

TYMEN Isabelle

LES MOTS DU REGARD



Quand c'est le regard qui parle....

Formateur Guidant : Mme VANNSON Marie-Hélène

Promotion 2011-2014

TYMEN Isabelle

LES MOTS DU REGARD



Quand c'est le regard qui parle....

Formateur Guidant : Mme VANNSON Marie-Hélène

Promotion 2011-2014

Note aux lecteurs :

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

Abstract in English :

“What the eyes say: Communicating through the eyes...” By Isabelle TYMEN

At home, in hospital or in retirement homes, communicate with aphasic or mute patients can be difficult. Language disorders can be caused by physical or psychological problems. Pain, well-being and emotions can be read through the eyes of patients by nurses. The purpose of this work is to understand if the eyes are considered like a communication tool by the nurse and, what can they read through the eyes of their patients. The objective of this research is to determine if the nurse are attentive of the expression of eyes of their patients.

First of all, two situations have been described and analysed. Next, theoretical research was carried with key-words. Afterwards, three nurses from various department of hospital were interviewed about communication no-verbal and their practices for communicate with aphasic or mute patient. Their answers were recorded, copied, analyzed and then compared to the theoretical research. The results of this study concluded that physical and mental suffering can be seen through the eyes of patients. On the whole, the results showed that most nurses had difficulty for doing their care with no communication verbal with their patient. Also, the absence of language, mind and frustrates three nurses interviewed. But, the care is adapted in function of the expression observed of the eyes of the patients.

In conclusion, the non-verbal communication through the eyes of patients is unknown while as more and more patients are deprived of the use of speech.

Key-Words: Care, Communication, Eyes, Language disorders

Résumé en Français:

« Les mots du regard : Quand c'est le regard qui parle... »

À l'hôpital, en EHPAD ou à domicile, communiquer avec les patients aphasiques ou mutiques peut être difficile pour un soignant. Les troubles du langage peuvent être causés par des problèmes physiques ou psychologiques. La douleur, le bien-être et de nombreuses émotions peuvent être lues à travers les yeux des patients par les infirmières.

Le but de ce travail est de comprendre si le regard est considéré comme un outil de communication par l'infirmière et, si cela est le cas, que peut-elle lire à travers le regard des patients non communicants. L'objectif de cette recherche est de déterminer si l'infirmière est attentive de l'expression véhiculée par le regard de leurs patients.

Tout d'abord, deux situations ont été décrites et analysées. Ensuite, la recherche théorique a été réalisée grâce à l'émergence de mots-clés. Ensuite, trois infirmières de différentes unités de soins ont été interrogées sur la communication non - verbale et leurs pratiques pour communiquer avec des patients aphasiques ou mutiques. Leurs réponses ont été enregistrées, retranscrites, analysées puis comparées aux résultats de la recherche conceptuelle. Ce travail met en évidence que la souffrance physique et mentale peut être vue à travers les yeux des patients.

Dans l'ensemble, les résultats ont montré que la plupart des infirmières éprouvent des difficultés de prise en charge lorsque leurs patients sont complètement dépourvus de l'usage de la parole. De plus, trois infirmières interrogées avouent être dérangées voire frustrées par cette absence verbalisation de la part du patient. Toutefois, la prise en charge est adaptée en fonction de l'expression du regard observée chez ces patients.

Mots-clés: Aphasie, communication non-verbale, mutisme, regard du patient.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma formatrice de guidance Madame Marie Hélène VANNSON pour ses encouragements, ses conseils et sa disponibilité.

Ensuite, je remercie toutes les belles rencontres qui m'ont permis de réaliser ce travail d'initiation à la recherche. Je pense évidemment aux professionnels qui ont répondu présents pour mes entretiens exploratoires, mais aussi à Magalie, camarade de promotion, devenue amie et qui m'a soutenue et encouragé tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Et surtout, je remercie Pascal, mon conjoint, ainsi que Nathan et Lucas, mes fils, pour leur compréhension et leur encouragement sans faille. Ce projet n'aurait jamais abouti sans leur soutien.

Sommaire

Introduction.....	p 9
--------------------------	------------

1. Émergence du questionnement

1.1 <u>Description des situations.....</u>	p 11
1.1.1 <i>Situation Mme LP.....</i>	p 11
1.1.2 <i>Situation de Mme A.....</i>	p 12
1.2 <u>Analyse des situations et émergence du questionnement</u>	p 14
Questionnement légitimé.....	p 17
1.3 <u>Formulation de la question de départ.....</u>	p 19

2. Cadre conceptuel

2.1 <i>La communication verbale et non verbale.....</i>	p 21
2.2 <i>Le feed-back.....</i>	p 24
2.3 <i>Les troubles de la communication.....</i>	p 25
2.4 <i>Le regard.....</i>	p 26
2.5 <i>L'interprétation soignante.....</i>	p 30
2.6 <i>Le soin relationnel.....</i>	p 30
2.7 <i>Synthèse du cadre conceptuel en vue de l'exploration.....</i>	p 31

3. Entretiens exploratoires

3.1 Méthodologie de recherche et choix des professionnels.....	p 34
3.2 Trame d'entretien exploratoire.....	p 37
3.3 Analyse des entretiens.....	p 39
3.4 Mise en perspectives des données théoriques et des données du terrain.....	p 42
3.5 Evolution du questionnaire.....	p 44
 Conclusion.....	 p 45
 Bibliographie.....	 p 46
 Annexes.....	 p 50

Introduction :

Le métier d'infirmier(e) est composé d'une part essentielle de relation humaine et de communication. Cet aspect de la profession s'applique au-delà de tous lieux d'exercices, sans distinctions (sexe, âge, cultures, etc.), et peut importe les patients rencontrés.

Durant mon activité professionnelle d'aide-soignante que j'ai exercée en EHPAD pendant 4 ans, ainsi que pendant les stages que j'ai effectués durant ces trois années d'étude, j'ai travaillé auprès de patients avec lesquels la communication n'était pas optimale. Je fais ici référence à la communication non-verbale avec des patients aphasiques ou mutiques. Que la communication soit altérée partiellement ou totalement, temporairement ou à long terme, que l'origine des troubles soit physique ou psychique, les soignants, quelque soit leur fonction, ont le devoir de s'adapter à chaque patient, et d'adapter leur communication à celui ou celle à qui il s'adresse.

Dans la première partie de ce travail d'initiation à la recherche, je partagerais avec vous, les deux situations qui m'ont interpellé ainsi que leurs analyses, amenant à ma question de départ.

Dans un deuxième temps, je vais vous présenter mon cadre conceptuel. Une synthèse de ces concepts en vue de l'exploration est également à votre disposition.

J'ai consacré ma troisième partie aux entretiens exploratoires. Je me suis intéressée à la pratique des professionnels vis-à-vis des concepts étudiés. Leurs réponses seront analysées puis mises en relation avec ma partie théorique.

Etape 1

De la situation d'appel
à la question de départ

1. Émergence du questionnement :

1.1 Description des situations :

1.1.1 Situation de Mme LP :

Cette première situation a lieu au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD) dans lequel j'ai exercé la profession d'aide-soignante pendant quelques années avant d'entreprendre la formation d'infirmière. Il s'agit d'une personne âgée de 91 ans, dépendante dans tous les actes de la vie courante et qui présente une aphasie suite à un AVC remontant à quelques années. Mme LP ne communique plus verbalement, ne bouge que très partiellement son bras droit mais son regard est très expressif. Lors des soins, ses grands yeux bleus fixent les soignants, laissant paraître une émotion profonde et sincère.

Lors d'une aide à la prise des repas en chambre, la résidente m'invite d'un geste de la main à m'asseoir près d'elle. Me voilà donc dans un face à face avec elle, rythmé par les cuillérées que je lui propose. Rien que par l'observation, je devine que l'entrée mixée ne lui plait pas, elle pince les lèvres pour manifester son désaccord et signaler son refus. Le plat de résistance ne lui plait guère plus. Au moment où je lui énonce le dessert, son visage se détend et un léger sourire unilatéral se dessine. Son regard me semble plus apaisé et approuvateur. Elle me regarde toujours droit dans les yeux, le contact visuel est essentiel.

La communication n'est pas possible verbalement, mais pourtant, elle me paraît riche.... Avec le temps, et beaucoup d'observation de ma part, j'ai appris à « décoder » les manifestations de cette communication non verbale. Cela pouvait m'aider par exemple, à interpréter un refus, qu'elle exprimait avec un pincement de lèvres lors des repas. En cas de douleur, lors des manipulations ou des transferts, son visage était crispé et tendu. Alors que je pouvais observer un apaisement, parfois bien visible, lorsqu'on la couchait et qu'elle était fatiguée. Malgré la compréhension que je pense avoir de ses expressions du visage et de ses gestes, son regard m'interpelle, me questionne.

Quand je suis en présence de Mme LP, je suis à la fois sereine et frustrée : sereine car cette relation de soin est détendue, et frustrée par ce silence qui me pèse et dans lequel je me

sens impuissante. J'ai souvent le sentiment qu'elle essaie de me dire quelque chose mais je n'arrive pas à savoir quoi. L'absence de dialogue et de feed-back me dérange. Comment savoir si je fais pour le mieux pour elle ? A-t-elle réellement un message à me faire passer ? Et dans l'hypothèse que cela soit le cas, Quel est-il ? Cherche-t-elle à communiquer à travers ces regards profonds en émotion ? Est-ce que j'interprète ses regards de façon pertinente ?

Cette première expérience a déterminé le choix de mon sujet de travail de fin d'étude dès le début de ma formation d'infirmière. Je voudrais savoir quelles attitudes adopter face à ce public. Quels sont les outils dont disposent les soignants afin d'établir une relation de soin personnalisée et adaptée aux besoins de leurs patients privés de l'usage de la parole ? Cette patiente a marqué ma carrière d'aide-soignante par le sentiment énigmatique que je ressentais de cette relation de soins. Je me suis parfois senti démunie voire impuissante face à ses regards. Je sortais de sa chambre après le soin avec un sentiment d'acte inachevé : j'avais répondu à ses besoins physiques par des soins de nursing mais n'avait-elle pas aussi des besoins psychiques ? Comment comprendre un(e) patient(e) aphasique ?

1.1.2 Situation de Mme A :

La deuxième situation a été vécue au domicile d'une patiente lors d'un stage effectué auprès d'infirmières libérales. Il s'agit là, d'une femme psychotique de 48 ans, Mme A, vivant avec son mari, et prise en charge dans le cadre de l'administration des médicaments. Cette femme présente des troubles de l'humeur et du comportement avec un repli sur elle-même. Elle parle peu, et est en parallèle, prise en charge par un hôpital de jour en psychiatrie, trois demi-journées par semaine pour des ateliers thérapeutiques permettant de soulager son époux. En effet, l'état de santé de Mme A exige une présence permanente car elle a déjà eu des comportements inadaptés voire dangereux dans le passé. Il y a six ans, Mr A a cessé son activité salariée afin de s'occuper quotidiennement de son épouse. Cependant, l'hôpital de jour s'est récemment mis en contact avec les infirmières du cabinet libéral car ils suspectent des actes de maltraitance dont Mme A seraient victime à domicile.

Je débute mon stage de deuxième année et j'accompagne l'infirmière chez Mme A trois fois par jour. A chaque passage, Mme A nous accueille. Elle nous ouvre la porte mais ne serre la main qu'à l'infirmière qu'elle connaît. Je sens bien que je ne suis pas la bienvenue chez elle, je suis « un intrus » dans son quotidien. A ce stade, je n'ai que peu de connaissances

sur la maladie mentale et les premiers jours, ces regards directs, fixes et soutenus m'ont mis mal à l'aise.

Avec le temps, j'ai pu soutenir à mon tour son regard : ni trop, pour ne pas l'agresser ; ni trop peu, pour ne pas paraître fuyante. Et, un vendredi matin, elle m'a sourit largement. Elle me regardait toujours droit dans les yeux, mais quelque chose avait changé, j'y ressentais moins de méfiance ou d'agressivité que les autres jours. L'intensité qu'elle y mettait était plus douce. Dès lors, elle me serrait la main, à moi aussi, en signe de bienvenue.

Les jours suivants, notre accueil suivait toujours le même rituel. Je sentais à travers nos échanges de regards, qu'une sorte de relation de confiance était naissante. Au fil du temps, je lui donnais ses traitements, lui faisais ses prises de sang et effectuais les soins d'hygiène que Mr A me demandait de faire (comme un shampoing par exemple). Mais elle ne me parlait pas. Elle me fixait, droit dans les yeux, comme si elle cherchait à savoir, elle aussi, ce que je pensais ou dans quel état d'esprit je me trouvais. Dans ces moments, je me sentais épiée, observée, scrutée. Cela me rendait mal à l'aise, mais pas au point de me déstabiliser. Je ne me suis jamais sentie en danger ou agressée par son attitude, sa gestuelle ou ses regards. Il était difficile et frustrant pour moi, de ne pas réussir à savoir s'il n'y avait un message sous-jacent à ces regards. Cherchait-elle à me « cerner » ? A savoir si je suis digne de confiance pour qu'elle m'autorise à entrer chez elle ? Ne voulait-elle pas me faire passer un message à travers ses regards soutenus ? Et dans l'hypothèse que cela soit le cas, était-ce en lien avec la suspicion de maltraitance ? Nous n'étions jamais seules. Son mari qui était très présent, attirait l'attention des soignants sur lui constamment. Il parlait beaucoup et répondait à la place de Mme A lorsque je m'adressais à elle. Était-ce pour cela que Mme A ne parlait pas ? Préférait-elle se taire plutôt que de dire quelque chose qui aurait des conséquences dans sa vie conjugale ? Selon les infirmiers de l'hôpital de jour, elle s'exprimait peu et répondait par oui ou non à leurs sollicitations, mais à domicile, j'obtenais, au mieux, un signe de la tête ou un discret sourire. J'avais souvent le sentiment qu'elle avait envie de dire quelque chose et qu'elle se servait de son regard comme outil de communication, comme si elle pensait que je pouvais deviner ce qu'elle pensait.

1.2 Analyse des situations et émergence du questionnement :

Dans cette partie, j'ai choisi de mener une réflexion plus personnelle de ces deux situations d'appel. Les contacts visuels échangés avec ces deux patientes et l'absence de mots m'ont troublé. Pourtant, il me semble évident que ces regards enrichissaient la relation soignant-soigné.

Dans la première situation, j'ai perçu de la sollicitation dans le regard de Mme LP. Sa souffrance psychique était perceptible et ses regards laissaient transparaître ses émotions. J'émetts l'hypothèse que Mme LP souffrait de solitude et d'isolement car elle n'avait pas de famille ni d'activités, alors qu'auparavant, c'était une femme active et investie dans des associations caritatives. Ne souffrait-elle pas aussi de mal-être et de résignation liés à son état de santé qui la rendait dépendante dans tous les actes de la vie quotidienne ?

Malgré le fait qu'elle soit immobile dans son lit et physiquement privée de l'usage de la parole, cette patiente avait clairement besoin de communiquer.

Alors, je lui parlais, je lui tenais la main, je dictais mes actions. Je veillais à ce que mes soins soient respectueux et humains car il m'est arrivé de voir de la lassitude dans son regard, comme si, à ce moment là, elle aurait aimé être ailleurs. Je prenais avec elle, le temps qui me semblait nécessaire comme pour lui montrer que j'étais à son écoute, attentive.

Avec le temps, la relation soignant-soigné était enrichi par ma connaissance de la patiente car que je prenais en charge Mme LP régulièrement pour des soins de nursing. Je peux donc dire ici, que la connaissance de la patiente, de ses habitudes de vie sont des atouts précieux dans la prise en charge d'un patient aphasique. Ici, le contexte de prise en charge (EHPAD) favorise également la connaissance des habitudes de vie des résidents par la répétition des actes. Les soignants observateurs et attentifs aux signes non verbaux de la communication sont plus à même de répondre aux attentes de leurs patients.

