
- **Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**
- Ben, il y a de toute façon déjà toutes les difficultés liées au grand âge, hein. Parce qu'on a ...majoritairement une population, quand même assez âgée. Euh, spécifique à la maladie d'Alzheimer, c'est surtout au niveau...moi je dirai au niveau de la vie quotidienne.
- **Vous n'avez pas de problème avec les fugues ?**
- L'institution ne donne pas tellement accès au monde extérieur à part si on les accompagne : les sorties qu'on fait etc. donc pour acheter soit même quelque chose... donc c'est vrai qu'ils sont un peu coupés du monde...
- **Et vous faites participer les familles ?**
- On les encourage évidemment à le faire, mais après... des fois c'est un peu compliqué pour certaines familles ! parce qu'ils sont parfois éloignés géographiquement. C'est assez facile sur place ou dans le département 57...c'est assez... assez facile de les intégrer aux sorties etc ; mais sinon c'est plus compliqué !
- **Ce sont les enfants qui ont déménagés dans une autre région ou les structures trop peu nombreuses qui ont impliqué un placement à distance du domicile ?**
- Les deux. On a les deux, mais bon, c'est surtout, oui, les enfants qui se dispersent un petit peu quoi. Pas tous ! mais, il y en a qui ont pas mal de visites en règle générale. Il y en a quand même qui sont pas mal isolés...certains patients. Mais d'autres les familles sont assez présentes quand même.
- **Pour les questions suivantes, j'aimerais que vous me répondiez, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions perturbées (rires, pleurs, angoisse inexplicables, agressivité...) et face à l'absence d'une communication verbale. Quels sont les dispositifs que votre structure permet de mettre en place ?**
- Au niveau des animatrices, donc elles viennent de l'extérieur. Par exemple pour la musicothérapie. Tous les lundis matin il y a la musicothérapeute qui vient. Et sinon, pour le reste, c'est essentiellement les aides de vie, les aides soignantes, le personnel de l'établissement en lui même qui fait les animations. Alors les animations collectives ont lieu les après midi, sauf le samedi. Pour les animations, on a pas mal de choses : jeux de société, jeux de mémoire, bricolage, pêche, gymnastique assise... euh... au niveau des locaux, on a privilégié euh... donc un pôle central. Donc, il y a deux unités. Pour chaque unité, il y a un pôle central avec la cuisine, salon et séjour. Les chambres qui font tout le tour donc, de ce pôle central.
- **Il y a deux petites unités de 12 patients alors ?**

- Oui, voilà. c'est ça, il y a deux petites unités de 12 patients. Et il y a aussi, donc euh... par le coin salon, on accède à l'extérieur à un jardin qui est fermé. Donc, cette porte est toujours ouverte, en tout cas, pas fermée à clé. Et donc, les résidents peuvent rentrer et sortir comme ils le souhaitent. Et c'est clôturé... sinon... les unités Alzheimer étaient à l'essai quand on a fait l'ouverture, en 1997. On a...les portes de leurs chambres sont chacune d'une couleur différente... dans une des unité ! voilà, il y a 12 couleurs...pour que le patient repère sa chambre. Mais bon...on voit pas trop... on a fait la différence entre les deux unités. Il y a une unité, on est parti de ce principe là, et l'autre unité non. Et il y a pas tellement de différences. On a pas constaté, en tout cas nous... une grosse différence. On a fait attention aussi à la couleur du sol : parce que les patients déments euh... s'il y a des différences de couleur au niveau du sol, ils ont l'impression... c'est comme s'il y avait une marche pour eux. S'il y a, par exemple, du carrelage et juste avant un sol plastifié, ils ont tendance à enjamber, alors que c'est plat. Donc, on a fait attention à ça . On a mis, effectivement, les noms aussi sur les portes et, en ce qui concerne les dames, on a mis aussi en avant le nom de jeune fille. Puisqu'ils ont plus de souvenirs anciens que récents. Souvent, elles se souviennent plus facilement de leur nom de jeune fille que de leur nom marital. Sinon, je sais pas ! qu'est-ce que je pourrais encore vous dire... qu'est-ce qu'on a mis en place...
- **La cuisine peut-être ? est-ce qu'ils s'en servent d'eux même, sans qu'on les y incite ?**
- Une minorité... une minorité va venir spontanément donner un coup de main. Euh... c'est surtout sur sollicitation !
- **Et vous n'utilisez pas non plus les photos sur les portes des chambres ! c'est parce qu'ils ne se reconnaissent plus ?**
- Car, exactement ! ils ne se reconnaissent pas. On a des photos... les familles sont encouragées à ramener des photos : de la fratrie, des enfants, des petits-enfants etc. mais... ils ne se reconnaissent souvent pas eux-même sur ces... Si ! les photos anciennes des fois. Mais... non. Nous on a surtout les photos dans les chambres, justement pour euh... pour qu'on puisse leur parler...
- **Pour personnaliser la chambre.**
- Voilà. Et aussi pour qu'on puisse leur parler de leur histoire de vie : « ça c'est votre fille, ça c'est votre petite-fille... » , pour raviver un petit peu la mémoire.
- **Et vous avez des codes sur les portes ?**
- Oui, les codes, les digicodes. Oui, oui, voilà. Il y a juste au niveau de la porte d'entrée, enfin des deux portes d'entrée, il y a... il y a la première porte d'entrée, on arrive sur un sas où il y a le vestiaire etc. donc déjà là, il y a un digicode. Et il y en a un deuxième, quand on rentre dans les unités de vie. Il n'y en a pas sur les portes qui donnent dans le jardin, puisque c'est sécurisé.
- **Et quelles sont les méthodes d'approche personnelles que vous utilisez ?**
- Personnellement, c'est vrai que euh...une méthode spécifique...que j'ai découverte avec cette fameuse Naomi Feil... je ne dirai pas que je l'utilise pas mal, mais il m'arrive d'utiliser ses méthodes à elle, qui sont assez... « hors norme ». c'est un petit peu euh...
- **Vous pouvez un petit peu me parler de ses méthodes ?**
- Ben, c'est la méthode de la validation. C'est une méthode... en fait, dans la maladie d'Alzheimer, on doit... on ne doit pas... rentrer dans le sens du résident... Par exemple, s'il est ... pour un exemple, si une personne est , souvent... je sais pas, 20 ans en arrière... pour nous, elle nous raconte des choses qui n'ont, qui ont l'air de ne pas avoir de sens. Parce que, justement, c'est quelque chose qui s'est passée dans le

passé. En temps normal, on ne doit pas euh... systématiquement les recadrer... en 2009. on va pas dire « non, non, votre maman est décédée » euh... pas de manière aussi brutale. Et la méthode de la validation confirme, confirme ça, mais ça va un petit peu plus loin, dans le sens où on doit essayer de se mettre au niveau de... du patient et même... à l'époque où il se situe. C'est ça la validation, c'est accepter que la personne puisse être dans une autre époque. Et, on pourrait même être amené à accepter... qu'on soit la maman, qu'on soit la fille etc. pour essayer de comprendre euh... des fois, des fois... c'est là où elle va loin Naomi Feil, on devrait même se mettre... si la personne est agressive, on devrait être agressive aussi. Il faut se mettre au même niveau ! en temps... bon agressive, sans frapper évidemment ! mais ... Naomi Feil, dans sa conférence, elle citait un exemple : une dame qui pleurait, qui pleurait, qui pleurait... Naomi Feil pour approcher cette dame, elle venait en pleurant !

