

IFSI  
CHU de Rennes

# **Le prendre soin de personne non communicante**

Travail de Fin d'Etudes

CRONIER Cendryne  
Etudiante en Soins Infirmiers  
Promotion 2006/2009

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	p.1
<b>I – LE CADRE CONCEPTUEL</b>	p.3
1/ <u>LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES</u>	p.3
2/ <u>UNE PERSONNE NON COMMUNICANTE</u>	p.4
<b>Définitions et modes de communication</b>	p.4
a) La communication verbale	p.5
b) La communication non-verbale	p.5
3/ <u>LE PRENDRE SOIN</u>	p.6
<b>II – LA MÉTHODOLOGIE – LES OUTILS DE RECUEIL</b>	p.9
<b>III – L'ANALYSE DES RECUEILS DE DONNÉES ET LES COMMENTAIRES</b>	p.10
<b>IV – LA SYNTHÈSE</b>	p.14
<b>CONCLUSION</b>	p.18
<b>V – LA BIBLIOGRAPHIE</b>	p.
<b>VI – LES ANNEXES</b>	p.

## INTRODUCTION

Tout au long de ces quatre années d'études, la formation en soins infirmiers m'a permis à la fois, d'acquérir des savoir-faire, des connaissances théoriques et pratiques de soins infirmiers, mais aussi de développer mon savoir-être, afin de répondre aux exigences de la profession d'infirmière.

Le travail de fin d'études qui est imposé aux étudiants en soins infirmiers, m'offre la possibilité de prendre un peu de distance avec cet apprentissage et me permet d'approfondir une thématique professionnelle à partir d'une ou plusieurs situations d'appel vécues en stage qui m'ont interpellée.

Je vais donc vous décrire les deux situations d'appel, dont je suis partie pour effectuer mon travail de fin d'études.

☞ Première situation d'appel : Au cours de l'un de mes stages en chirurgie ORL, j'ai été interpellée par une situation de prise en charge d'une personne tétraplégique, porteuse d'une trachéostomie et aphasique. Elle était également exclusivement nourrie par l'intermédiaire d'une sonde naso-gastrique.

Cette dernière semblait être dans l'incapacité totale de parler ou de s'exprimer, que ce soit par des gestes ou par des mouvements corporels. Seule une personne soignante, habituée à travailler auprès de ce patient pouvait comprendre, interpréter ou déceler ce que ce dernier exprimait par l'intermédiaire de ses yeux, notamment lors de la toilette ou lors des changements de canules. En dehors de ces temps de soins, le patient ne semblait rien exprimer, notamment pour une élève infirmière qui ne le connaissait pas. Le patient semblait ne pas réagir aux stimuli auditifs, lorsque nous lui mettions la radio par exemple, ou lorsque l'infirmière lui parlait.

Ainsi les modes de communication, que je connaissais, étaient restreints et j'éprouvais de grandes difficultés à entrer en relation avec lui, surtout du fait que je ne percevais aucune réponse en retour. Je n'arrivais pas à comprendre les démarches des soignants qui lui parlaient, alors qu'ils n'allaient avoir aucune réponse en retour et que le patient semblait totalement absent.

☞ Deuxième situation d'appel : Dans un second lieu de stage en pédiatrie, j'ai été interpellée par une situation d'accompagnement d'un jeune enfant atteint d'une maladie neuro-dégénérative associant de nombreuses crises épileptiques. Il était dépendant pour tous les gestes de la vie quotidienne, il n'était alimenté que par l'intermédiaire d'une sonde naso-gastrique, qui devait lui être retirée et remplacée par une jéjunostomie.

Ce jeune patient ne pouvait ni parler, ni utiliser son corps pour exprimer ses besoins, son inconfort ou son bien-être. Seuls les professionnels intervenant régulièrement auprès de lui et sa mère arrivaient à comprendre les signaux particuliers qu'il pouvait émettre pour s'exprimer à sa manière. Ainsi, par exemple, les prodromes de ses crises d'épilepsie pouvaient passer inaperçus pour les néophytes, dont je faisais partie. En effet, ces codes singuliers étaient plus ou moins reconnaissables à condition que nous les connaissions et malheureusement ce n'était pas mon cas.

Ainsi, je me sentais inutile, devant l'impossibilité d'entrer en relation avec ce jeune patient qui semblait vivre dans un monde qui m'était étranger et dont je ne maîtrisais pas la langue. Cependant, je ne baissais pas les bras et avec l'aide des équipes soignantes expérimentées et surtout avec la présence et la collaboration de sa mère, j'essayais peut-être maladroitement de communiquer avec lui. Et malgré tout, je

n'arrivais pas à comprendre comment il serait possible que je soulage ses maux, si je n'arrivais pas à entrer en communication avec lui.

Suite à ces deux situations difficiles, face auxquelles, je m'étais sentie totalement démunie, je pensais que ce travail de fin d'études pouvait me permettre de confronter mes représentations d'une personne non-communicante, à celles de professionnels et ainsi de me permettre d'envisager les choses différemment. En effet, je me sentais dépourvue et impuissante face à ce manque de communication, qui ne me permettait pas de répondre de manière appropriée à leurs besoins et à leurs demandes, qui ne pouvaient s'exprimer de manière commune.

Ces deux situations ont fait naître en moi un questionnement, que je vais vous soumettre tout au long de mon travail de fin d'études. Ainsi, j'ai intitulé ma question de départ comme suit :

***En quoi, les représentations de l'infirmière, d'une personne non-communicante influencent-elles le prendre soin ?***

Dans une première partie, ce travail d'initiation à la recherche, permettra d'éclaircir les concepts présents dans ma question de départ. Puis, dans une seconde partie, je vous préciserai ma méthodologie pour effectuer ce travail. Ensuite, après avoir mené des entretiens auprès de trois infirmières, je vous présenterai l'analyse de ces derniers. Enfin, dans une quatrième partie, sous forme de synthèse, je vous dévoilerai mon ressenti personnel sur ces recherches.

## **I – LE CADRE CONCEPTUEL**

Voici une synthèse de l'état actuel des connaissances concernant les quatre concepts qui nous intéressent pour aborder mon sujet d'étude.

Dans un premier temps, sera défini le concept de représentations sociales, puis celui, d'une personne non-communicante. Dans un troisième temps, les concepts de « prendre soin » incluant la relation d'aide et le rôle du soignant et plus particulièrement celui de l'infirmière sera explicité et ce afin de nous permettre de mieux appréhender la suite de mon travail.

## 1/ LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Les bases du concept des représentations ont dans un premier temps été inventées par le sociologue Emile Durkheim, qui s'attachait à distinguer les principes de la représentation collective et individuelle, puis ces concepts ont évolué dans le temps avec les recherches heuristiques de Serge Moscovici. Ce dernier a su élaborer un nouveau concept celui de la représentation sociale, est ainsi définir les relations sociales d'une personne face à son environnement.

Le concept de représentation sociale peut avoir plusieurs significations, mais dans le cas qui nous intéresse, elle pourrait être définie comme telle : « *perception, image, mentale, etc...., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc... du monde dans lequel vit le sujet* »<sup>1</sup>.

Ainsi, il est sous-entendu, qu'il existe un processus de relation entre le contenu, l'objet, et le sujet. Donc l'individu vit en interaction avec le monde qui l'entoure, en créant ses propres représentations, via ses propres perceptions, ses propres connaissances, qui elles-mêmes seront partagées par un groupe d'individu, c'est-à-dire, le savoir des sens commun, Ces références communes, quant à des faits, des objets, permettent à l'individu d'interpréter une réalité quotidienne et donc de s'adapter à chaque situation pour pouvoir maîtriser son environnement. Mais si un individu ne possède pas le savoir de ce sens commun pourra t-il appréhender les situations qui lui sont inconnues, étrangères et intégrer de nouvelles connaissances, de nouvelles représentations qui par exemple, lui permettraient d'apprendre à communiquer différemment avec un autre groupe de personne ?