Cependant, en échangeant avec des collègues aides-soignantes sur la situation de Mme LP, je m'étais rendu compte que toutes n'étaient pas à l'aise, avec le silence qui régnait dans cette chambre, ainsi que par ses regards qu'elles qualifiaient d'insistants. Ainsi, le temps accordé à l'aide à la prise du repas du soir, qui était donné au lit à Mme LP, était très variable selon les professionnels. Dispenser des soins à un patient qui n'exprime pas clairement ses attentes peut engendrer chez le soignant un sentiment d'incompréhension, d'impuissance ou de frustration comme ce que j'ai ressenti. Certains soignants peuvent alors adopter une réaction de fuite

inconsciente par mécanisme de défense. Le risque pour le patient n'est-il pas de devenir « objet de soins » par la réalisation de soins de manière déshumanisée ? Au sein, d'un même établissement, il peut donc y avoir des écarts dans la prise en charge d'un patient aphasique résultant de la perception du soignant. « *C'est ainsi qu'une étude a montré en 2004 qu'une personne grabataire.....ne recevait en moyenne que 9 regards rapides (moins d'une seconde) par jour* »¹ Face à ce constat, je me demande si les professionnels soignants sont suffisamment formés en matière de soins relationnels face à des patients non-communicants verbaux.

Dans la deuxième situation, je me situe aux prémices de la relation soignant-soigné. Au début, j'ai perçu dans le regard de Mme A, de la méfiance et de l'agressivité. Comme le dit la chanson bien connue de Marc Lavoine « *elle a les yeux révolver, elle a le regard qui tue*² », et bien là, je dois avouer que son regard m'a « refroidit ». Sans prononcer un mot, Mme A a exprimé du rejet à mon égard. Sa posture, l'expression de ses yeux et de son visage exprimaient de la froideur et l'indifférence à ma présence. Ne sachant que très peu de choses sur elle, et par manque de connaissance sur la maladie mentale, son attitude n'a fait qu'accroître mon mal-être.

Avec du recul, il est tout à fait possible que je me sois rendue chez elle, avec des préjugés non identifiés par moi, à ce moment-là. Mon regard ou mes attitudes ont-ils laissés transparaître à cette patiente que je n'avais pas confiance en moi ? Entre Mme A et moi, la première rencontre m'avait tellement mise mal à l'aise que cela m'a permis de comprendre que certains soignants puissent adopter de manière inconsciente une réaction de fuite.

Avec le temps, la relation de soins entre Mme A et moi s'est installée doucement, progressivement, toujours à la manière d'un dialogue sans parole, utilisant uniquement le langage du corps et de la juste distance. Je me sentais dans une situation inconfortable mais j'avais la volonté d'entrer en contact avec elle. C'est donc à travers le regard que cela ce passait. Je posais sur elle un regard empathique et bienveillant afin de me faire accepter, de lui prouver ma disponibilité et mon intérêt pour elle. En retour, l'expression de son visage et son attitude s'apaisaient mais son regard était toujours droit et fixe. Là aussi, la souffrance psychique était perceptible.

¹ Livre « humanitude » coécrit par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, éditions bibliophane, 2005,

² Chanson de Marc Lavoine « Elle a les yeux révolver » sortie en 1985

Dans les deux situations, la communication non-verbale et le regard constituait le seul moyen qu'utilisaient ces patientes pour communiquer.

Mais n'est-il pas difficile pour un soignant de savoir ce que le patient veut « lui dire » ? Une certitude cependant, le contact visuel entre le soignant et la personne soignée véhicule une émotion de part et d'autre. Le patient, à travers ses regards, exprime ses émotions et ses besoins, que le soignant tente d'interpréter.

L'absence de feed-back verbal a également, été pour moi, une source de frustration et d'insatisfaction, car il ne permet pas de s'assurer verbalement si le message transmis a bien été compris. Il m'était difficile, face à ces deux patientes, de comprendre leurs demandes et leurs attentes, et donc de savoir si j'y répondais de façon adaptée et pertinente.

Partant du constat qu'un manque au niveau de la communication soignant-soigné peut induire un manque au niveau de la relation de soins et donc un manque au niveau des soins. Je peux en déduire que **la relation de soins peut être altérée par le manque d'échange verbal.**

De plus, ce travail d'écriture me fait prendre conscience du besoin que j'ai de savoir si les soins que je dispense sont efficaces et pertinents. Qu'en ait-il des autres soignants ? Effectivement, dans ce contexte de déficit de communication, comment s'assurer que nos soins sont adaptés ? Au fil de mes recherches, je m'interroge sur la considération portée aux patients privés de l'usage de la parole.

Les deux situations que j'ai choisies viennent illustrer le rôle du regard dans la relation de soins, ainsi que l'interprétation de ces regards par les soignants.

Questionnement légitimé :

A l'IFSI comme en stage, j'ai été sensibilisé à la prise en charge globale du patient tant physique que psychique.

D'ailleurs, l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique stipule que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade (.....) dans le respect des droit de la personne (...) 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 (...)

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (...) »³

Ainsi, on trouve dans l'article R4311-5 que, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière dispense le soin suivant : « *41° Aide et soutien psychologique* »⁴

Pour moi, ce qui ressort de ces textes législatifs, c'est que, l'infirmière a autant de devoirs de protection, de maintien et de promotion de la santé physique que de la santé mentale des patients dont elle s'occupe.

De plus, dans la compétence 6 du référentiel de compétences intitulée « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins », le critère d'évaluation « Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et à leur entourage » comporte des indicateurs que chaque étudiant infirmier doit valider sur la mise en œuvre de conditions propices à la communication, l'attention portée à la personne, la prise en compte dans la communication de l'expression de la personne et de son contexte de vie, ainsi que l'adaptation de la communication à la personne. Mon travail de recherche est donc tout à fait justifié par les compétences infirmières attendues et clairement énumérées dans le référentiel de formation car je m'interroge sur les bonnes pratiques de communications avec des patients privés de l'usage de la parole.

En pratique, la verbalisation des besoins par les patients est majoritaire, et facilite la mise en place d'actions appropriées par l'infirmière ou l'équipe pluridisciplinaire dont elle

³ BERGER- LEVRAULT, Partie réglementaire — Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Page 160
Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession.
Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier, Article R. 4311-2 – Paru au J.O. du 9 août 2004

⁴ Ibid. 4. Page 163

fait partie. Dans l'hypothèse qu'un patient exprime un vécu douloureux de sa maladie, l'infirmière peut y répondre par un entretien d'aide et d'écoute, en faisant appel à ses connaissances sur la relation d'aide et les techniques d'entretien, ou en orientant le patient vers d'autres professionnels.

Mais alors, comment font-elles pour évaluer et soulager la douleur morale d'un patient qui n'est pas en mesure de formuler sa demande ? Il me semble là, tout à fait légitime de m'interroger sur ce qui est concrètement fait sur le terrain.

En m'appuyant sur mes deux situations de départ, j'ai pu mettre en évidence que la souffrance psychique pouvait être observée à travers le regard des patients. Qu'en est-il pour les autres soignants ?

1.3 Formulation de la question de départ :

Ma question de départ est donc la suivante :

En quoi le regard accompagne-t-il le soin auprès des personnes non-communicantes verbalement ?

Au cours de ce travail de fin d'étude, je vais aller explorer l'enjeu du regard du soigné dans le soin. Quel est sa fonction ? Qu'apporte t-il ? Comment est-il pris en compte ?

Je tiens à clarifier ici le contexte de mon travail de fin d'étude. J'entends par cela, que je suis consciente de la particularité des mes 2 situations : car l'une concerne une patiente aphasique suite à un AVC et physiquement privée de l'usage de la parole, alors que l'autre concerne une patiente psychotique, toujours en capacité physique de s'exprimer verbalement mais souffrant de mutisme.

J'ai donc fais le choix de ne pas limiter mon travail de recherche à un public précis ou à un service en particulier. En effet, il me semble qu'une infirmière peut à tout moment être amenée à dispenser des soins auprès de patients ne pouvant pas s'exprimer verbalement, que ce soit temporaire ou non. L'interprétation du regard des patients est donc applicable dans tous les services.

Etape 2

Le cadre conceptuel

2. Cadre conceptuel :

2.1 Etude de mon cadre conceptuel :

2.1.1 La communication verbale et non verbale:

Mme A et Mme LP ne parlant pas, il me paraissait essentiel que mon premier concept porte sur la communication.

La communication provient du mot latin « communicare » qui signifie entrer en relation. « *Communiquer, c'est faire savoir quelque chose à quelqu'un. C'est aussi faire partager à quelqu'un, un sentiment, un état, un savoir, une qualité. La communication est donc l'action d'établir une relation avec quelqu'un ; échange verbal, gestuel ou écrit entre deux personnes.* »⁵ Et, selon les auteurs « *des fiches de soins infirmiers* » la communication est « *une relation intentionnelle avec autrui, une manière d'être ensemble* »⁶ dans le but de transmettre un message. De plus, d'après les quatorze besoins de Virginia Henderson que j'ai appris pendant ma formation d'aide-soignante, « *communiquer avec ses semblables est un besoin vital pour l'être humain afin de se maintenir en vie et assurer son bien-être physique et mental* »⁷.

La communication est un processus complexe composé de :

- L'émetteur : C'est la personne qui s'exprime, témoigne une intention, envoie un message. (Mme LP et Mme A)
- Le récepteur : C'est la personne destinataire de l'information. Le récepteur décode le message reçu afin de le comprendre. (moi)
- L'intention : Elle met en avant l'envie de communiquer, il s'agit souvent d'exprimer un besoin. (physiologiques, psychologique, de sécurité, d'appartenance, etc.)

⁵ LOKONON Ernest Coovi, *Communication, femme et développement dans l'arrondissement de Agbanou (commune d'Allada au Bénin): une approche fondée sur l'équité ?* Université d'Abomey-Calavi (Bénin) - p71

⁶ HALLOUËT Pascal, EGGERS Jérôme, MALAQUIN-PAVAN Evelyne, *Fiches de soins infirmiers* p667.

⁷ HENDERSON Virginia (1897-1996) Infirmière Américaine à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux.

- Le message : Il correspond à l'information qui veut être transmise de l'émetteur au récepteur. Le contenu du message peut être verbal ou non verbal. Avec Mme A et Mme LP, les messages qui étaient non-verbaux, n'étaient pas toujours très clairs, pour moi, car ils laissaient place à mon interprétation. D'ailleurs, comment s'assurer de ne pas déformer le message émis, en le décodant, lorsque la reformulation n'est pas possible?
- Le canal : C'est le moyen utilisé par l'émetteur pour transmettre son message : la parole, les gestes, l'écrit, les médias, le téléphone, etc. Dans les deux situations d'appel, le canal utilisé était le regard.
- Les parasites : Ils désignent tous les éléments contextuels venant perturber la réception du message et altérer la communication. Ils peuvent être d'origine physique (bruit de couloir, téléphone, etc.), psychologique (préjugés) ou sémantiques (mauvaise compréhension du message, malentendus)
- Le feed-back : Egalement appelé rétroaction, il correspond au message obtenu en retour.

Je vais maintenant, tenter de décrire ce que l'on entend par communiquer. En effet, nous utilisons deux formes de communication : la communication verbale et la communication non-verbale.

La communication verbale

Désignée également sous le terme de langage digital, la communication verbale fait appel à la parole et « *est composée d'une syntaxe logique complexe, symbolique et, en principe connue.* »⁸ Pratique dans la relation de soin, la communication verbale permet de s'assurer de la bonne compréhension du message et d'obtenir une interaction efficace entre l'émetteur et le récepteur. Cependant, « *les êtres humains utilisent simultanément deux modes de communication* »⁹ car « *La parole a été donnée à l'homme pour cacher sa pensée.* »¹⁰ En matière de communication, il y a donc, ce que l'on dit avec des mots, et ce que l'on exprime autrement, par la communication non-verbale. Mais alors, comment font les soignants pour

⁸ HALLOUËT Pascal, EGGERS Jérôme, MALAQUIN-PAVAN Evelyne, *Fiches de soins infirmiers* p669.

⁹ Ibid. 8

¹⁰ MALAGRIDA Gabriel, Philosophe et missionnaire jésuite italien

étayer leur recueil de données lorsque leurs patients sont privés de la parole ? Se servent-ils eux aussi du regard ?

En effet, un patient qui ne parle pas n'est pas un patient qui n'a rien à dire ! J'ai parfois même tendance à penser le contraire... Je me souviens d'une aide-soignante qui m'a dit un jour, « *c'est souvent ceux qui ne demandent rien, qui ont le plus besoin de ta présence* »¹¹.

Mon travail de recherche cible justement la complexité soignante à communiquer avec des patients n'utilisant pas le langage digital, et aux difficultés liées au décodage d'un message transmis à travers le regard.

La communication non verbale

La communication non-verbale est aussi appelée le langage analogique. « *On entend par communications non-verbales l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.).* »¹² Nous ne sommes généralement pas conscients de tous les signaux que notre corps peut véhiculer. Pourtant, le langage du corps, à travers nos gestes, nos mimiques, notre posture et l'ensemble de notre comportement révèle de nombreux non-dits sur notre d'état physique et psychique. Autrement dit, notre corps parle pour nous, mais généralement, ce processus est inconscient. Notre corps est le premier outil dont nous nous servons pour communiquer.

Incontournablement liée aux soins, « *La communication sert de point de départ à un engagement personnel de notre part et à des interventions adaptées aux besoins particuliers de chaque personne* ».¹³ Communiquer avec ses patients me semble évident. Mais, Est-ce si évident que cela d'établir une relation avec un patient aphasique ou mutique ? Mais est-on suffisamment formé pour communiquer avec tous nos patients ? D'après ces courts apports théoriques, les échanges de regards entre soignés et soignants suffissent à être défini comme de la communication car ils ont permis d'établir une relation et de transmettre une information. Les scientifiques travaillant à l'école Californienne de Palo Alto, ont, en autre, élaboré la théorie de la communication et émettent l'hypothèse que « *tout comportement a*

¹¹ Aide-soignante exerçant en Gériatrie psychiatrie rencontrée lors d'un stage en formation d'aide-soignante et dont je ne me souviens plus le nom

¹² CORRAZE Jacques, « *Les communications non-verbales* », PUF, Paris, 4ème édition, 1992, p.15

¹³ LEVESQUE Louise, ROUX Carole et LAUZON Sylvie, *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*. Montréal, Edition du renouveau, 1990 p.132

une valeur communicative (y compris le silence) » et que « les troubles psychologiques provoquent des perturbations de la communication »¹⁴. Les regards reçus par mes deux patientes sont donc des comportements communicants et le mutisme de Mme A résulte de ses troubles psychologiques. De plus, selon Carl ROGERS, « Tout être est une île, au sens le plus réel du mot, et il ne peut construire un pont pour communiquer avec d'autres îles que s'il est prêt à être lui-même et s'il lui est permis de l'être »¹⁵. Il appartient donc au soignant de mettre tout en œuvre pour que ses patients puissent communiquer.

2.1.2 Le feed-back

Ce terme anglais associe deux mots entre eux : « to feed » qui signifie nourrir et « back » qui veut dire en retour. Le feed-back vient donc nourrir la communication par un retour verbal ou non verbal. En français, le feed-back est aussi appelé rétroaction.