- **Et ça a marché ?**

- Parfois ouais. Elle avait des résultats assez spectaculaires. Bon, c'est pas évident, il faut quand même avoir des talents de comédien en fait. Parce que... pour pouvoir se mettre dans le même état que le patient, c'est assez compliqué. Moi, personnellement, je n'arrive pas trop à aller en pleurant ou en... hilarant. Ça c'est pas trop mon truc ! mais à me mettre au niveau de l'époque etc... ça je peux le faire.

- **Par contre, on peut juste en revenir au patient aphasique ?**

- Alors, c'est essentiellement par la gestuelle. C'est clair, c'est essentiellement par la gestuelle ! Alors on se met au même niveau, on touche, le regard, les sourires... c'est des choses comme ça !

- **D'accord. (Silence) et comment vous évaluez vos actions ?**

- On les évalue pas (Rire) donc... les actions... en un an et demi d'expérience dans les unités Alzheimer. Ce que je sais juste c'est que, bon, on fait un gros travail là dessus et puis, c'est surtout par rapport à l'expérience de mes collègues qui, elles, sont... des aides de vie. Elles sont au jour le jour, tous les jours avec les résidents. On en discute beaucoup en réunion et des choses comme ça.

- **Et, dernière question : Connaissez vous le toucher-massage et la méthode Snoezelen ?**

- Le toucher-massage on en parle... euh ! un peu beaucoup en ce moment. Ça devient à la mode ! et, pour le Snoezelen, j'en ai entendu parler un petit peu... j'ai lu quelques articles là-dessus, mais euh... on en entend parler mais, ouais, je ne connais pas trop encore les effets que ça peut avoir... (silence) Les échecs ça peut arriver et c'est vrai que, nous, jeunes, on est un petit peu dans ce monde des massages, du toucher etc. mais, eux, à leur époque, c'était pas du tout le cas... on encourageait pas les gens, il y a 50 ans, à exprimer... à s'exprimer déjà et, au niveau du toucher etc. , c'était assez tabou quand même. Alors est-ce que ça leur conviendrait ?

- **C'est en essayant que vous le saurez ! et ça ne demande pas excessivement de moyens !**

- Non, effectivement.

- **Si on a une pièce assez grande pour accueillir plusieurs personnes à la fois, il suffit d'assombrir la pièce (à l'aide de rideaux ou de tissu foncé) et de mettre en place des petits diffuseurs d'odeur, des petits mobiles (des petites voitures pour enfants peuvent très bien faire l'affaire) ainsi que des jeux de lumière (petits spots recouverts de papier calque ou de couleur par exemple) et de la musique relaxante (chutes d'eau, chant d'oiseaux etc.). il faut, également, veiller à l'installation confortable des résidents... enfin, voilà. Avez-vous d'autres questions, suggestions ou remarques ?**

- Non.

- **Eh bien, merci beaucoup.**
- De rien.

Entretien n°4

Sexe : F

âge : 45 ans

- **Depuis quand êtes-vous infirmière ?**
- Alors... j'ai été diplômée en 1985.
- **D'accord**
- Ça fait... 24 ans.
- **Et est-ce que c'est votre projet professionnel initial ?**

- Non. Non, j'ai commencé en milieu hospitalier, euh...pendant...10 ans. J'ai fait 10 ans d'éducation nationale. Après j'ai fait de l'intérim et maintenant, j'ai un CDI en maison de retraite.
- **Donc, vous avez été infirmière scolaire, alors ?**
- Oui.
- **Dans un premier temps, et ensuite en intérim, c'était ?**
- Intérim, alors c'était principalement, en maison de retraite ou en centre de convalescence. C'était ma première approche avec la maison de retraite.
- **Donc, ça n'a jamais...enfin, pas tout de suite été un projet gériatrique ?**
- Non. Non, non. Plus après, quand j'ai quitté l'éducation nationale. Je voulais euh... comme j'avais pas encore travaillé en maison de retraite, je voulais plus aller vers ce public là, parce que, bon, j'avais fait les petits, j'avais fait l'hôpital avec euh... toutes sortes de personnes et euh... la personne âgée m'intéressait quand même beaucoup, mais je ne connaissais pas donc euh... l'objectif était plus de retourner... d'aller vers la maison de retraite.
- **Et combien est-ce que... combien de patients souffrant de démence Alzheimer votre structure accueille-t-elle ?**
- Alors ici, dans notre maison de retraite, on a une unité protégée avec 12 lits.
- **Et, est-ce que vous avez suivi une formation qu'elle soit continue, universitaire ou propre à la prise en charge d'une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**
- Euh...pas partic... pas spécifiquement, non. Euh... bon là, je suis pas... je suis dans le service que depuis 9 mois, donc je sais qu'il existe des formations internes. Donc, dès que l'occasion se présentera euh... j'en ferai une. Par contre, après avoir quitté l'éducation nationale, j'ai fait un... une année de diplôme universitaire en éducation thérapeutique. Euh... donc la prise en charge des maladies chroniques et j'ai travaillé un petit peu sur la maladie d'Alzheimer et ça a été le sujet de mon mémoire.
- **Et euh... les formations qui vous sont proposées sont de quel type ?**
- Les formations ... ?
- **Internes proposées.**
- Internes. Je sais pas. Je sais pas encore, j'ai pas encore regardé le plan de formation pour l'instant euh... non, je peux pas euh... je sais qu'il y a une formation plus sur la fin de vie, mais c'est pas spécifique Alzheimer, mais ça concerne aussi les personnes euh... Alzheimer euh... mais euh... j'ai pas fait attention, j'ai pas regardé encore pour le reste.
- **Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**
- Alors il y en a plusieurs. Alors c'est vrai qu'il y a le fait de pas communiquer, de pas pouvoir communiquer, de pas pouvoir se faire comprendre, de pas être compris. Ça peut entraîner euh... ben euh... déjà, parfois des élans d'agressivité, ou alors euh ils peuvent se mettre en danger, ils déambulent, ils euh...il y a de la répétitivité, oui des gestes de... de... des actions routinières qui se répètent comme ça, toute la journée. Euh... c'est quand même euh... je pense que c'est principalement ça ouais.
- **Et la mise en danger ? c'est leur mise en danger ou la mise en danger d'autrui ?**
- Plutôt leur mise en danger. Parce qu'ils déambulent et se rendent plus compte, non plus, tout à fait de l'environnement. C'est pour ça que le fait d'être en unité ben les protège un petit peu de cette mise en danger.
- **Et vous avez déjà eu des cas de mise en danger de... « d'accidents » ?**
- Euh... non. Non, pas depuis que je suis là. Par contre, il y a des résidents qui sont Alzheimer mais qui ne sont pas en unité euh... il y en a un, un jour, qui est sorti, qui a

