

Institut de formation en soins infirmiers

Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres
2 Rue de l'Abreuvoir BP 184
79103 THOUARS

SVP*, ECOUTEZ MOI !

U.E. 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Epreuve écrite du diplôme d'état d'infirmier – session Juin 2016
Travail de Fin d'Etudes présenté par, Justine, BERTIN,
Promotion 2013-2016

*SVP : S'il vous plaît.

Sommaire

Introduction	1
1. Situation de départ	2
2. Questionnement et analyse	3
3. Question de départ provisoire	4
4. Phase exploratoire	5
4.1. Les interactions verbales et non verbales dans les soins	5
4.1.1. La communication soignant/soigné	5
4.1.2. Le toucher entre le soignant et le soigné	6
4.2. La relation d'aide à travers les soins	6
4.2.1. La disponibilité du soignant	6
4.2.2. L'empathie dans les soins	7
4.2.3. L'écoute active	7
4.3. L'AVC : pathologie de santé publique	8
4.3.1. Qu'est-ce-que l'Accident Vasculaire Cérébral ?	8
4.3.2. Incidences psychiques après un diagnostic : les émotions	8
4.4. Un service pas comme les autres : les urgences.	9
4.4.1. Les missions d'un service d'accueil des urgences	9
4.4.2. L'organisation d'un service d'accueil des urgences	9
4.4.3. L'adaptation vs l'adaptabilité	9
5. Question de départ définitive	10
6. Phase conceptuelle	10
6.1. Concept de communication	10
6.2. Concept d'adaptation	13
7. Hypothèse de recherche	15
8. Entretiens semi-directifs	16
8.1. Choix de l'outil d'enquête et des personnes interrogées	16
8.2. Analyse des données recueillies	17
9. Confrontation de l'hypothèse de recherche	19
Conclusion	20
Bibliographie	21
ANNEXES	23
Annexe I : Grille d'entretien semi-directif	24
Annexe II : Guide d'entretien semi-directif	26
Annexe III : Entretien N°1 : Infirmière en Neurologie	28
Annexe IV : Entretien N°2 : Infirmière en Médecine	31
Annexe V : Entretien N°3 : Infirmière en SSR	34
Annexe VI : Grille de dépouillement des entretiens	36

Introduction

Un AVC¹ toutes les 4 minutes ! Selon une étude de l'INVS² (Institut de Veille Sanitaire), en janvier 2012, 470 000 personnes en France auraient déjà fait un AVC et les deux tiers ont toujours des séquelles. Les troubles du langage ou de l'articulation représentent 33.9 % des cas. Ainsi, je vous présente mon Travail d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (T.I.R.S.I.), qui porte le titre « SVP, écoutez-moi ! », ce titre fait référence aux difficultés de communication entre les patients et les soignants. Le mot « écoutez » représente aussi les différentes manières « d'entendre » le patient et ses demandes. De plus, le mot « s'il vous plait » signifie la détresse que peut ressentir une personne qui n'arrive pas à se faire comprendre.

J'ai fait le choix de partir d'une situation vécue en stage lors de ma deuxième année d'études. Le thème général porte sur les capacités d'adaptation de l'infirmière lors d'une prise en soins d'un patient présentant des difficultés de communication verbale. Afin de mener ce travail, je vais dans un premier temps vous décrire ma situation vécue avec cette patiente. Je répondrai ensuite aux questions que cette pratique a soulevées puis poursuivre avec une analyse de ces interrogations afin d'arriver à la rédaction d'une question de départ provisoire. Cette question me permet de construire ma phase exploratoire qui m'autorise à rechercher plusieurs abords différents sur la communication soignant/soigné, la relation d'aide, la pathologie concernée et le contexte du soin. Ces recherches m'ont orientée afin de construire la question de départ définitive qui va ensuite me permettre d'appréhender les concepts de communication et d'adaptation suivant plusieurs axes. Puis, l'orientation de mon travail m'amène à établir une hypothèse de recherche. Afin d'affirmer ou infirmer mon hypothèse, j'ai réalisé trois entretiens semi-directifs auprès d'infirmières en service de soins qui m'ont permis de faire une analyse des réponses obtenues.

L'intérêt que je porte personnellement pour ce thème provient d'une remise en question suite à plusieurs situations où un défaut de communication a été révélé. Mes valeurs portent sur une prise en soins optimale qui passe par l'instauration d'un climat de confiance, une écoute active, une disponibilité et l'évaluation de la douleur. Une personne ayant des difficultés de communication ne peut exprimer ses demandes, c'est pour cela que trouver des moyens, des outils afin d'échanger avec le patient me paraît important. Sur le plan professionnel, ce travail m'a permis d'effectuer des recherches plus approfondies, afin de pouvoir le mettre en œuvre lors de mes prises en soins en stage, puis après l'obtention du diplôme d'État. De plus, établir une communication dans les soins est importante, la personne doit comprendre nos gestes et pourquoi nous les réalisons.

¹ Accident Vasculaire Cérébral

² FranceTV. Les séquelles après un AVC [en ligne]. Dominique Tchimbakala, 10/01/2012.

1. Situation de départ

La situation que je vais vous décrire se passe dans le service des urgences pour adultes et enfants. Le mardi de ma deuxième semaine de stage, je suis du soir, je travaille donc de 13h50 à 21h20. Je viens d'arriver dans le service, il est 13h50, l'aide-soignante me demande d'aller retirer le bassin à une patiente qui se trouve dans le couloir. Elle m'indique où est exactement la patiente car il y a une forte affluence dans le service et toutes les salles d'examen sont occupées, donc certains patients se trouvent dans les couloirs. Madame L se situe dans un couloir près du poste infirmier, un peu en retrait du passage des autres patients pour lui garantir un minimum d'intimité. Cette forte affluence a pour conséquence une saturation du service et une forte activité pour l'équipe soignante. Les missions de l'aide-soignante qui est seule se font dans le service des urgences mais aussi pour les lits-portes.

Je vais donc en direction de Mme L, je me présente, je lui demande si elle a fini d'uriner, elle me répond « oui ». J'explique tout ce que je fais à Mme L, elle me répond toujours « oui ». Je lui demande de se mettre sur le côté pour que je puisse retirer le bassin, elle me répond « non » en me montrant avec son bras gauche, son bras droit et sa jambe droite. Je lui dis : « vous n'arrivez pas à plier votre jambe ? », elle me répond « non ». Comme c'est le début de mon service, je ne connais pas cette personne, en constatant qu'elle n'arrive pas à bouger tout le côté droit et que son faciès droit n'a plus de tonus musculaire, je pense à une hémiplégie du côté droit.

Après avoir réinstallé Mme L, cette dernière me dit « nana-nana » en se montrant, puis elle montre le couloir. Son faciès du côté droit ne bougeant pas, l'articulation est difficile. J'essaie de comprendre ce qu'elle souhaite, donc quand elle répète « nana », je lui dis que j'ai compris qu'elle voulait quelque chose, elle me dit « oui ». Je lui demande si elle veut aller quelque part, elle me dit « non », je lui pose beaucoup de questions, « est-ce qu'elle veut voir une infirmière, un médecin, manger, boire, est-ce qu'elle a des douleurs ? ». Elle me répond non « nana-nana ». Je constate qu'elle commence à s'énerver, elle bouge, soupire, commence à pleurer et répète de plus en plus vite « nana-nana ». Je m'excuse de ne pas comprendre ce qu'elle veut dire et de ne pas pouvoir répondre à sa demande. Elle me prend la main et me fait des caresses en soupirant. Je m'excuse une nouvelle fois, je lui dis que je vais aller chercher une infirmière. Cette dernière me dit qu'une salle de soins se libère, nous installons donc Mme L, l'infirmière lui pose les mêmes questions mais elle pleure et ne nous parle plus. Elle se retourne vers moi, et voit ma montre puis dit « nana », je lui demande si elle veut l'heure, elle me dit non, je lui demande si elle veut savoir quand elle aura des résultats d'examen, elle me dit non. Je lui demande si elle veut un stylo avec du papier pour nous écrire ou dessiner ce qu'elle souhaite. Elle me répond non, et me désigne son bras droit.

L'infirmière me dit qu'elle ne connaît pas cette patiente, je l'informe que je vais regarder son dossier dans la salle de soins, peut-être qu'il nous apprendra quelque chose. Dans le dossier médical, je vois que sa sœur est désignée comme personne de confiance. En effet, à l'admission aux urgences, Mme L a désigné une personne de confiance et a donc donné son numéro de téléphone. Je retourne dans la chambre, je lui demande « vous cherchez une personne ? » Elle me répond « oui, oui, oui » et je vois du soulagement, elle ne pleure plus, me sourit, elle me reprend la main et la caresse.

Je lui demande « vous voulez voir votre sœur ? » elle me répond encore « oui, oui, oui ». L'infirmière dit qu'elle va aller voir si sa sœur est dans la salle d'attente. Mme L dit « nana » en montrant ma montre. Je lui demande « vous voulez savoir quand votre sœur arrivera ? » Elle me répond « oui, oui, oui » avec des soupirs puis ne dit plus rien et me regarde en me caressant toujours la main. Je lui demande si c'est cela qu'elle voulait nous poser comme question depuis le début, elle me répond oui, elle semble fatiguée car elle est essoufflée, ne parle plus et nous regarde.

Nous sortons de la chambre, puis l'infirmière va se renseigner, voir si la sœur de Mme L est dans la salle d'attente, mais non. J'appelle sa sœur qui me dit qu'elle arrive dans 30 minutes, puis je retourne informer Mme L. Je sors de la chambre et je décide de regarder plus attentivement le dossier. Je consulte une partie où sont notées les informations personnelles, Mme L est âgée de 41 ans, célibataire, sans enfant et habitant seule dans un appartement. Un résumé est fait par le médecin, Mme L a été adressée aux urgences pour une chute à son domicile, cette dernière a été retrouvée au sol sur le côté droit où elle serait restée 2 à 3 heures, c'est sa sœur qui l'a trouvée et qui a appelé les secours. Le médecin a posé un diagnostic, suite à son Accident Vasculaire Cérébral (AVC), Mme L a une hémiplégie du côté droit. Pour appuyer ce diagnostic, Mme L a fait plusieurs examens, un scanner et une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) qui permet de déterminer la cause de l'AVC en précisant le caractère ischémique de l'accident. Un bilan sanguin est également réalisé à la recherche de facteurs de risques d'athérosclérose car Mme L a un des facteurs de risque puisqu'elle est suivie par son médecin traitant pour une hypertension stabilisée grâce à un médicament du nom de « TIMACOR³ ».

2. Questionnement et analyse

Cette situation m'a interpellée car j'ai eu des difficultés pour communiquer avec cette personne, j'ai essayé de trouver des ressources pour comprendre sa demande. De là, je peux émettre un questionnement puis une analyse. En effet, comment établir une relation d'aide avec une personne peu communicante ? Au départ de la situation, je me suis présentée à la patiente, elle sait donc que je suis étudiante infirmière. La relation d'aide passe par la communication que nous avons, puisqu'elle peut me répondre par « oui, non ou nana ». L'entrée en relation peut aussi passer par les gestes, plus particulièrement le toucher. Mais portant plus d'attention sur la communication verbale, j'ai essayé d'introduire la communication non verbale, mais Mme L a refusé. Ce qui m'amène à me poser la question, quelles sont les conséquences d'un défaut de communication ? Par défaut de communication, je fais référence aux difficultés que Mme L peut avoir à exprimer ses demandes. En effet, j'ai essayé de trouver un moyen de communication non verbal devant ses difficultés d'articulation qui engendrent une non-compréhension de ses demandes. Devant ma difficulté à saisir sa requête, Mme L pleure, soupire et me fuit du regard. Comment rassurer une personne qui a des difficultés à se faire comprendre ? J'ai constaté que Mme L s'énervait mais les soignants doivent rester calmes et patients en essayant de comprendre la demande de la personne qui n'est pas toujours évidente, cela nous permet de porter une attention particulière à chaque geste, regard et émotion. Une adaptation des professionnels est donc importante pour comprendre et rassurer Mme L.

³ Timacor : antihypertenseur de la famille des bêtabloquants.