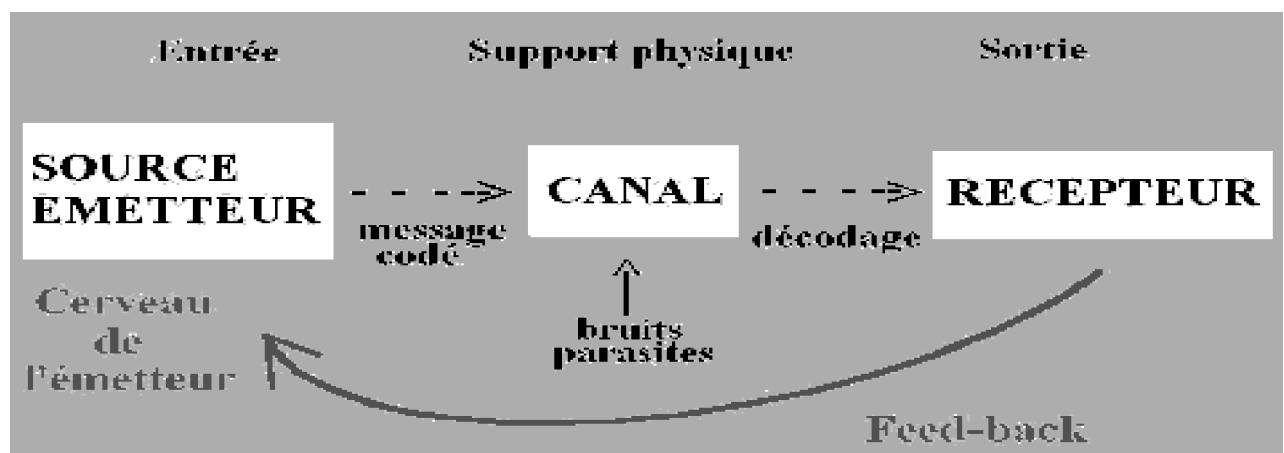


Schéma cybernétique de Norbert WIENNER (1948), fondateur américain de la cybernétique ayant introduit, en science, la notion de feed-back¹⁶.

« En l'absence de feed-back verbal, il existe presque toujours des feed-back non verbaux, souvent subtils, qui peuvent, s'ils sont détectés, alimenter la communication. L'observation

¹⁴ LANDAIS Loïc et LAUDEN Valérie, formateurs à l'IFSI de Quimper, cours du 23/05/2011 dans le cadre de l'UE 4.2 du semestre 2 : Soins relationnels et intitulé *Communication : Les grands concepts*

¹⁵ ROGERS, Carl. *Le développement de la personne*. p. 19

¹⁶ Norbert Wiener, « *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine* » (1948)

des mimiques du patient est un savoir-faire essentiel, qui implique à réaliser les soins en étant face au visage du patient, lieu d'expression du bien et du mal-être »¹⁷.

Contrairement à l'utilisation de ce terme dans le langage courant, le feed-back ne désigne pas seulement l'expression par des mots, mais aussi la communication de l'ensemble du corps du patient, y compris l'expression des yeux. J'en conclus que le regard a une fonction privilégiée dans l'action de communiquer.

2.1.3 Les troubles de la communication

L'aphasie

Le terme aphasie correspond à : « a » qui désigne la privation et « phasie » qui veut dire parler. Selon une définition du dictionnaire, l'aphasie se définit une « *affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage écrit ou parlé, à la suite d'une lésion du cortex cérébral* ». ¹⁸ L'aphasie peut être la conséquence d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral), d'un traumatisme (chute, accident de voiture, etc.) ou d'une tumeur cérébrale. Il existe plusieurs formes d'aphasies mais les plus connues et rencontrées par les soignants sont :

- L'aphasie de BROCA : Découverte par Paul BROCA (1824-1880), chirurgien et anthropologue français ayant découvert le centre du langage dans le cerveau humain. Cette aphasie résulte d'une lésion cérébrale située dans la région frontale antérieure, appelée aire de Broca, et permettant la production de parole. L'aphasie de BROCA se caractérise par une perturbation de l'expression : Le patient parle peu, lentement, de façon hachée et cherche ses mots, mais la compréhension est généralement bien conservée.
- L'aphasie de WERNICKE : Porte le nom du neurologue allemand Carl WERNICKE (1848-1905). Les symptômes de cette aphasie sont en opposition avec l'aphasie de BROCA. En effet, l'aphasie de WERNICKE résulte d'une lésion au niveau du cortex temporo-pariétal, appelé aussi aire de Wernicke, et permettant la compréhension du langage. Les patients atteints d'aphasie de WERNICKE parlent vite et ont conservé

¹⁷ Véronique LE ROUX, *La toilette d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut-être difficile*, DIU Soignant en gérontologie, P 37,

¹⁸ Le petit Larousse illustré 2001 p 74

beaucoup de vocabulaire mais le discours est incompréhensible. Le patient n'a souvent pas conscience de ses troubles.

Dans le cas de Mme LP, j'avoue ne pas savoir quel type d'aphasie était diagnostiqué pour elle. En effet, cette patiente ne parlait pas mais il me semble également que sa compréhension était très altérée. La communication, dans ce cas, se trouve doublement affectée : d'une part par l'altération de sa faculté à verbaliser et d'autre part, par la perturbation de ces facultés cognitives.

Le mutisme

Provient du latin « mutus » qui signifie muet, le mutisme est « *une attitude de celui qui ne veut exprimer sa pensée, qui garde le silence* ». En médecine, le mutisme désigne « *une absence d'expression verbale, en particulier d'origine psychiatrique* »¹⁹. Par définition, le mutisme n'a pas d'origine organique (comme c'est le cas de l'aphasie), cet état peut être provisoire ou durable.

Selon FREUD, « *le mutisme figure parmi les représentations de la mort (....) Assigné au silence, le malade est parfois considéré comme déjà mort* »²⁰ Mais, selon moi, le mutisme n'est que l'un des symptômes visible de la maladie psychiatrique. Il appartient au soignant de s'adapter car beaucoup d'hypothèses peuvent être soulevées : Est-ce l'unique solution que la patiente a trouvée pour se protéger des rapports humains ? Le mutisme ne peut-il pas être considéré comme un moyen silencieux d'attirer l'attention ou, au contraire, une volonté inconsciente de disparaître ? Du moins, au niveau sonore.

Dans la situation de Mme A, son mutisme était, semble-t-il, accentué à domicile car elle prononçait quelques mots à l'hôpital de jour. Je me demande si ce n'est pas le contexte familial dans lequel elle vivait à domicile qui la poussait au silence.

2.1.4 Le regard:

Je vais vous présenter ici, un des concepts les plus importants de mon travail de fin d'étude. En effet, ce sont les regards de Mme LP et de Mme A qui m'ont conduite à ce travail de recherche. Je prends conscience que j'ai besoin de regarder les gens dans les yeux. De

¹⁹ Le petit Larousse illustré 2001 p 683

²⁰ FREUD Sigmund, « Le motif des trois coffrets » dans L'inquiétante étrangeté, p72

façon générale, au quotidien, dans ma vie personnelle ou professionnelle, à chaque rencontre, même anodine, je recherche le contact visuel. La rédaction de ce mémoire me donne l'occasion de faire un travail sur moi-même et de me questionner sur la façon dont j'entre en relation avec les autres. N'a-t-on pas tous entendu nos parents nous dire « regarde-moi quand je te parle » ? Regarder son interlocuteur droit dans les yeux est donc une marque de respect, de politesse et de bonne éducation qui nous est enseigné depuis notre tendre enfance, mais le contact visuel permet également de retenir l'attention de son interlocuteur, de faire passer une émotion et de clarifier le message oralement exprimé.

Le regard : Différences culturelles

Culturellement, « *En Europe, quelqu'un qui regarde dans les yeux est considéré comme sûr de lui et digne de confiance* »²¹. Par opposition, quelqu'un qui a le regard fuyant attirera la méfiance et, selon les cultures, « *cela peut être jugé comme un signe d'agressivité ou un manque de politesse* »²². Le regard est un moyen de prendre position, de s'affirmer, d'exprimer de façon plus ou moins volontaire ses sentiments.

Par définition, le regard désignant « l'expression des yeux »²³, il est juste de le considérer comme un « *atout privilégié dans l'art de la communication* »²⁴. C'est un point de vue que je partage complètement, d'ailleurs, je n'aurais pas pu choisir ce thème de mémoire s'il en avait été autrement. Car c'est bien le regard, comme outil de communication, du soigné vers le soignant, que j'explore aujourd'hui.

Le regard et le soin : références bibliographiques

D'ailleurs, Christophe PIEFFER, ancien infirmier (ayant exercé 10 ans en psychiatrie et 6 ans en libéral), auteur de « *les besoins humains : les connaître, les écouter, les combler* », créateur du « blog des rapports humains », et coach professionnel, considère le regard comme « *la genèse de tout mode de relation* ». Il ajoute, dans son article « *Beau regard* », qu'« *avant même de dire bonjour, le regard est ce qui relie un soignant à un patient lors de leur*

²¹ Pascale Samson, « Le regard dans la communication » Publié le 26 avril 2011

²² Ibid.22

²³ Le petit Larousse illustré 2001 p 871

²⁴ Ibid. 22

première rencontre »²⁵. Pourtant, il ne suffit pas juste de regarder son patient pour entrer en contact avec lui. Effectivement, la qualité de la communication dépend aussi de la qualité de l'échange de regard. Cet auteur utilise une métaphore à ce sujet, comparant l'échange de regard avec « *une connexion en wifi* », il appartient donc au soignant d'adapter sa posture afin de faciliter cet échange. De plus, Christophe PIEFFER va plus loin en écrivant que « *ce lien qui se crée dès qu'un regard est échangé, est à la relation ce que la graine est à l'arbre* ». Le regard serait donc la « graine » de la relation de soin et de la relation de confiance existant entre le soignant et son patient. Mais je pense toutefois que rien n'est figé car, souvenez-vous du rejet envers moi, qu'exprimait Mme A à travers son premier regard. Cette relation n'ayant pas débuté de façon optimale, a pourtant évolué favorablement.

Un autre auteur vient également étayer ce point de vue : Selon Pascale SAMSON, le regard permet de « *percevoir les réactions de son interlocuteur, de vérifier l'écoute et la compréhension et de s'appuyer dessus pour approfondir la relation* »²⁶. Non seulement, le regard joue un rôle essentiel dans la genèse de la relation soignant-soigné, mais il l'enrichi également tout au long de la prise en charge.

Le regard : Siège des émotions

Je tiens ici à faire un point sur les expressions véhiculées par le regard. D'après Margot PHANEUF, auteur contemporaine de « *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière* », « *Nos yeux nous permettent de lire les ressentis de l'autre mais ils sont aussi un livre ouvert sur nos propres émotions* ». Elle cite le proverbe disant que « *Les yeux sont les fenêtres de l'âme* » et continue en disant que « *La nature du regard renseigne fortement sur les intentions de celui qui nous fait face. Il nous permet donc rapidement de décider de l'attitude à adopter. Accepter le regard c'est aussi accepter de ne pas se dissimuler et de faire part, ainsi, de la nature bienveillante de nos intentions* ». Cet écrit vient confirmer ce que j'écrivais plus haut. Un soignant qui se montre attentif au regard de ses patients peut enrichir son recueil de données et sera ainsi plus à même de déceler un mal-être ou de répondre efficacement à ses besoins. Cela fait également écho à ce que je ressentais lors de mes deux situations d'appel, dans lesquelles le regard véhiculait des émotions. Partant maintenant de ce constat : si les émotions positives ou négatives des patients peuvent transparaître à travers le regard de nos patients, il me semble légitime d'affirmer que dans le

²⁵ PIEFFER Christophe, *Beau regard*, article du 23/04/2002

²⁶ SAMSON Pascale, *Le regard dans la communication*, Publié le 26 avril 2011

sens inverse, il se passe la même chose. Les patients seraient alors en mesure d'interpréter nos regards ainsi que toutes les expressions émotionnelles qui vont avec.

Dans son ouvrage « Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants », Marie-Sylvie Richard aborde aussi ce sujet, et écrit que « *le malade s'accroche au regard des autres pour savoir s'il est encore digne d'attention et pour l'aider à s'estimer encore lui-même* »²⁷. Lorsque j'ai lu ce livre, dans lequel, l'auteur cherche à comprendre et expliciter la souffrance des malades en fin de vie, j'ai pris conscience que le regard était bien plus qu'un simple sens au service du soignant. Le regard ne doit pas uniquement servir à la réalisation des soins mais doit être considéré comme faisant partie intégrante du soin. Le risque étant de réduire le malade à sa maladie, le patient deviendrait alors objet de soins. Regarder ses patients avec attention et empathie n'est-il pas un acte soignant non quantifiable ? Il me semble que le rôle de l'infirmière est aussi de favoriser l'estime de soi de ses patients, et cela passe, en premier lieu par le regard.

Selon Margot PHANEUF dans son livre « *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière* », « *Le regard bienveillant de la soignante est une reconnaissance de l'humain en lui et un appel d'humanité* »²⁸. Le regard est souvent cité dans les textes parlant d'humanité ou du « caring », mais ces notions restent, selon moi, bien méconnues des professionnels soignants. Pourquoi ? Ces approches des soins sont-elles considérées comme chronophages ? J'aurais souhaité aborder plus longuement cette question mais elle me semble hors sujet dans ce travail d'initiation à la recherche.

Le regard et la connaissance de l'autre :

Il nous ait tous arrivé d'entendre « Nous n'avons plus besoin de nous parler, un regard suffit ». Effectivement, lorsque deux personnes sont proches (de part leur statut marital, fraternel, amical, professionnel ou autre) la compréhension d'un message non-verbal est plus facile.

J'en conclus que le regard peut avoir un rôle aussi important que la parole, et même plus, car le regard peut exprimer ce que l'on ne peut pas dire avec des mots. Et c'est bien en cela que le titre de mon travail de fin d'étude « les mots du regard » prend tout son sens. Je suis persuadée que, sans prononcer un mot, le patient peut nous montrer même ce qu'il ne peut pas

²⁷ Marie-Sylvie RICHARD « Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants » p5

²⁸ PHANEUF Margot..« *La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière* » p.14

dire. J'irais même plus loin, en disant que selon moi, bien soigner commence par bien regarder.

2.1.5 L'interprétation soignante:

Comme le regard n'est pas un message explicite, il est soumis à une interprétation systématique de la part du soignant qui le reçoit. J'ai donc jugé opportun d'éclaircir ce concept.

Interpréter vient du latin «*interpretari*», et faisant référence à Marie-Sylvie RICHARD, «*l'interprétation désigne habituellement l'action de donner une explication ou une signification claire à quelque chose d'obscur*»²⁹. Dans mes deux situations d'appel, c'est ce que je fais : Je cherche une explication aux regards de Mme LP et de Mme A.

D'après Henri-Pierre CORNU et Marie-Hélène ROMIEU, membres de l'espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer, l'interprétation soignante doit tenir compte du contexte et des habitudes de vie. En cela, l'interprétation soignante «*est une approche d'équipe, une approche interdisciplinaire, la discussion, l'argumentation devant permettre de cerner au plus près la vérité. Il ne s'agit pas de chercher un consensus plus ou moins mou, mais de tendre vers la juste interprétation*»³⁰. L'interprétation soignante de toute forme de communication non-verbale est donc un travail qui doit se faire en équipe afin de répondre au plus juste aux besoins exprimés par les patients en question. Mais est-ce vraiment le cas sur le terrain ? J'espère pouvoir y répondre à l'analyse de mes entretiens exploratoires.

2.1.6 Le soin relationnel:

Les auteurs du *Dictionnaire en soins infirmiers*, Geneviève DECHANOZ et René MAGNON, définissent le soin relationnel comme toutes les «*interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication, en vue d'apporter aide et soutien psychologique à une personne ou à un groupe, lors d'entretiens avec le patient et/ou lors d'actes infirmiers*

²⁹ Marie-Sylvie RICHARD «*Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants*» p127

³⁰ CORNU Henri-Pierre et ROMIEU Marie-Hélène, co-auteur de l'article «*les incertitudes de l'interprétation*», décembre 2010

par le dialogue, l'écoute, et les techniques qui favorisent la communication »³¹. Chaque acte de soin infirmier s'inscrit donc dans un contexte de soin relationnel. En effet, il est inconcevable de pratiquer un soin sans prononcer un mot, sans expliquer, sans regarder. Et si, le soin relationnel vise à établir une communication, alors, cela implique que les infirmières ont le devoir d'adapter leur posture aux patients auprès desquels elles interviennent. Car comme disait Platon : « *On ne doit pas chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme.* » Mais alors, comment font-elles pour établir une communication et donc dispenser des soins relationnels à des patients qui sont privés du langage ? Et comment leur apporter aide et soutien psychologique dans ce contexte ?