été plus loin que d'habitude. Pour quelles raisons ? on sait pas et euh... ben voilà, ça c'est le type de... Là, il peut se mettre en danger, parce qu'il se retrouve complètement perdu, il sait plus du tout où il est, pourquoi il est là. Si on ne s'en rend pas compte très vite, si on le trouve pas très vite, il peut, effectivement, y avoir une mise en danger.

- **Très bien. Ensuite, donc : Pour les questions suivantes, j'aimerais que vous me répondiez, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions perturbées, c'est-à-dire, à type d'angoisse, de rires ou de pleurs inexpliqués... d'agressivité aussi, et face à l'absence d'une communication verbale. Alors, quels sont les dispositifs existants, dans votre institution, et qui pallient à ce type de situation ?**
- Alors euh... ici, donc, il y a une unité fermée avec un code digital. Donc euh... ça protège bien.
- **Et vous avez pas eu de soucis par rapport à ça (fugues)?**
- Non.
- **Et donc, vous me parliez aussi des noms qu'il y a sur les portes des chambres...**
- Alors chaque porte, oui a un numéro, après il y a le nom de la personne, et ensuite, en dessous, il y a la ... un emplacement où on peut mettre une photo où on peut mettre un... quelque chose qui peut rappeler euh... à la personne où se trouve sa chambre.
- **Qui permet d'identifier ?**
- Et qui permet d'identifier. Donc, ça peut être une photo récente, ça peut être une photo ancienne, ça peut, effectivement, être un animal euh... familial, que la personne avait chez elle.
- **Et au niveau des activités ? il y a des choses mises en place...**
- Alors, il y a des activités, ateliers... des ateliers mémoire, y a un peu de gymnastique aussi, pour les faire bouger. Il y a euh... il y a parfois de la danse euh y a des petits jeux, jeux de société qui peuvent être proposés. Il y a des sorties, parfois, à l'extérieur, mais pas très souvent, parce que ça nécessite, là, par contre, beaucoup de personnel accompagnant. Alors, c'est pas toujours facile. Euh, mais bon, y a des activités proposées, ça veut pas dire que tout le monde y participe. Bon, parce que, bien souvent, ça change le... la routine et ben, ça les perturbe un petit peu et ils veulent pas forcément y participer et parfois il faut insister pour qu'ils viennent et que... il y a un atelier aussi lecture... lecture de journal. La psychologue vient et organise ça. Pour euh ben, relater un petit peu les événements qui se passent à l'extérieur, voir euh... parler un petit peu des villages aux alentours, dans lesquels, parfois, ils ont vécu. Et...
- **Pour leur poser un peu des repères quand même.**
- Oui, voilà. Hmm. On revoit la date, on revoit la saison, on voit le temps, on voit des choses comme ça qui peuvent être... il y a aussi quelque chose qui marche bien chez les personnes, c'est qu'il y a un tableau où on marque systématiquement la date, le jour euh, avec le menu. Et, effectivement, si un jour, on oublie de changer la date, on a quand même, très rapidement, euh...
- **Des remarques...**
- Une réflexion. Disons euh... « oui, ben là, c'est pas encore... » ou alors « on est quel jour ? » alors euh... alors on dit le jour et puis, ils se retournent et disent « pourquoi là c'est pas pareil ? ». et c'est vrai, que ça ils apprécient. Et c'est quelque chose qui, pour certains, c'est un repère.
- **Hmm**
- Le tableau.
- **Et les... les sorties que vous proposez, c'est de quel type ?**

- Souvent c'est des visites. Des visites euh... d'une roseraie. Parfois c'est une sortie euh... au bord de... d'un étang ou pique-nique. Voilà. C'est plus des choses comme ça, c'est pas trop euh... c'est pas des grandes visites qui durent très longtemps de toute façon, parce que... parce qu'ils supporteraient pas.
- **Pour les garder concentrés, c'est pas...**
- Voilà .
- **Très bien. Ensuite, au cours des soins quelle(s) méthode(s) d'approche utilisez-vous ?**
- Alors euh... on a pas... c'est vrai que... qu'au départ, ça parlait plus des personnes aphasiques, donc là, je suis pas dans ce... dans ce cadre là, parce qu'on en a pas. On est toujours dans la communication verbale, mais euh... si y a pas de communication verbale possible, après il faut euh... bon, on peut rassurer, on peut apaiser avec un, avec un... avec le toucher. On peut communiquer avec un tableau euh... un stylo, des feuilles ou voilà. Il y a toujours moyen, je pense, de pouvoir entrer en relation avec la personne. Parfois isoler, ça peut aussi être une solution, dans la mesure où quelqu'un est agressif, on peut le retirer un petit peu parce qu'ils sont tout le temps... toute la journée, dans la même pièce, ensemble. Et parfois, ça peut déclencher un peu d'agressivité. Et euh, ben du coup, le fait de l'isoler un peu, de le ramener dans sa chambre, de parler doucement, de... ça peut aussi être une solution.
- **Et vous parliez quand même, dans les difficultés là... vous parliez de non communication, vous vouliez entendre quoi alors ? par là ?**
- Ben, c'est pas une communication... euh... mais c'est vrai qu'il faut chercher ses mots, il faut... il faut pas s'attendre à communiquer comme nous on peut le faire. Euh... il faut aller à des choses très euh... très concrètes. Il faut euh... il faut pas attendre des grandes réponses. Faut vraiment que ce soit très simple, la communication est très simple.
- **Il faut poser des questions fermées plutôt. Pour qu'ils puissent répondre « oui » ou « non » plutôt que...**
- Euh... oui parce que sinon euh... on arrive pas... enfin, avec certains résidents, on arrivera jamais à avoir de, de... de réponses.
- **Donc, la question : comment évaluez-vous vos actions ? on va pas trop y répondre, vu que ... des patients aphasiques vous n'en n'avez pas.**
- Hmm. Ben après l'évaluation, ben c'est euh... il faut voir, c'est le constat euh... est-ce qu'il est apaisé... tout dépend déjà du souci, du problème au départ. Est-ce que... est-ce qu'on a réussi à comprendre ce qu'il a voulu nous dire ? Euh... est-ce que... est-ce qu'il est plus calme ? Est-ce que euh... il dort bien la nuit, alors qu'avant il était agité ? Voilà. Ça va être l'évaluation au quotidien de son état général.
- **Et puis, la dernière question : est-ce que vous connaissez la méthode Snoezelen et le toucher massage ?**
- Alors, j'en ai entendu parler. J'ai vu qu'il y avait quelques maisons de retraite, mais très peu encore, qui euh... enfin en France, qui fonctionnait avec euh... qui utilisait cette méthode. Euh, mais bon... ça a l'air bien ! euh... mais après, faut pouvoir le réaliser, parce que ça demande, oui, une... du matériel . Il faut que la maison de retraite puisse accueillir euh... un projet comme celui-là donc, il faut quand même, ... une pièce. Ben, ça c'est déjà pas évident à trouver ! après, il faut équiper la pièce et il faut le personnel pour la faire tourner. Donc, ça fait beaucoup d'éléments qui, font que c'est peut-être pour ça que ça ne se développe pas aussi rapidement que...
- **Oui, je pense aussi...**
- Parce qu'en elle-même, la méthode est, je pense, intéressante. On a parlé du toucher tout à l'heure pour apaiser... je pense, effectivement, que le toucher est très important.