De plus, selon Serge MOSCOVICI, « *le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres* »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *Le petit Larousse illustré 2010*, Paris, Larousse, 2009, p.879.

<sup>2</sup> MOSCOVICI Serge, *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984, p.367.

Ce concept renseigne sur les comportements de personnes faisant partie d'un groupe, comportements qui peuvent être exprimés de manière totalement différente lorsque la personne est seule face à une même décision. C'est-à-dire que le sens commun peut prendre le dessus sur la réflexion individuelle, « *cette représentation a des incidences directes sur le comportement social et l'organisation du groupe et va jusqu'à infléchir le fonctionnement cognitif lui-même* »<sup>3</sup>. « *Le sujet confronté à une majorité, [...] adopte les représentations du grand groupe quelquefois en dépit de ses propres perceptions. [...] les représentations partagées par plusieurs individus apparaissent comme plus fortes et plus convaincantes que celles d'un individu unique qui n'a pour appui que son propre jugement* »<sup>4</sup>.

Pour que l'individu se construise psychiquement, élabore son système de pensée, de réflexion et se crée sa propre identité, il doit pouvoir faire appel à des notions communes de son groupe social et à un lexicographique commun, qui sont pour lui des repères fondamentaux pour son insertion sociale. Ainsi, lorsqu'une personne n'utilise pas le même lexique que soi, la question d'entrer en relation est posée.

Notre cognition sociale est, notamment, fonction de nos expériences personnelles, professionnelles, de notre héritage culturel, et, est ancrée dans notre réalité qui nous permet d'agir et d'interagir avec l'autre, en fonction des normes et conventions qui ont été socialement partagées et admises.

En outre les représentations sociales « *ont toujours un sujet et un objet : elles sont toujours représentation de quelque chose pour quelqu'un* »<sup>5</sup> et leurs interprétations peuvent évoluer dans le temps, « *le contenu de la représentation varie parfois, [...] le cas du toxicomane [...] est passé par certaines phases différemment connotées. Le regard social [...] a évolué du registre moral (la faute) au registre légal (le délit) avant d'atteindre le registre médical (la maladie) en passant par le registre existentiel (style de vie,...). On constate ainsi une mutation de la représentation sociale [...]. Les termes mêmes qui véhiculent la représentation du toxicomane se transforment [...].* »<sup>6</sup>.

Enfin, les représentations sociales régissent nos modes de communication qui sont codifiées, cela nous offre la possibilité de rendre nos échanges plus efficaces et enrichissants.

## 2/ UNE PERSONNE NON-COMMUNICANTE

### **Définitions et modes de communication**

Voici une des définitions, du verbe communiquer : « *action de transmettre un message, une information ; expliquer, faire partager une connaissance ; être en relation avec quelqu'un ; faire partager ; transmettre par contact* »<sup>7</sup>.

Ainsi la communication peut être définie comme l'action de partager, de transmettre des informations ou des connaissances à une personne dans une relation d'échange. Dans cette définition, il est question de partage, de relation d'échange entre

---

<sup>3</sup> Ibid p.364.

<sup>4</sup> MANNONI Pierre, *Les représentations sociales*, Que sais-je, Paris, PUF, 2008, p.104.

<sup>5</sup> Ibid p.119.

<sup>6</sup> Ibid p.80.

<sup>7</sup> <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=communiquer>.

plusieurs individus, mais peut-on encore parler de communication lorsque l'échange est unidirectionnel ?

a) La communication verbale :

La communication verbale nécessite normalement, au minimum, d'une personne émettrice d'un message ou d'une information, dans ce cas précis, l'infirmière, puis d'une personne réceptrice du message, ici, le patient.

L'échange ne peut se faire que si le récepteur du message, agit en interaction avec l'émetteur, par le biais du feed-back ou rétroaction et renvoie une réponse cohérente et compréhensible, attendue par l'émetteur. Pour rendre attractive, une communication interpersonnelle, il est préférable que le thème du message transmis, procure un centre d'intérêt réciproque aux interlocuteurs, sinon, l'échange ne saurait se poursuivre.

D'une part, il faut que les deux personnes disposent des mêmes codes langagiers pour pouvoir partager leurs connaissances ou impressions.

D'autre part, il existe un autre cas où, la communication bidirectionnelle est impossible, et pourtant l'émetteur communique verbalement avec le récepteur du message, mais celui-ci, ne pouvant lui répondre oralement, alors l'émetteur utilisera la technique de l'auto-feed-back, c'est-à-dire que l'émetteur pratiquera une sorte de monologue.

b) La communication non-verbale :

La communication non-verbale peut se manifester par « le langage du corps »<sup>8</sup>, de manière consciente ou non.

« Ce langage non verbal se compose des éléments suivants : la distance physique, encore appelée proxémie, l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, l'apparence ainsi que les odeurs »<sup>9</sup>.

△ La proxémie est un concept qui concerne la position des corps dans l'espace. Ainsi, il existe quatre distances qui permettent une communication plus ou moins intime avec son interlocuteur. Dans mon étude, c'est la distance intime qui nous intéresse.

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ① L'espace intime : 15 à 45 cm     | ② L'espace privé : 45 cm à 1.20 m    |
| ③ L'espace social : 1.20 m à 3.5 m | ④ L'espace public : au-delà de 3.5 m |

△ L'expression faciale, caractérisée par notre visage, nos mimiques, et notre sourire permet également de transmettre des émotions, soit de bien-être ou de mal-être (douleur, inconfort). Il faut tenir compte, également, de l'utilisation de la voix, c'est-à-dire, son timbre, son rythme et son volume, si celle-ci est posée, tremblante, lente ou rapide, haute ou bien basse, cela risquerait de parasiter le message ou bien de modifier le sens de l'information.

△ Le regard renvoie à l'autre qu'il existe, que nous lui portant de l'attention et que par l'intermédiaire de celui-ci, la communication reste possible, si nous savons l'interpréter.

<sup>8</sup> BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant/soigné, Repères et pratiques*, IFSI/formations paramédicales, Paris, Bréal, 2009, p.45.

<sup>9</sup> Ibid p.45.

▲ Le toucher est le premier moyen de communication de l'homme, ainsi on a vu apparaître en 1998, le concept de « *toucher-tendresse* »<sup>10</sup>, favorisant la relation et souvent, étant le mode de communication le plus approprié pour transmettre une information. Ainsi, l'infirmière pourra combiner la distance intime à l'auto-feed-back puis au toucher-tendresse. « *Les gestes de soin sont annoncés : « Madame, je vais vous laver le bras, ... » [...] Les actions sont décrites : « je vous soulève le bras, [...] »* »<sup>11</sup>.

Enfin, selon Roger Mucchielli « *on ne peut pas ne pas communiquer* », ainsi même une personne considérée comme non-communicante\*, communique en utilisant les modes de communication non-verbale. Cependant cette communication nécessite une connaissance et une maîtrise de ses préceptes pour pouvoir entrer en relation.

Ainsi tous ces modes de communication devraient permettre aux individus de partager leurs connaissances, leurs savoirs et d'être attentifs l'un envers l'autre dans une relation d'échange.

### 3/ LE PRENDRE SOIN

Le concept de « prendre soin » a été plus particulièrement étudié par Walter Hesbeen qui attache beaucoup d'importance à développer, la pratique soignante et sa qualité.

Le concept de « *prendre soin* » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé ». « *On voit ainsi combien la concrétisation de cette aide sera tributaire de la représentation que le soignant a de la santé* »<sup>12</sup>.

« *L'attention s'inscrit dans la perspective d'apporter de l'aide à la personne, donc d'apparaître comme un professionnel aidant pour elle, dans sa situation singulière et en utilisant les compétences professionnelles qui caractérisent les acteurs de telle ou telle profession. L'attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut, à chaque fois, qu'être unique. [...] Elle est toujours à penser, à repenser en fait, à créer. Elle est singulière comme l'est la situation de vie dans laquelle un soignant est amené à prendre soin d'une personne* »<sup>13</sup>.