2.2 Synthèse du cadre conceptuel en vue de l'exploration :

Au regard de ce que j'ai trouvé dans mon cadre conceptuel, je m'interroge sur le ressenti des professionnels dans des situations similaires à celles que j'ai décrites dans mes situations d'appel. Quelles sont les pratiques mises en place en matière de communication avec des patients qui ne peuvent plus s'exprimer.

Tout d'abord, j'ai mis en avant, dans mon cadre conceptuel, que la communication entre le soignant et le patient passait par deux types de communication : analogique et digitale. Je pense qu'il est bon que j'aille explorer cette pratique sur le terrain au travers des entretiens exploratoires que je vais effectuer. Je vais chercher à savoir si les professionnels sont régulièrement confrontés à des problèmes de communication avec leurs patients, ainsi que l'origine de ces troubles. Pour eux, un défaut de communication entre le soignant et le soigné engendre-t-il des répercussions aux niveaux des soins qu'ils dispensent ou au niveau de la relation de soin ? Et si oui, lesquels ? Je m'intéresse également aux difficultés que les infirmiers (ères) rencontrent dans la prise en charge d'un patient privé de l'usage de la parole. Et s'ils sont à l'aise pour communiquer avec ce public.

Je les interrogerai sur l'absence de feed-back verbal avec ces patients, afin de confronter leur ressenti avec le mien. Sont-ils attentifs à la présence discrète, de feed-back corporel ? Qu'éprouvent-ils dans cette relation de soin silencieuse ?

Ensuite, afin de répondre à ma question de départ, il me semble pertinent de savoir en quoi le regard accompagne les soins auprès de personnes non communicantes verbalement. Pour ce faire, je suis curieuse de les interroger sur l'attention qu'ils portent, ou non, à

³¹ DECHANOZ Geneviève et MAGNON René, « *Dictionnaire des soins infirmiers* »

l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients. Egalement, quelle est, selon eux, la place du regard dans les soins et qu'apporte t-il aux soignants ?

Enfin, je m'intéresserai au vécu de ces professionnels, en leur permettant de verbaliser une situation marquante dans laquelle le regard d'un patient était expressif. L'objectif de cette approche étant d'évaluer le degré de frustration vécu par l'infirmier afin de le confronter au mien dans la partie analyse.

Pour conclure mes entretiens exploratoires en laissant la parole aux interviewés, je leur demanderais s'ils souhaitent rajouter autre chose.

Etape 3

Les entretiens exploratoires

3. Entretiens exploratoires:

3.1 Méthodologie de recherche et choix des professionnels :

Dans cette partie de mon travail d'initiation à la recherche, je vais vous présenter et argumenter la méthodologie et les outils que j'ai choisi d'utiliser :

Tout d'abord, j'ai choisi de réaliser des entretiens exploratoires pour pouvoir recueillir les informations qui m'intéressaient en face à face. Mon travail portant sur le regard et la communication non-verbale, il me semblait pertinent de pouvoir, moi aussi, observer les réactions, même silencieuses, des infirmiers(ères) interrogés. Avant de me rendre à ces entretiens, j'ai réalisé une trame d'entretien exploratoire, composée de sept questions de type semi-directives, pour lesquelles je fixais des objectifs, et qui ont été préalablement soumises et validées par ma formatrice de guidance. Cette trame d'entretien est à votre disposition en deuxième partie. Elle comprend : l'intitulé de mon travail de recherche, les sept questions semi-directives posées ainsi que leurs objectifs respectifs. La chronologie des questions correspond au contenu priorisé de mon cadre conceptuel. Ces questions sont semi-directives pour permettre à mes interlocuteurs de verbaliser sur leur expérience. Mais cet outil me permettait également d'interagir avec le professionnel interviewé, laissant place à la formulation de nouvelles questions ou d'éclaircissement, si par exemple, une question était mal comprise. Ces entretiens exploratoires, auprès de professionnels infirmiers de terrain, ont pour but d'enrichir mon travail de recherche grâce à leur expérience du terrain, à leur savoir théorique et pratique mais aussi grâce à leur savoir-être en situation de soins face à des patients non-communicants verbaux. Il me fallait donc interviewer des infirmiers (ères) exerçant auprès de patients privés de la parole. Cette déficience d'élocution pouvait être durable ou transitoire, physique ou psychique, et d'origine diverse.

Ensuite, c'est en parlant autour de moi, en stage ou à l'IFSI, et à partir de mes connaissances des services de soins que mes choix des lieux d'interviews se sont déterminés :

Le SSR : (Soins de Suite et de Réadaptation) « *L'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* »³² Ayant effectué mon premier stage au sein d'un SSR, je sais que les

³² Les Soins de Suite et de Réadaptation, article du 30 juillet 2009 et disponible sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé

infirmières dispensent des soins à des patients aphasiques. Le fait de questionner une infirmière d'un SSR est selon moi, tout à fait adapté.

- ✱ La MAS : (Maison d'Accueil Spécialisée) Ces établissements « *proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants* »... « *L'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter : le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants* »³³. En échangeant avec une camarade de promotion ayant été aide-soignante dans une MAS de la région, elle m'informe que de nombreux patients cérébraux-lésés pris en charge sont privés du langage. Elle m'a donc aidé à obtenir un entretien auprès d'une infirmière de cette structure.
- ✱ L'USLD : (Unité de Soins de Longue Durée) « *Les USLD accueillent des personnes âgées invalides dans la nécessité d'être sous surveillance médicale. Les maladies des résidents admis dans ces établissements exigent de longs traitements, puisqu'il s'agit de maladies graves.* »³⁴ Au cours de ma troisième année, j'ai eu la chance de faire un stage en USLD. C'est naturellement vers cet établissement que je me suis tourné pour réaliser un entretien exploratoire. En effet, j'y avais observé des éléments pertinents pour l'élaboration de ce travail de fin d'étude. Je souhaitais y retourner pour recueillir leurs impressions et expériences. Cependant, l'infirmière que j'avais initialement contactée et qui avait presque trente-cinq ans d'expérience professionnelle s'est désistée pour des raisons de réaménagement de planning. L'entretien a donc eu lieu auprès d'un autre professionnel, plus jeune, mais un homme.

J'ai donc réalisé trois entretiens exploratoires auprès d'infirmiers dont j'avais préalablement choisi le lieu d'exercice. Chaque professionnel infirmier, contacté par téléphone quelques jours avant l'entretien afin de fixer ensemble d'une date de rendez-vous, connaissait le thème et la question de départ de mon travail. Les deux premiers entretiens (SSR et MAS) ont durés entre douze et quatorze minutes, le troisième (USLD) a duré vingt-deux minutes. Les entretiens se sont tous déroulés sur leurs lieux de travail. Tous les entretiens exploratoires ont été filmés pour me permettre de les retranscrire. Toutefois, afin de ne pas mettre mal à l'aise les professionnels et respecter le cadre

³³ Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour personnes handicapées, article du 21 janvier 2013 et disponible sur le site officiel de l'administration française

³⁴ USLD (Unité de Soins de Longue Durée), article consulté le 21/04/2014 et disponible sur <http://www.maison-de-retraite-medicalisee.org/USLD>

réglementaire légal n'autorisant pas de filmer dans l'enceinte d'un établissement sans autorisation, j'ai dirigé mon caméscope vers l'extérieur ou un objet. Le son obtenu n'étant pas de bonne qualité, la retranscription des trois entretiens a nécessité l'utilisation d'écouteurs.

Suite à ces trois retranscriptions, j'ai réalisé une grille d'analyse de mes entretiens afin de mettre en avant les réponses obtenues, question par question (Cette grille d'analyse est à votre disposition en annexe). Cette grille m'a également servi lors de la rédaction de l'analyse de mes entretiens.

3.2 Trame d'entretien exploratoire :

TRAME D'ENTRETIEN pour la réalisation de mon Travail d'Evaluation de Fin d'Etude intitulé « Les mots du regard »

Isabelle TYMEN, ESI 3^{ème} année à l'IFSI de Quimper

LIEU :

Question 1 : Pouvez-vous me dire depuis combien de temps est-ce que vous avez votre diplôme d'infirmière et me décrire brièvement votre carrière?

Objectif : Débuter l'entretien et faire plus ample connaissance avec l'infirmière interviewée et son parcours professionnel

Question 2 : Sur votre lieu de travail, avez-vous des patients privés de l'usage de la parole ? Pouvez-vous me dire quel contexte a conduit ces patients à être privés du langage ? (AVC, pathologies psychiatriques, trachéotomisé, fin de vie, autres)

Objectifs : Evaluer si le choix de ce professionnel pour mon entretien exploratoire est pertinent. Enrichir mes recherches en répertoriant les contextes ayant conduit à une privation de l'usage de la parole.

Question 3 : Selon vous, a quelles difficultés peuvent être confrontés les infirmières dans la prise en charge d'un patient non-communicant verbal ?

Objectifs : Identifier les difficultés perçues par les infirmières dans la prise en charge de patients privés de la parole.

Question 4 : Vous sentez-vous toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas ? L'absence de feed-back verbal vous dérange t-il ?

Objectif : Recueillir le ressenti du professionnel quand il est dans une relation de soin avec un patient ne s'exprimant pas verbalement. Favoriser la verbalisation de situations vécues afin de pouvoir confronter mon vécu avec celui d'autres professionnels dans la partie analyse.

Question 5 : Etes-vous attentif à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients ? Quelle est pour vous l'apport, la plus value, la place du regard dans les soins infirmiers ?

Objectifs : Confirmer ou infirmer que le regard est un outil qui accompagne les soins. Voir si la notion d'interprétation du regard du patient apparaît et recenser les apports véhiculés par le regard.

Question 6 : Avez-vous vécu une situation marquante dans laquelle le regard d'un patient était expressif ? Pouvez-vous me la décrire succinctement? (contexte, service, pathologie...)

Objectifs : Permettre aux professionnels de s'exprimer sur ce sujet et évaluer le degré de frustration vécu par l'infirmière.

Question 7 : Avez-vous autres choses à rajouter ?

Objectifs : Recueillir les impressions spontanées de l'interviewé, favoriser l'expression de nouveaux concepts que je n'aurais pas abordés et finaliser l'entretien.

3.3 Analyse des entretiens :

L'infirmière du SSR et l'infirmier de l'USLD avaient tous les deux peu d'expérience car leurs diplômes ont moins de deux ans. Leurs expériences professionnelles étaient, de ce fait, assez limitées. L'infirmière de la MAS a elle, seize ans de diplôme. En outre, elle n'a pas exclusivement exercé dans la région puisqu'elle a travaillé dans la région parisienne pendant onze ans auprès de femmes détenues.

Après avoir fait connaissance avec ces professionnels infirmiers, j'ai cherché à savoir s'ils dispensaient des soins à des patients privés de l'usage de la parole et quels contextes avaient conduit ces patients à être privés du langage. J'avais pour objectif de vérifier si le choix de ce professionnel était pertinent mais aussi d'enrichir mes recherches sur les contextes conduisant à la privation de l'usage de la parole.

Tous les infirmiers(ères) interrogés ont répondu avoir des patients non communicants verbaux sur leur lieu de travail. J'en conclus que le choix de ces professionnels était adapté. L'infirmière du SSR et l'infirmier de l'USLD évoquent des causes physiques liées à un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) étant responsable de l'aphasie de leurs patients. Tous les deux parlent aussi de l'absence de langage provoquée par la fin de vie et l'infirmière du SSR évoque également ce symptôme chez certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'infirmière travaillant à la MAS met en avant un arrêt cardiaque et une chorée de Huntington comme étant à l'origine de l'aphasie des patients dont elle s'occupe mais répète que pour elle, ils communiquent tous. L'infirmière de la MAS et l'infirmier de l'USLD parlent aussi de la capacité qu'ont certains patients à émettre des sons ou des cris. Seul l'infirmier de l'USLD amène des facteurs psychologiques entraînant des troubles du langage, cela s'explique peut-être par la particularité géranto psychiatrique de cet USLD.

Avec ma troisième question, j'ai cherché à identifier les difficultés perçues par ces infirmiers (ères) dans la prise en charge de patients privés de la parole. Tous admettent qu'ils peuvent se sentir en difficultés. Ce qu'il en ressort nettement, c'est que les trois professionnels rencontrés, avouent avoir des difficultés à comprendre leurs patients. Notamment en ce qui concerne la compréhension de leurs besoins : au niveau de la douleur mais aussi au niveau de la peur ou de l'angoisse. Les notions de travail en équipe pluridisciplinaire et d'absence de feed-back apparaissent avec l'infirmière de la MAS. Elle qualifie cette prise en charge de très

déstabilisante par le fait de faire des hypothèses et de ne pas pouvoir les valider de façon claire auprès des patients concernés.

Afin de recueillir le ressenti des trois infirmiers(ères) et le confronter avec mon vécu de mes deux situations d'appel, je leurs ai ensuite demandé s'ils se sentaient toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parlait pas et si l'absence de feed-back les dérangent. Je me rends compte, à ce stade de mon travail d'initiation à la recherche, qu'ils avaient tous déjà plus ou moins répondu à cette question précédemment.

Là aussi, de façon unanime, il semble évident pour ces trois professionnels, que l'absence de communication verbale et de feed-back les mettent mal à l'aise. L'infirmière de la MAS parle même de frustration comme ce que je décrivais dans la situation que j'ai vécu avec Mme LP. Toutefois, la relation soignant-soigné ne s'arrête pas à la parole. L'infirmière de SSR et l'infirmier de l'USLD décrivent des comportements (regard, sourire, soupire) qui alimentent en retour la relation de soin. La notion de regard comme vecteur de message dans la relation de soin, fait à ce moment son apparition de manière spontanée. Est-ce naturellement orienté par la connaissance de mon sujet ou est-ce que cette notion est clairement identifiée par les professionnels de santé ? Je me demande si les professionnels soignants utilisent naturellement le contact visuel, dans le but d'évaluer ou d'améliorer la qualité de leurs soins auprès de patients non communicants. Cherchent-ils à travers le regard de leurs patients, un indice dans le but d'être rassurer sur les soins qu'ils dispensent ? Je pense que c'est cette absence de réponse sur la qualité de leurs soins, et le fait qu'ils n'ont pas la certitude d'avoir bien répondu aux attentes (non formulées verbalement) de ces patients qui dérangent ou frustrant ces soignants ont le souci de bien faire.

Pour confirmer ou infirmer que le regard est un outil qui accompagne les soins, j'ai demandé à ces futurs(es) potentiel(les) collègues, s'ils étaient attentifs à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients. Puis je leur ai demandé quelle était, selon eux, l'apport, la plus value et la place du regard dans les soins infirmiers. Les trois infirmiers(ères) interrogés disent être plus attentifs aux regards des patients qui ne peuvent pas ou plus parler.

L'infirmière du premier entretien (SSR) estime que cela fait partie du soin, elle dit prendre plus de temps avec des patients aphasiques et adopter sa posture en se mettant face à face avec eux. De plus, pour elle, la place du regard est indispensable car il favorise la compréhension et ramène la relation de soin à une relation d'humain à humain.

L'infirmier de l'USLD va même plus loin, en insistant sur le fait que l'observation du regard et de l'ensemble du langage du corps est un acte de bientraitance ayant pour objectif, l'amélioration de la qualité de vie du patient. Selon lui, le regard ainsi que le faciès des patients peuvent véhiculer : la douleur, l'angoisse, la peur, la tristesse ou la joie mais aussi l'agressivité ou des troubles temporo-spatiaux qui peuvent être notamment observés chez des patients atteints de démences.