Il faut, parfois, pas grand chose pour euh... pour faire baisser la pression, mais bon... après pour le toucher massage, ça va être plus compliqué. Et puis, il faut une formation. On se lance pas dans un projet comme ça sans avoir été formé un minimum. Un massage, s'il est mal fait, ça peut tout à fait être contraire à ce qu'on voudrait avoir. Donc euh...

- **Hmm... ça peut avoir l'effet inverse.**
- Oui. Donc, après, est-ce qu'il y a beaucoup de formations proposées ? je sais pas.
- **Il y a des formations qui existent. Maintenant, si c'est proposé dans la région, ça je sais pas. Enfin, pour l'instant, sur les lieux où j'ai été... les formations n'étaient pas proposées. Mais il existe des formations payantes, sur deux jours. En consultant internet, vous trouverez l'information .**
- Moi ce que je souhaitais, on en avait parlé avec une aide soignante, et c'était, c'est un projet qu'on a, mais c'est faire, uniquement, une formation massages. Euh... ne pas mettre en place tout un dispositif pour une méthode comme ça... se former aux massages pour prendre les résidents qui sont trop agressifs, qui sont trop tendus ou qui sont pas bien, dans la chambre et puis, pouvoir les détendre un petit peu. Mais pas, c'est pas la méthode euh... telle que vous l'indiquez là.
- **D'accord**
- Mais c'est vrai que ça a été proposé, la maison de retraite euh... n'est pas du tout opposée au projet. Maintenant, il faut, il faut trouver, mettre en place et puis après, prendre le temps, encore une fois, on a toujours le même souci de toute façon, c'est le personnel. Donc, il faut qu'on puisse, après, se libérer euh pour pouvoir pratiquer, régulièrement, ou, au moins, quand c'est nécessaire euh ces massages. Ben, si c'est pour faire la formation, et se rendre compte qu'après on peut pas les faire, c'est pas très utile non plus.
- **Il faut trouver le bon compromis entre les deux...**
- Oui. Oui, mais ça...
- **C'est difficile.**
- Mais, c'est malheureux parce qu'on en revient toujours au même souci. C'est toujours euh... il y a plein, je pense que dans toutes les maisons de retraite et dans tous les établissements c'est pareil... y a beaucoup de projets, beaucoup de volonté, il y a euh... il y a des gens qui sont prêts à s'investir dans plein de choses, mais le souci c'est pas forcément le côté financier, parce que les formations elles existent, elles peuvent être prises en charge, dans des cadres différents, mais après, c'est pouvoir mettre en place, au sein de l'établissement, son projet. Là, bon, il y a un problème d'effectifs. Parce que, même si le directeur est d'accord pour mettre en place, c'est pas lui qui va débloquer les budgets pour un poste supplémentaire.
- **Très bien. Vous avez autre chose à rajouter ?**
- Non, je vous souhaite bon courage.(rires) et bonne chance pour la présentation, quand vous aurez fini.
- **Merci, c'est gentil.**
- De rien.

Entretien n°5

Sexe : F

âge : 34 ans

- **Depuis quand est-ce que vous êtes infirmière ?**
- J'ai obtenu mon DE (diplôme d'état) en 1997
- **Et depuis quand est-ce que vous travaillez dans ce service ?**

- Dans ce service, ça fait un an et deux mois. Donc, j'ai commencé en juin l'année dernière.
- **C'était pas à l'ouverture de la structure alors ?**
- Non, la structure a ouvert au mois de janvier. Et j'étais encore en congé parental, donc j'ai repris en juin.
- **D'accord. Et est-ce que c'est votre projet professionnel initial ?**
- Non, pas vraiment. En fait, bon, moi je savais que je voulais pas travailler à l'hôpital, en milieu hospitalier. Donc, en sortant de l'école, j'ai fait euh... de la maison de convalescence. Après, j'ai fait du soin à domicile ; ensuite, je me suis rapproché des maisons de retraite et, finalement là, par rapport à mon domaine personnel, c'est ce qui me convient le mieux.
- **Et combien de patients qui souffrent de la démence d'Alzheimer votre structure peut-elle accueillir ?**
- Donc, on a une capacité d'accueil de 12 personnes par jour et on est ouvert cinq jours par semaine, donc, en tout, ça fait 60 personnes.
- **Et c'est par demi-journée ou par journée ?**
- Non, c'est des journées entières et il y a possibilité de venir entre une et trois fois par semaine. Pour certaines personnes, on fait même des dérogations à quatre fois par semaine.
- **Est-ce que vous avez suivi une formation ? Alors là, c'est des formations variées, qu'elles soient continues, universitaires, ou propres à la prise en charge de la personne âgée souffrant de la démence d'Alzheimer ou même autre ?**
- Ben, de toute façon, déjà travailler en maison de retraite, on avait pas mal de formations sur tout ce qui concerne la personne âgée, les démences, tout ça. Et l'année dernière, avant de commencer, donc, j'ai suivi une formation de deux jours plus particulièrement sur la maladie d'Alzheimer.
- **Et c'était par rapport à quoi ? c'était plus de l'information ou par rapport à des méthodes d'approches différentes ?**
- Ben, en fait, déjà, ils expliquaient les différents types de démences et la particularité de la maladie d'Alzheimer. Et il y avait aussi des professionnels qui nous disaient, un petit peu, comment agir avec eux, comment les prendre en charge au mieux, les choses à éviter, à ne pas faire et tout ça.
- **Et vous pouvez les mettre en place ici ?**
- Oui.
- **Ben, je pense que ça reviendra dans une question plus tard, en fait.**
- Hmm
- **Quelles sont les difficultés majeures que vous identifiez avec les personnes âgées qui souffrent de la démence d'Alzheimer ?**
- Par rapport à moi ou par rapport à eux ?
- **Tout confondu.**
- Ce qui est difficile, c'est euh... de voir, en fait, qu'ils arrivent à oublier des choses euh... qu'ils ont appris déjà tout petit. Les choses, même les plus simples : couper la viande, même parler. Certaines personnes n'arrivent même plus à parler, ça c'est assez difficile à concevoir. Après, pour eux, ceux qui se rendent compte encore, ceux qui sont à des stades assez débutants de la maladie, quand ils se rendent compte qu'ils ont des soucis, justement de ce style là, c'est très angoissant pour eux. Il y a beaucoup d'angoisse dans cette maladie.
- **Vous en voyez d'autres ?**
- L'isolement. Certains habitent encore chez les enfants ou chez le conjoint. D'autres sont seuls à la maison, mais ils sont quand même relativement isolés, ils ont très peu