Quelles émotions Mme L peut-elle ressentir sur sa prise en charge et sur le diagnostic récent d'AVC ? Les émotions chez l'être humain sont très nombreuses, après le diagnostic d'AVC, Mme L va peut-être passer par différentes émotions, c'est ce qui est nommé « les étapes de deuil ». D'autres émotions peuvent surgir du fait de sa prise en soins. En effet, la forte affluence aux urgences a-t-elle eu un impact dans la prise en charge de Mme L ? Au moment de sa prise en soins aux urgences, il y a une forte affluence dans le service, ce qui a conduit à placer les patients dans le couloir. Mme L se trouve près du poste infirmier avec beaucoup de passage des soignants mais en cas de demande urgente, il n'y a pas de sonnette présente et par conséquent, la patiente peut se sentir isolée, rejetée et pense peut-être avoir été oubliée.

Je vais vous faire part de mes émotions lors de cette situation, est-ce qu'elle a ressenti ma gêne de ne pas comprendre sa demande ? Plus le temps passait, plus je ressentais de la gêne face à une personne qui venait d'avoir un AVC, je ne comprenais pas ce qu'elle souhaitait me dire, je ne savais pas comment la rassurer, j'essayais de construire des questions courtes et fermées pour qu'elle puisse me répondre par oui ou non. Lors de nos échanges, je pensais à une hémiparésie mais ce n'était peut-être pas le bon diagnostic, peut-être avait-elle d'autres atteintes et ne comprenait pas mes questions. Ce contact que Mme L a eu en me prenant la main, est-ce que c'était pour se rassurer ou me rassurer ? Lorsque j'essayais de comprendre sa demande, elle m'a pris la main à plusieurs reprises pour effectuer des caresses. Cette action m'a surprise car elle semblait énervée et je pensais que cette colère était dirigée contre moi car je ne comprenais pas sa demande. Mais je me suis posé la question inverse, et si Mme L accomplissait ce geste pour me rassurer sur le fait que je ne comprenais pas sa demande mais que j'essayais de trouver des solutions pour l'aider.

La situation s'est passée au début de mon service, si j'avais eu le temps de consulter le dossier patient, est-ce que j'aurais agi différemment ? Ou s'il y avait eu des transmissions, cela aurait-il permis de faciliter ma prise en charge ? Pour moi, le fait que je sache la pathologie de Mme L avant ou après ma prise en soins ne m'aurait pas aidée à trouver les outils nécessaires afin d'établir une communication optimale. Quelques éléments auraient pu m'aider à la compréhension de la situation, comme connaître dès le début sa personne de confiance. Mais si Mme L avait eu une autre demande, le problème de communication aurait été le même. Les difficultés rencontrées dans cette phase de questionnement m'ont permis de m'interroger sur la situation. De plus, cette phase va m'aider à construire et développer une question de départ provisoire.

3. Question de départ provisoire

En effet cette partie est nécessaire afin de vous expliquer les mots-clés choisis que je souhaite développer. Ma question de départ provisoire est :

En quoi la communication de l'infirmière impacte-t-elle sur la prise en soins d'une personne ayant des séquelles d'AVC dans un service des urgences ?

Cette question de départ provisoire précise mes recherches que je souhaite faire dans ma phase exploratoire. Dans cette partie, je vais vous présenter la communication, l'adaptation, l'adaptabilité, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral ainsi que l'organisation et les missions d'un service des urgences.

4. Phase exploratoire

Dans cette phase exploratoire, je souhaite débiter mes recherches par la communication. En effet, lors de ma situation, la première difficulté a été de comprendre la demande de Mme L. La communication lors des soins est importante pour moi, car pour installer une relation d'aide, le patient doit avoir confiance dans le soignant.

4.1. Les interactions verbales et non verbales dans les soins

4.1.1. La communication soignant/soigné

Selon Albert Mehrabian⁴, professeur de psychologie, « le sens d'une conversation repose sur la communication verbale (par la signification des mots) pour 7 %. Sur la communication vocale (intonation et son de la voix) pour 38 %. Et sur la communication visuelle (expressions du visage et du langage corporel) pour 55 % ». Ce qui m'amène à constater que la communication non verbale a un impact plus important que la communication verbale. Car à elle seule, cela signifie plus de la moitié des conversations. Nous privilégions la communication verbale car elle nous permet d'exprimer nos besoins, sans remarquer que notre corps s'exprime lui aussi par des mimiques, des postures, notre respiration...

Dans une communication, il y a cinq éléments de base⁵. L'émetteur produit le message, il est à l'origine de l'information. Ensuite, il y a un récepteur, qui reçoit le message, c'est le destinataire de l'information. Nous interagissons ensemble, ce qui permet de constituer le message, c'est l'information transmise à quelqu'un par écrit, oral ou visuellement. Le message est porteur d'intention, il est constitué de deux composantes : le contenu et le sentiment. Le contenu, c'est le mot à mot qui constitue la conversation. Et le sentiment, c'est la façon dont le message est porté, principalement au niveau du non verbal. Le troisième élément de la communication est le canal, c'est le moyen physique ou matériel permettant la transmission de l'information. Et le dernier élément est le feed-back ou rétroaction, c'est la réponse renvoyée vers l'émetteur qui valide la réception du message. L'envoi d'un message retour permet à l'émetteur de savoir si son message initial est bien passé.

La communication verbale⁶ doit-être simple, claire, concise et précise, dans le but que le message envoyé entre émetteur et récepteur soit compris. Mais le message passe aussi par la communication non verbale, aussi appelé paralangage qui peut donner une signification complémentaire au message. D'après Wilson EO., sociologue à Harvard⁷, les comportements non verbaux apportent des informations sur l'état affectif et pulsionnel de l'émetteur, sur son identité et sur le milieu extérieur dans lequel se déroulent les échanges. Les mots n'arrivent pas toujours à transmettre tout le message que l'on désire faire connaître. Les expressions du visage et les mouvements corporels peuvent exprimer diverses émotions (peur, joie, angoisse, doute...). La gestuelle a été le premier moyen de communication entre les individus et constitue le paralangage qui accompagne et complète le message verbal. Le deuxième mode

⁴ FOURNIVAL, Nathalie ; GROFF, Maria-alexandra ; MARQUET-WITTIG, Aline. *Relation Communication*. Lamarre, 2012, p 17.

⁵ *Ibid.* p 20.

⁶ *Ibid.* p 22.

⁷ MAZAUX, J-M ; DE BOISSEZON, X et al. *Communiquer malgré l'aphasie*. 1^{ère} édition. Sauramps médical, 2014, p 30.

est le toucher, le contact physique entre deux personnes a une grande charge émotionnelle. Lorsque Mme L a pris ma main, j'ai pu ressentir qu'elle souhaitait du réconfort.

4.1.2. Le toucher entre le soignant et le soigné

Selon France Bonneton-Tabariés⁸, dans la relation à l'autre, le toucher peut provoquer une répulsion, représenter une agression, ou au contraire jouer un rôle apaisant et bienfaiteur. Le toucher est aussi une forme de communication, comme toute communication, toucher implique toujours deux personnes : celui qui touche, celui qui est touché. Si cela est possible, il est recommandé de demander au patient une participation dans la mise en place qu'exigent certains soins. Toutefois, il est souvent nécessaire de contribuer à l'adaptation de sa position pour que le travail se fasse dans les meilleures conditions. Pour moi, en cas d'AVC, le toucher peut être impacté par le fait qu'il peut y avoir des paralysies des membres supérieurs ou une atteinte sensorielle des doigts due aux atteintes neurologiques. Avec le toucher, le soignant pénètre dans la sphère intime du patient. Dans ma situation, Mme L me prend la main, cela signifie qu'une relation de confiance s'est installée, je souhaite aborder cette relation au sens le plus large, pour moi une relation de confiance débute par une relation d'aide.

4.2. La relation d'aide à travers les soins

La relation⁹ se définit habituellement par la communication entre deux individus. Nous communiquons pour partager des relations, des émotions, des sentiments et des expériences, mais aussi pour exprimer et satisfaire nos besoins. Les valeurs nécessaires à la relation sont la disponibilité, la considération, l'empathie, l'écoute... Selon Carl Rogers¹⁰, psychologue humaniste américain, la relation d'aide est une relation duelle dont la visée est d'accompagner la personne dans la résolution d'un problème de santé, social ou existentiel. Cette approche est de ne pas faire à la place de la personne mais d'accompagner celle-ci dans ses choix en respectant ses valeurs, ses désirs, son rythme. Selon Reynolds¹¹ (1999), les objectifs d'une relation d'aide sont une communication interpersonnelle de soutien afin de comprendre les besoins d'une personne, la résolution de problème. Pour moi, une relation d'aide passe d'abord par la disponibilité du soignant. Dans ma situation, ma disponibilité a fait que j'ai pu prendre le temps de chercher à comprendre la demande de Mme L.

4.2.1. La disponibilité du soignant

Les auteurs du livre relation, communication¹², précisent la disponibilité comme étant l'assurance d'une communication de qualité. Cela permet une meilleure concentration, une meilleure observation et une meilleure réceptivité lors de l'échange. Selon moi, dans cet échange, le soignant doit faire preuve d'empathie afin de comprendre les demandes, c'est ce que j'ai mis en place dans ma situation auprès de Mme L.

⁸ BONNETON-TABARIES, France ; LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-line éditions, 2013, p 19 et p 40.

⁹ FOURNIVAL, Nathalie ; GROFF, Maria-alexandra ; MARQUET-WITTIG, Aline. *Relation Communication*. Lamarre, 2012, p 31.

¹⁰ ARGENTY, Jean. *Précis de soins relationnels*. Lamarre, 2012, p 56.

¹¹ DELMAS, Philippe ; STORMACQ, Coraline. Relation d'aide et soins infirmiers. *Santé mentale*. Février 2015, N° 195, p 48.

¹² FOURNIVAL...*Ibid*. p 31.

4.2.2. L'empathie dans les soins

Pour moi, c'est se mettre à la place de l'autre et ressentir ses sentiments et ses émotions sans laisser apparaître ses propres émotions. Selon Carl Rogers¹³, l'empathie est une disposition d'esprit du soignant dans la relation qui lui permettrait de percevoir et de ressentir les affects vécus par la personne soignée sans pour autant qu'ils deviennent les siens. Pour B. Amar et J.-P. Guéguen¹⁴, l'empathie se définit comme une attitude au cours de laquelle la personne qui mène l'entretien s'efforce de comprendre l'autre en adoptant son point de vue, ses opinions. Elle accepte les valeurs de l'autre et adopte une attitude de non-jugement. Dans un reportage lors du journal de 20 h présenté par David Pujadas¹⁵, l'empathie fait partie d'un sujet où des scientifiques allemands dirigés par le Dr Felix Warneken se sont questionnés sur le fait que l'empathie est soit innée, soit le résultat d'une éducation. D'après leurs expériences avec des enfants de 18 mois à 5 ans, l'empathie apparaît comme innée chez les enfants mais, pour que cela perdure, il faut que cela entre dans l'éducation. Au vu de ces recherches, l'empathie est possible dans la mesure où le soignant fait preuve d'écoute envers le patient pour comprendre ses émotions.

4.2.3. L'écoute active

L'écoute¹⁶ permet l'expression des sentiments et des émotions. Lorsqu'un professionnel de santé est dans une écoute active, il est alors capable de décoder la dimension affective généralement non verbalisée. Une écoute active demande une attention soutenue vis-à-vis du patient dans sa globalité. En effet, l'état psychologique de la personne peut influencer l'écoute. La fatigue, l'anxiété, la douleur... empêchent la personne préoccupée d'être attentive aux paroles des soignants. Des phénomènes extérieurs¹⁷ comme le précise RENY Pascale, peuvent modifier le sens du message, pour les personnes malentendantes ou les personnes atteintes de pathologies comme l'aphasie ou l'aphonie. Mais aussi, des difficultés liées au code verbal, le vocabulaire médical, n'est pas compréhensible pour tous, il faut donc adapter son langage pour aider à la compréhension du message. Dans cette partie, je souhaite définir l'aphasie et l'aphonie afin de comprendre l'impact sur la communication. Selon le dictionnaire médical¹⁸, l'aphasie est un trouble du langage consécutif à une lésion cérébrale qui perturbe l'utilisation des règles nécessaires pour la production et/ou la compréhension d'un message verbal. Il existe plusieurs types d'aphasie, l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke. Je souhaite définir également l'aphonie¹⁹, selon le dictionnaire médical, l'aphonie est une perte ou un affaiblissement de la voix dus à une cause locale. L'aphasie peut être une séquelle suite à un AVC, c'est pour cela que définir ce dernier me paraît important pour comprendre les difficultés que Mme L a pu ressentir.

¹³ ARGENTY, Jean. *Précis de soins relationnels*. Lamarre, 2012, p 59.

¹⁴ FRIARD, Dominique. Entrée en empathie. *Santé mentale*. Mai 2011, N°158, p 26.