Pour l'infirmière de la MAS, les émotions véhiculées par le regard des patients sont également très présentes (crainte, peur, réconfort, compréhension, apaisement). Pour elle, le regard est un indicateur au niveau des soins. Mais il lui permet aussi, d'entrer en contact avec ses patients et de les rassurer, elle évoque là, pour la première fois, le rôle du regard soignant. De plus, cette infirmière fait référence au Pupillomètre, qui est un outil mécanique d'évaluation de la douleur, utilisé chez des patients inconscients (comateux ou endormis) en salle de réveil et en réanimation. Ce nouvel élément ne me semble pas pertinent à explorer au regard de ma problématique car il concerne la réaction pupillaire réflexe et mécanique dans le but de scorer la douleur et ne m'apporte aucun élément nouveau concernant la communication.

Pour conclure mes entretiens exploratoires, je laissais la parole aux interviewés afin de recueillir leurs impressions et favoriser l'expression de nouveaux concepts que je n'aurais pas abordés. Je leur ai alors demandé s'ils avaient autres choses à ajouter.

Pour l'infirmière exerçant au SSR, il est important d'être attentif à la communication non verbale qui nous paraît naturelle telle que le toucher, le regard et le sourire, et ajoute qu'ils font beaucoup dans la relation de soin.

L'infirmière de la MAS trouve le sujet très intéressant et aborde le concept de l'analyse du mouvement des yeux, en ajoutant que c'est un reflet de ce que pense l'autre.

Pour le troisième entretien, l'infirmier trouve mon thème de travail intéressant à explorer mais trop complexe, à ses yeux, au niveau des recherches. Je me permets de préciser que lors de ce dernier entretien, la compréhension de mon sujet ainsi que des questions posées m'a semblé être plus difficile. Était-ce due à la brève présentation de mon thème ou à la formulation de mes questions ? Il me semble que le contexte dans lequel cette interview s'est déroulée joue également un rôle. En effet, la première infirmière que j'ai sollicitée pour un entretien avait annulé. C'est sur la base du volontariat que ce jeune infirmier diplômé a accepté. N'était-ce un acte solidaire ? Car la rédaction de son mémoire de fin d'étude n'a que deux ans et pour avoir échangé avec lui, pendant le stage que j'ai effectué là-bas, je sais qu'il

avait lui-même été confronté aux refus de professionnels infirmiers pour les entretiens exploratoires. J'ai également une autre hypothèse pouvant expliquer cela : Des trois professionnels interrogés, c'est le seul homme. Cet élément a-t-il un lien ? L'observation du regard est-il un acte naturellement plus féminin ? Ou est-ce que c'est la verbalisation autour d'un thème pouvant être considéré comme intimiste ou personnel qui a pu nuire à la compréhension des questions posées. Pour ma part, je ne pense pas, mais je ne peux pas, ne pas aborder cet aspect.

3.4 Mise en perspectives des données théoriques et des données du terrain :

Dans cette partie de mon travail, je m'attarde à mettre en avant les écarts que j'ai pu repérer entre les données théoriques explorées dans mon cadre conceptuel, et les données relatives au terrain, émergentes des entretiens exploratoires que j'ai effectués auprès des trois infirmiers.

En ce qui concerne le concept de communication verbale et non-verbale : les deux formes langages (digital et analogique) sont bien identifiées. Il apparaît clairement pour ces professionnels, que la communication fait partie intégrante de leurs soins même s'ils reconnaissent pouvoir être en difficulté quand il s'agit de communiquer avec des patients privés de l'usage de la parole.

La communication non-verbale observée chez ces patients est souvent source d'hypothèses faites en équipe en vue d'améliorer la prise en charge. J'entends par là que les membres de l'équipe soignante échangent et émettent des hypothèses sur le comportement, les mimiques, des gestes ou les regards qu'ils ont observés, afin d'essayer de les interpréter. Afin d'illustrer ceci, je fais référence aux propos de l'infirmière de la MAS qui dit faire beaucoup d'hypothèses pour savoir si l'expression par des cris peut dire quelques choses. Pour cela, ils prennent en compte : le contexte de prise en charge et leurs connaissances des patients.

Le concept de feed-back est quant à lui connu et reconnu par les deux infirmières (SSR et MAS) alors que l'infirmier exerçant au sein de l'USLD ne connaît pas ce terme et demande un éclaircissement. Suite à cela, chaque professionnel interrogé exprime que l'absence de feed-back verbal les dérange mais ils reconnaissent une autre forme de retour chez leurs patients utilisant le langage du corps et du regard.

Par rapport aux troubles de la communication que j'ai étudiés dans mon cadre conceptuel : L'aphasie est citée par les deux plus jeunes professionnels, mais les différences

entre l'aphasie de Broca et l'aphasie de WERNICKE portant sur les capacités cognitives des patients atteints, ne sont jamais évoquées. Le mutisme est sous-entendu par l'infirmier de l'USLD lorsqu'il parle du repli sur soi des psychotiques mais le mot n'est jamais cité par aucun des trois infirmiers(ères) interviewés. L'infirmière de la MAS décrit ses patients comme non-communicants verbaux mais ne les qualifie pas sous ces termes spécifiques. Ce constat me questionne : Le terme de mutisme est-il méconnu des professionnels de terrain ? Les deux formes d'aphasies sont-elles aussi peu connues, est-ce due à un manque d'informations ou de formations des professionnels ?

Pour ma partie conceptuelle consacrée au regard : Les trois infirmiers(ères) questionnés reconnaissent la place privilégiée du regard dans les soins. La prise de contact visuel est favorisée. La posture du professionnel et la relation de soin s'adaptent en fonction des indices repérés à travers le regard des patients. D'ailleurs, l'infirmier de l'USLD exprime clairement adapter ses soins en fonction de ce qu'il observe : Soit pour écourter un soin trop douloureux, soit pour expliquer le soin, soit pour rassurer le patient. Le regard accompagne également les soins comme étant un indicateur d'inconfort ou de bien-être, que ce soit au niveau somatique ou psychique. Le regard accompagne donc les soins, comme étant un indicateur d'inconfort ou de bien-être, que ce soit au niveau somatique ou psychique.

Les émotions véhiculées par l'intermédiaire du regard des patients sont aussi très présentes lors des entretiens exploratoires, amenant une réflexion autour de l'interprétation qui en est faite par les soignants.

3.5 Evolution du questionnement :

Je tiens ici à faire évoluer mon questionnement au regard de mes recherches théoriques et de l'analyse de mes entretiens exploratoires.

J'ai eu l'occasion d'évoquer le thème de mon mémoire avec d'autres professionnels infirmiers, or entretiens exploratoires, lors de stages par exemple. Et bien souvent, j'étais obligé d'expliquer, que mon travail d'initiation à la recherche ne portait pas sur le regard du soignant, mais sur le regard du patient, et sur ce qu'il véhiculait. En retour, j'ai pu constater deux réactions diamétralement opposées :

- ✖ soit l'infirmier était interpellé par le sujet et se montrait curieux d'explications en ce qui concerne ma question de départ et l'avancée de mes recherches théoriques.
- ✖ soit l'infirmier ne voyait pas l'intérêt d'un travail d'initiation à la recherche sur la place du regard dans le soin et me signifiait que je prenais des risques pour l'obtention de mon diplôme. Pour certains soignants, la compréhension du regard des patients ne semblait pas être une difficulté ou un frein à l'exécution des soins.

Maintenant que je me suis interrogé sur le regard du patient, je souhaiterais poursuivre mes recherches, à titre personnel, sur le regard du soignant.

En effet, le regard bienveillant du soignant est souvent cité dans les textes parlant d'humanité ou du « caring », mais ces notions restent, selon moi, bien méconnues des professionnels soignants. Pourquoi ? Ces approches soignantes sont-elles considérées comme chronophages ? Le regard du soignant est-il réellement considéré comme un soin par les professionnels ? D'ailleurs, quelle est l'importance du regard soignant pour le patient ? J'aurais volontiers abordé plus longuement ces questions, mais elle me semble hors sujet dans ce travail d'initiation à la recherche.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche marque la fin de trois années d'étude, d'apprentissage, de réflexion et de remise en question. Il est pour moi, l'aboutissement d'un long travail car, comme je l'énonçais dans mon introduction, la communication non-verbale m'intéressait déjà lorsque j'étais aide-soignante. Cet écrit m'a permis de mettre des mots sur mon ressenti, de mieux le comprendre et de le comparer avec d'autres professionnels.

Je vais bientôt quitter mon statut d'étudiante, et ce travail de recherche m'aide à me projeter en tant qu'infirmière. Mon projet professionnel s'oriente vers un poste en gériatrie-psycho-geriatrie dès l'obtention de mon diplôme. Il correspond en tout point à ce que je cherchais. Ainsi, je pense pouvoir mettre à profit ce travail de recherche dans mon exercice futur, afin de permettre aux patients de bénéficier de prises en charge adaptées et de qualité, tant au niveau technique que relationnel.

En effet, pour moi, la relation soignant-soigné est avant tout une rencontre humaine, unique et singulière.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels :

- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier, Article R. 4311-5 – Paru au J.O. du 9 août 2004
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour personnes handicapées, article du 21 janvier 2013. [En ligne]. Disponible sur le site officiel de l'administration française <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2006.xhtml#N1007B> (consulté le 21/04/2014).
- Les Soins de Suite et de Réadaptation, article du 30 juillet 2009. [En ligne]. Disponible sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé <http://www.sante.gouv.fr/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr.html> (consulté le 21/04/2014),

Ouvrages :

- BERGER- LEVRAULT, Partie réglementaire — Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier, Article R. 4311-2 – Paru au J.O. du 9 août 2004. Sept 2009. 199 p.
- DECHANOZ Geneviève et MAGNON René, « *Dictionnaire des soins infirmiers* », éditions AMIEC, Paris, 1995, p. 197
- FREUD Sigmund, *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard, collection Folio 1998, 437p
- GINESTE Yves et MARESCOTTI Rosette, *Humanitude*. éditions bibliophane, 2005, 359p

- HALLOUËT Pascal, EGGERS Jérôme, MALAQUIN-PAVAN Evelyne, *Fiches de soins infirmiers*. 4^{ème} éd Elsevier-Masson, 2012. 781p.
- HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. 2^e éd. Paris : Masson, 2002. 208 p.
- LEVESQUE L, ROUX C et LAUZON S, *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*. Montréal, Edition du renouveau, 1990 p.132
- MAGNON, René et DECHANOZ, Geneviève. *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, AMIEC, Mai 1995. 371 p.
- PHANEUF Margot. « La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière ». Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 2007.
- RICHARD Marie-Sylvie *Soigner la relation en fin de vie : Familles, malades, soignants*, Dunod, Paris, 2004. 172p
- ROGERS Carl *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, 1972.
- TIEL M-J, *Le malade, l'autre*, Etudes juillet-aout 1995

Dictionnaires :

- DURAND Bruno *et al*, *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 2001. 1786 p

Documents non publiés :

- LE BERRE-PHILIPPE Claudine, formatrice à l'IFSI de Quimper, Cours du 9/11/2009
« Communication, théorie et limites »
- LANDAIS Loïc et LAUDEN Valérie, formateurs à l'IFSI de Quimper, cours du 23/05/2011 dans le cadre de l'UE 4.2 du semestre 2 : Soins relationnels et intitulé
Communication : Les grands concepts

Documents audiovisuels :

- CHAUDIER, Frédéric. *Les Yeux Ouverts*. Paris : Zelig Films Distribution, 2010. 1h33
- SCHNABEL, Julian. *Le scaphandre et le papillon*. d'après l'œuvre originale de Jean- Dominique. Pathé Renn Productions, France, 2007. 112 minutes.

Documents internet :

- CORNU Henri-Pierre et ROMIEU Marie-Hélène, co-auteur de l'article « *les incertitudes de l'interprétation* », décembre 2010. [En ligne]. Disponible sur <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/> (consulté le 17/04/2014)
- LE ROUX Véronique, « *la toilette d'une personne atteint de la maladie d'Alzheimer peut-être difficile* », DIU Soignant en gériatrie, Promo 2007-2008 à Landivisiau. [En ligne]. Disponible sur <http://www.sgoc.fr/Mémoires/>, consulté le 24/02/2014.
- LOKONON Ernest Coovi, Communication, femme et développement dans l'arrondissement d'Agbanou (commune d'Allada au Bénin): une approche fondée sur l'équité ? Université d'Abomey-Calavi (Bénin) - Maitrise en information et communication 2012, 114p. [En ligne]. Disponible sur http://www.memoireonline.com/01/14/8489/m_Communication-femme-et-developpement-dans-l-arrondissement-de-Agbanou-commune-d-Allada-au-Benin31.html , consulté le 22/03/2014.
- PIEFFER Christophe, *Beau regard*. article du 23/04/2002. [En ligne]. Disponible sur <http://leblogdesrapportshumains.fr/beau-regard/>, consulté le 28/11/2013.

- SAMSON Pascale, *Le regard dans la communication*, Publié le 26 avril 2011, [En ligne]. Disponible sur <http://www.le-guide-des-relations.com/2011/04/le-regard-dans-la-communication/>, consulté le 03/03/2014.

- USLD (Unité de Soin de Longue Durée), [En ligne]. Disponible sur <http://www.maison-de-retraite-medicalisee.org/USLD>, (consulté le 21/04/2014)

- Norbert Wiener, « *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine* » 1948. [En ligne]. Disponible sur : <http://nalya.canalblog.com/archives/2008/01/09/7499662.html> consulté le 1/03/2014

ANNEXES

Annexe n°1 :

Entretien exploratoire N°1 :

Interviewée : Infirmière en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)

Moi : Pouvez-vous me dire depuis combien de temps est-ce que vous avez votre diplôme d'infirmière et me décrire brièvement votre carrière?

IDE : Alors, je suis diplômée depuis juillet dernier, juillet 2013. Et donc depuis aout je travaille dans une clinique de SSR donc Soins de Suite et de réadaptation dans une clinique privée qui a des services polyvalents : 3 services polyvalents, 1 service de SSR AVC et un service NUCC donc euh spécialisé dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Moi : D'accord et sur votre lieu de travail, vous est-il arrivé de dispenser des soins à des patients privés de l'usage de la parole et pouvez-vous me dire quel contexte les a conduit à être privés du langage ?

IDE : Oui, ça m'est arrivé à de nombreuses reprises, notamment ben déjà dans le service secteur AVC avec des patients aphasiques qui ne pouvaient pas s'exprimer verbalement ou pas complètement où il n'y avait que des morceaux de mots et qui ne pouvaient pas former des phrases, voilà. Avec des patients en fin de vie aussi, vraiment aux toutes dernières heures de la vie, et avec les patients Alzheimer aussi... les patients qui sont aussi à un stade avancé de la maladie et qui n'ont plus l'usage de la parole pour s'exprimer.

Moi : D'accord, donc je vais passer à la question numéro 3 : Selon vous, à quelles difficultés peuvent être confrontés les infirmières dans la prise en charge d'un patient non-communicant verbal ?

IDE : Des difficultés de quelles.....en générale ?

Moi : oui, en quoi ça peut être difficile de prendre un patient en charge alors qu'il ne communique pas ? Qu'est ce que ça complique ?

IDE : Je pense que la première difficulté que ça amène, le fait qu'il n'y ait pas de communication verbale c'est euh, l'expression des besoins du patient. J pense que c'est quelque chose qui nous inquiète tous, en tant qu'infirmière et en tant que soignant, c'est de ne

pas comprendre les besoins du patient. Et ça je pense que ça peut être vraiment, une des choses primordiale dans la relation avec un patient qui ne communique pas verbalement. C'est euh, voilà, notre peur à nous de ne pas comprendre, et sa peur à lui aussi de ne pas se faire comprendre et de ne pas pouvoir s'exprimer. Euh, dans les difficultés, je pense que c'est la principale.

Moi : D'accord, donc qu'il y ait une mauvaise compréhension en fait, de la demande et de ses attentes ?

IDE : voilà !