de visites, très peu de sorties. Les familles n'osent pas trop les emmener, de peur qu'ils fuguent ou du regard des autres. C'est pas toujours évident !

- **Alors, ensuite, c'est des questions que je vais vous poser dans un cadre assez particulier, parce que ce serait, dans le cadre d'une situation où les patients ont des réactions inappropriées, enfin perturbées : dans le sens où ils auraient des angoisses qui, parfois, sont inexplicables, des pleurs, des rires inexplicables aussi, et, en plus, face à l'absence d'une communication verbale. Donc, ou des patients aphasiques ou des patients qui ne comprennent plus ce qu'on leur dit. Et donc, par rapport à ça, quels sont les dispositifs existants dans votre institution et qui pallient à ce type de situation ?**
- Déjà, on essaye d'être assez proche d'eux. Donc, déjà, à l'accueil, on tend la main, on fait éventuellement un bisou aux dames, on a beaucoup de dames, aux dames qui apprécient ça. Si on sent qu'ils sont un peu perdu, dans la journée, on se met à côté d'eux, on leur tient la main, on essaye d'être un peu plus proche d'eux. Sinon, autrement, on a des repères dans la journée, pour eux. Le matin, on fait... on a pris des tuiles qu'on a peintes en noir et sur une tuile on met la date. Enfin, on met, EUX mettent la date. On fait ça en groupe ; et sur l'autre, on met le menu du jour. Parce que ça c'est pareil, ils savent plus, même si on leur répète cinq minutes avant, ils savent plus ce qu'on mange. Euh, sinon, on a aussi des badges, chaque personnel de l'équipe a son badge, avec son prénom dessus, ce qui permet déjà, tout de suite, de voir à qui on a à faire, de pas se poser des questions, de se dire « ô mince, je sais plus ».
- **Ça identifie aussi le personnel soignant ...**
- Ben, déjà euh, nous on fait... on travaille en civil, donc il n'y a pas de blouses blanches. On est tous en civil. Euh, on essaye de pas trop faire de différence dans tout ce qui est poste de travail : c'est-à-dire que moi je suis amenée à faire du ménage euh comme l'ASH fait des activités. Euh sinon, au niveau du repas, on a aussi instauré des noms sur les tables. Donc, chacun a son petit carton, ce qui permet, quand ils arrivent en salle à manger, de tout de suite pouvoir chercher leur place.
- **Donc c'est beaucoup des patients qui savent encore lire, reconnaître leur prénoms...**
- Oui. On en a quelques uns qui, vraiment, ne peuvent plus, donc ceux-là on les guide et on les emmène nous-même quoi. Autrement euh ...
- **Ben, les activités, peut-être, que vous pouvez mettre en place ?**
- (silence) Alors avec les personnes qui parlent pas, c'est pas toujours facile ! bon, ce qu'on... ce qui marche assez bien c'est la peinture. Peinture ou dessin. Ils arrivent encore, même si c'est de l'abstrait quoi, mais certains aiment encore faire ça.
- **Hmm**
- Autrement...
- **Et sinon, y a d'autres activités, en dehors de l'aphasie, que vous mettez en place ?**
- Pour des personnes qui ne parlent plus ? ou ...
- **Pas forcément. Avec toutes les personnes qui sont là, il y a quoi d'autres...**
- Comme activités ? on a donc, la peinture, on a du tricot. On fait, on organise des sorties : soit des promenades dans le quartier, ou sinon, une excursion par un aussi. On a des scrabbles, des lotos, enfin tout ce qui est jeux de société. Euh, l'année dernière, on avait, on faisait partie du projet intergénérationnel avec l'école maternelle. Donc, ils se rendaient à la maison de retraite, et un petit groupe de chez nous allait, descendait aussi et donc on faisait des échanges, des activités avec les enfants. Ça, ils ont beaucoup apprécié. On fait aussi de la cuisine thérapeutique, donc soit de la pâtisserie, soit vraiment un repas de l'entrée au dessert.
- **Oui, j'ai vu (photos au mur)... des œufs à...**