¹⁵ PUJADAS, David. *Le journal de 20h de la rédaction de France2*. 01/02/2016. [Passage vidéo, 31:25 à 37:07]

¹⁶ FOURNIVAL, Nathalie ; GROFF, Maria-alexandra ; MARQUET-WITTIG, Aline. *Relation Communication*. Lamarre, 2012, p 32.

¹⁷ RENY, Pascale. *Savoir communiquer pour mieux aider*. 1^{ère} édition. Pearson. 2012, p 7.

¹⁸ QUEVAUVILLIERS Jacques. *Dictionnaire médical*. Masson, 2004, p 70

¹⁹ *Ibid* p 71.

4.3. L'AVC : pathologie de santé publique

4.3.1. Qu'est-ce-que l'Accident Vasculaire Cérébral ?

D'après le Figaro santé²⁰, l'AVC se définit comme un arrêt brutal de l'irrigation sanguine du cerveau qui entraîne une privation d'oxygène dans les zones cérébrales touchées. Il s'agit d'une urgence médicale qui peut être fatale. Dans la moitié des cas, il entraîne des séquelles d'autant plus invalidantes que la prise en charge aura été effectuée tardivement. L'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité en France. Dans 80 % des cas, l'AVC est secondaire à l'interruption de l'irrigation d'une partie du cerveau provoquée par un caillot qui obstrue une artère. On parle alors d'AVC ischémique ou d'infarctus cérébral. Dans les 20 % des cas restants, l'AVC est le fait d'une hémorragie cérébrale (anévrisme, tumeurs). Parfois, l'obstruction d'une artère cérébrale est temporaire, le caillot se résorbe en quelques minutes et n'engendre pas de séquelles. Ce phénomène s'appelle un accident ischémique transitoire (AIT).

Les facteurs de risque de cette pathologie sont l'âge, certaines maladies cardiaques, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, la consommation de tabac, alcool ou un antécédent d'AIT. Les symptômes de l'AVC sont très caractéristiques, une paralysie d'une partie du corps (membre, visage), des étourdissements, vertiges, pertes d'équilibre, des troubles de la vision, difficultés d'élocution et de compréhension. Ou dans certaines situations, des violents maux de tête accompagnés de nausées et de vomissements. Selon une étude de l'INVS²¹ (Institut de Veille Sanitaire), en janvier 2012, 470 000 personnes en France auraient déjà fait un AVC et les deux tiers ont toujours des séquelles. Les séquelles les plus fréquentes sont les troubles de l'équilibre (50 %) et de la mémoire (42 %). Mais aussi les atteintes motrices d'un ou de plusieurs membres (37.2 %) et ainsi engendrer une difficulté à la marche (42 %). Les troubles du langage ou de l'articulation représentent 33.9 % des cas. Mais aussi des troubles visuels (23.1 %), troubles sensitifs (19.6 %), incontinence urinaire (16.5 %) et troubles de la déglutition (13.3 %). Suite au diagnostic brutal d'un AVC, le patient peut ressentir plusieurs émotions différentes et contradictoires. Dans ma situation, Mme L pleure, me caresse la main puis est mutique. Elle est également seule dans le couloir après l'annonce récente d'un AVC, les émotions qu'elle traverse sont multiples.

4.3.2. Incidences psychiques après un diagnostic : les émotions

Dans cette partie, je souhaite aborder les émotions en passant par ce que l'on appelle les étapes de deuil. Le déroulement du deuil se construit en cinq phases ou émotions d'après Elisabeth Kübler-Ross²². La première phase, la dénégation, le patient se dit que ce n'est pas vrai, ça ne peut pas lui arriver à lui. La deuxième phase, c'est la rage et la colère. Le patient se dit pourquoi lui, qu'a-t-il fait pour mériter cela. La troisième phase est le marchandage, le patient accepte la pathologie mais essaie de négocier pour gagner du temps. La quatrième phase, c'est la dépression, le patient fait le bilan de sa vie. Puis la cinquième et dernière phase, c'est l'acceptation, le patient se dit que puisqu'il en est ainsi, il n'est ni heureux, ni malheureux. Dans ma situation, la forte affluence des urgences impacte sur les émotions de

²⁰ Le figaro.fr, Santé. Accident Vasculaire Cérébral [en ligne]. [s.d.].

²¹ FranceTV. Les séquelles après un AVC [en ligne]. Dominique Tchimbakala, 10/01/2012.

²² MEEN, Muriel. *Les étapes du deuil*. Unité d'enseignement 4.7, Semestre 5. 28/09/2015. [Cours disponible en format papier]

Mme L, c'est pour cela qu'il me paraît important de définir les urgences, les missions et leur organisation.

4.4. Un service pas comme les autres : les urgences.

4.4.1. Les missions d'un service d'accueil des urgences

Le service des urgences est chargé d'accueillir et de prendre en charge les patients qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers, SMUR...). Il existe deux types d'urgences : les urgences vitales et les urgences dites ressenties, qui relèvent de la consultation non programmée. Chaque personne qui se présente aux urgences est accueillie par une IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation). L'accueil infirmier a plusieurs buts, en priorité, prodiguer les premiers soins. En second, la prise des constantes vitales (fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation en oxygène, température, score de Glasgow, évaluation de la douleur), puis poser des questions sur les antécédents médicaux et chirurgicaux, couverture vaccinale, ainsi que sur l'existence d'allergies ou d'un traitement médicamenteux. Et pour finir, vérifier le nom, prénom et la date de naissance sur les étiquettes avant de mettre le bracelet pour l'identitovigilance.

4.4.2. L'organisation d'un service d'accueil des urgences

La prise en charge aux urgences est spécifique, en effet, lors d'une suractivité dans le service, l'IAO met en place un dispositif réfléchi en amont afin de « trier » les motifs d'urgence pour ainsi prendre en charge immédiatement les urgences vitales avant les urgences dites ressenties. Pour chaque niveau d'urgence, un délai maximal d'attente est prévu. L'échelle de Manchester²³ est utilisée après que le patient soit reçu par l'IAO et permet de valider informatiquement un score de gravité. Le niveau 1 correspond à une urgence immédiate, le délai de prise en charge est de zéro minute. Le niveau 2 est très urgent, le délai d'attente maximale est de 10 minutes. Le niveau 3 est une prise en charge urgente, le délai d'attente est de 1 heure maximum. Le niveau 4 est une prise en charge standard, le délai d'attente correspond à 2 heures maximum. Et le niveau 5, moins urgent, le délai est de 4 heures maximum. Lors de ma situation, le service est en forte affluence, je viens de prendre mon service, je suis donc disponible. Je prends en charge Mme L, devant ses difficultés de communication, je dois faire preuve d'adaptation afin de gérer sa prise en charge dans le couloir dans un premier temps, puis l'installation dans un box. J'adapte aussi mes questions pour qu'elles soient fermées puisqu'elle ne peut dire que oui, non ou nana. Lors de mes recherches, je constate que deux notions sont présentes, l'adaptation et l'adaptabilité. En effet, outre ma situation, les professionnels de santé sont sans cesse dans l'adaptation car aux urgences, les soins ne sont pas connus d'avance.

4.4.3. L'adaptation vs l'adaptabilité

D'après le dictionnaire Le Robert de poche de 2014²⁴, l'adaptation est l'action d'adapter ou de s'adapter, modification qui en résulte. Ce que je comprends de cette définition, c'est le fait d'ajuster une posture ou un élément afin que la situation change. La définition du dictionnaire Le Robert de poche de 2014²⁵ concernant l'adaptabilité est qu'on

²³ MAILLARD-ACKER, Claire ; CHOQUE, Christophe et al. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. [Format PDF]. 2013.

²⁴ MORVAN, Danièle. LE ROBERT, *Dictionnaire de poche*. Edition 2014. p 9.

²⁵ *Ibid.* p 9.

peut adapter, qui peut s'adapter. Ce que je comprends de cette définition est le fait de trouver des astuces afin que la situation se déroule de la façon la plus sereine possible.

Je peux donc dire la différence entre l'adaptation et l'adaptabilité, en effet, l'adaptation est liée au contexte de la situation, faire face à l'imprévu. Et l'adaptabilité est liée aux objets et à leur utilisation, le soignant peut ainsi moduler suivant son choix pour utiliser l'objet en question.

Cette phase exploratoire va me conduire au choix des directions que je souhaite, en effet, j'aspire à travailler sur les notions de communication qui ont un rôle très présent dans ma situation. Et la notion d'adaptation qui est importante car j'ai dû développer des moyens à mettre en œuvre afin de comprendre les besoins de Mme L.

5. Question de départ définitive

Ma question de départ définitive me permet d'élargir mes champs de vision et ainsi établir les notions que je souhaite développer.

En quoi les capacités d'adaptation de l'infirmière impactent-elles la prise en soins d'un patient présentant des difficultés de communication verbale ?

Cette question me permet donc d'identifier lors de mon cadre conceptuel, deux concepts qui sont la communication et l'adaptation.

6. Phase conceptuelle

Dans cette partie, je vous présente les concepts que j'ai choisis. Avant de vous développer mes recherches, je vous propose de définir la notion de concept. Cela correspond à l'approche que l'on adopte pour traiter le problème posé par la question de recherche.

Dans un premier temps, je vais définir le concept de communication. Afin de développer plusieurs approches différentes, mes recherches vont être centrées sur les aspects linguistiques, psychologiques et sociologiques de la communication. Puis dans un second temps, je vais définir le concept d'adaptation. Ce dernier sera abordé selon plusieurs approches différentes, linguistiques, historiques et sociologiques.

6.1. Concept de communication

Je débute le concept de communication par l'approche linguistique, cet aspect correspond à définir l'origine du mot. La communication est définie par un auteur du méga mémo IFSI²⁶, qui considère que c'est un échange intentionnel entre deux ou plusieurs personnes dont le but est de se comprendre, s'organiser et répondre à un questionnement en utilisant un code commun. Il fait référence à un besoin humain essentiel. La communication est l'élaboration d'une relation intentionnelle avec autrui, une manière d'être ensemble, une conduite psychosociale et ouverte vers l'extérieur.

²⁶ HALLOUET, Pascal. *Méga mémo IFSI : Tout le programme semestre par semestre*. Elsevier Masson. 2013, p 537.

La communication provient du verbe communiquer, qui signifie selon le dictionnaire Le Robert²⁷ « Faire connaître, faire partager, transmettre, se mettre en relation, être en rapport avec ». Sa souche latine est « *communicare*²⁸ », qui veut dire « partager quelque chose, mettre en commun ».

Puis je souhaite aborder les aspects psychologiques du concept de communication, qui correspondent à définir comment la communication peut être mise en place. Selon Christine PAILLARD²⁹, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission. Le récepteur reçoit et décode le message. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce que l'on appelle le feedback. Toujours selon Christine PAILLARD³⁰, la communication présente deux aspects : le contenu et la relation. « *Tous les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode mais manque d'une sémantique appropriée à la relation* ». Pour Harold DWIGHT LASSWELL, sociologue américain, le processus de la communication se construit en utilisant la méthode suivante, les cinq Q : qui, dit quoi, à qui, par quel canal et avec quel effet ?

« *Qui ? [...] Quelle est l'intention précise de cette communication ? Le but peut être défini par le contexte de la communication mais aussi par l'énoncé de l'objectif poursuivi... Dit quoi ? [...] elle se rapporte au contenu du message et à l'analyse de son contenu. [...] À qui ? [...] elle vise l'auditoire, c'est-à-dire les publics récepteurs [...]. Par quel canal ? [...] désigne l'ensemble des techniques utilisées pour diffuser l'information [...] Avec quel effet ? [...] elle veut mesurer et évaluer l'influence du message [...].* »

Pour les auteurs de l'ouvrage *Fiches de soins infirmiers*³¹, la communication d'un point de vue rhétorique identifie deux principes qui interviennent : l'objective, c'est la signification d'un mot. Et subjective, c'est tout ce qui n'est pas dit (gestes, intonations...). D'après les auteurs du livre *communication soignant-soigné*³², la particularité de cette relation est que l'infirmière et le patient ont une place bien précise de nature professionnelle. La capacité de communication du soignant va améliorer la satisfaction du patient et ainsi son acceptation aux thérapeutiques. Selon Jean ARGENTY³³, il existe trois modèles de communication, cybernétique, psychosociologique et psychanalytique. Le modèle cybernétique reprend les théories behavioristes de la communication, c'est-à-dire une communication simple avec un émetteur qui envoie un message à un récepteur grâce à un codage. Le modèle psychosociologique correspond à une approche plus humaniste en prenant en compte la relation avec autrui, c'est cette approche que l'école de Palo Alto a développée.