Mais le concept de « prendre soin » peut également s'exprimer ainsi « *Les soins sont la mise en acte de notre respect humain, de la reconnaissance de la dignité humaine de la personne. Ils font appel à notre douceur, à notre chaleur humaine. Ils ne sont pas disjoints de la relation d'aide ; nous cherchons au maximum à « satisfaire le désir du patient »* »<sup>14</sup>.

« *Les soins désignent ainsi les actes par lesquels on soigne, par lesquels on entretient le corps aux différentes étapes de la vie. Lorsque ceux-ci s'inscrivent dans une perspective soignante, il s'agit de soins qui témoignent du soin porté à la personne* ». [...] « *On peut ainsi effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans nullement prendre soin de la personne* »

<sup>10</sup> GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, p.248.

<sup>11</sup> Ibid p.246.

<sup>12</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.8.

<sup>13</sup> Ibid p.8.

<sup>14</sup> Par l'équipe de l'unité de soins palliatifs et les docteurs CHAPON Françoise et QUENET Yves, *Réflexions sur le corps-objet*, Objectif soins, 12/2005, n°141, p.22.

\* Les personnes dans un état de coma, ne vont pas parties de mon sujet d'étude.

« sur laquelle » on intervient car l'attention est centrée sur l'acte posé ». [...] « Les tâches s'adressent à des corps-objets alors que la réalité du soin confronte chacun à l'inépuisable richesse de la complexité de l'être humain, c'est-à-dire au corps-sujet »<sup>15</sup>. « Le corps objet ou corps que l'on *a* est celui sur lequel s'est fondé la médecine scientifique que nous connaissons actuellement et qui regroupe, nécessairement, tous les médecins et tous les paramédicaux, du moins par la nature de leur formation initiale. Le corps sujet ou corps que l'on *est* est celui qui ne peut se limiter à un ensemble d'organes, de membres et de fonctions »<sup>16</sup>.

Cette définition permet d'éclaircir le concept de « prendre soin » et d'envisager son adaptation auprès de personnes non-communicantes. De plus, la relation d'aide permet à une personne, vivant une situation de handicap, de conserver toutes ses prérogatives, c'est-à-dire qu'elle doit être considérée comme une personne à part entière « *le corps que l'on est* » et que les soignants ne doivent pas seulement porter une attention particulière « *au corps que l'on a* », ainsi l'infirmière, par l'intermédiaire de ses pratiques soignantes, prodiguera des soins de qualité dans le respect de la dignité du patient.

Ainsi, « Prendre soin est un art, il s'agit de l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière »<sup>17</sup>.

Pour pouvoir pratiquer cet art, l'infirmière, par le biais des soins infirmiers pourra utiliser certaines techniques de soins, notamment la relation d'aide qui est un soin relationnel, mais aussi mettre en pratique les notions développées par Virginia Henderson qui permettent à l'infirmière de répondre aux besoins fondamentaux du patient.

Selon Carl Rogers, la relation d'aide consiste à « écouter l'autre dans sa souffrance »<sup>18</sup>. Mais également, selon « Hildegard PEPLAU, la relation d'aide est un système de liens révélant chez une personne, une représentation de son monde et un processus d'intégration de ses besoins »<sup>19</sup>.

Ainsi dans une relation d'aide, il faut que « le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions »<sup>20</sup>.

Afin de répondre aux besoins du patient, l'infirmière pourra compter sur les soins infirmiers qui sont « composés d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de « petites choses » qui offrent la possibilité de témoigner d'une « grande attention » à la personne soignée et à ses proches, [...]. L'attention à ces « petites choses » manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence. Elle participe pleinement à sa santé »<sup>21</sup>.

<sup>15</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.9.

<sup>16</sup> Ibid p.10.

<sup>17</sup> Ibid p.35.

<sup>18</sup> BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant/soigné, Repères et pratiques*, IFSI/formations paramédicales, Paris, Bréal, 2009, p.23.

<sup>19</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation\\_d%27aide\\_en\\_soins\\_infirmiers](http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide_en_soins_infirmiers)

<sup>20</sup> BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant/soigné, Repères et pratiques*, IFSI/formations paramédicales, Paris, Bréal, 2009, p.24.

<sup>21</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.45.

Mais le soignant ou plus précisément l'infirmière, n'est pas uniquement une personne maîtrisant les pratiques infirmières avec des connaissances théoriques, c'est également et principalement, une personne remplie d'humanité qui doit prendre soin de personnes en situation de vulnérabilité. Ainsi l'infirmière devra tisser des liens de confiance pour permettre au patient d'adhérer à ses soins. « *La base de cette démarche, le premier objectif qu'elle poursuit, est de réussir par une approche judicieuse, subtile, à tisser des liens de confiance avec la personne soignée. Pour celle-ci avoir confiance équivaut à se dire « je crois que tel soignant peut me venir en aide en respectant qui je suis ». Ce qui, au départ, concerne un soignant peut, progressivement, impliquer l'ensemble de l'équipe* »<sup>22</sup>.

En outre, l'exercice de la profession d'infirmière est régi par le code de la santé publique, décret du 29 juillet 2004. Ainsi tous les actes infirmiers y sont référenciés notamment ceux spécifiant la prise en charge de personnes fragiles :

↳ Article R4311-2 : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. [...]. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

*1° de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonction vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familiale ou social ».*

↳ Articles R4311-3 : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* »<sup>23</sup>.

## II – LA MÉTHODOLOGIE – LES OUTILS DE RECUEIL

Dans un premier temps, j'ai dû déterminer mon sujet d'étude, et suite à l'approbation de ce dernier par l'équipe enseignante de l'Institut de Formation en Soins

---

<sup>2222</sup> Ibid p.99.

<sup>23</sup> Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession, *Profession infirmier*, Paris, Berger-Levrault, 2006, p.80.

Infirmiers (IFSI), j'ai pu élaborer une grille d'entretien. Cette grille d'entretien devait me permettre de répondre à mes questionnements sur mon thème, c'est la raison pour laquelle, j'ai posé un objectif principal et qu'à chaque question correspondait des objectifs intermédiaires. Ainsi, après quelques modifications dans la reformulation de mes questions, cette grille fut validée par mon guidant pédagogique. La grille d'entretien ainsi que les objectifs figurent en annexe.

Le choix des outils de recueil (les entretiens) ainsi que les lieux pour ces recueils ont été fixés par l'Institut de Formation et l'équipe pédagogique. Pour mes trois entretiens, j'ai utilisé ce même outil de recueil, avec quelques questions supplémentaires, qui venaient au cours de l'entretien, et qui me paraissaient pertinentes, tant ces entretiens étaient un prétexte au dialogue, à l'échange et me permettaient d'aborder des facettes de mon thème auxquelles, je n'avais pas pensé. J'ai réalisé ces trois entretiens dans un service de longs séjours, d'un hôpital de la région rennaise.

Pour la réalisation de mes trois entretiens, j'ai rencontré deux infirmières le même jour en début d'après-midi, l'une en fin de service et l'autre en début de service. D'ailleurs je tiens à les remercier pour leur disponibilité et leur gentillesse pour avoir réussi à aménager un temps pour me recevoir, en effet, la seconde infirmière était venue plus tôt sur son lieu de travail pour me rencontrer. Puis pour le dernier entretien, il m'a fallu attendre quelques semaines pour pouvoir rencontrer l'infirmière, tout aussi disponible que ses deux collègues. A chaque entretien, nous nous sommes isolées dans un bureau, j'ai garanti aux infirmières que leur anonymat serait préservé et que l'enregistrement de ces entretiens, ne me servait qu'à la retranscription de nos échanges et que la cassette serait remise avec mon Travail de Fin d'Etudes à mon guidant pédagogique.