- Oui, des œufs au plat ; on en fait régulièrement. On a aussi fait tout un repas chinois cet hiver, on a fait un repas asperges au printemps.
- **Hmm**
- Là il y a quinze jours, ils ont fait des « knepfles », on fait ça souvent, ils apprécient beaucoup.
- **Et il y a aussi, j'ai vu, des activités manuelles !**
- Euh oui, il y a donc, peinture, bricolage... ben là, on a commencé des tuiles avec des petites paillettes, des petits gravillons colorés. Euh, là, cet après-midi, on a fait des... en fait, j'ai dessiné des motifs de fleurs et de chats par exemple. Et avec des stickers, vous savez, ils ont collé ça et, en fait, chacun a un style différent : soit la couleur qui est différente, ou la superposition des stickers tout ça. Chacun a son propre style. Sinon, qu'est-ce qu'on fait encore ? (réflexion) Du chant. Quasiment tous les soirs à 16h ; le départ c'est à 16h30. Vers 16h-16h10, on commence à chanter, ça apaise, aussi, un petit peu les tensions et tout ça, l'angoisse du départ. Euh, donc, on chante soit en français, soit en allemand, selon le groupe qui est là aussi. Quand c'est des gens qui parlent français...
- **Et c'est toujours les mêmes personnes qui se côtoient aussi, non ?**
- Euh oui. Ben, c'est toutes les semaines, selon le jour où ils viennent, c'est toujours les mêmes personnes oui.
- **Ça peut aussi leur poser des repères.**
- Oui, tout à fait. On a une dame qui vient le lundi, et elle sait pertinemment qu'il y a un certain monsieur qui vient ce jour là et... elle l'attend d'ailleurs.
- **Et, du coup, ils font des fugues quand même ici ?**
- Ici, non. Parce qu'en fait les portes sont sécurisées, les accès extérieurs sont sécurisés. Ils peuvent se promener partout à l'intérieur, mais les portes extérieures sont par code. Euh... Sinon, je reviens aux ateliers. J'ai oublié le plus important, les ateliers mémoire, tout ce qui concerne l'intellectuel, que ce soit, je sais pas moi... les questionner sur les métiers qu'ils ont exercés, le calcul, l'écriture. Il y a des thèmes divers et variés : les animaux, les saisons...
- **Vous faites pas aussi les lectures de journaux ?**
- La lecture du journal, c'est systématique le matin avec le café d'accueil.
- **D'accord. Et donc, vous avez vos postes sur la journée, il n'y a pas de changement de poste.**
- Euh... non, en fait, euh, il y a le premier poste qui débute à 8h15 jusqu'à 15h30, ma collègue, la deuxième arrive à 10h jusqu'à 17h et la troisième fait du 11h-18h. Il arrive des fois qu'on soit qu'à deux, donc on fait une heure en plus dans la journée, mais sinon, on est à trois.
- **Vous voyez autre chose encore ?**
- Hmm, je crois qu'on a fait le tour.
- **Si jamais ça vous revient...**
- Oui. Bon ça c'est ce qu'on fait, le principal.
- **Ensuite, donc, au cours des soins, des activités, quelle(s) méthode(s) d'approche personnelle(s) utilisez-vous ?**
- Donc, moi je, déjà je suis quelqu'un de très souriant, donc moi le premier truc c'est « bonjour tout le monde », avec un beau sourire, leur serrer la main, faire un petit regard à tout le monde, la bise à celles qui ont envie. Euh, humaniser au maximum. Voilà.
- **Et avec des patients aphasiques ? quand vous voulez leur faire comprendre quelque chose, vous avez des petites méthodes que vous mettez en place ?**

- En général, moi je les prend par la main et je les emmène, j'essaye de leur montrer par les gestes.
- **D'accord. Ensuite, comment est-ce que vous évaluez vos actions (les méthodes que vous mettez en place, les ateliers, vos méthodes à vous : les sourires...)?**
- Donc, là déjà, on est en train de faire les dossiers personnalisés individuels, pour chaque malade ça va être mis en place, en même temps qu'on fait le projet de l'accueil de jour, le projet d'établissement. Et euh, sinon, on commence... là on a commencé il y a un mois, à noter les transmissions un peu plus... un peu plus ciblées on va dire. Parce qu'on faisait les transmissions en fin de matinée voire en début d'après midi, donc l'activité de l'après midi était pas évaluée. Et donc là on a changé un peu ça pour que l'activité de l'après midi ait aussi une transmission. Et donc oui, c'est par ... ben déjà on leur demande est-ce que ça leur a plu, ou pas. Il y en a qui vous disent « non, c'était pas mon truc, voilà » ; donc, la prochaine fois, on fait autre chose.
- **On ne peut pas plaire à tout le monde.**
- Non, voilà. Et d'ailleurs, même avant de commencer, on leur demande s'ils veulent bien le faire ou pas, on oblige personne en fait
- **Et vous arrivez à faire participer tout le monde ?**
- Participer ? euh... Gestuellement pas toujours, mais, au moins ils sont autour de la table avec nous. On laisse personne dans un petit coin, isolé. On essaye toujours de les intégrer au groupe. Oui, donc déjà, leur demander ce qu'ils en ont pensé, à leur réactions aussi, quand ils sont fiers de ce qu'ils ont fait... Comme là, cet après midi, il y a une dame qui a dessiné son chat avec des stickers en paillettes, eh ben, la voisine... elle était.. elle l'aurait emmené quoi, elle était vraiment, elle trouvait ça super joli. Et les sourires, le calme, le fait qu'ils soient détendus, qu'ils soient pas stressés. Parce que ça aussi, si on voit pendant l'activité, ben que l'angoisse monte ou que le stress monte et ben on arrête et on essaye de faire autre chose. Ou alors, il faut qu'on s'occupe un peu plus d'elle si on peut, si on est assez nombreux. Voilà.
- **Et sur l'évolution des patients, vous voyez qu'il y a une évolution positive ? depuis le temps qu'ils sont là ? ou y a pas de régression peut être ?**
- Ben si, de régression, il y en a forcément puisque c'est une maladie qui régresse de toute façon
- **Oui lentement, normalement, mais qui régresse.**
- Oui, donc, nous on est là pour que sa évolue le plus doucement possible, mais on peut pas l'empêcher. On voit des gens, sur un an, qui ont beaucoup diminué et d'autres où ça s'est relativement stabilisé. Ou même les parents, les familles nous disent « vous avez fait du bon travail », ou quand ils ont fait un bilan des fonctions supérieures, le neurologue nous disait que c'était relativement stable.
- **Et la famille ? vous la voyez souvent quand même ?**
- Euh oui. La plupart des gens c'est la famille qui les cherche. On en a juste trois ou quatre qui viennent en taxi, les autres c'est les familles qui les véhiculent.
- **Et quand ils ont trop régressé et que vous pouvez plus... enfin vous les gardez jusqu'à quel stade ? déjà il faut qu'ils marchent, sinon je pense que c'est pas possible.**
- Oui, oui.
- **Et après il faut essayer de les aiguiller vers une autre structure ou ...**
- Ben après, en général, c'est les placements définitifs. Donc, de toute façon, on a une psychologue qui est là, à mi-temps. Euh, qui fait des réunions avec les familles, les réunions paroles. Euh, au début déjà, à l'entretien, au moment où ils visitent la structure, elle leur parle déjà du placement, d'éventuellement de préparer les demandes., parce que, chez certains, ça peut aller vite. On avait un monsieur, on

l'avait peut-être trois mois, maintenant, il faut qu'il aille en long séjour, suite à une chute. Donc, il faut, quand même, qu'ils se préparent aussi à ça et qu'ils sachent que après, en général, c'est le placement définitif.