²⁷ MORVAN, Danièle. *Le Robert de poche*. [Éditeur inconnu], 2013, p 138.

²⁸ LES DEFINITIONS. Définition de communication [en ligne]. 25 février 2011. Disponible sur internet : <http://lesdefinitions.fr/communication>

²⁹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013, p 57.

³⁰ *Ibid.* p 58.

³¹ HALLOUET, Pascal ; EGGERS, Jérôme ; MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. *Fiches de soins infirmiers*. 5^{ème} éditions, Elsevier Masson, 2015, p 100.

³² BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques*. 3^{ème} édition, Bréal, 2013, p 51.

³³ ARGENTY, Jean. *UE 4.2. Précis de soins relationnels*. Lamarre, 2012, p 31 à 33.

Puis le modèle psychanalytique intègre la dimension de l'inconscient dans la communication. Pour Jean-Yves FRENOT, l'école de Palo Alto³⁴ a dirigé ses travaux sur l'impossibilité de ne pas communiquer, faisant de la communication humaine un processus social, obligé et permanent, d'échanges de signes.

Dans l'approche sociologique du concept de communication, il s'agit de déterminer les liens que le processus de communication établit entre pairs. Suite à mes recherches, je peux déterminer plusieurs types de communication. La communication verbale, non verbale, para-verbale et sociale. Selon Christine PAILLARD³⁵, la communication verbale est le reflet de la personne soignée à reproduire ce qu'elle a compris du message. Jacques BIROUSTE³⁶, approfondit les propos de Christine PAILLARD, il indique que la communication verbale avec l'utilisation du langage par la parole est le niveau le plus élevé de l'échange parmi les espèces animales. Il met en avant la distinction signal-symbole, c'est la séparation de deux types de communication et leurs conséquences. La communication par signaux, le langage est précis et univoque. Et la communication par symbole qui inclut davantage la langue et la parole pour étoffer le message et ainsi créer une réponse de l'auditeur.

Pour Christine PAILLARD, la communication non verbale³⁷ concerne le langage du corps qui est le seul qui soit authentique, le geste indique une bonne écoute. Ce type de langage se compose des éléments suivants : la proximité qui fait référence à la distance physique, l'expression faciale, le regard, le contact physique, la posture et les gestes. De plus, les odeurs corporelles et la tenue vestimentaire (blouse blanche des soignants) rentrent en jeu. Jacques BIROUSTE³⁸ préfère parler de communication infra-verbale, pour lui la communication non verbale correspond à une absence de toute forme de communication entre individus. Or, les êtres humains communiquent bien entre eux mais n'utilisent pas la parole orale mais des gestes ou des codes.

La communication para-verbale³⁹ étudie tous les signes comportementaux émis naturellement et culturellement. J. Cosnier et A. Brosard évoquer deux approches : « *gestémique qui regarde le côté sémiotique du geste et l'approche gestétique qui regarde le côté physiologique du geste.* ». D'après M.L. Rouquette⁴⁰, la communication sociale désigne la spécificité de la pensée quand celle-ci prend pour objet la réalité sociale sous différents aspects. Pour Jean-Yves FRENOT⁴¹, la communication possède trois dimensions, intra-personnelle (se parler à soi même), interpersonnelle (discussion avec une personne) et interrelationnelle (discussion avec un groupe). D'après Antoine BIOY et Damien FOUQUES⁴², la gestuelle comporte trois fonctions, expressive qui manifeste un état émotionnel, la fonction d'étalement du langage correspond aux gestes qui appuient les paroles

³⁴ BIROUSTE, Jacques. *Psychologie : Diplôme d'état infirmier. UE 1.1 SI Psychologie, sociologie, anthropologie. Tout pour réussir en IFSI.* Sup'Foucher, 2011, p 135.

³⁵ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné.* Setes, 2013, p 61.

³⁶ BIROUSTE... *Ibid.* p 135-136.

³⁷ PAILLARD... *Ibid.* p 59.

³⁸ BIROUSTE... *Ibid.* p 136.

³⁹ PAILLARD... *Ibid.* p 60.

⁴⁰ PAILLARD... *Ibid.* p 60.

⁴¹ FRENOT, Jean-Yves. *La process communication au service de la relation soignant-soigné.* InterEditions, 2014, p 33-34.

⁴² BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. *Manuel de psychologie du soin.* Bréal, 2002, p 166-167.

et la fonction quasi linguistique concerne des signes identiques pour tout le monde (non avec la tête).

Pour Pascale RENY⁴³, la mise en place de la communication dans la relation infirmière se déroule en quatre étapes, la prérelation, le début de la relation, la relation puis la fin de la relation. L'étape de la prérelation, l'infirmière dispose de données sur le patient ce qui va engendrer une perception du déroulement du soin et donc déclencher ou non des émotions du soignant. L'étape du début de relation, c'est la première rencontre du soignant et du patient, un lien de confiance s'installe. L'étape de la relation, les deux protagonistes échangent et l'infirmière veille à être dans une posture d'écoute. Puis l'étape de la fin de relation, l'infirmière ne va pas revoir le patient, le lien se rompt.

6.2. Concept d'adaptation

Avant de rentrer dans les détails du concept, je vous propose une définition du concept d'adaptation d'après Alain TACHE⁴⁴ :

« Processus complexe, global, endogène et permanent par lequel, durant le temps de l'adaptation, le système auto-socio-éco-ré-organisé, en relation avec les sollicitations de son milieu interne [...] et externe [...], modifie de manière délibérée [...] et de façon plus ou moins importante, son niveau d'organisation. »

D'après Sœur Callista ROY⁴⁵, les mécanismes d'adaptation sont innés ou acquis pour répondre aux changements environnementaux. Les modes d'adaptation qui résultent de l'activité des mécanismes régulateurs et cognitifs sont des besoins physiologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance. De plus, elle précise le niveau d'adaptation comme étant une situation où l'individu est dans un état de changement constant et déterminé par trois classes de stimuli (focal, contextuel, résiduel), ainsi l'individu peut répondre avec ses mécanismes d'adaptation habituels.

Je débute mes recherches sur le concept d'adaptation par l'approche linguistique, cet aspect correspond à définir l'origine du mot. La base verbale est « adapter », selon le dictionnaire Le Robert⁴⁶, cela correspond à « réunir, appliquer après ajustement, approprier, harmoniser ». Sa souche latine « *ad aptare* » signifie « rendre apte, réunir, relier ». Selon Jean PIAGET⁴⁷, « il y a adaptation chaque fois qu'il y a interaction entre un organisme et son environnement, avec comme résultats la modification de cet organisme dans le but de favoriser sa capacité à des échanges ultérieurs. » D'après Ivan ILLICH⁴⁸, « la santé est un processus d'adaptation au cours duquel l'individu peut modifier activement sa situation de vie. » Pour moi, d'après l'étymologie du mot et ces définitions, je peux dire que l'adaptation est propre à chacun et met en relation des variables comportementales, émotionnelles et cognitives.

⁴³ RENY, Pascale. *Savoir communiquer pour mieux aider*. Pearson, 2012, p 50.

⁴⁴ TACHE, Alain. *L'adaptation : un concept sociologique systématique*. L'Harmattan, 2003, p 301.

⁴⁵ SŒUR ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. 2^{ème} édition, Lamarre, 1986, p 19-20.

⁴⁶ MORVAN, Danièle. *Le Robert de poche*. [Éditeur inconnu], 2013, p 9.

⁴⁷ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition, [s.d.], p 48.

⁴⁸ *Ibid.* p 48.

Dans l'approche historique du concept d'adaptation, il s'agit de rechercher l'apparition de ce concept dans la littérature afin de comprendre son impact dans les sciences infirmières. Selon Chantal JOUTEAU NEVES, l'histoire de ce concept peut être retracée à partir de quatre perspectives. La première, évolutionniste, l'adaptation est la conservation de la vie d'après les travaux de Darwin au XIX^{ème} siècle. La deuxième perspective, statistique, l'adaptation renvoie à une normalité quantitative. La troisième, socioculturelle, se rapportant à une normalité qualitative. Et la dernière, systémique, l'adaptation est la résultante de composantes tant internes qu'externes de l'être humain. D'après Alain TACHE⁴⁹, la construction du concept d'adaptation s'appuie sur des savoirs nouveaux qui ne peuvent s'opérer sans une critique des savoirs anciens. C'est un concept dont l'enjeu provoque des différents scientifiques parce qu'il est porteur de projets, de visions du monde, de l'homme et de la société diverses, contradictoires, entremêlées. L'épistémologie (discipline qui prend la connaissance scientifique pour objet) de l'adaptation prend en compte quatre phases, la première, « au départ la biologie » consiste à démontrer que l'adaptation ne peut pas avoir sa place dans une situation donnée dès le départ. La deuxième phase, « la sociologie naissante » représente l'évolution dans le milieu intellectuel qui hérite depuis le siècle des lumières, de cette conception relatée par les philosophes et sociologues. La troisième phase, « le XX^{ème}, renouveau de l'adaptation », le XX^{ème} siècle montre le retour des questions liées à l'adaptation, qui développent la notion d'organisation en lien avec l'adaptation. Et la dernière phase, « la psychologie », Alain TACHE précise, l'adaptation comme étant un concept primordial de la psychologie, c'est un processus identitaire qui demande une assimilation et une accommodation.

Dans l'approche sociologique du concept d'adaptation, il s'agit de déterminer l'impact du concept d'adaptation dans la pratique professionnelle. Pour Chantal JOUTEAU NEVES⁵⁰, ce concept est fondamental, il est le cœur de la clinique dans les soins infirmiers. La définition du diagnostic infirmier affirme la responsabilité propre à l'infirmière :

« Jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille, d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant à atteindre les résultats dont l'infirmière est responsable ».

Toujours selon Chantal JOUTEAU NEVES, le recueil de données est la première étape de la démarche de soins. Elle permet d'explorer l'environnement de vie du patient, ses réactions biologiques, émotionnelles et comportementales. Afin de définir les objectifs de soins, qui sont alors de soutenir son adaptation pour maintenir, restaurer et promouvoir sa santé mentale et physique.

D'après une étude faite en 2006 par Shoessler et Wlado⁵¹ :

« En raison d'un manque de confiance, de leur difficulté à mobiliser leurs ressources, d'appliquer des concepts de soins infirmiers acquis en milieu scolaire, de déficits dans les compétences de gestion et

⁴⁹ TACHE, Alain. *L'adaptation : un concept sociologique systématique*. L'Harmattan, 2003, p 281-288.

⁵⁰ FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition, [s.d.], p 49-50.

⁵¹ LARUE, Caroline ; DUBOIS, Sylvie et al. Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteur personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*. Mars 2013, N°112, p 76.

d'organisation, les infirmières nouvellement diplômées peinent à s'adapter à leur milieu clinique et à exercer de façon autonome en début de carrière. La période d'adaptation s'étend de 10 à 18 mois avant que l'infirmière ne puisse mobiliser complètement les compétences développées en milieu scolaire et entreprendre plus activement leur développement ».

D'après Jean TACHE⁵², la sociologie n'utilise que peu ou pas le concept d'adaptation, c'est pour cela que la recherche d'ouvrages est difficile. En effet, lors du XIX^{ème} siècle, les lois sont étudiées pour faire évoluer la société et non pas la remettre en cause. Puis cela va devenir un élément important dans l'évolutionnisme afin de traiter les changements observables ou prévisibles. Pour Sœur Callista ROY⁵³, les soins infirmiers se centrent sur le patient non seulement comme organisme biologique, mais aussi comme système global d'adaptation. Pour s'adapter à une situation, l'infirmière doit mettre en place trois classes de stimuli afin d'obtenir une réponse positive. Le premier stimulus est focal, c'est faire face immédiatement au changement. Le deuxième est contextuel, c'est prendre en compte tous les facteurs environnementaux. Le dernier stimulus est résiduel, c'est l'effet imprévisible (croyances, attitudes, traits de caractère). Pour reprendre la définition vue précédemment, selon le modèle de ROY, le but des soins infirmiers est de designer l'adaptation en quatre modes (besoins physiologiques, image de soi, fonction de rôle et relation d'interdépendance) et participer ainsi à la santé, à la qualité de la vie et à la mort avec dignité.