Pour préparer mes entretiens avec les infirmières, à la demande du cadre du service, je leur avais envoyées par mail, une copie de ma grille d'entretiens avec mon objectif principal et mes objectifs intermédiaires mais sans mes questions, ainsi je pouvais bénéficier de leurs spontanés dans leurs réponses. Malheureusement ayant laissé lors de mon second entretien une trame de ma grille avec les questions, le dernier entretien fut moins spontané, car l'infirmière avait déjà répondu de manière manuscrite à mes questions, cependant cela ne nous a pas empêché d'avoir un échange riche et intéressant et de dépasser ses écrits.

Ainsi, je suis globalement satisfaite du contenu de ces échanges, ils ont été denses et enrichissants, et l'investissement de ces trois infirmières auprès d'un public particulièrement représentatif pour mon thème, n'ont fait que renforcer mon intérêt pour mon sujet d'étude.

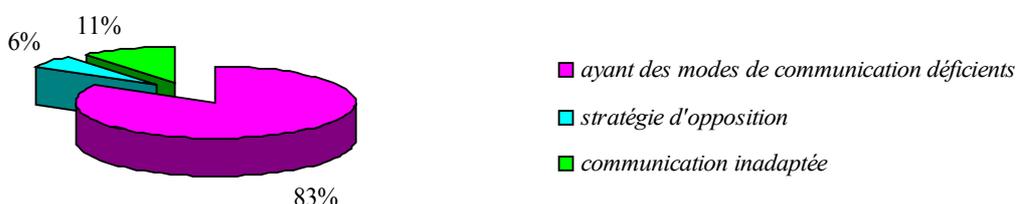
### **III – L'ANALYSE DES RECUEILS DE DONNEES ET LES COMMENTAIRES**

Vous trouverez ci-après l'analyse des entretiens des trois infirmières sous forme de graphiques, ainsi que les commentaires s'y référant. Les tableaux des recueils de données se trouvent en annexe.

Mes entretiens avaient comme objectif principal de comprendre les différentes représentations de l'infirmière, d'une personne non-communicante ainsi que les stratégies mises en place pour lui permettre de prodiguer des soins de qualité.

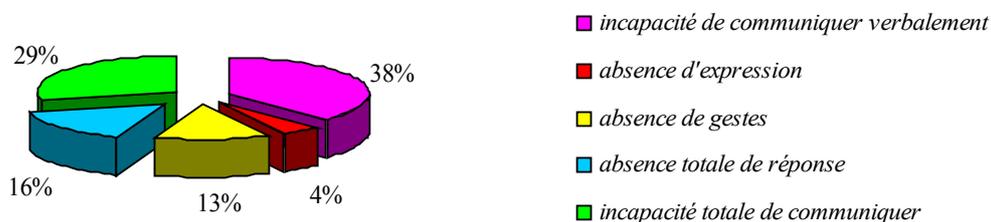
### **1<sup>er</sup> objectif intermédiaire : Les représentations d'une personne non-communicante selon les 3 infirmières rencontrées**

#### **► Définition d'une personne non communicante**



Selon ce premier recueil, les infirmières ont pour représentation d'une personne non-communicante, une personne ayant des modes de communication déficients à 83%. Et seulement avec 6% des réponses, l'infirmière considère qu'une personne qui exprime son opposition peut également correspondre à la définition d'une personne non-communicante. Il s'agit ici de personnes mutiques, voulant exprimer leur désaccord face à une situation ou refusant tout simplement de communiquer. Et 11% des réponses évoquent l'idée, qu'une personne non-communicante, est une personne qui utilise une communication inadaptée, c'est-à-dire où les réponses sont incohérentes ou incompréhensibles, notamment dans le cas où le patient serait atteint d'une maladie neuro-dégénérative.

#### **► Personne ayant des modes de communication déficients**



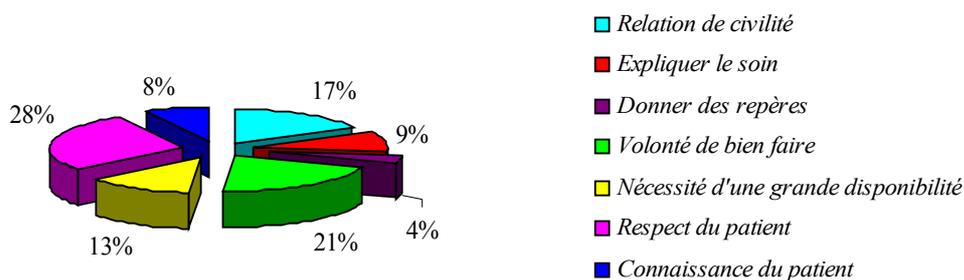
D'après les résultats récoltés, les infirmières ont également comme représentation d'une personne non-communicante, le fait qu'elle souffre d'incapacité de communiquer verbalement à 38% mais aussi d'une incapacité totale de communiquer à 29%. De plus, une personne non-communicante est définie, selon les infirmières, comme une personne

ayant des absences d'expression faciale pour 4% et des absences de gestuel pour 13%. En outre, les infirmières ont aussi exprimé à 16%, que selon elles, une personne non-communicante se caractérise par une absence totale de réponse à des sollicitations.

De plus, les infirmières expriment leur difficulté à entrer en relation avec ce type de patient (17 items), qui ne communiquent pas de manière commune. (cf. annexe I).

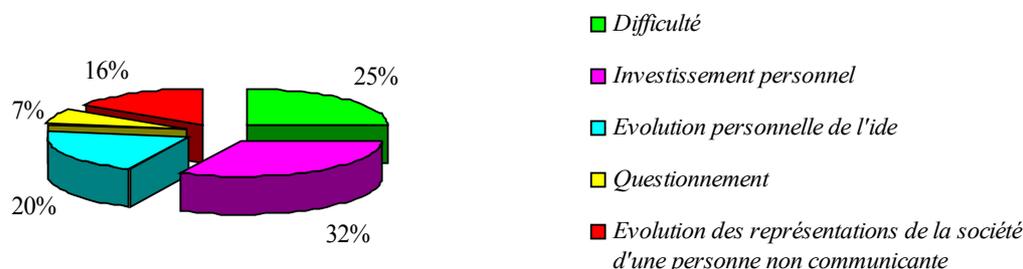
## **2<sup>ème</sup> objectif intermédiaire : Définition du « prendre soin » de personne non-communicante selon les 3 infirmières rencontrées**

### **➤ Définition du "prendre soin" d'une personne non communicante**



Les trois infirmières rencontrées considèrent qu'à 28%, « le prend soin » peut se définir par une notion de respect envers le patient, et que cela ne peut se traduire sans une volonté de bien faire à 21%. Elles estiment à 17%, que préserver des relations de civilité à l'égard du patient, lui permet de conserver sa dignité. De plus, elles expriment également que le fait de pouvoir expliquer les soins (9%) puis de donner des repères (4%) à la personne non-communicante, permettra à cette dernière de conserver sa place de personne à part entière. Ainsi, cette relation d'aide ne peut se faire, selon elles, que si elles sont capables de jouir d'une grande disponibilité (13%) pour pouvoir répondre aux besoins de la personne non-communicante. Cette prise en charge ne peut être efficace que si elles ont une connaissance des habitudes de vie du patient (8%). Ainsi « le prendre soin » fait partie intégrante des attitudes professionnelles de l'infirmière.