- **Et vous leur... c'est vous qui leur parlez ? ou ils sont déjà prévenus avant ?**
- Non, c'est rarement... en général, c'est la directrice avec le médecin coordinateur et donc, la psychologue.
- **D'accord. Vous avez autre chose à rajouter ?**
- Euh oui, on a un grand projet qui devrait se mettre en route dans les prochains mois. C'est donc, la venue d'un chien, dans la structure. Donc, c'est un chien qui est éduqué, spécialement par l'ANCAH (Association Nationale pour l'Education de Chiens d'Assistance pour Handicapés), ils les dressent, vraiment, spécifiquement pour tout ce qui est handicapés, personnes âgées.
- **Et donc, il restera tout le temps dans la structure ?**
- Ben en fait, moi je serai la référente de ce chien. Ce sera le chien de la structure mais, ce sera moi qui l'emmène le soir, le week-end. Je l'aurai chez moi et quand je viens bosser, je le ramène au travail. Il servira donc, ce sera un support d'activités.
- **Et comme vous faites un mi temps...**
- Ben il fera un mi-temps le petit toutou.
- **C'est déjà pas mal quand même.**
- Oui, oui. Parce qu'il faut, quand même, gérer les angoisses, il faut... il y a beaucoup de gens qui vont le caresser et tout ça. Bien qu'il soit éduqué pour, mais ça lui fera pas de mal, d'avoir un peu de congé.
- **Et du coup, qu'est-ce que vous allez faire comme activités par rapport au chien ?**
- Ben, on peut faire des activités de gymnastiques. Par exemple, faire une queueuleu avec les personnes accueillies, en leur faisant écarter un petit peu les jambes et demander au chien de passer entre. Ou les gens qui ne marchent pas trop bien, les asseoir sur un fauteuil, leur faire tenir un cerceau pour que le chien passe dans le cerceau. On peut mettre des sacs sur le dos du chien, on demande à la personne de tirer un papier ; et sur le papier, on peut noter, par exemple le titre d'une chanson pour que la personne le chante ou les vers d'une poésie qu'elle doit nous réciter. Voilà, donc ça fait plus mémoire, ça fait travailler la mémoire. Après, il est là aussi... ça permet aux gens de parler, c'est un support de parole aussi. L'un va dire « ah, ben moi, à l'époque j'avais des animaux » et ça lance une conversation. Ça permet aussi de voir, pour certaines personnes qui se sentent dévalorisées dans la maladie, d'être revalorisé, en voyant qu'ils arrivent à le brosser, à lui donner à manger, à le promener tout ça... en fait, c'est un support pour différentes activités et pour un grand nombre d'activités.
- **C'est très intéressant comme projet. Et toutes ces idées d'activités, c'est vous qui les avez eu ou vous avez eu... le projet il a déjà...**
- Pour le chien ?
- **Non, par rapport aux activités que vous faites grâce au chien.**
- Euh, pour le chien, c'est en fait la psychologue qui aurait aimé. Mais bon, elle a trouvé personne qui, vraiment, soit prête à prendre ce projet à bras le corps et moi j'ai dit « oui, pourquoi pas ». donc, c'est la psychologue et moi qui avons pu développer ça et les autres activités, je pense que c'est aussi la psychologue qui a ramené ces idées. Moi je n'étais pas là à l'ouverture et donc, quand je suis arrivée, certaines activités étaient déjà en place. Après, on en rajoute, ben on a vu que, ben tiens on faisait jamais calculer les gens, donc on a mis en place un atelier calcul aussi. L'écriture pour les ardoises c'est pareil, on s'est dit « tiens, ils n'écrivent pas, on pourrait leur faire écrire » à ceux bien sûr qui peuvent, parce qu'il faut pas non plus les mettre en échec.

- **Vous faites un roulement alors, je pense**
- Ben, on essaye de demander le matin, « Mme tel et tel, est-ce que vous voulez écrire ? ». Si elle nous dit « non, non, non, je ne veux pas », on la force pas, c'est pas le but. Mais en général, on trouve toujours un volontaire qui veut bien.
- **Alors, dernière petite question : est-ce que vous avez entendu parler de la méthode Snoezelen et du toucher massage ?**
- Alors, on en fait aussi, j'ai oublié de vous le dire. On fait un atelier esthétique avec manucure, vernis, shampooing et on a aussi de l'huile de massage et il arrive qu'on fasse des massages des mains ou du visage. C'est vrai, j'ai oublié de vous le préciser.
- **Ben voilà. Et vous avez des formation pour le massage ?**
- Euh ben non, parce que là l'aide soignante qui travaille avec nous était avant en maison de retraite et elle en faisait un peu chez les personnes âgées et moi ... si à l'époque à l'IFSI euh, j'avais une infirmière qui s'était spécialisée dans le toucher qui nous avait fait aussi. C'était un module optionnel. Voilà, donc j'avais déjà une petite approche aussi.
- **Et la méthode Snoezelen, ça ne vous dit rien du tout ?**
- Non
- **C'est pas très connu encore. Moi j'ai connu ça, aussi en module optionnel l'année dernière. Et c'est une méthode qui vient des Pays-Bas et qui est basée sur le bien-être de la personne. Et, donc, pendant ce module, on est allé dans une structure, un foyer d'accueil médicalisé pour polyhandicapés, mais cette méthode se pratique aussi avec les personnes âgées, mais je pense dans d'autres endroits, parce qu'ici, je n'en ai pas trouvé dans la région**
- Est-ce que c'est les pièces là, qui sont un peu calfeutrées, avec une ambiance...
- **Voilà c'est ça**
- Ah oui, ben j'ai... notre collègue AMP (aide médico-psychologique) là, qui remplace un congé parental ; eux avait ça dans leur structure.
- **Donc ce sont des pièces qui sont assombries par des rideaux noirs, et donc, il y a plusieurs choses qui y sont mises en place : des jeux de couleurs, des diffuseurs d'odeurs pour stimuler l'odorat, il y avait des musiques douces (des chants d'oiseaux, des bruits de rivière qui coule, le vent dans les feuilles d'arbres...). Il nous avait aussi mis des coussins vibratoires sous le dos pour stimuler les récepteurs de la peau. C'était vraiment... ça tourne autour des sens, en fait. Et quand on est dans cette pièce, parce qu'on a pu s'y essayer, on se sentait bien**
- Détendu
- **Oui. Et si vous avez l'occasion de le faire, je vous le conseille. Et si vous pouvez le mettre en place ici... bien sûr ça ne convient pas à tout le monde, mais ça procure un certain bien être.**
- Ben après, c'est aussi une question de budget et de place aussi.
- **C'est surtout qu'il faut avoir la pièce, le reste après ne nécessite que peu de moyens... et la formation aussi pour avoir plus d'informations et de connaissances.**
- C'est intéressant. C'est vrai qu'elle nous en a déjà parlé, mais je savais plus le nom.
- **Donc voilà, moi j'en ai fini vous avez encore autre chose à rajouter ?**
- Euh non, bon sinon, au niveau des activités, on a aussi le pliage de linge. Ça c'est pour permettre un peu de garder le manuel, les activités qu'ils avaient à l'époque.
- **Hmm . Et là, ces livres c'est pour eux aussi ?**
- Oui, on s'en sert aussi pour faire nos ateliers mémoire ou si eux, pendant la pause, ont envie de feuilleter un livre. On a une dame qui ramène sa broderie de la maison, donc pendant le temps de pause, elle fait sa broderie.