7. Hypothèse de recherche

Ma question de départ définitive m'a permis de développer ces deux concepts pour ainsi donner une proposition de réponse, c'est l'hypothèse. Pour la formuler, je me suis appuyée sur ce que j'ai pu apprendre de ces deux concepts. En premier lieu, j'ai appris que la communication regroupe beaucoup de méthodes pour l'utiliser. En effet, établir une relation intentionnelle avec autrui n'est pas toujours facile, c'est pour cela qu'un code non verbal est instauré afin de pouvoir passer le message souhaité. J'ai abordé ce concept en trois approches différentes, linguistiques car cela m'a permis d'apprendre le sens donné au mot « communication ». L'approche psychologique m'a permis d'identifier la mise en place de la communication à travers les soins. Enfin, l'approche sociologique m'a permis de connaître l'impact de la communication entre pairs.

Puis dans un second temps, j'ai découvert le concept d'adaptation sous plusieurs approches différentes. Sa forme linguistique m'a permis de connaître l'origine du mot et sa définition globale. L'approche historique m'a informée sur l'apparition de ce concept dans la littérature, afin de comprendre son impact dans les sciences infirmières. Puis l'approche sociologique qui met en avant la responsabilité infirmière car c'est une nécessité de se remettre en question sur des soins quotidiens afin de faire évoluer ses pratiques professionnelles.

⁵² TACHE, Alain. *L'adaptation : un concept sociologique systématique*. L'Harmattan, 2003, p 150.

⁵³ SŒUR ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. 2^{ème} édition, Lamarre, 1986, p 23 et 26.

Voici mon hypothèse de recherche basée sur les concepts définis ci-dessus.

L'attitude posturale de l'infirmière favorise la prise en soins d'un patient présentant des difficultés de communication verbale.

8. Entretiens semi-directifs

Un entretien semi-directif est un entretien au cours duquel l'étudiante infirmière aborde plusieurs questions ouvertes en lien avec l'hypothèse de recherche. Ces questions sont préparées en amont de l'entretien. L'étudiante infirmière laisse la personne s'exprimer librement afin de recueillir des informations les plus complètes possibles sur le sujet. L'apprenti chercheur fait preuve d'une attitude ouverte afin d'instaurer un climat de confiance et facilite ainsi l'expression libre lors de l'interview.

8.1. Choix de l'outil d'enquête et des personnes interrogées

Afin d'affirmer ou infirmer mon hypothèse de recherche auprès des professionnels infirmiers, j'ai dû choisir un outil qui me permettrait de recueillir leurs pratiques et les valeurs professionnelles. C'est pour cela que je me suis dirigée vers l'entretien semi-directif qui est un entretien au cours duquel l'interviewer aborde une série de thèmes à l'aide de questions ouvertes préparés. Il laisse la personne s'exprimer librement afin de livrer une information la plus complète possible sur le sujet sans être induite dans ses réponses et tout en étant orientée avec souplesse. J'ai donc réalisé une grille d'entretien (voir annexe I) avec cinq questions identiques pour mes trois interviews. Afin de construire ma grille, j'ai défini des objectifs et des réponses souhaités pour chaque question (voir annexe II). Puis j'ai déterminé ma population cible, qui correspond à une infirmière en neurologie, une infirmière en médecine et une infirmière en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Je vais vous expliquer mon choix d'orientation sur ces services spécifiques. J'ai réalisé mon premier entretien avec l'infirmière en neurologie. Je me suis intéressée à ce service, car la prise en soins des personnes ayant des difficultés de communication est très présente. En effet, les soignants sont surtout confrontés à la prise en soins de patients dans la phase aigüe de l'AVC. Puis, j'ai réalisé mon second entretien avec une infirmière en médecine, ce service prend en soins les personnes ayant des multipathologies et peut être amené à côtoyer des personnes ayant des difficultés à la communication. De plus, ce service comporte une unité cognitivo-comportementale qui a pour mission d'aider les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies associées. J'ai réalisé mon troisième entretien avec une infirmière de SSR, ce service permet la suite de la prise en soins, les soignants peuvent être confrontés à des patients ayant des difficultés de communication verbale lors de séquelles d'AVC ou autres pathologies.

8.2. Analyse des données recueillies

Suite à mes trois entretiens semi-directifs (voir annexes III, IV et V), j'ai pu développer une analyse critique des données recueillies auprès des trois infirmières interviewées. En amont de la rédaction de mon analyse, j'ai construit une grille de dépouillement (voir annexe VI), afin de centraliser toutes les données et construire une analyse approfondie. En effet, la première question porte sur la présentation personnelle et professionnelle des infirmières interviewées. Cette question permet d'instaurer une relation de confiance, mettre mon interviewée à l'aise et ainsi avoir des conditions optimales pour un entretien efficace. Tous d'abord, j'ai interviewé trois infirmières nommées infirmière A, B et C pour le reste de l'analyse, afin de garder l'anonymat. Je peux constater que l'infirmière A est âgée de 30 ans, l'infirmière B de 25 ans et l'infirmière C a 37 ans. Elles ont toutes une expérience professionnelle antérieure à leur service actuel, puis ont obtenu leur diplôme d'État infirmier entre 2003 et 2012. L'infirmière A a obtenu un diplôme inter-universitaire sur les pathologies neuro-vasculaires en 2013. Ces parcours professionnels différents m'ont permis d'aborder les différentes prises en soins des patients ayant des difficultés de communication verbale.

La question numéro deux me permet de rentrer dans le vif du sujet, en effet, je cherche à connaître la proportion moyenne de prise en charge de patients ayant des difficultés de communication verbale, afin de savoir si ce type de prise en soins est récurrent d'un service à l'autre. L'infirmière A prend exemple sur une situation vécue *« sur 12 patients par exemple, il peut y avoir euh soit la moitié du service qui a un problème de communication, fin un problème de langage, soit une ou deux personnes, c'est assez variable. »* L'infirmière B prend exemple sur ses prises en soins le jour de l'interview, *« sur 15 patients [...] quatre sur 15 donc c'est pas énorme mais ça peut être beaucoup plus comme moins. »* Puis, l'infirmière C indique *« trois patients sur 20 avec qui on a des difficultés pour communiquer. »* Cette question me permet donc de valider que chacune d'entre elles a été confrontée à une prise en soins avec une personne ayant des difficultés pour communiquer. Puis, affirmer que pour ces trois services différents, la prise en soins des personnes non communicantes est quotidienne.

Les objectifs de ma question trois sont de connaître les outils pouvant être utilisés pour communiquer. Ainsi que la méthode utilisée par chaque infirmière interviewée. Puis connaître les formations successibles d'avoir été faites ou proposées au sein du service ou à la demande du professionnel. Pour cette question, les trois infirmières ont d'abord évoqué la même méthode, l'infirmière A dit *« voir le visage du patient »*, l'infirmière B affirme que *« l'observation qui va nous aider beaucoup, avec le faciès »*. Puis l'infirmière C dit *« regarder dans les yeux quand il essaye de nous dire quelques chose »*. Je peux donc affirmer que le regard fait partie d'une attitude posturale que les infirmières mettent en place pour communiquer avec le patient. L'infirmière A évoque aussi le toucher *« j'essaie de fonctionner avec le toucher beaucoup pour rassurer le patient. »* Concernant les outils que peuvent utiliser les infirmières interviewées, l'infirmière A évoque *« j'essaie de lui montrer certaines choses par exemple le fauteuil en ignition de mouvement [...] et le patient y semble*

comprendre que effectivement il va falloir qu'il se mobilise. » L'infirmière B utilise « *des signes ou on a des méthodes d'ardoise si ils sont capables d'écrire.* » Puis, l'infirmière C utilise « *des cahiers de communication avec des pictogrammes [...] des ardoises effaçables.* » Ces méthodes et outils me permettent une seconde fois d'affirmer que l'utilisation de ces moyens montre la capacité de l'infirmière à s'adapter dans ses attitudes posturales.

Concernant la question quatre, les objectifs sont de connaître le positionnement physique de l'infirmière par rapport au patient. Identifier les différentes attitudes soignantes pour exprimer une demande ou expliquer les soins. Les trois infirmières affirment que se mettre à la hauteur du patient est important, « *être le plus souvent à sa hauteur* » explique l'infirmière A. « *Ce qui est important c'est quand même se mettre à la hauteur* » affirme l'infirmière B. « *Je me mets plus à hauteur* » dit l'infirmière C. Puis deux d'entre elles expriment à nouveau l'impact de regard avec le patient, l'infirmière A évoque « *vraiment le regard, je pense que ça a vraiment un gros impact sur la communication* » puis l'infirmière C « *il voit ce que moi je lui dis* ». Pour les infirmières A et B, de nouveau affirment le rôle du toucher dans la prise en soins « *lui prendre la main [...] une main sur une épaule* » (infirmière A). « *Juste serrer la main, approcher notre main, pour le contact physique* » (infirmière B).

La dernière question me permet de confronter les ressentis de chacun face à une personne présentant des difficultés de communication. Les objectifs de cette interrogation sont de connaître les ressentis des infirmières interviewées afin de savoir l'impact que cela peut engendrer sur l'adaptation de l'infirmière face à cette situation. J'ai pu relever plusieurs sentiments, les infirmières B et C évoquent toutes les deux un sentiment de frustration « *Ça reste quand même frustrant parce qu'on a envie qui comprenne* » (infirmière B), puis « *c'est très très frustrant de ne pas pouvoir échanger* » (infirmière C). Pour l'infirmière A, c'est un sentiment d'échec, d'impuissance qui ressort le plus dans une telle prise en soins « *sentiment d'échec c'est-à-dire que on sort d'une chambre mais on sait pertinemment que, que le patient n'a pas compris nos propos [...] on sort d'une chambre et qu'on se dit qu'on a pas su converser comme on aurait voulu oui y a toujours ce sentiment d'impuissance.* » L'infirmière B évoque également un sentiment de culpabilité « *c'est culpabilisant [...] de ne pas réussir à comprendre ce qu'il essaie de nous dire.* » Les infirmières A et C évoquent des sentiments positifs « *il faut tenter d'être bienveillant et de vraiment rassurer le patient* » (infirmière A) « *on a réussi à se faire comprendre et que l'échange s'est bien passé la satisfaction est des deux côtés* » (infirmière C). Toutes ces émotions font partie d'un processus d'adaptation et réussir à mettre en place une attitude posturale adaptée afin de gérer ses propres émotions mais aussi faire preuve d'empathie envers un patient présentant des troubles de la communication.

Suite à ces trois entretiens semi-directifs, je peux donc confronter mon hypothèse de recherche grâce à toutes ces données que je viens d'analyser.

9. Confrontation de l'hypothèse de recherche

Suite à ce travail d'analyse, j'ai pu prendre en compte les trois entretiens semi-directifs des infirmières interviewées et cela me permet de confirmer mon hypothèse de recherche précédemment annoncée :

L'attitude posturale de l'infirmière favorise la prise en soins d'un patient présentant des difficultés de communication verbale.

En effet, ces trois échanges affirment ce que j'ai annoncé ultérieurement, l'attitude posturale de l'infirmière caractérisée par le toucher, le regard, les émotions... rentre dans un processus d'adaptation afin de prendre en soins un patient ayant des difficultés de communication verbale. Ces entretiens m'ont permis d'approfondir sur la capacité d'adaptation qu'une infirmière doit posséder afin d'obtenir une prise en soins de qualité.

Conclusion

L'objectif de ce travail de recherche était pour moi de savoir en quoi les capacités d'adaptation de l'infirmière influencent la prise en soins d'un patient présentant des difficultés de communication verbale. Puis de connaître les outils ou méthodes que chaque infirmière peut utiliser afin de rentrer en communication avec la personne. De plus, m'interroger sur les émotions du soignant m'a permis de me confronter à mon propre ressenti lorsque j'ai vécu ma situation de départ. Pour moi, un des objectifs est de pouvoir m'identifier aux infirmières interviewées face à leurs capacités d'adaptation pour ensuite créer ma propre identité professionnelle.

Au cours de ce travail de recherche, je me suis orientée vers plusieurs pistes de réflexions. En premier lieu, le questionnement de ma situation de départ m'a permis d'établir une phase réflexive vers les interactions verbales et non verbales dans les soins. Cela prend en considération la communication entre le soignant et le soigné puis le toucher. Je me suis également interrogée sur la relation d'aide à travers les soins, ce qui m'a permis d'étendre mes recherches vers la disponibilité, l'empathie et l'écoute. Mes recherches sur la pathologie de l'AVC m'ont orientée vers un savoir théorique supplémentaire. Enfin, pour cibler plus précisément mon travail, j'ai guidé une phase conceptuelle sur la communication et l'adaptation. Cela m'a permis de comprendre l'impact de ces deux concepts dans la pratique infirmière et ainsi établir mon identité professionnelle, car pour moi, ces deux notions me permettront de faire face à l'imprévu avec plus de sérénité. Ensuite, j'ai conduit des entretiens semi-directifs afin d'avoir la confirmation de mon hypothèse de recherche.