Moi : Et donc de savoir comment y répondre

IDE : voilà...de savoir comment y répondre et euh... d'utiliser des techniques aussi pour , justement pour pallier le fait que la personne ne communique pas verbalement, donc voilà. Ça demande quand même beaucoup d'investissement, donc euh... après est-ce que c'est une difficulté ? Je n'sais pas. Si dans le global si c'est une difficulté le fait de ne pas avoir la parole ? Oui parce que il ne s'exprime pas clairement mais on peut toujours, j'pense qu'on peut toujours arriver à les comprendre.

Moi : D'accord donc je vais passer à la question suivante, ça va faire une transition. Question n° 4 : Vous sentez-vous toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas ? Et est-ce que l'absence de feed-back verbal vous dérange?

IDE : Toujours à l'aise, je dirais que non, euh. On n'est pas toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas. Mais après, je pense que la relation ne s'arrête pas à la communication verbale et qu'on a d'autres relations avec le patient, qui nous... euh... notamment la relation de confiance, j'pense que c'est très important avec un patient qui ne communique pas, d'établir cette relation là. Ce lien en fait, entre le soignant et le patient. J'pense que c'est ça qui peut aider à nous mettre à l'aise, voilà, dans une relation soignant-soigné. J'pense que la confiance qu'on peut établir avec le patient ne passe pas forcément, pas que toujours, par la parole.

Moi : D'accord

IDE : Et l'absence de feed-back, est-ce que ça me dérange ? Euh, ben oui ! Comme je disais tout à l'heure, parce qu'on ne sait pas si on a répondu vraiment à ses attentes, et on ne sait pas toujours si le patient est satisfait. Alors, on va le savoir par un sourire, ou par un regard, ou par un petit quelque chose dans le comportement du patient, ou dans son expression non-verbal, qui va nous faire dire qu'il est satisfait ou non de notre travail, de notre relation ou de ce qu'on peut lui apporter. Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours évident de ne pas avoir de retour du patient dans notre travail au quotidien.

Moi : Alors, justement, Est-ce que vous êtes attentive à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients qui ne parlent pas ? Et dans deuxième partie de question, quelle est pour vous l'apport, la plus value, la place du regard dans les soins infirmiers ?

IDE : Alors, est-ce qu'on est attentif à l'expression du regard de ces patients, je dirais que oui, beaucoup plus qu'avec un patient qui va communiquer verbalement. Enfin, pour ma part, je vais prendre beaucoup plus mon temps avec lui, me mettre en face à face pour communiquer. Donc forcément, on est plus attentif. On ne va pas lui tourner le dos pour lui parler. On ne va pas faire un soin en même temps. Voilà, je n'sais pas...Euh, on va lui expliquer le soin en avance. J pense qu'on prend un peu plus notre temps. Donc oui, on est attentif à l'expression du regard et notamment quand les patients sont douloureux, parce qu'on le comprend aussi. J pense que c'est important d'y prêter vraiment attention et d'avoir, euh... oui, cette relation par le regard.

Moi : D'accord

IDE : Et la place du regard, c'est indispensable. Ça fait partie du soin, ça fait partie de la relation c'est.... (Silence)

Moi : Et la plus-value ? Est-ce qu'il y en a une pour vous dans le regard ? Est-ce que le regard vous apporte autre chose ?

IDE : Oui, parce qu'en tant que personne, en tant qu'être humain, quand on sent que la personne est satisfaite de ce qu'on lui apporte, qu'elle est heureuse ou qu'en tout cas, elle n'est pas douloureuse, et qu'elle ne vit pas trop mal sa situation. On essaye de compenser justement. J pense aux patients AVC qui ont tout perdu du jour au lendemain, et qui ne peuvent plus parler, et qui, quand ils voient qu'on est vraiment attentifs à eux et qu'on se comprend par le regard et par les gestes, euh... ça nous ramène vraiment à une relation d'humain à humain et plus de soignant à soigné. Et on comprend qu'il est satisfait et voilà. Même dans la fin de vie, j'ai un exemple encore hier d'une dame qui voilà quoi...

Moi : Alors, je vous coupe parce que c'est ma question d'après. Avez-vous vécu une situation marquante dans laquelle, le regard d'un patient était expressif ? Et est-ce que vous pouvez me la décrire succinctement? (contexte, service, pathologie...)

IDE : Ben je vais prendre l'exemple le plus récent, parce qu'on en a tellement, on a tellement de situations marquantes avec des regards ! Pour moi, quand on me pose cette question, je pense ben oui ! À ma journée de travail d'hier : Une patiente en fin de vie qui avait un cancer métastaté au stade terminal qui... (Soupire) Que j'ai vu il y a trois semaines, vu que je change de services, je ne l'avais pas vu depuis trois semaines. Et je la retrouve hier matin, les yeux grands ouverts, écarquillés à regarder le plafond. Le regard, bah, un peu ...vide. Euh, voilà,

ournée sur le côté, vraiment... Une patiente qui ne se mobilisait plus du tout. On venait de lui mettre une seringue électrique de morphine, donc par rapport à la douleur, normalement c'était géré. Et c'est vrai que je me suis approchée d'elle, et tout de suite, elle a capté enfin... On s'est capté du regard tout de suite ! Et j'ai sentie qu'elle avait besoin de ça à ce moment là, de croiser le regard de quelqu'un et de... (Silence) Elle ne pouvait plus s'exprimer, elle ne pouvait plus parler de toute façon. Là euh, ... Elle était consciente encore, mais elle ne pouvait plus vraiment s'exprimer verbalement, on va dire. Et j'ai été lui posé la question, si elle avait des douleurs, si elle ... Et son « non », je l'ai compris par son regard, par les paupières, par les yeux qu'elle a bougé comme pour dire non de la tête mais.... Voilà.... J'ai sentie que je lui avait apporté un petit quelque chose en restant cinq minutes auprès d'elle, et en m'inquiétant de savoir comment elle allait. Juste avec un sourire et voilà quoi...

Moi : Par la présence.

IDE : Voilà ! Par la présence, le regard, le sourire. Parfois, on ne peut pas soigner tous les maux mais on peut au moins apporter quelque chose d'humain à notre travail, qui, qui... C'est essentiel quoi.

Moi : Bon ben je vous remercie beaucoup, est-ce que vous souhaitez rajouter autres choses ?

IDE : Ben je vais revenir sur tout ce que j'ai dit. Evidemment, la communication non-verbale c'est important, surtout avec les patients aphasiques, les patients en fin de vie, les patients Alzheimer aussi, j'en ai moins parlé mais euh...c'est vrai que le regard, le toucher, le sourire, voilà. C'est vrai qu'il faut penser à toutes ces petites choses d'à côté, auxquelles on ne prête pas souvent attention, parce que ça nous paraît naturel, mais qui, finalement font beaucoup dans la relation et qui sont importantes que ça soit pour nous ou pour le patient aussi.

Moi : Bon ben je vous remercie

Or, enregistrement audio, l'infirmière interviewée continue de me parler de sa pratique et me demande de reprendre l'enregistrement, estimant avoir à ajouter des éléments pouvant m'être utile

IDE : Oui donc, sinon, dans les choses que j'ai à rajouter, c'est que j'ai aussi une autre situation marquante où justement le regard du patient était totalement vide. C'était chez une dame qui avait fait un AVC et qui était aphasique et qui ne communiquait pas du tout. Elle avait une grosse hémiparésie gauche, donc elle avait la tête tout le temps tournée du côté droit. Et euh, et donc là, oui, j'ai ressenti du coup mes limites. Et ça euh... C'est quelque chose le regard qui.... (L'IDE cherche ses mots) On n'y pense pas toujours, mais ça a des limites aussi ! C'est quand on n'arrive pas à capter le regard du patient, ça nous ramène à des

choses difficiles je pense. Et euh, à des choses personnelles, vécues ou non et euh.... Et là, on se rend compte mais, euh, mince ! Comment je vais faire pour communiquer avec lui ? Et là c'est compliqué, et je pense que ça peut aussi emmener de la souffrance, de ne pas savoir comment communiquer avec un patient qui ne parle pas et dont le regard est vide, et ... désintéressé, on va dire quoi, désintéressé de la vie. Et on voit qu'il a lâché. Qu'il a abandonné quoi. Qu'il ne veut plus se battre et que ben voilà. Ça y'en a dans les fins de vie aussi mais moins. Je n'sais pas. C'est... voilà, une de nos limites de soignant aussi.

Entretien exploratoire N°2 :

Interviewée : Infirmière en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)

Moi : Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à quelques questions. Pouvez-vous me dire depuis combien de temps est-ce que vous avez votre diplôme d'infirmière et me décrire brièvement votre carrière?

IDE : Alors, je suis diplômée depuis 1998 à l'IFSI de Quimper, donc, ça doit faire 15 ans si je ne me trompe pas. Après mon diplôme, je suis partie sur Paris, j'ai travaillé en milieu carcéral, à l'hôpital pénitencier de frênes. Dans un hôpital comme Concarneau au niveau de la taille et au niveau architectural aussi, mais avec un service de chirurgie, des blocs et de la médecine aussi, mais avec uniquement une population de personnes détenues. Donc, c'est une expérience différente et enrichissante sur le plan de la rencontre humaine, avec une notion de sécurité aussi. C'était très appréciable. Et après, je suis revenue en Bretagne et j'ai trouvé le poste par hasard, je ne connaissais pas du tout le médico-social avant.

Moi : Et ça fait longtemps que vous êtes ici ?

IDE : Depuis 2009

Moi : A l'ouverture de la MAS ?

IDE : Oui à peu près oui

Moi : D'accord, donc sur votre lieu de travail, est-ce que ça vous arrive de dispenser des soins à des patients privés de l'usage de la parole et pouvez-vous me dire quel contexte les a conduit à être privés du langage ?

IDE : Alors, sur 30 résidents, je ne pourrais pas vous dire le pourcentage de personnes qui n'ont aucune communication verbale, c'est-à-dire d'émission de mots. Après, certains ont des émissions de sons, même si ça peut être des cris, on arrive à savoir si c'est de la douleur, et encore... il y a toujours le doute de toute façon. On fait beaucoup d'hypothèses à savoir si l'expression verbale par cris peut dire quelques choses de bien... ou comment dire... Ah c'est dur de trouver les mots ! De bien spécifique ou si c'est juste un cri comme ça quoi, lambda. Mais y'en a qui ne parlent pas du tout. Et qui sont suite à quoi ?... On a un patient, c'est un infarctus avec un arrêt cardiaque et il a été réanimé cérébraux-lésé, et lui, il ne communique pas du tout, du tout. Et on en a un qui communiquait, il a une chorée de Huntington et au fur et à mesure, il ne s'exprime plus que par des petits cris, et encore... oui, comme ça là, je réalise parce que pour moi, ils communiquent tous ! Donc dans un sens, vous dire ceux qui ne

sont pas du tout verbaux... Parce que c'est vrai qu'ils ont chacun leurs moyens de communication. Ils peuvent allier du verbal, du physique, le faciès..., après des fois ça peut être des paramètres aussi qui nous indique, un comportement, une envie de manger, un changement de position dans le fauteuil... En tout cas, pour moi, ils communiquent tous, alors pour te cibler exactement ceux qui ne communiquent pas du tout.... (Sourire)

Moi : En tout cas, y'en a qui ne parlent pas du tout

IDE : Oui, voilà, qui n'ont pas d'émission de mots, oui

Moi : D'accord, donc je vais passer à la troisième question: Donc, selon vous, à quelles difficultés peuvent être confrontés l'infirmière dans la prise en charge d'un patient qui ne communique pas verbalement ?

IDE : Aux premiers abords, c'est vrai que c'est très déstabilisant. Quand on arrive comme étudiante ou professionnelle qui a toujours travaillé avec des personnes communicantes et qui savent s'exprimer, la première difficulté, c'est qu'on n'a pas de réponses à notre questionnement, donc ça c'est dur ! Dans un premier temps. On ne peut pas savoir où est-ce qu'il a mal. Et comme on ne le connaît pas, on ne peut pas savoir comment il est son faciès donc on ne sait pas si il est détendu ou pas. Alors, oui, là c'est compliqué au départ.

Moi : C'est l'absence de réponses pour vous la principale difficulté ?

IDE : Dans la non-communication, oui. D'avoir des hypothèses et de ne pas pouvoir les valider auprès des résidents. On ne peut pas être à sa place. On pose des questions pour essayer de savoir qu'est ce qui se passe, mais on n'a pas la réponse aux premiers abords quand on ne les connaît pas. On n'a pas de certitudes. Ça reste des hypothèses et on travaille autour.

Moi : Travailler en équipe ?

IDE : En équipe bien sûr, toujours. Et c'est ça justement ! Il faut travailler en équipe, c'est ça qui fait le plus, c'est d'avoir avec une équipe pluridisciplinaire avec des différentes personnalités et sensibilités parce que chacun apporte ses hypothèses. Et justement, c'est là qu'il faut savoir toutes les voir et toutes les envisager. Parce qu'on ne peut pas se dire que ce sont les nôtres ou notre position qui prévalent. Il peut y avoir un signal pour dire qu'il y a un problème, et nous on ne voit pas, parce qu'il ne communique pas. Et on n'est pas toujours là, et qu'à un moment, quelqu'un a été plus proche et qu'il aura vu quelque chose, alors que nous on passe et que si on regarde de loin, on ne voit pas.

Moi : D'accord donc je vais passer à ma question n° 4 : Est-ce que vous sentez-vous toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas ? Et est-ce que l'absence de feedback verbal vous dérange?

IDE : Oui, y'a un côté qui peut être dérangeant oui. Parce qu'au fur et à mesure des années, ben on n'a toujours pas de réponses, et on ne sait toujours pas si... La communication n'est pas fiable donc on n'a toujours pas de certitudes. J'veais donner un exemple d'un résident qui ne parle pas du tout et qui est complètement enfermé dans son corps, il ne peut pas bouger du tout, il est très rétracté. Ne serait-ce que pour lui demander s'il veut la télé ? Chaque jour, je lui demande Est-ce que j'allume la télé ? Si j'éteins la télé ? Quelle chaîne ? Et il n'y a pas d'autres communications autres que le regard qui est fiable. Et c'est vrai que c'est dur parce qu'on ne sait pas. Est-ce qu'on fait bien ou pas bien ? On s'imagine : si j'avais, la télé allumée toute la journée sur les informations par exemple, et bien, j'en aurais marre. On ne peut pas faire... Qu'est-ce qu'il ressent ? Donc on est toujours à rechercher une réponse, mais sans jamais avoir la réponse. Donc c'est... pas dérangeant, dérangeant, ce n'est pas le mot, mais c'est comment dire... frustrant, parce qu'on aimerait bien faire et (Silence)

Moi : D'accord, donc je vais passer à la cinquième question : Etes-vous attentive à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients qui ne parlent pas ? Et dans deuxième partie de question, quelle est pour vous l'apport, la plus value, la place du regard dans les soins infirmiers ?

IDE : (L'IDE lit la question sur la feuille que je lui ai mise à sa disposition) Alors oui, c'est sûr qu'on est attentif mais, comme je te dis, il y a des fois où tu ne peux pas savoir, même dans le regard. Même si il y a des moments où ça peut paraître clair avec la crainte, la peur, le réconfort, l'apaisement par rapport à la douleur, tu vois que dans le regard, ça change. Ou ne serait ce que de prendre contact, c'est-à-dire, juste quand le contact se fait, c'est-à-dire qu'il arrivait juste à bouger les yeux et qui... (L'IDE cherche ses mots) Voilà, on sent qu'il y a quelque chose qui se passe, que ben, il sent qu'on est là. Mais bon, y'a des moments, comme avec la télé, où tu essayes, parce qu'il a la capacité de fermer les paupières, donc : si c'est oui fermez les paupières et puis il n'y a rien donc tu rechanges, si c'est non fermez les paupières, et puis il n'y a rien, mais il regarde, il regarde, il regarde. Et là t'es déstabilisé parce que....Que faire ? C'est euh...Mais y'a pleins de choses qui passent. Mais il y a des temps où il n'y a rien et, donc il faut accepter qu'il n'y ait rien. Et recommencer, recommencer. Mais c'est ça, y'a des moments où il n'y a rien et il faut l'accepter aussi. Je n'sais pas si je réponds vraiment à tes questions ?