### **➤ le "prendre soin" au quotidien**

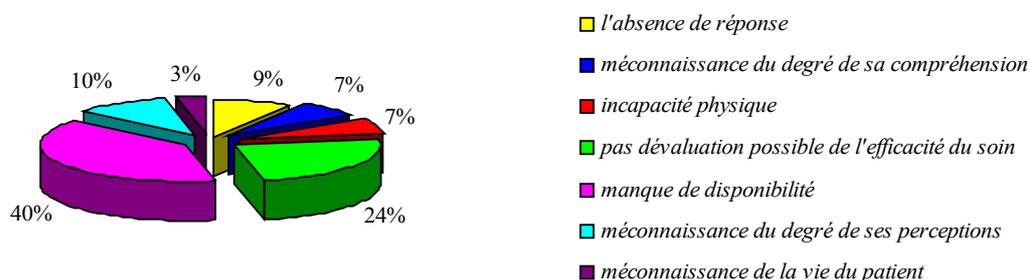


D'une part, avec 32%, les infirmières considèrent que l'investissement personnel représente une grande part du « prendre soin » au quotidien et ce malgré les difficultés qu'elles peuvent éprouver pour entrer en relation avec la personne non-communicante (25%). D'autre part, les infirmières constatent que leur profession exige d'elles, une

remise en question permanente quant au « prendre soin » de personnes non-communicantes, ce qui se démontre par une évolution personnelle de leurs pratiques soignantes (20%) et par leurs questionnements (7%) sur la qualité de leurs soins prodigués. Enfin, elles remarquent également que l'évolution des mentalités se fait aussi au sein de notre société (16%), ce qui laisse présager une évolution favorable dans les représentations de personnes non-communicantes et donc de leur « prendre soin ».

### **3<sup>ème</sup> objectif intermédiaire : Identifier les obstacles pour une prise en charge d'une personne non-communicante**

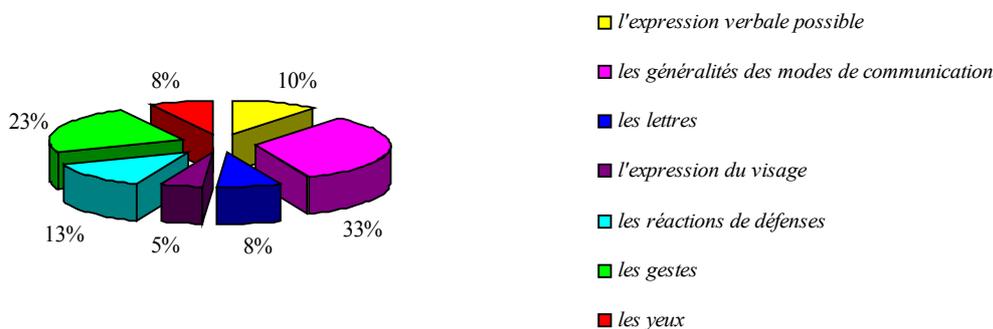
#### **► Obstacles liés à la non communication de la personne**



Les infirmières ont repéré plusieurs sources d'obstacles qui ne permettraient pas la prise en charge optimum d'une personne non-communicante. Ainsi pour 40% de leurs réponses, elles estiment que le manque de disponibilité est un frein à la prise en charge de ce type de patient. En effet, elles manquent régulièrement de temps pour pouvoir interpréter les demandes du patient. Elles considèrent également que le fait que cette personne ne communique pas ou de manière inappropriée, ne leur permet pas d'évaluer l'efficacité de leurs soins et ainsi de savoir si elles ont répondu ou pas aux attentes de la personne (24%). Dans la même idée, le fait de ne pas connaître le degré de perception (10%) ou le degré de compréhension (7%) de la personne non-communicante est également un obstacle pour une prise en charge de qualité. Et cela est d'autant plus difficile, lorsque les infirmières méconnaissent les habitudes de vie du patient (3%). L'incapacité physique, pour 7% des réponses données par les infirmières, constitue aussi un obstacle à la communication non-verbale du patient. Enfin, le fait que la personne non-communicante ne manifeste aucune réponse (8%) ne facilite évidemment pas, non plus l'échange avec cette dernière.

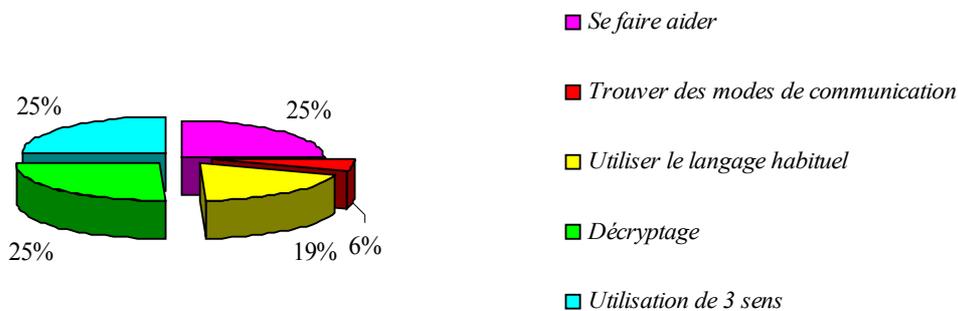
### **4<sup>ème</sup> objectif intermédiaire : Les stratégies d'adaptations utilisées par le patient, l'entourage et l'équipe soignante**

► Les stratégies d'adaptations utilisées par le patient pour se faire comprendre



Le patient non-communicant, essaie de mettre en place des stratégies d'adaptations pour pouvoir communiquer avec son entourage et l'équipe soignante. Ainsi les infirmières ont su interpréter les signaux envoyés par les patients pour entrer en relation. L'utilisation de gestuel à 23%, et l'utilisation de lettres à 8%, par l'intermédiaire de l'ordinateur ou d'ardoise sont des moyens utilisés par le patient. Mais la personne non-communicante sait tout aussi bien utiliser l'expression de son visage à 5%, que celle de ses yeux à 8%, pour pouvoir exprimer ses attentes. Elle sait également exprimer ses appréhensions, ses désaccords avec des réactions de défenses (13%). En effet, elle se crispera ou son visage sera plus fermé. De plus, selon les infirmières, seulement 10% de leurs patients seraient encore capables de mettre en place une expression verbale.

► Les stratégies du soignant pour communiquer avec le patient



D'après les résultats, les infirmières mettent aussi en place des stratégies pour pouvoir maintenir une relation avec la personne non-communicante. En effet, à 25%, elles font appel à trois de leurs sens, l'ouïe (4 items), la vue (5 items) et le toucher (4 items) pour pouvoir déceler chez la personne non-communicante tous besoins ou toutes demandes qu'elle exprimerait. Les infirmières essaient de comprendre le patient par le biais du décryptage (25%) de leurs observations, et font preuve d'interprétation pour répondre au mieux aux attentes du patient non-communicant. Bien sûr, pour cela, les infirmières ont recours aux aidants naturels (25%), qui normalement connaissent mieux le patient que l'équipe soignante. Enfin, les infirmières communiquent avec la parole pour 19%, pour partager des informations ou pour expliquer les gestes techniques qu'elles prodiguent au patient.

**IV – LA SYNTHÈSE**

Pour élaborer cette synthèse, je vais m'appuyer sur les concepts que j'ai développé dans la première partie, ainsi que sur les résultats de mes recueils de données exprimés par les trois infirmières que j'ai rencontrées. Je vais essayer de vous faire partager mon cheminement personnel qui s'est peu à peu forgé, tout au long de mes recherches et de mes rencontres professionnelles. Ainsi, ma question de départ s'intitulait : en quoi, les représentations de l'infirmière, d'une personne non-communicante influencent-elles le « prendre soin » ?

Mon premier objectif était de connaître les représentations des infirmières, d'une personne non-communicante. Ainsi, d'après mes lectures, nos représentations individuelles sont induites par nos représentations collectives, c'est-à-dire, que notre culture, notre société, influencent considérablement nos représentations individuelles. Nous devons avoir les mêmes représentations des choses pour pouvoir nous insérer, nous intégrer dans notre société et plus particulièrement dans notre monde du travail. Cependant, chaque individu peut partager le sens commun des choses et conserver ses propres perceptions, développées par ses expériences personnelles et professionnelles.