Ce travail de recherche m'a également permis de me rendre compte que la communication non verbale est possible avec une personne ayant des difficultés à communiquer. Il faut prendre le temps, établir un climat de confiance à travers le regard et le toucher. Même le sentiment d'échec, de frustration, de culpabilité peut être dépassé par la bienveillance, la réassurance et la satisfaction de pouvoir mettre en œuvre des outils pour communiquer. À la fin de ce travail de recherche, je me suis également interrogée sur la qualité des soins pour une personne qui ne peut communiquer verbalement. De ce fait, en quoi la capacité d'adaptation de l'infirmière peut influencer la qualité de prise en soins d'un patient ayant des difficultés de communication verbale.

Pour finir, voici une citation qui résume en quelques mots mon travail « *La chose la plus importante dans la communication est d'entendre ce qui n'a pas été dit.* » Peter DRUCKER, théoricien en management.

Bibliographie

OUVRAGES :

ARGENTY, Jean. *UE 4.2. Précis de soins relationnels*. Lamarre, 2012, 122 p.

BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. *Communication soignant-soigné : Repères et pratiques*. 3^{ème} édition, Bréal, 2013, 158 p.

BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. *Manuel de psychologie du soin*. Bréal, 2002, 317 p.

BIROUSTE, Jacques. *Psychologie : Diplôme d'état infirmier. UE 1.1 SI Psychologie, sociologie, anthropologie. Tout pour réussir en IFSI*. Sup'Foucher, 2011, 222 p.

BONNETON-TABARIES, France ; LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. 3^{ème} édition. Med-line éditions, 2013, 153 p.

FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. 2^{ème} édition, [s.d.], 328 p.

FOURNIVAL, Nathalie ; GROFF, Maria-alexandra ; MARQUET-WITTIG, Aline. *Relation Communication*. 1^{ère} édition. Lamarre, 2012, 123 p.

FRENOT, Jean-Yves. *La process communication au service de la relation soignant-soigné*. InterEditions, 2014, 300 p.

HALLOUET, Pascal ; EGGERS, Jérôme ; MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. *Fiches de soins infirmiers*. 5^{ème} éditions, Elsevier Masson, 2015, 869 p.

HALLOUET, Pascal. *Méga mémo IFSI : Tout le programme semestre par semestre*. Elsevier Masson. 2013, 1585 p.

MAZAUX, J-M ; DE BOISSEZON, X et al. *Communiquer malgré l'aphasie*. 1^{ère} édition. Sauramps médical, 2014, 179 p.

MORVAN, Danièle. LE ROBERT, *Dictionnaire de poche*. Edition 2014. 1050 p.

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Setes, 2013, 356 p.

QUEVAUVILLIERS Jacques. *Dictionnaire médical*. 4^{ème} édition. Masson, 2004, 1494 p.

RENY, Pascale. *Savoir communiquer pour mieux aider*. Pearson, 2012, 214 p.

SŒUR ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. 2^{ème} édition, Lamarre, 1986, 485 p.

TACHE, Alain. *L'adaptation : un concept sociologique systématique*. L'Harmattan, 2003, 361 p.

REVUES :

DELMAS, Philippe ; STORMACQ, Coraline. Relation d'aide et soins infirmiers. *Santé mentale*. Février 2015, N° 195, p.48.

FRIARD, Dominique. Entrée en empathie. *Santé mentale*. Mai 2011, N°158, p 26.

LARUE, Caroline ; DUBOIS, Sylvie et al. Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteur personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*. Mars 2013, N°112, p 76

SITES WEB :

FranceTV. Les séquelles après un AVC [en ligne]. Dominique Tchimbakala, 10/01/2012. [Consulté le 23/01/2016]. Disponible sur internet :

http://www.allodocteurs.fr/maladies/cerveau-et-neurologie/avc-rupture-d-anevrisme/les-sequelles-apres-un-avc_5724.html

Le figaro.fr, Santé. Accident Vasculaire Cérébral [en ligne]. [s.d.]. [Consulté le 23/01/2016]. Disponible sur internet : <http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/accident-vasculaire-cerebral/quest-ce-que-cest>

LES DEFINITIONS. Définition de communication [en ligne]. 25 février 2011. [Consulté le 12/02/2016]. Disponible sur internet : <http://lesdefinitions.fr/communication>

MAILLARD-ACKER, Claire ; CHOQUE, Christophe et al. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. [Format PDF]. 2013. [consulté le 23/01/2016]. Disponible sur internet : http://www.sfmur.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

INTERVENTION A L'IFSI :

MEEN, Muriel. *Les étapes du deuil*. Unité d'enseignement 4.7, Semestre 5. 28/09/2015. [Cours disponible en format papier]

EMISSIONS TV :

PUJADAS, David. *Le journal de 20h de la rédaction de France2*. 01/02/2016. [Passage vidéo, 31:25 à 37:07]

ANNEXES

- Annexe I : Grille d'entretien semi-directif
- Annexe II : Guide d'entretien semi-directif
- Annexe III : Entretien N°1 : Infirmière en neurologie
- Annexe IV : Entretien N°2 : Infirmière en médecine
- Annexe V : Entretien N°3 : Infirmière en SSR
- Annexe VI : Grille de dépouillement des entretiens

Annexe I : Grille d'entretien semi-directif

Grille d'entretiens semi-directifs

Numéro de la question	Questions	Mots-clés	Questions de relance
QUESTION 1	Pouvez-vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)	-âge -date diplôme -parcours professionnels -service actuel	Pouvez-vous présenter en quelques mots afin de m'expliquer votre parcours professionnel ?
QUESTION 2	Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?	-chiffre du service -en moyenne -durant son service -représentation	Sur une semaine, combien de patient ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en charge ?
QUESTION 3	Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?	-méthodes -évaluation -communication -prise en charge	Quelles sont les dispositifs que vous utilisez avec un patient ayant des difficultés de communication ?
QUESTION 4	Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?	-attitude soignante -communication -échange -humanité	En lien avec l'humanité, quelle attitude adoptez-vous face à un patient présentant des difficultés de communication verbale ?
QUESTION 5	Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?	-émotions -ressentis -communication -sentiments	Quels moyens mettez-vous en place pour gérer vos propres émotions ainsi que celle du patient ?

Annexe II : Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif

QUESTION 1 :

Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)

Objectifs : Instaurer une relation de confiance, mettre mon interviewée à l'aise et ainsi avoir des conditions optimales pour un entretien efficace. Puis me servir de l'expérience de l'infirmière interrogée afin d'affirmer ou infirmer mon hypothèse.

Réponses souhaitées : Connaître l'âge de l'infirmière. Les services où elle a exercé afin de les mettre en parallèle avec son service actuel. Ce que cela lui a apporté en matière d'expérience. Avoir une vision globale de son parcours professionnel.

QUESTION 2 :

Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?

Objectifs : Connaître la proportion moyenne de prise en charge de patients ayant des difficultés de communication verbale, afin de savoir si ce type de prise en soins est récurrent d'un service à l'autre. Puis, je vais mettre en lien les trois services différents qui accueillent ce type de population.

Réponses souhaitées : Une moyenne approximative des prises en charge de patients ayant des difficultés de communication sur une durée d'environ une semaine.

QUESTION 3 :

Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?

Objectifs : Connaître les outils pouvant être utilisés pour communiquer. Ainsi que la méthode utilisée par chaque infirmière interviewée. Puis connaître les formations susceptibles d'avoir été faites ou proposées au sein du service ou à la demande du professionnel.

Réponses souhaitées : M'informer sur les différentes formations faites par les infirmières interviewées. Ce que cela leur a apporté dans leurs exercices professionnels de tous les jours et mettre en lien avec leurs expériences vécues.

QUESTION 4 :

Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Objectifs : Connaître le positionnement physique de l'infirmière par rapport au patient. Identifier les différentes attitudes soignantes pour exprimer une demande ou expliquer les soins.

Réponses souhaitées : Contact physique avec le patient, lui prendre la main pour le rassurer. Parler à sa hauteur, s'asseoir sur le lit pour un entretien informel. Toutes les attitudes soignantes en lien avec l'humanité.

QUESTION 5 :

Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Objectifs : Connaître les ressentis des infirmières interviewées afin de savoir l'impact que cela peut engendrer sur l'adaptation de l'infirmière face à cette situation.

Réponses souhaitées : L'adaptation de l'infirmière va passer par la gestion de la situation, et donc par conséquent cela va impacter ses propres émotions.

Annexe III : Entretien N°1 : Infirmière en Neurologie

Entretien N°1 : Infirmière en Neurologie

QUESTION 1 : Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)

D'accord. Euh, donc, je m'appelle infirmière A, j'ai 30 ans, j'suis diplômée de 2008, euh, j'ai fait enfaite un stage préprofessionnel avant mon diplôme de deux mois en neurologie dans l'unité d'à côté, euh, qui accueille essentiellement des patients euh, atteint de sclérose en plaque, de SLA⁵⁴, de maladie de parkinson, etc. Et c'est ce stage là qui m'a convaincue de travailler en neurologie donc, euh, au moment de mon recrutement, je leur ai notifié enfaite mon souhait de travailler en neurologie. Donc depuis 2008, je travaille en neurologie, donc depuis l'année de mon diplôme donc ça va faire 8 ans en juin, euh, alors au sein du service, euh, du coup j'ai, euh, j'ai effectué euh un diplôme inter-universitaire de pathologies neuro-vasculaires sur l'année 2012-2013 donc ça m'a vraiment permis de, d'approfondir l'AVC en lui-même enfaite puisque le D.U. c'était essentiellement centrée sur l'accident vasculaire cérébral donc, euh, voilà. Ça fait maintenant 3 ans que je l'ai réalisé. J'ai pas d'autre, du coup, expérience professionnelle en tant qu'infirmière puisque j'ai directement commencé ici. Voilà et euh, bien sûr, j'ai fait d'autres stages lors de mon cursus.

QUESTION 2 : Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?

Euh, je dirai que... Donc, on a en charge 12 ou 13 patients dans cette unité. Euh, sur 12 patients par exemple, il peut y avoir euh soit la moitié du service qui a un problème de communication, fin un problème de langage, soit une ou deux personnes, c'est assez variable. Mais on a vu, oui jusqu'à 6 patients qui avaient une aphasie, qui avait des difficultés à communiquer. Ou alors d'autres pathologies que l'aphasie, euh la maladie de parkinson très avancée euh avec des gens qui ne peuvent plus communiquer. Fin voilà, ça peux...[Elle s'arrête de parler pendant quelques secondes].

QUESTION 3 : Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?

Donc euh, moi je, alors j'essai toujours de euh rentrer dans la chambre du patient, de me présenter et de voir le visage du patient, c'est-à-dire de voir dans quelle mesure il réagit, est-ce que il semble comprendre déjà ce que je suis en train de lui dire ou un simple bonjour permet aussi de savoir si la personne est réceptive, si elle comprend ce qu'on lui dit. Après bien sûr qu'on a eu des informations auparavant, au moment des transmissions orales ou dans les observations euh donc on a déjà des éléments pour nous dire, oui il va probablement y avoir un problème ou non il comprend très bien et il parle très bien. Donc euh, ça, ça peut nous aiguiller un p'tit peu déjà d'emblé quand on rentre dans la chambre. Euh, il est vrai que moi j'essaie de, de, alors si le patient par exemple on sait qu'il comprend très bien mais qu'il a du mal à s'exprimer, je vais essayer de parler lentement, euh et de surtout lui poser des questions fermées auxquelles il va pouvoir répondre par un hochement de tête, si il arrive à l'faire. Ça c'est pour des patients qui comprennent bien donc comme ça, on va pouvoir instaurer un mode de communication, oui, non, on peut essayer, fin, c'est facile d'arriver à communiquer

⁵⁴ Sclérose Latérale Amyotrophique

avec quelqu'un quand il comprend. Et dans le cas de la personne qui ne comprend pas euh il a des... Alors, ça c'est en gros la physiopathologie de l'aphasie, c'est les gens qui arrive à s'exprimer mais qui ne comprennent pas du tout, donc enfaite euh c'est comme si on faisait un monologue, on a beau parler au patient, lui il va répondre à côté de la plaque ou... Voilà. Là ça semble plus compliquer donc euh, c'est là où se met en place la communication non verbale euh où on... Alors moi je fonctionne beaucoup, enfin j'essai de fonctionner avec le toucher beaucoup pour rassurer le patient parce que parfois on peut lire le désespoir dans ses yeux de ne pas pouvoir se faire comprendre donc euh s'approcher de lui, lui tenir la main, le regarder bien dans les yeux bien en face, euh parler lentement aussi et puis si on veut lui faire comprendre que par exemple il va devoir se mettre au fauteuil ou on va l'aider pour manger, pour faire sa toilette, j'essaie de lui montrer certaine chose par exemple le fauteuil en ignition de mouvement donc parfois ça y est pouf y a un déclic et le patient y semble comprendre que effectivement il va falloir qu'il se mobilise ou la toilette, les bassines quand on les installe on est en train de les mettre sur l'adaptable par exemple quand c'est une toilette au lit. Voilà ce genre de chose là. Mais on peut aussi être en difficulté face a des personne qui ne comprennent pas du tout et qui parfois s'énerve s'obstinent euh essaient de nous dire quelque chose qu'on ne comprend pas. Voilà.