Moi : Mais si, si, si. Moi, ça me convient en tout cas. Mais est-ce que vous avez quelque chose à dire sur la place du regard dans le soin ?

IDE : Ben si, qu'elle est importante et justement c'est un indicateur parce que même si le corps dit une chose, le regard, je dirais que c'est plus révélateur. Autant un patient peut avoir

mal sur le coup, mais dans son regard, on voit qu'il y a de la compréhension : Oui, j'ai eu mal, mais ça va... C'est une double communication. C'est le regard de l'âme comme on dit. C'est beaucoup plus fiable. Et justement, je ne sais pas si tu as entendu parler de ça mais ils sont entrain de sortir un pupillomètre pour évaluer la douleur des personnes qui ne peuvent pas communiquer justement, en salle de réveil et en réanimation. C'est un appareil qui mesure la pupille et qui permet d'avoir une note fiable sur la douleur.

Moi : Je n'ai pas entendu parler de ça mais c'est intéressant.

IDE : oui, ça m'a intéressé aussi parce que ça a un côté fiabilité

Moi : Oui, c'est mesurable, quantifiable.

IDE : Donc c'est qu'il y a bien quelque chose qui se passe par le regard.

Moi : Est-ce que vous pourriez me parler d'une situation marquante dans laquelle, le regard d'un patient était expressif, un regard qui vous aurait marqué dans votre carrière ? Et est-ce que vous pouvez me la décrire succinctement? (contexte, service, pathologie...)

IDE : Oui, euh... j'ai croisé tellement de regard. Pas de grosse situation, c'est tous les jours, en fait. Tous les jours pour moi, c'est un indicateur de la peur, de la douleur, du bien-être... Mais oui, un regard, c'est surtout celui de la peur. Là, j'te parle toujours de la même personne qui est non-communicante et qui ne peut pas s'exprimer et comme elle est spastique, ses pieds dépassent du fauteuil, il est hypertendu comme ça (l'IDE mime la position du patient dans son fauteuil) et le fait qu'on s'approche de lui avec un chariot, on voit ses yeux s'écarter et vraiment, on sent de la crainte, de la peur. Parce qu'il a déjà eu des chocs et qu'il a eu pas mal de galères. Et là on voit la crainte. Et ça, ce regard, je le vois encore oui.

Moi : D'accord Bon ben on a terminé, mais est-ce que vous voulez ajouter autres choses par rapport à ce que l'on s'est dit ou au thème que j'ai choisi ?

IDE : Non, c'est très intéressant. Après il y a aussi, tout ce qui est psycho aussi, et le fait de regarder en haut, je ne sais pas si tu as essayé d'analyser ça : En haut la vérité, en bas à gauche on ment, bon je ne connais pas bien mais c'est quand même un reflet de ce que l'autre pense, sur sa façon d'être, est-ce qu'il est vrai ou pas vrai. Mais après il y a toutes les attitudes qui vont avec le regard.

Moi : Je vous remercie

Entretien exploratoire N°3 :

Interviewée : Infirmier en USLD (Unité de Soins de Longue Durée)

Moi : Bonjour, donc dans un premier temps, pouvez-vous me dire depuis combien de temps est-ce que vous avez votre diplôme d'infirmier et me décrire brièvement votre carrière?

IDE : J'ai mon diplôme d'infirmier depuis le 27 juillet 2012, donc ça fait 1 an et 9 mois à peu près. Et ma carrière se résume à Pause (un patient qui déambulait dans le service nous interrompt, l'IDE le reconduit dans la salle à manger et ferme la porte). Donc, j'en étais à : j'ai travaillé après l'obtention de mon diplôme, dans une maison de retraite pendant 4 mois dans le nord Finistère à Sizun. Après je suis venu à Quimper à Gourmelen, j'ai travaillé 2 mois et demi à Isatis, en service d'admission pour personnes âgées et depuis le 15 janvier 2013, je suis à Tréouguay.

Moi : D'accord, donc sur votre lieu de travail, est-ce que ça vous arrive de dispenser des soins à des patients privés de l'usage de la parole et est-ce que vous pouvez me dire quel contexte les a conduits à être privés du langage ?

IDE : Alors, oui. Ça m'est déjà arrivé de faire des soins à des patients qui étaient privés de l'usage de la parole ou qui n'avaient plus la capacité de pouvoir parler mais qui pouvaient toujours faire des bruits... (L'IDE cherche ses mots) c'est quoi le terme déjà ? A oui, aphasie ! Donc, a des patients qui ont des aphasies suite à des AVC, ou des patients qui pour la plupart sont psychotiques et qui se renferment sur eux-mêmes et qui parlent très peu et aussi, ça nous arrive avec des patients en fin de vie. Donc là, c'est dans un contexte différent évidemment, parce qu'ils sont tout proche de la fin de vie.

Moi : D'accord alors question numéro 3 : Selon vous, à quelles difficultés peuvent être confrontés les infirmiers et infirmières dans la prise en charge d'un patient qui ne communique pas verbalement ?

IDE : Au niveau somatique, dans un premier temps, pour des patients en fin de vie par exemple, au niveau de la douleur, ça serait pour savoir s'ils sont assez soulagés par rapport aux antalgiques qu'on leur fournit et par rapport aux douleurs qu'ils peuvent avoir. Différemment, les patients qui ont eu des AVC, qui ne peuvent plus parler mais qui émettent des bruits incompréhensifs et qui essaient de nous dire quelque chose. Essayer de les comprendre, c'est assez difficile des fois. Pour les anciens psychotiques, enfin, les

psychotiques d'un certain âge, ils arrivent à se faire comprendre par la gestuelle ou autres choses. Mais c'est vrai que sinon, ça peut nous amener à être en difficulté. Mais c'est plus au niveau somatique, de mon point de vue comme pour évaluer la douleur en fonction des antalgiques. Je pense à ça parce que c'est comme avec des personnes qui ont fait des AVC et qui ont des demandes particulières des fois, ils vont se manifester par des cris, et on ne sait pas ce qu'ils ont : Est-ce qu'ils sont fatigués ? Est-ce qu'ils sont douloureux ? Est-ce qu'ils sont fiévreux ? Ils s'expriment comme ça, donc là, la difficulté est de savoir comment chercher la cause de leurs cris.

Moi : D'accord donc: Est-ce que vous sentez-vous toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas ? Et est-ce que l'absence de feed-back verbal, de retour de mots, vous dérange?

IDE : (L'IDE lit la question sur la trame d'entretien que j'ai mis à sa disposition) Question difficile ! Euh, oui et non ! Ça dépend du contexte évidemment ! Parce qu'avec une personne en fin de vie, un regard peut en dire long. Ça peut être un regard qui veut dire j'en ai marre, entre guillemet, ou ça peut être un soupire qui veut dire : pourvu que ça passe. Donc là, il y a un retour par rapport à ce que tu veux me dire, par rapport au feed-back qui, je ne sais pas ce que ça veut dire en français ?

Moi : Feed-back, c'est un retour verbal, c'est une réaction.

IDE : Ah, à l'absence de feed-back ! Donc du coup, j'ai répondu un peu dans le vide. Toujours dans le même contexte, à savoir, Est-ce que c'est bien ce qu'on fait ? Ou au contraire, par exemple pour un patient qui a du mal à s'exprimer, et qui est en fin de vie : Est-ce qu'il va bien ? Est-ce que la douleur est bien tolérée ? Est-ce la personne n'est pas non-plus trop comateuse pour avoir aussi un peu de présence ? Dans le cas où il y aurait des proches, et pouvoir répondre, pas verbalement, mais au moins par des regards ou des signes apparentés. Et tout ça c'est dur de trouver le juste milieu avec ce qui peut se faire.

Moi : Et pour vous, le fait que le patient ne communique pas, ça vous dérange ? Ou ça vous ne dérange pas du tout ?

IDE : Un peu quand même, parce qu'on aimerait idéaliser notre soin. Pour pouvoir agir au mieux sur le patient. Pour que, lui, se sente bien. Pour qu'il puisse répondre, enfin s'il ne peut pas répondre, on ne peut pas non plus le faire parler. Si on est dans l'objectif d'améliorer la qualité du soin du patient, c'est vrai que ça peut déranger ! Du fait de ne pas avoir de réponses et de ne pas pouvoir agir au mieux pour le patient au niveau du soin. Et même pour l'entourage aussi, ça peut être difficile ! J pense à ça, parce que des fois, l'entourage vient me

voir parce qu'ils n'ont pas de réponses et ils nous demandent : « est-ce qu'il fait ci, ou ça ?... » Et là, trouver des réponses, ça peut être difficile du fait du contexte. Ça peut être compliqué.

Moi : D'accord. Donc, si je vous comprends bien, le principal problème que vous rencontrez avec des patients qui ne communiquent pas c'est le fait qu'ils ne formulent pas de demandes ?

IDE : Qu'ils ne formulent pas de demandes oui, mais tout dépend du contexte ! Si le patient ne peut pas formuler une demande mais qu'on voit qu'il est douloureux et qu'il ne peut pas répondre. Et bien aujourd'hui, on a quand même des outils qui nous permettent d'évaluer la douleur chez ces patients, qui ne peuvent pas s'exprimer. Mais, est-ce qu'il n'y a pas aussi de l'angoisse derrière ? Par exemple, un patient peut ne pas être douloureux mais angoissé du fait de la fin de vie. Et là, par contre, je n'ai pas vu d'outil qui nous permet de dire si un patient est angoissé ou pour identifier une éventuelle angoisse, et évaluer un traitement ou une approche différente que le traitement. Donc oui, ça peut me déranger, oui !

Moi : D'accord, donc je vais passer à ma cinquième question : Est-ce que vous êtes attentif à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients là, ceux qui ne parlent pas ? Et je vais attendre un peu pour ma deuxième partie de question.

IDE : (L'IDE lit la question sur la trame d'entretien que j'ai mis à sa disposition) Il faut être attentif ! Parce qu'on ne sait jamais. Des patients qui ne parlent pas, ça peut cacher quelque chose. Et aussi, toujours dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie du patient, il faut être attentif à des patients qui ne peuvent pas parler. Parce que c'est à nous de trouver des moyens adaptés pour être dans la bientraitance ou pour éviter la maltraitance ! Ne pas arriver à de la maltraitance parce que ça serait un peu comme oublier la personne. Même si on estime ne pas la maltraiter, ça peut être perçu comme de la maltraitance. Enfin, j'exagère peut-être en disant ça ! Mais ça peut être perçu comme de la maltraitance de ne pas parler à une personne qui ne parle pas. C'est vrai que, peut-être que pour certains soignants, le fait que ne pas pouvoir parler avec le patient et qu'il n'y ait pas de retour.... Et bien peut-être qu'il n'a pas la notion de devoir parler à la personne. Mais il me semble important aujourd'hui, dans tous les soins qu'on fait, d'expliquer à la personne ce que l'on fait. Si la personne ne parle pas, ne voit pas et que l'on n'explique pas. Du coup, elle peut avoir peur lors de certains soins. Et je pense qu'il faut faire attention à ça. Et du coup, être attentif à ces patients là.

Moi : En utilisant le regard ou pas forcément ?

IDE : Pas forcément mais en tout cas.... Mais en utilisant le regard quand même. De toute façon, quand on parle, on essaye de regarder la personne ! Donc oui, en utilisant le regard, le corps et tout son langage.

Moi : D'accord, donc en utilisant l'observation mais plus de manière plus générale.

IDE : L'observation, oui.

Moi : Et dans deuxième partie de question, quelle est pour vous l'apport, la plus value, la place du regard dans les soins infirmiers ? Qu'est ce que le regard du patient peut vous apporter ou vous renseigner ?

IDE : Ben, tout ce qu'il peut véhiculer. On peut voir la peur, la douleur, la tristesse. On peut y voir de la joie aussi parce que il n'y a pas que les mauvais moments. Les personnes qui ne peuvent pas parler, peuvent exprimer par un regard.... Comment dire... un regard... je ne trouve pas les mots.... Avec un sourire, accompagné d'un sourire, ils peuvent nous mettre à l'aise et nous affirmer dans les soins qu'on fait, qu'on est sur la bonne route pour faire ces soins là. Donc ça peut nous renseigner sur pleins de choses : sur les émotions de la personne, sur l'état de la personne. Parce qu'on peut aussi voir sur le plan somatique : si on voit qu'il n'y a pas de réactions oculaires et que la personne n'est pas réceptive à ce que l'on fait dans nos soins, c'est peut-être qu'il y a autre chose à faire en fonction. Je pense. Je ne sais pas si c'est ce que tu attends ?

Moi : En tout cas, c'est une réponse mais je vais juste insister un peu : Est-ce que le fait de regarder un patient dans les yeux, vous apporte autre chose ? Parce vos patients, vous les connaissez. Est-ce qu'à un moment donné, à travers le regard de ces patients là, vous pouvez, peut-être, interpréter un changement ?

IDE : Donc la question est : Est-ce que le regard d'un patient peut me faire changer mon soin ?

Moi : Oui, par exemple.

IDE : Oui, oui, ben oui ! Si je vois par exemple que le patient est douloureux, je peux arrêter mon soin, au milieu de tout, pour ne pas continuer et persister sur cette douleur là. Si je vois qu'elle est angoissée, je peux arrêter pour lui expliquer le soin et l'intérêt du soin, ou pour la réassurer.

Moi : Donc, ça c'est bien des éléments que vous voyez dans le regard ? L'angoisse ? La douleur ?

IDE : On peut voir ça, en partie dans le regard et en partie dans le faciès qui peut aussi tout nous dire. Mais...Enfin, le faciès et le regard font partie de la même chose. Mais on peut estimer, en regardant la personne, qu'elle ne va pas bien ou qu'il faut faire quelque chose. Et là, faut changer son mode de fonctionnement en fonction de comment réagit la personne. Est-ce qu'il faut faire quelque chose ? Avertir les médecins pour les prévenir d'un changement de regard....enfin, on va peut-être pas dire regard ... mais d'un changement comportement lors d'un soin mais en incluant le regard aussi.

Moi : Donc, si je vous comprends bien, un changement de comportement peut se voir à travers le regard ?

IDE : ça peut... ça peut se lire en tout cas pendant un soin.

Moi : Vous le voyez ça ici ? En psychiatrie ?

IDE : Je ne dirais pas en psychiatrie mais chez les personnes en fin de vie.

Moi : Bon, très bien. Alors, la question 6 est une question un peu plus personnelle : Est-ce que vous avez vécu une situation marquante dans laquelle, le regard d'un patient était expressif ?

Et si oui, je vous demanderais de bien vouloir me la décrire brièvement? (contexte, service, pathologie...) Un regard qui vous aurait marqué, interpellé ?

IDE : (L'IDE cherche une réponse longuement, et finit par répondre) Oui oui, bien sûr. On voit souvent des situations qui peuvent nous marquer mais là...Je vais rester encore dans la fin de vie, sur le regard d'une personne qui était en fin de vie. En fait, l'expression que la personne donnait par l'intermédiaire du regard, laissait montrer que la personne n'était pas à l'aise dans le soin, et qu'elle était douloureuse. Et cela, nous obligeait à réévaluer le traitement pour lui éviter cette douleur, qui était liée à la fin de vie. Je ne sais plus quel âge elle avait mais...y'a pas d'âge de tout façon...

Moi : Donc à partir de l'observation du regard de cette patiente, vous avez pu voir qu'elle n'était pas soulagée ?