- **D'accord.**
- Voilà.
- **Plus rien d'autre ?**
- Non, pour le moment non.
- **Ben, je vous remercie alors.**
- Je vous en prie.

Entretien n°6 :
avec une aide-soignante (AS) et l'animatrice de la structure n°1

Quels sont les difficultés majeures que vous identifiées avec les personnes âgées souffrant de démences Alzheimer ?

AS : c'est un renouveau, enfin c'est toujours à refaire et à refaire. Il n'y a plus rien qui s'imprime dans leur mémoire. Donc, il n'y a plus vraiment d'acquis, pour moi c'est ça !!!

C'est plutôt la difficulté de mémoire alors ?

AS : oui, c'est ça !!

D'accord, vous êtes d'accord ? Vous avez quelque chose à rajouter ?

Animatrice : toujours les stimuler, toujours être patient, lui sourire pour les faire venir vers vous, toujours un geste tendre, un regard franc vous voyez ce que je veux dire ?

Oui, oui

Animatrice : et pas leur dire et détourner la tête, parce que là, sinon ça marche pas

Donc vous utilisez la méthode de les regarder dans les yeux pour que ce soit eux qui se sentent visés

Animatrice : voilà

D'accord et donc les questions suivantes comme je vous le disait ça regroupe des patients qui souffrent donc de démences Alzheimer, de communication verbale perturbée, ou qui ne comprennent plus ou qui ne parlent plus ou les deux ? Et qui ont des réactions perturbées, c'est aussi par rapport à une angoisse inexplicée ou ce genre de truc, d'accord ?

La première question c'est quels sont les dispositifs qui existent dans votre unité et qui pallient à ce type de situation ?

AS : Ben, nous, le gros problème qu'on a c'est les fugues !!!

Oui

AS : Donc à ce niveau là, les portes sont toujours fermées à clé, il y a un dispositif de code à l'entrée, ils ne peuvent pas sortir, à part dans le patio là au milieu. Ça c'est déjà de gros problème. Après ce qu'on a, les photos sur les chambres, les numéros, les noms, mais bon ils sont un peu petits. Leur chambre est, quand même, relativement personnalisée, ils ont leurs photos, leurs affaires personnelles.

Au niveau de la salle à manger, ils ont leurs places attribuées, c'est ça ?

AS : oui

Donc, c'est aussi pour pas les perturber par rapport au changement ?

AS : la plupart retrouvent leur place en salle à manger ! si jamais, on les change, en principe, c'est... Autrement c'est plus au niveau de l'animation.

Vous voulez rajouter quelque chose par rapport au animation ?

Animatrice : on a plein d'animations, on essaye de trouver différentes animations pour que tout le monde puisse participer. Ça peut être de la cuisine, du bricolage, des jeux de sociétés, des jeux de mémoire, des excursions, des sorties, de la gym, pour que le maximum puisse y participer, parce que tout le monde n'est pas attiré par le bricolage par exemple. Il faut qu'on essaye d'avoir une large palette pour que tout le monde, même si c'est pas longtemps, y participe. On a un coiffeur, on a la lecture du journal... On a quand même pas mal de choses.

Et tout ça aussi pour les stimuler, pour qu'ils perdent le moins vite possible ?

Animatrice : Voilà. On a eu des gestes de la vie active, la cuisine, éplucher les fruits, nettoyer les haricots, les petits pois... Voilà, des choses... le pliage de serviettes. C'est ce qu'elles faisaient chez elles, à la maison.

AS : On essaye de leur faire faire leur toilette le plus longtemps possible, en les guidant, mais, on essaye quand même qu'ils le fassent eux-mêmes.

Donc, au cours des soins, quand les personnes ne parlent plus ou ne comprennent plus ce que vous dites, quelles sont les autres méthodes d'approche que vous utilisez ? vous me parlez du regard les yeux dans les yeux pour capter leur attention...

Animatrice : Toujours être à leur hauteur, la gentillesse, un sourire, quelque chose de marrant pour débiter la journée, même leur faire un bisou pour celles qui sont câlins, qui en ont besoin, ou qui ont besoin d'être touchées.

Et le toucher massage ?

Animatrice : Non

Non ?

Animatrice : Non au niveau toilette, la toilette massage pour certaines

Oui, et comment est ce que vous évaluez vos actions, vous pensez que c'est bénéfique pour les patients quand même ?

Animatrice : Ben oui

D'accord, parce que l'infirmière tout à l'heure me disait qu'elle avait un bilan plutôt mitigé par rapport au rôle des infirmières dans les unités Alzheimer, parce qu'elles sont pas assez souvent avec eux ?

AS : ben, elles sont là pour les médicaments quoi, donc elles sont là, une demi heure à trois quart d'heure par jour. Donc, elles ont pas la même approche que nous on a !

D'accord

AS : moi je pense que ce qu'on fait, ça les aident quand même quoi. Même des fois, il y en a qui évoluent, dans le bon sens.

D'accord, et dernière petite question, vous m'avez parlées du toucher massage, donc ça j'en parle plus, vous connaissait aussi la méthodes Snoezelen ? vous avez jamais entendu parler ?

C'est en fait une méthode qui n'est développée que chez les polyhandicapés, pas comme le toucher massage, c'est un peu plus, c'est la stimulation par tous les sens. J'étais dans un centre où ils utilisaient cette méthode et du coup ils stimulaient les patients par des vibrations, donc ils avez des petits coussins vibratoires, ils prenaient des petits mobiles pour toucher pour faire ressentir les réactions aux patients, c'était une pièce qu'ils mettaient dans le noir, et du coup ils mettaient des jeux de lumière en place, un diffuseur d'odeurs pour les stimuler aussi au niveau odorat, ils mettaient de la musique, et puis, oui, ils mettaient des jeux de lumière pour les stimuler vraiment par tous les sens, au niveau tactile, vibratoire et c'est vrai que ça a un effet, d'après le monsieur qui a mis l'a en place, au niveau du centre où j'ai été, il trouve ça vraiment efficace. Je sais pas si ça peut vous donner des idées, peut être ?

AS, animatrice : oui, oui

Animatrice : le lundi, en général je fais un peu de massage et d'institut de beauté, donc à la limite, à la place.

Parce que les diffuseurs d'odeurs c'est pas grand chose, un petit mobile...

Animatrice : On verra ce qu'on peut faire

De l'encens, ces choses là. Je vous aurai aussi apporté quelque chose alors.

Animatrice : ah ben voilà !

Merci à vous, c'était très gentil de m'avoir répondu.