QUESTION 4 : Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Bah oui, comme je l'ai dit tout à l'heure, j'essaie d'être proche de lui euh de m'asseoir, fin d'être le plus souvent à sa hauteur, c'est-à-dire euh pas lui avec le lit au plus bas et puis nous pencher sur lui. Euh, fin vraiment le regard, je pense que ça a vraiment un gros impact sur la communication, donc euh vraiment le regarder droit dans les yeux. Euh et puis le toucher, fin vraiment, lui prendre la main ou fin d'autre chose, une main sur une épaule fin tous ça c'est des moyens qui peuvent mettre en confiance le patient et le rassurer et essayer aussi de lui faire comprendre que on est la pour lui et qu'on va essayer de rentrer en communication ensemble même si euh ça ne sera pas tout le temps facile.

QUESTION 5 : Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Euh parfois y a un sentiment d'échec c'est-à-dire que on sort d'une chambre mais on c'est pertinemment que, que le patient n'a pas compris nos propos. Euh mais je dirais que j'ai évolué avec ce ressenti là puisque, que euh vraiment dans l'attitude je pense qu'il faut tenter de, d'être bienveillant et de, et de vraiment comme je l'ai dit de rassurer le patient donc euh si on n'arrive pas à communiquer pour euh je ne sais pas moi, pour euh, par exemple pour recueillir des informations sur sa vie, sur son mode de vie, sur d'autres choses et bien voilà je ne vais pas m'acharner à vouloir obtenir des réponses, et je ne vais même pas poser les questions pour éviter que le patient se sente en échec. Voilà je pense qu'il faut essayer d'être concis dans ce qu'on amorce comme communication avec le patient et ne pas poser des questions qui pourraient mettre en difficulté le patient. Mais bien sûr que quand on ferme une porte, qu'on sort d'une chambre et qu'on se dit qu'on a pas su converser comme on aurait voulu oui y a toujours ce sentiment d'impuissance de fin bon, d'une prise en charge qui n'est optimale mais si on sort et qu'on voit le patient serein et paisible c'est plus fin voilà c'est moins dérangent entre guillemet, que de fermer la porte en sachant qu'on a pu répondre à la demande du patient parce qu'on a pas compris ou un patient qui s'énerve parce qu'il veut nous faire comprendre quelque chose et nous on arrive pas à comprendre euh voilà ça, ça peut être compliqué et mal vécue. Mais le temps, fin l'expérience permet de voilà cibler la prise en charge et de ne pas mettre le patient en échec, je pense.

Annexe IV : Entretien N°2 : Infirmière en Médecine

Entretien N°2 : Infirmière en Médecine

QUESTION 1 : Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)

Donc euh, moi je m'appelle infirmière B, euh, je vais avoir 25 ans, j'suis diplômée depuis juillet 2012, donc du premier, de la première année du nouveau référentiel. Euh, de la l'école X. Euh, et donc j'ai été diplômé donc en juillet, le 26 juillet 2012 plus précisément. J'ai commencé à travailler le 28 juillet en viscérale à X pendant un mois et après je suis venue directement en médecine à Y ici. Et depuis j'y suis, donc ça fait depuis septembre, début septembre 2012 que je suis là. Euh, ça se passe très bien, euh, je suis juste stagiairisé là de décembre, donc voilà mon parcours un petit peu. [Le téléphone sonne]. Excuse-moi, donc euh voilà mon parcours, donc depuis septembre 2012, euh, je suis en médecine.

QUESTION 2 : Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?

Alors c'est, c'est pas évident à chiffrer euh, c'est quand même un service euh, qui, euh, il est pas dit médecine gériatrique mais on a plus une tendance gériatrique, donc plus avec des personnes âgées, plus ou moins grabataires. Euh, c'est le plus souvent celle qui sont grabataires avec qui on a des, ou on peut avoir des difficultés de, dans la communication verbale. Euh, te dire un chiffre exactement, si je reprends par exemple ma feuille d'aujourd'hui, euh, sur 15 patients que j'ai de mon côté, donc en communication que j'ai des difficultés donc une, euh, deux, trois, quatre, quatre sur 15 donc c'est pas énorme mais ça peut être beaucoup plus comme moins. Euh, c'est pas, c'est pas, il n'y a pas de chiffre fixe, mais on a plus quand même dans le service une tendance plus grabataire, plus âgées donc on peut en rencontrer régulièrement.

QUESTION 3 : Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?

Euh, on travaille beaucoup, euh, je pense que c'est un de nos rôles propre, l'observation, euh, par rapport au faciès. Euh, si c'est quelqu'un qui comprend mais qui malheureusement ne peut pas parler, on essaye avec des signes ou on a des méthodes d'ardoise si ils sont capables d'écrire. Euh, après dans tous ce qui est l'évaluation, par exemple, l'évaluation de la douleur, y a d'autres échelles de douleur qui euh, que, ils sont pas obligés de nous répondre verbalement, il y a euh, avec Algoplus, des choses comme ça. Donc on met différentes manières, différentes choses qui peuvent être mise en place, mais c'est souvent, soit déjà soit l'observation qui va nous aider beaucoup, avec le faciès, euh, essayer de comprendre la personne si elle nous fait des gestes, ouai, comme je te disais l'ardoise. Euh, qu'est ce que je peux dire d'autres, qu'est ce qu'on peut mettre en... Pis, il y a beaucoup ce travaille en collaboration aussi avec l'équipe qui fait que nous en tant qu'infirmière on peut passer dans la chambre et à ce moment, la personne nous montre pas, pas quelque chose ne veut pas nous exprimer quelque chose, et pourtant cinq minutes avant, elle a exprimé quelque chose a une aide-soignante. Euh quand je dis exprimer ce n'est pas avec des mots mais euh avec des gestes, euh, avec un agacement, euh, avec un cri euh, quelque chose comme ça, euh qui peut nous montrer que y a quelque chose qu'elle essaye de nous faire comprendre.

QUESTION 4 : Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Alors ce qui est important c'est quand même se mettre à la hauteur, euh, se mettre face-à-face pour déjà, est ce que, elle arrive à lire sur les... bien comprendre ce que nous on veut dire. Euh, si on essaye avec des gestes, est-ce que juste serrer la main, approcher notre main, pour le contact physique. Euh, une ardoise ou mettre des choses comme ça en place après une attitude, euh, une attitude particulière à part se mettre à la hauteur et euh, je ne vois pas comme ça. Mais euh, attitude, je réfléchis, attitude particulière, euh... Après faut, bien sûr, avec des mots simples, euh, c'est pas, euh, je pense que, l'explication qu'on peut apporter à un patient qui comprend, fin, qui est capable de nous répondre, je pense qu'on adaptera pas le même vocabulaire à quelqu'un qui est en difficulté au niveau de la communication verbale euh, on va peut-être plus adapter un vocabulaire différent, peut-être plus simple, euh, peut-être pas avec des phrases longues, peut-être juste des mots, ou des petites questions courtes pour pouvoir nous répondre plus facilement.

QUESTION 5 : Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Ça reste quand frustrant parce qu'on a envie qui comprennent, qui, qui, se sentent pas angoissé de ce dire on ne me comprend pas, si on s'imagine deux secondes à la place d'un patient qui n'arrive pas à communiquer, j pense que ça doit être un sentiment de stress pour la personne. Donc euh, c'est culpabilisant et frustrant de ne pas réussir à comprendre ce qu'il essaye de nous dire après on essaye de tous mettre en œuvre pour qu'il se sente le moins, euh, le moins stresser le moins... comment je pourrais dire le... On essaye de le prendre en soins au mieux mais c'est vrai que c'est un sentiment de frustration, parce que euh, c'est tellement simple la communication verbale que euh, de ne pas réussir à le mettre en œuvre c'est euh, je pense que c'est plus ce sentiment là, du fait qu'on a envie que le patient se sente bien, et euh, pour pas qu'il ne soit stresser, pour pas qu'il ressente, qu'il comprend pas le soin, des choses comme ça euh, c'est pour ça que nous, notre service par exemple c'est vrai que je vois souvent, régulièrement, on sort parce qu'on rencontre des gens qui par exemple font des AVC euh, qui pendant une période avant qui récupère plus ou moins au niveau de la parole, on sort régulièrement l'ardoise Euh, il a des choses comme ça qui peuvent être mise en place. Euh, on essaye, je pense qu'on essaye un maximum de trouver des solutions pour que cette communication non verbale soit la mieux comprise malgré les difficultés qu'elle signifie par sa définition. Donc euh, ouai c'est frustrant, moi personnellement, euh, c'est... Je reviens par exemple, à mon sujet de mémoire, moi qui avais fait sur l'évaluation de la douleur chez les personnes non communicantes euh, c'est, c'était vraiment cette observation de la personne qui faisait que ça nous permettait de trouver différentes techniques pour mieux aborder cette euh... pour moi, mon cas, c'était de trouver la douleur. Mais toi, de façon générale, c'est de communiquer avec la personne euh, c'est vraiment cette observation nous en tant qu'infirmière et dans tout autres métiers qui permet de cibler notre regard sur le patient autre que si il nous parler comme je peux te parler euh. C'est trouver d'autre manière de communiquer et c'est enrichissant parce que c'est euh, tous les jours on apprend, chaque personne est différente. On n'abordera pas la même communication non verbale avec les patients. Chaque personne a son langage et elles vont avoir des mimiques, des gestes particuliers, un cri particulier, euh, en lien avec telle pathologie, parce qu'elle rentre en lien avec telle pathologie. Euh, donc je pense que la clé pour moi, c'est d'abord cette observation pour qu'on essaye de comprendre au mieux la personne et pour nous après le moins se sentir frustré et pour que lui se sente le mieux possible, le mieux pris en soins. Donc euh, voilà.

Annexe V : Entretien N°3 : Infirmière en SSR

Entretien N°3 : Infirmière en SSR

QUESTION 1 : Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)

Alors, euh, j'suis infirmière depuis novembre 2003, donc ça va faire 13 ans à la fin de l'année. J'ai travaillé sur le service de long séjour au première étage de l'EHPAD et je suis dans le service de soins de suite depuis six et trois, neuf, donc ça doit faire 10 ans, sans certitude sur les dates, mais une dizaine d'année, toujours sur l'établissement et plus ou moins dans tous les services. On est vraiment rattaché qu'à l'étage depuis deux ans, sinon on était attaché à un service mais on allait sur tous les étages. Voilà. Euh, j'avais oublié, j'ai 37 ans.

QUESTION 2 : Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?

Par semaine, euh, fin actuellement, on a trois patients avec qui on a des difficultés pour communiquer. Donc par semaine et bah ça fait trois par semaine, sur autant de jour que de travail.

QUESTION 3 : Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?

Alors chez certains patients, on a des cahiers de communication avec des pictogrammes. Euh, actuellement, ils ne sont pas utilisés parce que les patients n'adhèrent pas à ce type de, d'outils. Et puis bah sinon, on a pas d'outils sinon de regarder dans les yeux quand il essaye de nous dire quelque chose. C'est arriver qu'on est des gens avec des trachéo chez qui on avait des ardoises effaçable mais en ce moment, en ce moment, on ne les utilise pas, non.

QUESTION 4 : Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Un patient qui a des difficultés de communication verbale, on, fin personnellement, je me mets plus à hauteur pour que déjà, il voit ce que moi je lui dis et puis bah quand on voit son visage, c'est là qu'on arrive à voir si, si il veut aussi échanger quelque chose. Donc plus se mettre à hauteur et puis la proximité.