S'agissant de nos représentations d'une personne non-communicante, c'est-à-dire, une personne qui n'utilise pas les modes de la communication habituels ou communs, les infirmières m'ont fait part de leurs propres représentations d'une personne non-communicante. Ainsi, selon elles, une personne non-communicante est principalement, une personne qui possède des modes de communication déficients (83%). D'ailleurs, les infirmières l'ont exprimé ainsi « *qui ne sont pas capables de nous dire ce qu'ils ont besoin de nous dire* », et « *qui n'a plus la faculté de parler* »<sup>24</sup>. Par mode de communication déficient, il faut comprendre ayant une incapacité de communiquer verbalement pour 38% et une incapacité totale de communiquer pour 29%. Le mode de communication, le plus usité et le mieux maîtrisé est la parole, « *la communication passe avant tout par la parole* »<sup>25</sup>, le langage, mais il existe également la communication non-verbale, qui permet aussi de transmettre un message, de partager des émotions. En effet, d'après les concepts étudiés, tous les modes de communication doivent permettre de rentrer en relation avec autrui. Ainsi, peu importe la déficience de communication, il existe toujours des moyens pour pouvoir communiquer avec l'autre, que ce soit par le biais de la parole, de nos expressions corporelles, de notre regard, ou du toucher. Cependant, seules des personnes averties et habituées à ce type de langage pourront entrer en contact avec des personnes ne pouvant pas s'exprimer.

En effet, je me souviens de mes premières prises en charge de personne non-communicantes, et de ma détresse face à l'impossibilité de rentrer en contact avec eux, car je ne savais pas utiliser ou je ne connaissais pas tous ces/ses modes de communication. Effectivement, pour moi, une personne qui ne pouvait pas parler, ne pouvait pas communiquer, donc c'était une personne non-communicante. Et je n'imaginai pas qu'elle puisse communiquer par d'autres biais, ainsi, selon moi, elle ne pouvait ni exprimer ses attentes, ni ses besoins, ou alors, je ne savais peut-être pas les décoder. Du moins, c'était à l'époque mes représentations qui ont depuis, je le pense, évolué. Désormais, je sais, que même si la personne ne me répond pas, cela ne veut

---

<sup>24</sup> Cf annexe V.

<sup>25</sup> Cf annexe V.

peut-être pas dire qu'elle ne comprend pas, mais simplement qu'elle n'a pas la possibilité ou la faculté de me répondre ou même l'envie de me répondre, notamment dans le cas où la personne reste mutique pour signifier son désaccord par l'intermédiaire du refus volontaire de communication. Je dois avouer que dans mes représentations d'une personne non-communicante, je n'avais pas envisagé ce cas de figure, suggéré par l'une des infirmières.

Avoir une communication déficiente ou inadaptée, ne veut pas dire être déficient moteur cérébral. Cela me fait repenser à une situation qui s'est déroulée dans un service d'urgence dans un hôpital de la région rennaise, où un patient polyhandicapé fut considéré par un médecin comme « *grabataire débile profond* »<sup>26</sup> parce qu'il ne pouvait s'exprimer selon nos normes admises socialement. Ce patient, Monsieur Richard Fernandez, directeur d'un foyer pour personnes handicapées venait pour bénéficier de soins, suite à une chute de fauteuil roulant sur les quais de la gare. Néanmoins, il ne faut pas ignorer qu'en dépit de cet exemple, les représentations des personnes non-communicantes ont évolué, n'employions-nous pas le terme de « *légume* »<sup>27</sup> auparavant pour parler de personnes non-communicantes, alors que désormais, nous considérons ces personnes comme des personnes à part entière. De plus, cette évolution des représentations a été constatée avec 7 items lors de mes recueils de données. Enfin, ces notions de représentations de la personne non-communicante nous amène à évoquer le « prendre soin » de ces personnes.

Mon second objectif était d'aborder le concept de « prendre soin » et de savoir, si le fait que ces personnes soient non-communicantes, pouvait influencer ce « prendre soin ». D'après Walter Hesbeen, le « prendre soin », désigne une « *attention particulière* »<sup>28</sup> envers une personne qui est en situation de fragilité temporaire ou permanente. Cette attention particulière peut également être interprétée par le fait que les infirmières devront faire preuve de compétences, de savoir-faire à l'égard de chaque patient qui est unique. Ainsi, elles ont évoqué à 21% cette volonté de bien faire « *on essaie de faire au mieux* », et « *avec la meilleure volonté qu'il soit* »<sup>29</sup> Ainsi, le rôle de l'infirmière, plus particulièrement son rôle propre, sera de « *contribuer à son bien-être* »<sup>30</sup> et de lui « *apporter de l'aide* »<sup>31</sup> par, notamment, l'intermédiaire de la relation d'aide et ainsi « *d'apparaître comme un professionnel aidant* »<sup>32</sup> pour cette personne non-communicante. De plus, l'infirmière saura faire preuve de savoir-être, en préservant la dignité de la personne et en lui témoignant du respect (28%) lors de ses soins. Selon mon recueil de données, les infirmières entretiennent une relation de civilité (17%) lorsqu'elles s'adressent au patient et lui redonne des repères temporels (4%) afin que celui-ci conserve et maintienne un lien avec la réalité qui l'entoure et dont il fait toujours parti. Ainsi les notions d'humanité et « *de petites choses, ..., ou de grandes attentions* »<sup>33</sup> sont des valeurs défendues par les infirmières, et qui favorisent une prise

<sup>26</sup> <http://lesactualitesdudroit.20minutes-blogs.fr/archive/2009/03/01/un-infirme-injurie-a-l-hopital.html>.

<sup>27</sup> Cf annexe VI.

<sup>28</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.8.

<sup>29</sup> Cf annexe VI.

<sup>30</sup> Ibid, p.8.

<sup>31</sup> Ibid, p.8.

<sup>32</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.8.

<sup>33</sup> Ibid, p.10.

en charge de la personne non-communicante en tant que « Personne » et non seulement en tant que patient. Ces attitudes professionnelles permettent au patient de continuer à exister dans le regard de notre société et ainsi de conserver toute leur estime de soi, car nous ne prenons pas uniquement en compte son corps malade, le « *a* » mais aussi le corps qui « *est* »<sup>34</sup>.

Grâce à tous ces éclaircissements, je me rends compte que le concept de « prendre soin » englobe de nombreuses valeurs infirmières qui font partie d'un certain savoir-être. En effet, j'éprouvais de grandes difficultés à admettre qu'une personne non-communicante ait des besoins de communiquer. Je ne comprenais pas pourquoi, les équipes soignantes, à la fois les aides-soignantes, lors des toilettes ou les infirmières lors des soins prenaient le temps de parler ou d'expliquer au patient, ce qu'elles étaient en train de faire, alors que celui-ci ne pouvait pas leur répondre. Je m'interrogeais sur l'utilité, voire la nécessité de maintenir un dialogue sous forme de monologue, car il n'y avait pas de feedback possible. Ainsi, je me situais plus, dans « le faire » des soins que dans le « prendre soin ». En effet, je n'imaginai pas pouvoir communiquer avec une personne que je considérais comme non-communicante, car je ne pouvais entamer aucune conversation, ni comprendre ce qu'elle avait à me dire, si elle n'avait plus la faculté de s'exprimer verbalement. J'étais mal à l'aise lors de prise en charge de tel patient. Désormais, je réalise, que c'était peut-être dû à mes représentations, à la peur de l'inconnu, à mes méconnaissances, ou au fait que je ne maîtrisais pas les autres modes de communication non-verbale qui me faisaient agir de la sorte.