IDE : Non, pas soulagée au niveau de la douleur et malheureusement, elle était douloureuse pendant les soins. Ça nous dérange quand on est soignant. Enfin, moi je sais qu'en tant que soignant, quand on voit une personne qui est douloureuse et en plus, quand elle le fait s'exprimer.... Enfin, elle ne l'exprime pas oralement, mais elle l'exprime par un regard ou par un faciès. Et c'est encore plus gênant parce qu'on se dit : qu'on n'est pas.... Est-ce qu'on a mal fait quelque chose ? Est ce qu'on lui a fait mal ? Donc, du coup, oui, on averti les médecins pour pouvoir mettre en place quelque chose. Et on remplit des feuilles concernant l'évaluation de la douleur du patient comme Algoplus et Dolo plus qui nous permettent d'évaluer la douleur de la personne et de nous conforter dans notre idée que la personne était douloureuse. Et tout ça peut se faire par l'intermédiaire du regard aussi.

Moi : Très bien, est ce que vous voulez rajouter quelque chose sur ce qu'on s'est dit ou sur le thème que j'ai choisi ?

IDE : C'est un très bon thème, que je n'aurais pas fait personnellement parce que je le trouve très complexe au niveau des recherches. Mais en tout cas, c'est un thème intéressant, et à explorer aussi j'imagine ?

Moi : oui, y'a de quoi dire.

IDE : Y'a de quoi dire oui. Là, moi, j'ai beaucoup parlé de la fin de vie, parce que dans mon parcours, je n'ai pas fait beaucoup de stages, par exemple dans le milieu de l'enfance où le ressenti peut être différent. Mais c'est vrai, je pense qu'il y a pleins d'éléments qui peuvent être découverts par l'intermédiaire du regard.

Moi : Je suis assez étonnée, pour avoir fait un stage ici, que vous n'avez pas abordé l'agressivité dans le regard.

IDE : Dans le regard, oui. C'est parce qu'en toute franchise, je ne vois pas l'agressivité dans le regard, en fait. Déjà, je n'en vois pas beaucoup. J'en vois quand même, je ne vais pas te mentir. C'est vrai que là, maintenant que tu me le dis. Mais l'agressivité, pour moi, elle est exprimée dans tous ses sens. Mais c'est vrai que maintenant que tu me le dis, ça peut être logique : un regard noir... Mais oui, c'est vrai qu'on peut voir qu'une personne commence à monter par un regard noir, un regard fixe.

Moi : Moi, c'est ce que j'avais pu observer ici.

IDE : Oui

Moi : C'est quelque chose qu'on sait évidemment ! Quand quelqu'un est en colère, ça se voit, y compris dans son regard. C'est quelque chose qu'ici j'avais pu voir. Également, ici, je trouvais que le changement d'humeur était flagrant dans le regard de certains patients, notamment ceux qui ont des troubles bipolaires. On voit aussi à travers le regard.

IDE : Oui, c'est vrai.

Moi : Il y a beaucoup de choses qui se voient, il n'y a pas juste le côté somatique.

IDE : Oui, c'est vrai. Même chez des personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer, dans le regard, on voit qu'elles sont perdues aussi ! Mais oui, après c'est vrai que j'ai beaucoup utilisé et je l'admets, le côté somatique. C'est ce qui m'est venu quand tu m'as parlé du regard. C'est souvent avec des personnes en fin de vie et tout ça. Et c'est vrai que je n'ai pas vraiment réfléchi à autres choses. Et le regard, oui, au niveau de l'agressivité : parce que moi, l'agressivité, je l'interprète sur un changement de comportement normal enfin.... (L'IDE cherche ses mots)

Moi : Dans une globalité.

IDE : Oui, qui englobe tout : le regard, l'humeur, une irritabilité...

Moi : Le ton de la voix et tout ça.

IDE : Oui ! Et oui, maintenant que tu me le dis, si, on voit avec des personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, le fait d'être perdu. Ou même des démences.... Le fait de les voir totalement perdus dans une structure, ils viennent nous voir... Enfin, après j'utilise

souvent les mêmes termes mais ils sont totalement angoissés et ils ne savent pas ce qu'ils font là. Et on essaye de les rassurer comme on peut.

Moi : Et dans certains délires ? Qu'il y a peut-être moins ici parce qu'ils sont stabilisés. Mais pour avoir été dans un service d'admission, dans certains délires vous avez peut-être vu ça ?

IDE : Après c'est vrai que dans le service d'admission à Isatis, j'y suis resté que très peu de temps. Mais ce que j'ai pu constater, c'est des changements de comportement chez des personnes âgées atteintes soit de démences, soit de la maladie d'Alzheimer. Mais je n'ai pas souvenirs d'avoir vu d'anciens troubles psychiatriques renaissants entre guillemets... Enfin, comme ça, à chaud, je ne vois pas de.... Je ne me souviens pas en tout cas... Il y a dû en avoir sûrement d'ailleurs, mais, ils devaient déjà être stabilisés quand je suis arrivé. Mais je ne me souviens pas...

Moi : Bon ben, je vous remercie.

	Entretien n°1 : IDE SSR	Entretien n°2 : IDE MAS	Entretien n°3 : IDE USLD
<u>Question 1 :</u> Pouvez-vous me dire depuis combien de temps est-ce que vous avez votre diplôme d'infirmière et me décrire brièvement votre carrière? <u>Objectif :</u> Débuter l'entretien et faire plus ample connaissance avec l'infirmier (ère) interviewé(e) et son parcours professionnel	Diplômée depuis juillet 2013 (1 an) Travaille au SSR (Clinique privée) depuis 9 mois	Diplômée depuis 1998 (16 ans) De 1998 à 2009 : A travaillé à l'hôpital pénitencier de Frênes Depuis 2009 : (5 ans) Travaille à la MAS	Diplômé depuis juillet 2012 (2 ans) A travaillé dans une maison de retraite pendant 4 mois après l'obtention de son diplôme A travaillé 2 mois ½ dans un service d'admission en gériatrie psychiatrie Travaille à l'USLD depuis le 15 janvier 2013 (1 an ½)
	Entretien n°1 : IDE SSR	Entretien n°2 : IDE MAS	Entretien n°3 : IDE USLD

<u>Question 2 :</u> Sur votre lieu de travail, avez-vous des patients privés de l'usage de la parole ? Pouvez-vous me dire quel contexte a conduit ces patients à être privés du langage ? <u>Objectifs :</u> Evaluer si le choix de ce professionnel pour mon entretien exploratoire est pertinent. Enrichir mes recherches en répertoriant les contextes ayant conduit à une privation de l'usage de la parole.	Oui, à de nombreuses reprises Dans le secteur AVC du SSR Avec des patients aphasiques Des patients en fin de vie Des patients Alzheimer	Oui, y'en a qui ne parlent pas du tout, qui n'ont aucune communication verbale (d'émission de mots) mais certains ont des émissions de sons (cris). On fait beaucoup d'hypothèses à savoir si l'expression verbale par cris peut dire quelques choses On a un patient, c'est un infarctus avec un arrêt cardiaque et il a été réanimé cérébraux-lésé On en a un qui a une chorée de Huntington Pour moi, ils communiquent tous !	Oui, ça m'est déjà arrivé de faire des soins à des patients qui étaient privés de la parole ou mais qui pouvaient toujours faire des bruits Des patients qui ont des aphasies suite à des AVC Des patients psychotiques, qui se renferment sur eux-mêmes et qui parlent très peu Des patients en fin de vie.
Entretien n°1 : IDE SSR			

		Entretien n°2 : IDE MAS	Entretien n°3 : IDE USLD
<u>Question 3 :</u> Selon vous, a quelles difficultés peuvent être confrontés les infirmières dans la prise en charge d'un patient non-communicant verbal ? <u>Objectifs :</u> Identifier les difficultés perçues par les infirmiers(es) dans la prise en charge de patients privés de la parole.	Notre peur à nous de ne pas comprendre	C'est très déstabilisant	C'est vrai que ça peut nous amener à être en difficulté
	L'expression des besoins du patient	La 1 ^{ère} difficulté, c'est qu'on n'a pas de réponses	Au niveau somatique, pour savoir s'ils sont assez soulagés, au niveau de la douleur
	C'est de ne pas comprendre les besoins du patient alors que c'est une chose primordiale dans la relation	On ne peut pas savoir où est-ce qu'il a mal	C'est assez difficile, d'essayer de comprendre les patients qui ont eu des AVC et qui émettent des bruits : On ne sait pas ce qu'ils ont. Est-ce qu'ils sont fatigués, douloureux ou fiévreux ?
	Sa peur à lui aussi, de ne pas se faire comprendre et de ne pas pouvoir s'exprimer.	On n'a pas de certitudes Il faut travailler en équipe pluridisciplinaire avec différentes personnalités et sensibilités	Les Psychotiques arrivent à se faire comprendre par la gestuelle
	Entretien n°1 : IDE SSR	Entretien n°2 : IDE MAS	Entretien n°3 : IDE USLD

<u>Question 4 :</u> Vous sentez-vous toujours à l'aise pour communiquer avec un patient qui ne parle pas ? L'absence de feed-back verbal vous dérange-t-il ? <i>Objectif : Recueillir le ressenti du professionnel. Favoriser la verbalisation de situations vécues afin de pouvoir confronter mon vécu avec celui d'autres professionnels dans la partie analyse.</i>	Non, on n'est pas toujours à l'aise Mais je pense que la relation soignant-patient ne s'arrête pas à la communication verbale On a d'autres relations avec le patient La relation de confiance peut nous aider à nous mettre à l'aise, et elle ne passe pas forcément par la parole L'absence de feed-back me dérange parce qu'on ne sait pas si le patient est satisfait mais on va le savoir autrement (sourire, regard, comportement) Ce n'est pas évident de ne pas avoir de retour du patient	Il y a un côté qui peut-être dérangeant parce qu'on n'a pas de réponses C'est vrai que c'est dur parce qu'on ne sait pas si on fait bien ou pas On s' imagine On cherche des réponses C'est comment dire.... Frustrant	Oui et non, ça dépend du contexte parce qu'un regard ou un soupire peuvent en dire long, et donc là, il y a un retour. C'est dérangeant quand même pour pouvoir agir au mieux pour le patient et améliorer la qualité des soins Est-ce qu'on fait bien ? Est-ce qu'il va bien ? Est-ce que la douleur est bien tolérée ? On utilise des outils pour évaluer la douleur mais il n'y a pas d'outil pour nous dire si un patient est angoissé	
	Entretien n°1 : IDE SSR	Entretien n°2 : IDE MAS	Entretien n°3 : IDE USLD	

<u>Question 5</u> : Etes-vous attentif à l'expression véhiculée à travers le regard de ces patients ? Quelle est pour vous l'apport, la plus value, la place du regard dans les soins infirmiers ? <i>Objectifs : Confirmer ou infirmer que le regard est un outil qui accompagne les soins. Voir si la notion d'interprétation du regard du patient apparaît et recenser les apports véhiculés par le regard.</i>	Oui, beaucoup, plus qu'avec un patient qui communique verbalement Je prends plus de temps avec lui, me mettre en face à face pour communiquer. La place du regard est indispensable Ça fait partie du soin C'est important cette relation par le regard, surtout avec des patients douloureux. On se comprend par le regard Ça nous ramène à une relation d'humain à humain et plus de soignant à soigné. Entretien n°1 : IDE SSR	Oui, c'est sûr qu'on est attentif Tu vois dans le regard : la crainte, la peur, le réconfort, la compréhension, l'apaisement, il y a plein de choses qui passent. Pour prendre contact : le patient sent qu'on est là Mais il y a des temps où, il n'y a rien, et là t'es déstabilisée mais il faut accepter qu'il n'y ait rien. La place du regard est importante, c'est une double communication, c'est un révélateur, un indicateur. C'est le regard de l'âme Pupillomètre pour évaluer la douleur en salle de réveil et en réanimation permettant d'avoir une note fiable de la douleur du patient. Entretien n°2 : IDE MAS	Il faut être attentif Pour être dans la bienveillance et dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie du patient, on utilise le regard, le corps et tout son langage, et l'observation. Le regard peut véhiculer la peur, la douleur, la tristesse, la joie. Le regard et le faciès d'un patient peut me faire changer mon soin (douleur, angoisse, absence de réaction oculaire) Un changement de comportement peut se lire à travers le regard pendant un soin. L'agressivité : regard noir et fixe. Regard perdu des patients Alzheimer Entretien n°3 : IDE USLD
---	--	--	--

<u>Question 6 :</u> Avez-vous vécu une situation marquante dans laquelle le regard d'un patient était expressif ? Pouvez-vous me la décrire succinctement? (contexte, service, pathologie...) <u>Objectifs :</u> Permettre aux professionnels de s'exprimer sur ce sujet et évaluer le degré de frustration vécu par l'infirmier (ère).	On en a tellement ! Exemple le plus récent, hier : Patiente en fin de fin : Les yeux grands ouverts, écarquillés, le regard vide. On s'est capté du regard tout de suite et j'ai sentie qu'elle avait besoin de cela à ce moment là. J'ai compris dans son regard qu'elle n'avait pas de douleur. 2^{ème} exemple : Dame AVC : regard vide et désintéressé. Quand on n'arrive pas à capter le regard du patient, ça nous ramène à des choses difficiles, ça peut emmener de la souffrance, j'ai ressenti mes limites.	J'ai croisé tellement de regards, mais pas de grosse situation. Tous les jours c'est un indicateur, de la peur, de la douleur, du bien-être. Exemple d'un patient On voit ses yeux s'écarter, on sent de la crainte et de la peur quand on s'approche de lui avec un chariot, parce qu'il a les pieds qui dépassent du fauteuil et qu'il a déjà eu des chocs.	On voit souvent des situations qui peuvent nous marquer. Exemple d'une personne en fin de vie : L'expression montrait sa douleur. Est-ce qu'on lui a fait mal ? Est-ce qu'on fait mal les choses ?
<u>Question 7 :</u> Avez-vous autres	Entretien n°1 : IDE SSR La communication non-verbale,	Entretien n°2 : IDE MAS C'est très intéressant.	Entretien n°3 : IDE USLD C'est un très bon thème

choses à rajouter ? <i>Objectifs : Recueillir les impressions spontanées de l'interviewé(e), favoriser l'expression de nouveaux concepts que je n'aurais pas abordés et finaliser l'entretien.</i>	par le regard, le toucher, le sourire, est importante avec les patients aphasiques, en fin de vie ou Alzheimer. Il faut penser à toutes ces petites choses d'à côté, auxquelles on ne prête pas souvent attention, parce que ça nous paraît naturel, mais qui, finalement font beaucoup dans la relation et qui sont importantes nous ou pour le patient aussi.	il y a aussi, tout ce qui est psycho aussi, et le fait de regarder en haut, je ne sais pas si tu as essayé d'analyser ça : En haut la vérité, en bas à gauche on ment, bon je ne connais pas bien mais c'est quand même un reflet de ce que l'autre pense, sur sa façon d'être, est-ce qu'il est vrai ou pas vrai. Mais après il y a toutes les attitudes qui vont avec le regard.	Je ne l'aurais pas fait personnellement car je le trouve très complexe au niveau des recherches. Ça doit être intéressant à explorer j'imagine
---	---	---	--

Annexe n°3 :

Les yeux sont le miroir de l'âme

Quand le temps montre sa détresse
Quand mon cœur se serre de tristesse
Lorsqu'il contemple cette époque
Où la mort n'est rien et que l'on moque.

Quand paraît l'affreuse multitude
Mon cœur se serre de solitude
Quand toutes les bouées se sont enfuies
Que reste-t-il dans ce monde détruit ?

Il me reste tes yeux et ton regard
Ces véritables miroirs de l'âme.
Pour ce voyageur que la nuit égare
Ce sont deux guides sûrs dont la flamme
Fait renaître l'espoir
Ne serait-ce qu'un soir.

Profonds comme deux puits
Mystérieux comme la nuit
Ils brûlent pour toujours
Aux flammes de l'amour.

Légers comme une pluie
Sous la lune qui luit
Ils savent consoler
Les esprits égarés.

Tristesse et solitude se meurent
Au soleil de tes yeux qui m'effleurent.
Leurs rayons, au travers de mes larmes
Firent un arc-en-ciel de mes drames.

Poème d'Yves le Guern