QUESTION 5 : Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?

Alors quand on voit qu'on arrive à communiquer dans les yeux tout va bien, le jour où on a plus le regard, euh, frustration, car parce que pour échanger c'est pas évident. Euh, quand on voit qu'on a réussi à se faire comprendre et qu'il est, et que l'échange c'est bien passé satisfaction des deux côtés. Mais sinon c'est vrai que c'est très très frustrant de ne pas pouvoir échanger, faire un échange de qualité avec le patient. Et puis c'est beaucoup de temps qui faut pour communiquer et c'est pas parce que le patient il peut pas échanger, qu'il ne comprend pas ce qu'on lui dit. Ça il faut bien faire la différence, c'est surtout ça qui est important.

Annexe VI : Grille de dépouillement des entretiens

Grille de dépeuillement des entretiens

Questions	IDE A	IDE B	IDE C
<p>1. Pouvez-vous vous présenter et me décrire votre parcours professionnel ? (âge, date de diplôme, lieux d'exercice avant ce poste et temps d'exercice dans ce service)</p>	<p>-Sexe : Femme. -Age : 30 ans. -Diplômée en 2008. -Depuis 8 ans : travaille en neurologie. -Diplôme inter-universitaire de pathologies neuro-vasculaires sur l'année 2012-2013 afin d'approfondir l'A.V.C. -Pas d'autres expériences professionnelles en tant qu'infirmière.</p>	<p>-Sexe : Femme -Age : 25 ans. -Diplômée en 2012. -Premier emploi en viscérale pendant 1 mois puis médecine depuis septembre 2012. -Stagiairisés depuis décembre 2015.</p>	<p>-Sexe : Femme. -Age : 37 ans. -Diplômée en 2003. -Travail dans le même établissement depuis dix ans. -Emploi en EHPAD, USLD et SSR.</p>
<p>2. Dans ce service, environ combien de patients ayant des difficultés de communication verbale prenez-vous en soins par semaine ?</p>	<p>Elle m'explique qu'au sein du service, il y a 12 à 13 patients à prendre en soins. Puis me précise que sur 12 patients, il peut y avoir soit la moitié du service qui a un problème de communication ou un problème de langage, soit une ou deux personnes, c'est assez variable. Elle met également en évidence la prise en soins jusqu'à 6 patients qui avaient une aphasie ou qui avaient des difficultés à communiquer. Elle justifie que d'autres pathologies comme la maladie de parkinson au stade très avancé, nous pouvons</p>	<p>Elle m'informe que le service n'est pas dit médecine gériatrique mais qu'elle a le sentiment d'un service vers une orientation gériatrique avec des personnes plus ou moins grabataires. Elle explique que le plus souvent lors de ses prises en soins, les patients qui sont grabataires peuvent avoir des difficultés dans la communication verbale. Elle me précise que sur la journée de l'interview, elle prend en soins 15 patients, et qu'ainsi elle retrouve 4 personnes ayant des difficultés de communication verbale. Elle</p>	<p>Elle m'indique qu'actuellement, elle prend en soins trois patients avec des difficultés pour communiquer.</p>

<p style="text-align: center;">Suite question 2</p>	<p>retrouver des personnes qui ne peuvent plus communiquer.</p>	<p>m'affirme que ce n'est pas beaucoup en comparaison avec d'autres jours où il peut y avoir plus de personnes avec des troubles de la communication. Elle atteste que le service prend en soins des personnes grabataires et donc elle est amenée à rencontrer régulièrement des patients ayant des difficultés de communication verbale.</p>	<p>Elle m'informe utiliser un cahier de communication avec des pictogrammes et qu'actuellement, il n'est pas utilisé parce que les patients n'adhèrent pas à ce type d'outils. Elle m'explique ne pas utiliser d'autres outils. Elle m'informe prendre le temps de regarder dans les yeux le patient quand il essaye de lui dire quelque chose. Elle me précise que pour les personnes ayant une trachéotomie, elle utilise des ardoises effaçables.</p>
<p>3. Quels sont les méthodes et/ou outils que vous mettez en place lors de prise en soins avec des patients ayant des difficultés de communication verbale ?</p>	<p>Elle m'explique qu'elle essaie toujours de rentrer dans la chambre, de se présenter et de voir le visage du patient. C'est-à-dire de voir dans quelle mesure il réagit, est-ce qu'il semble comprendre ce qu'elle est en train de lui dire, un simple bonjour permet aussi de savoir si la personne est réceptive, si elle comprend ce qu'on lui dit. Elle met en avant les informations eues en amont grâce aux transmissions orales et les observations qui donnent déjà des éléments pour nous dire, il y a un problème ou non, il comprend et il parle très bien. Elle prend</p>	<p>Pour elle, l'observation qui fait partie de notre rôle propre permet d'apprécier le faciès du patient. Si quelqu'un comprend mais ne peut pas parler, elle essaie avec des signes ou avec des méthodes d'ardoise s'ils sont capables d'écrire. Elle m'explique que pour l'évaluation de la douleur par exemple, il y a d'autres échelles de douleur où ils sont pas obligés de nous répondre verbalement (Algoplus). Donc elle met différentes choses en place. Elle me précise que l'observation va beaucoup l'aider pour essayer de comprendre la personne. Elle met en avant le</p>	<p>Pour elle, l'observation qui fait partie de notre rôle propre permet d'apprécier le faciès du patient. Si quelqu'un comprend mais ne peut pas parler, elle essaie avec des signes ou avec des méthodes d'ardoise s'ils sont capables d'écrire. Elle m'explique que pour l'évaluation de la douleur par exemple, il y a d'autres échelles de douleur où ils sont pas obligés de nous répondre verbalement (Algoplus). Donc elle met différentes choses en place. Elle me précise que l'observation va beaucoup l'aider pour essayer de comprendre la personne. Elle met en avant le</p>

l'exemple d'un patient qui comprend mais qui a du mal à s'exprimer. Elle va essayer de parler lentement, de lui poser des questions fermées auxquelles il va pouvoir répondre par un hochement de tête, s'il peut le faire. Elle trouve facile d'arriver à communiquer avec quelqu'un quand il comprend. Puis elle me donne un deuxième exemple, une personne qui ne comprend pas, c'est là où se met en place la communication non verbale. Elle me dit fonctionner avec le toucher pour rassurer le patient. Elle m'explique que parfois, elle peut lire le désespoir dans les yeux de ne pas pouvoir se faire comprendre donc s'approcher de lui, lui tenir la main, le regarder bien dans les yeux, parler lentement. Puis utiliser des repères, les bassines pour la toilette par exemple. Mais elle peut être en difficulté face à des personnes qui ne comprennent pas du tout et qui parfois s'énervent, s'obstinent, essaient de nous dire quelque chose qu'on

travail en collaboration avec l'équipe car elle m'affirme qu'en tant qu'infirmière, nous pouvons passer dans la chambre et à ce moment, la personne n'exprime rien et pourtant cinq minutes avant, elle a exprimé quelque chose à une aide-soignante. Elle précise être confrontée à des agacements, des cris lorsqu'une personne essaye de nous faire comprendre un besoin.

Suite question 3

	ne comprend pas.	<p>Comme elle me l'a exprimé dans la question précédente, elle essaie d'être proche du patient, de s'asseoir, d'être le plus souvent à sa hauteur, et non pas la personne dans son lit au plus bas et puis nous pencher sur lui. Puis jouer avec le regard, elle pense que cela a vraiment un gros impact sur la communication. Et puis le toucher, lui prendre la main ou autre chose, une main sur une épaule, tous ces moyens qui peuvent mettre en confiance le patient et le rassurer et essayer aussi de lui faire comprendre qu'on est là pour lui et qu'on va essayer de rentrer en communication ensemble même si cela n'est pas tout le temps facile.</p>	<p>Pour elle, ce qui est important c'est de se mettre à la hauteur, se mettre face-à-face, essayer avec des gestes, serrer la main, approcher notre main, pour le contact physique. Avoir une ardoise ou mettre des choses en place, utiliser des mots simples. Puis, elle m'explique l'adaptation du vocabulaire par rapport à une personne qui a des difficultés au niveau de la communication verbale, peut-être juste formuler des mots ou des petites questions courtes pour pouvoir nous répondre plus facilement.</p>	<p>Elle m'explique que pour un patient avec des difficultés de communication verbale, elle se positionne à sa hauteur afin qu'il puisse voir ce que l'infirmière lui dit. Elle me dit également, bien regarder le visage de la personne pour savoir si elle souhaite quelque chose. La proximité avec le patient est aussi un élément important pour elle.</p>
<p>4. Adoptez-vous une attitude posturale particulière avec un patient ayant des difficultés de communication verbale ?</p>	<p>Elle m'affirme que parfois il y a un sentiment d'échec, c'est-à-dire qu'elle sort d'une chambre mais elle sait pertinemment que le patient n'a pas compris ses</p>	<p>Elle affirme que cela reste frustrant parce qu'elle n'a pas envie que le patient se sente angoissé de se dire, on ne me comprend pas. Elle m'explique</p>	<p>Elle m'avoue que quand elle arrive à communiquer avec les yeux du patient, tout va bien. Mais le jour où il n'y a plus de communication possible, c'est un</p>	
<p>5. Quels ressentis avez-vous envers un patient ayant des difficultés de communication verbale ?</p>				

<p>propos. Mais elle dit avoir évolué avec ce ressenti-là. De plus, elle m'explique que dans l'attitude, il faut tenter d'être bienveillant et de rassurer le patient. Elle argumente ses propos par une situation vécue, où elle n'arrivait pas à communiquer pour recueillir des informations sur le mode de vie d'un patient. Elle ne s'est pas acharnée à vouloir obtenir des réponses, et elle ne va même pas poser la question pour éviter que le patient se sente en échec. Elle pense qu'il faut essayer d'être concis dans ce qu'on amorce comme communication avec le patient et ne pas poser des questions qui pourraient mettre en difficulté la personne. Mais elle me réaffirme que quand elle sort d'une chambre et qu'elle se dit qu'elle n'a pas pu converser comme elle aurait souhaité, il y a toujours ce sentiment d'impuissance. Elle me précise ressentir que la prise en soins n'est pas optimale. Mais elle constate que si elle sort d'une chambre et qu'elle voit le patient</p>	<p>s'imaginer deux secondes à la place d'un patient qui n'arrive pas à communiquer, il doit être dans un sentiment de stress. C'est culpabilisant et frustrant de ne pas réussir à comprendre ce qu'il essaie de nous dire. Elle explique essayer de tout mettre en œuvre pour qu'il se sente le moins stressé, essayer de le prendre en soins au mieux mais elle avoue avoir un sentiment de frustration parce que c'est tellement simple, la communication verbale que de ne pas réussir à le mettre en œuvre. Elle affirme souvent utiliser l'ardoise quand cela est possible pour que cette communication non verbale soit la mieux comprise malgré les difficultés. Elle m'informe également avoir fait son mémoire sur l'évaluation de la douleur chez les personnes non communicantes. Pour elle, c'est cela qui a permis de mettre en évidence cette observation de la personne. C'est trouver d'autres manières de communiquer et c'est enrichissant parce que c'est</p>	<p>sentiment de frustration qui se dévoile parce que pour échanger, ce n'est pas évident. Elle affirme que voir qu'elle a réussi à se faire comprendre et que l'échange s'est bien passé, la satisfaction est des deux côtés. Puis, elle me réaffirme que c'est très frustrant de ne pas pouvoir échanger. Elle explique aussi que cette forme de communication par le regard prend énormément de temps. De plus, elle me précise que ce n'est pas parce que la personne n'arrive pas à communiquer qu'elle ne comprend pas ce que l'infirmière essaie de lui dire. Elle insiste sur ce point et de bien faire la différence.</p>
<p>Suite question 5</p>		

Suite question 5

serain et paisible, elle considère que la prise en soins est peut-être satisfaisante. Mais à l'inverse, fermer la porte en sachant qu'elle n'a pu répondre à la demande du patient parce qu'elle n'a pas compris ou un patient qui s'énerve parce qu'il souhaite nous faire comprendre quelque chose et nous n'arrivons pas à comprendre, ça peut être compliqué et mal vécu. Mais d'après elle, l'expérience permet de cibler la prise en soins et de ne pas mettre le patient en échec.

d'apprendre tous les jours que chaque personne est différente. Elle m'explique ne pas avoir la même communication non verbale avec les patients. Chaque personne a son langage, ses mimiques, des gestes particuliers, un cri particulier.