En effet, lors d'un récent stage dans un foyer de jeunes adultes polyhandicapés, c'est-à-dire, de personnes infirmes moteurs cérébrales, je me suis surprise à essayer de rentrer en communication avec ces patients. Et grâce à ce travail d'initiation à la recherche que j'étais en train d'effectuer, j'ai essayé de mettre en application ce que j'avais pu lire ou comprendre des différents modes de communication et du concept de « prendre soin ». Mais aussi, je venais d'admettre que chaque individu et peu importe sa condition physique ou psychique devait être considéré comme une personne à part entière, c'est-à-dire avec la prise en considération de ses besoins et de ses envies. Ainsi, je ne savais pas si la personne avec laquelle, je communiquais oralement me comprenait, mais le fait de lui parler de manière calme et chaleureuse, de lui dire ce que j'allais lui prodiguer comme soins ou tout simplement de l'avertir des activités qu'elle avait ce jour, me remplissait de satisfaction, je me sentais moins démunie et peu importe l'émission de réponse ou non, je sentais qu'elle m'écoutait et j'observais qu'elle me répondait, c'était peut-être de l'interprétation, mais, je m'adressais à elle, en tant qu'être humain et non en tant que patient IMC. Je ne voyais plus seulement le corps, mais je voyais la personne qui vivait dans ce corps. Ainsi, je venais de franchir une nouvelle étape vers l'empathie, que malgré tout je pouvais ressentir pour des personnes vulnérables mais qui elles, étaient communicantes dans le sens commun du terme. Désormais, je me situais plus dans le « *Voir une feuille dans toute sa clarté sans perdre de vue sa relation avec l'arbre* »<sup>35</sup>, selon une citation de A.Watts. Je portais à l'égard de cette personne une attention particulière, par des petits mots, des petits gestes, une caresse sur la main ou sur la joue, ce dont je pensais ne pas être capable de faire avant. Ainsi, par cette expérience très enrichissante auprès de ces personnes polyhandicapées,

---

<sup>34</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.45.

<sup>35</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.32.

je venais de remettre en question mes pratiques soignantes, et je rejoignais ainsi les opinions exprimées par les infirmières qui avec, 20% évoquent également leur remise en cause sur leurs pratiques « *je n'aurais pas pris le temps d'être à l'écoute* », « *je suis sûre qu'au départ* », et « *alors que maintenant* »<sup>36</sup>.

Cependant, il ne faut pas voir tout de manière idyllique, « *mais tout n'est pas idéal* »<sup>37</sup>. En effet, les infirmières évoquent à 25%, le fait que « prendre soin » au quotidien de personnes non-communicantes est difficile « *je voulais abandonner* », « *mais franchement ça a été très très dur* »<sup>38</sup>, car malgré la volonté et la nécessité de garder le contact avec ces personnes qui demandent un véritable investissement personnel (32%), les infirmières rencontrent des obstacles pour de telle prise en charge.

Mon troisième objectif intermédiaire devait me permettre d'identifier les obstacles pour une prise en charge d'une personne non-communicante. Ainsi, les trois infirmières m'ont fait part de leurs constatations. Pour elles, l'obstacle principal à une prise en charge de qualité, est le manque de disponibilité pour 40%, « *on est pressée* », « *on le fait vite* »<sup>39</sup>. En effet, communiquer avec une personne dont les modes de communication sont déficients peut prendre plus de temps, « *il fallait prendre beaucoup de temps pour comprendre* »<sup>40</sup> au regard de communiquer avec une personne utilisant le langage parlé pour s'exprimer. Et le temps, en tant qu'infirmière manque souvent, nous pouvons rapidement être débordée par les soins techniques et administratifs, nous laissant alors peu de disponibilité pour prendre le temps d'écouter le patient non-communicant, « *je n'ai pas pris le temps* », « *ma collègue n'a pas pris le temps* »<sup>41</sup>. Je pense que lorsque nous sommes encore étudiantes infirmières, nous avons le temps de prendre le temps, mais ensuite les responsabilités se cumulant, je partage l'avis des infirmières lorsqu'elles parlent de leur manque de disponibilité. De plus, les infirmières évoquent le fait que le manque de connaissance du degré des perceptions (10%) et du degré de compréhension (7%) de la personne non-communicante soit également un frein pour sa prise en charge. Je me retrouve une fois de plus devant le fait, qu'il persiste un doute sur notre relation d'aide avec cette personne non-communicante.

En effet, comment être sûre qu'elle comprenne et qu'elle perçoive tout ce qui se trame autour d'elle, en l'absence de réponse (9%), nous devons nous remettre à nos ressentis, notre expérience personnelle et professionnelle et faire un peu abstraction du fait, qu'elle ne nous dise ou ne nous montre pas, si ce que nous lui faisons lui procure un bien-être. Il est effectivement plus aisé, pour ce qui concerne la communication, d'entretenir une relation d'aide avec une personne pouvant s'exprimer verbalement, mais je trouve aussi que l'intérêt du métier d'infirmière et de pouvoir travailler avec l'humain et donc d'explorer tous ses sens. Cependant, j'éprouve la même difficulté que ces infirmières lorsqu'elles expriment leur frustration de ne pas pouvoir évaluer l'efficacité de leur travail (24%) dispensé auprès de ces personnes. Néanmoins, le métier d'infirmière, qui est considéré par certains comme un art, ne nous permet pas toujours d'atteindre les résultats escomptés et nous devons rester humble en essayant de défendre les valeurs infirmières, telle que le respect de la dignité de la personne et ce

---

<sup>36</sup> Cf annexe VI.

<sup>37</sup> Cf annexe VI.

<sup>38</sup> Cf annexe VI.

<sup>39</sup> Cf annexe VII.

<sup>40</sup> Cf annexe VII.

<sup>41</sup> Cf annexe VII.

quelque soit sa déficience. Ainsi, la certitude de l'efficacité des soins auprès de personnes non-communicantes est difficile à évaluer, mais je pense que si nous arrivons à ressentir de la satisfaction du travail accompli, cela voudra certainement signifier que nous avons fait du mieux que nous pouvions à l'égard de cette personne.

Mon quatrième objectif devait me faire prendre conscience des stratégies d'adaptation mises en place, de part et d'autre, pour optimiser les échanges entre le patient non-communicant et le soignant.

Dans un premier temps, ma synthèse portera sur les stratégies d'adaptation utilisées par le patient considéré comme non-communicant. Le patient utilise à 23% un langage gestuel pour pouvoir entrer en relation avec le soignant ou avec son entourage. Le langage du corps, la manière dont il se meut, peut ainsi exprimer les besoins fondamentaux du patient. En outre, il pourra soit utiliser ses doigts de la main, « *il me faisait des signes avec son pouce* »<sup>42</sup>, soit faire des petits gestes pour initier l'échange. Je me souviens de cet enfant, que j'avais rencontré dans un service de pédiatrie, il était atteint d'une maladie neuro-dégénérative et, pouvait en plus de ses mains, utiliser également ses membres supérieurs pour nous indiquer par exemple son opposition, mais cela, je ne le compris que grâce à sa mère qui savait interpréter ses moindres réactions. Il savait, utiliser son regard, pour me faire comprendre qu'il était anxieux à l'approche des « blouses blanches », mais ces yeux pouvaient tout aussi bien indiquer un sentiment de confort, de bien-être, et dans ces moments-là, je pouvais observer la quiétude sur son visage. Ainsi, selon les infirmières, l'expression faciale ne représente que 5% des stratégies d'adaptation utilisées. Ainsi, je ferai cette transition avec cette citation : « *Ce n'est pas parce que la personne ne communique pas verbalement que l'infirmière ne doit pas favoriser l'écoute. Les silences peuvent être des modes de communication, les mimiques, et les gestes...* »<sup>43</sup>.

Dans un second temps, je vais vous faire part des stratégies mises en place par les soignants, pour communiquer avec un patient dont les modes de communication sont inhabituels. Ainsi, les trois infirmières estiment que l'utilisation d'au moins trois de nos cinq sens est nécessaire, l'ouïe (4 items), la vue (5 items) et le toucher (4 items), pour pouvoir communiquer avec le patient non-communicant verbalement. En effet, la notion de « toucher-tendresse », associée à celle de proxémie, permet à la fois au patient de prendre conscience de son corps mais aussi d'entrer dans la sphère intime de la personne et donc de créer un climat de confiance. Ainsi, Walter Hesbeen l'exprima sous cette forme « *Tisser des liens de confiance : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, la compassion* »<sup>44</sup>. J'ai eu l'occasion de voir expérimenté, le toucher-tendresse, notamment lors du bain d'une personne polyhandicapée, et moi qui n'arrivais pas réellement à comprendre ses modes de communication, je fus surprise de voir ses réactions, quand les aides-soignantes, lui firent un massage du cuir chevelu. En effet, je la vis se décontracter, son visage semblait moins tendu et pour la première fois, je pus entendre un petit grognement de satisfaction, de bien-être, du moins c'est comme cela que l'équipe et moi-même l'interprétions. L'observation permet également aux infirmières de se rendre compte si

---

<sup>42</sup> Cf annexe VIII.

<sup>43</sup> Estival Cécile, *Perceptions du corps et de la maladie dans les différents temps de l'examen d'imagerie médicale* in Perspective soignante, Paris, Seli Arlan, 2009, n°34, p.68.

<sup>44</sup> HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.99.

quelque chose ne va pas chez un patient, en effet, l'expression de son visage fermé, son regard un peu fuyant, peuvent être des prodromes, par exemple d'une crise d'épilepsie chez ce jeune patient, dont je vous ai parlé précédemment. Seule une infirmière expérimentée pouvait être capable de déceler ces signes si infimes, signes que je mis plusieurs jours à repérer. Enfin, grâce à mon stage de pédiatrie, puis celui auprès de personnes polyhandicapées, mais aussi avec les témoignages des trois infirmières de ce service de long séjours, j'ai appris que tous nos sens devaient être en éveil pour pouvoir déceler des changements de comportement, ou pour pouvoir entrer en relation avec des patients dont les modes de communications sont déficients. Cependant, la communication verbale étant unidirectionnelle, je dû m'adapter pour interpréter l'information qu'avait essayé de me transmettre par un autre mode, ce patient non-communicant verbalement. Les infirmières pratiquent, elles aussi, le décryptage (25%), et ainsi d'un soignant à l'autre l'interprétation pourra être différente, car elle sera influencée par notre vécu personnel et professionnel. La dernière stratégie, évoquée par les infirmières est le recours à la famille pour 25%, « *un gros lien pour nous* », « *on a bien travaillé ensemble* »<sup>45</sup>. Selon moi, l'aide de la famille est essentielle dans de telles situations, ainsi, je réalise que sans la présence et la collaboration de la maman de ce jeune, je n'aurais jamais réussi à décoder une partie des signaux que m'envoyait son fils et donc ma prise en charge n'aurait pas été optimum ou du moins adaptée aux besoins que son état de santé requerrait et que lui pouvait encore exprimer.

Enfin, après avoir abordé tous ces concepts et avoir confronté mes représentations personnelles, d'une personne non-communicante, à celles d'infirmières expérimentées, j'éprouve à la fois de la satisfaction de voir différemment ces personnes et surtout d'avoir appris qu'il y existait une multitude de moyens pour communiquer.

Cependant, j'éprouve comme une impression de travail inachevé. En effet, je pense qu'il serait intéressant de se positionner du côté du patient ou de la famille pour qu'ils puissent nous transmettre, à nous soignants et futures soignantes, leurs représentations d'une personne considérée comme non-communicante et leurs attentes sur le « prendre soin » infirmiers. Cette notion de recours à l'aidant naturel n'a été que succinctement évoquée et, avec le recul et un entretien très enrichissant que j'avais eu l'occasion de mener avec la maman de ce jeune enfant, je pense qu'il serait réellement digne d'intérêt de s'interroger sur cette vision qui pourrait être différente ou pas de la nôtre, mais qui pourrait, une fois de plus, nous apporter des éclaircissements, des points de vue différents qui permettraient à nouveau à l'infirmière de se remettre en question et d'améliorer ou pas ses pratiques soignantes.

## CONCLUSION

---

<sup>45</sup> Cf annexe VIII.

Je commencerai ma conclusion par cette citation : « *Nous arrivons parfois à penser le corps comme un objet, ou nous craignons de le penser ainsi : quand nous ne savons plus entrer en relation avec le malade ?* »<sup>46</sup>

Je pense que cette citation illustre bien l'état d'esprit dans lequel, je me trouvais lorsque je devais accompagner une personne non-communicante, et notamment ce patient trachéostomisé et tétraplégique. En effet, à défaut de savoir ou de pouvoir communiquer avec lui, je ne m'attardais que sur son corps et faisais abstraction de sa personne.

Ce travail de fin d'études, m'aura ainsi permis d'identifier mes représentations et donc également, offert la possibilité de les faire évoluer tout au long de ces recherches, mais c'est un travail personnel qui ne s'arrêtera pas avec le point final de ce rapport.

Ces recherches m'ont permis de m'interroger et d'envisager mon futur métier d'infirmière sous un autre angle. En effet, ce métier, n'est pas uniquement un métier basé sur la technicité, mais aussi un métier où nous travaillons avec et pour l'humain avec la possibilité de faire partager et évoluer nos valeurs à la fois personnelles et professionnelles. En d'autres termes, des valeurs humanistes.

Ainsi, pendant ces quatre années de formation, j'ai réussi à développer quelques une des valeurs infirmières et je suis ravie de pouvoir les mettre en application dans l'intérêt du patient, mais pas seulement. Le métier d'infirmière est une profession qui se construit chaque jour et évolue en fonction de ceux qui l'exercent et en fonction des gens que nous rencontrons. Cette perspective d'apprentissage continu et d'adaptation permanente, car chaque personne est unique, me conforte dans mon choix professionnel.

Enfin, je terminerai cette conclusion avec cette citation : « *S'occuper des corps c'est certainement l'occasion d'apprendre beaucoup sur les autres mais aussi beaucoup sur soi-même* »<sup>47</sup>.

## V – LA BIBLIOGRAPHIE

### LIVRES :

---

<sup>46</sup> Par l'équipe de l'unité de soins palliatifs et les docteurs CHAPON Françoise et QUENET Yves, *Réflexions sur le corps-objet*, Objectif soins, 12/2005, n°141, p.22.

<sup>47</sup> Ibid,, p.22.

- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, *Communication soignant/soigné*, IFSI/formations paramédicales, Paris, Editions Bréal, 2009, 144 pages.
- ESTIVAL Cécile, *Perceptions du corps et de la maladie dans les différents temps de l'examen d'imagerie médicale* in *Perspective soignante*, Paris, Edition Seli Arlan, 2009, n°34
- GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris, Editions Armand Colin, 2007, 320 pages.
- HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Editions Masson, 1997, 195 pages.
- *Le petit Larousse illustré 2010*, Paris, Larousse, 2009, 1808 pages.
- MOSCOVICI Serge, *Psychologie sociale*, Paris, Editions PUF, 1984, 618 pages
- MANNONI Pierre, *Les représentations sociales, Que sais-je*, Paris, Editions PUF, 2008, 128 pages.
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession, *Profession Infirmier*, Paris, Edition Berger-Levrault, 2006, 103 pages.

**REVUE :**

- Par l'équipe de l'unité de soins palliatifs et les docteurs CHAPON Françoise et QUENET Yves, *Réflexions sur le corps-objet*, Objectif soins, n°141.

**SITES INTERNET :**

- [http://www.cterrier.com/cours/communication/60\\_non\\_verbal.pdf](http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf)
- <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=communiquer>
- <http://lesactualitesdudroit.20minutes-blogs.fr/archive/2009/03/01/un-infirmier-injure-a-l-hopital.html>
- [http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide\\_suite.htm#36%20Relation,%20Communication%20Aide%20et%20Th%C3%A9rapie](http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide_suite.htm#36%20Relation,%20Communication%20Aide%20et%20Th%C3%A9rapie).
- [http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=34](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=34)
- [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/mariodile\\_5.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html).
- <http://siteaide.free.fr/remise/Repr%E9sentations%20Sociales.pdf>.
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation\\_d%27aide\\_en\\_soins\\_infirmiers](http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide_en_soins_infirmiers)