

Référentiel de Compétences

Relation de soin en situation de communication altérée En particulier dans des services de gériatrie

S O M M A I R E

1. PRESENTATION GENERALE DES METIERS CONCERNES	3
1.1. PROBLEMATIQUE	3
1.2. METIERS CONCERNES	3
1.3. CADRE D'EXERCICE	4
2. PROFIL DE L'EMPLOI	6
2.1. REFERENTIEL DE COMPETENCES	6
2.2. DETAIL DES ACTIVITES CARACTERISTIQUES	7
3. CONNAISSANCES REQUISES PAR L'EMPLOI	10
3.1. A PROPOS DES SAVOIRS	10
3.2. L'INFERENCE DES SAVOIRS	11

1. PRESENTATION GENERALE DES METIERS CONCERNES

1.1. Problématique

De nombreux patients / résidents ne sont plus en situation de communiquer en utilisant des canaux habituels, qu'ils soient atteints de troubles cognitifs (démences en particulier) ou neurologiques (suites d'accident vasculaire cérébral ou AVC). Ils peuvent, selon les cas, être en difficultés pour comprendre ce qui leur est dit, ou tout simplement pour l'entendre, pour le mémoriser, pour le répéter... et sont diversement capables d'exprimer ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils souhaitent. D'autres, dont les facultés mentales sont intactes, se retrouvent en difficulté pour communiquer tout simplement parce qu'ils parlent un dialecte peu utilisé, et qu'il va falloir faire appel à trois traducteurs intervenant successivement pour parvenir à les comprendre.

Pour les personnels soignants intervenant auprès d'eux, dans un contexte de service hospitalier, l'entrée en relation ne peut se faire selon les modalités habituellement apprises. Ils vont devoir déployer de nouveaux savoir-faire, pour interpréter ce qui leur est dit ou montré, pour décoder la signification de mimiques, de postures, de gestes, et pour se faire eux-mêmes comprendre.

Yves Gineste et Jérôme Pellissier constatent que : *dans des institutions, n'existe aucune prise en compte des savoirs et savoir-faire que les soignants élaborent et construisent par leur pratique*¹. Ce référentiel des savoirs et savoir-faire mis en œuvre dans une telle relation de soins, a pour but de permettre la reconnaissance de ces compétences spécifiques.

1.2. Métiers concernés

Parmi les nombreux professionnels intervenant dans cette situation, nous avons particulièrement rencontré des personnes exerçant les métiers suivants (nous adoptons le masculin, bien que nous n'ayons rencontré qu'un seul homme parmi eux) :

-  aide-soignant
-  infirmier
-  rééducateur : ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien
-  cadre de santé

¹ Yves Gineste – Jérôme Pellissier : *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Editions Bibliophane-Daniel Radford, Paris, 2005, page 185

1.3. Cadre d'exercice

Le cadre d'exercice retenu a été celui de services de gériatrie, accueillant des personnes âgées dans des situations variées. Nous en décrivons rapidement six, en sachant que les patients / résidents peuvent passer d'une structure à l'autre, en fonction de leur état de santé.

- ✚ L'hospitalisation de jour est destinée à des patients / résidents suffisamment autonomes pour être maintenus à domicile, et qui trouvent dans le cadre hospitalier à la fois des soins destinés à maintenir ou à développer cette autonomie, et des activités en groupe stimulant leurs capacités cognitives et émotionnelles.
- ✚ Les courts séjours accueillent des patients / résidents pour des durées courtes, dans le cas de pathologies décompensant brutalement (la plupart du cas, chez la personne âgée, l'interaction entre plusieurs pathologies conduit à une prise en charge globale dans un service de gériatrie plutôt que dans un service de spécialité, comme la cardiologie), mais permettant souvent le retour à domicile, éventuellement après une adaptation de l'environnement du patient / résident.
- ✚ Les soins de suite permettent à des patients / résidents d'entamer une rééducation ou une réadaptation après une intervention chirurgicale (pose de prothèse, réduction de fracture etc.) ou après un AVC.
- ✚ Les longs séjours accueillent des personnes qui ne peuvent plus être maintenues à leur domicile, et qui nécessitent une prise en charge permanente et définitive. Il s'agit alors d'un véritable lieu de résidence, où des activités sont organisées pour favoriser une vie en collectivité et stimuler chacun en fonction de ses possibilités.
- ✚ Les services spécialisés en psycho-gériatrie sont destinés à des patients / résidents dont la démente est particulièrement prononcée, et qui souvent cumulent des troubles de comportement, dus à une maladie psychiatrique évoluant depuis longtemps, et ce jusqu'au décès des patients / résidents.
- ✚ Les services de soins palliatifs accueillent des patients / résidents pour les derniers jours, semaines voire mois de leur vie, que les soignants vont s'efforcer de rendre les plus paisibles possibles. Situés notamment dans le cadre d'hôpitaux à vocation gériatrique, leurs patients / résidents sont généralement âgés de plus de 60 ans, mais la prise en charge diffère peu en fonction de l'âge.

Les soignants travaillent en équipe. Plusieurs ont insisté sur la dimension collective de la prise en charge, et sur la nécessité de pouvoir travailler ensemble, d'échanger voire de se soutenir mutuellement. En effet, l'interprétation de certains signaux liés à la communication non-verbale n'est pas toujours aisée, et la mise en commun des différentes interprétations permet souvent d'affiner la compréhension du patient / résident. Il peut aussi être nécessaire de "passer la main", c'est-à-dire de demander à un autre soignant de s'occuper d'un patient / résident avec lequel on n'arrive plus à rentrer en relation, ou qui développe une attitude défensive.

Des réunions d'équipe, la plupart du temps hebdomadaires, permettent aux soignants de faire le tour de tous les patients / résidents avec les médecins et de s'arrêter sur les cas qui posent des problèmes, de demander aux médecins des explications

concernant telle ou telle pathologie, d'évoquer des changements de comportements inattendus etc. Les psychologues interviennent également, aussi bien auprès des patients / résidents que de l'équipe soignante en cas de besoin, et sont associés à ces réunions.

L'organisation du travail prévoit en général trois équipes, matin, après-midi et nuit. Selon l'organisation du service, on peut être affecté de manière définitive à une plage horaire ou les équipes peuvent tourner. Le nombre d'infirmières et aides-soignantes par patient / résident varie d'un service à l'autre. Si en psycho-gériatrie, il peut y avoir une infirmière pour 32 lits, en soins palliatifs il y en aura une pour 4 lits.

De la même manière, les rééducateurs ne sont pas affectés à un service particulier, mais plutôt à un groupe de services, voire à un secteur. Mais ils participent activement aux réunions d'équipes concernant les patients / résidents dont ils ont à s'occuper. Les rééducateurs interviennent également auprès de l'équipe, pour aider à la réalisation d'un soin difficile (comprendre pourquoi une toilette se passe mal), à l'installation confortable d'un patient / résident, à la réalisation d'aides visuelles comme support de communication, soit encore pour associer l'équipe à une rééducation.

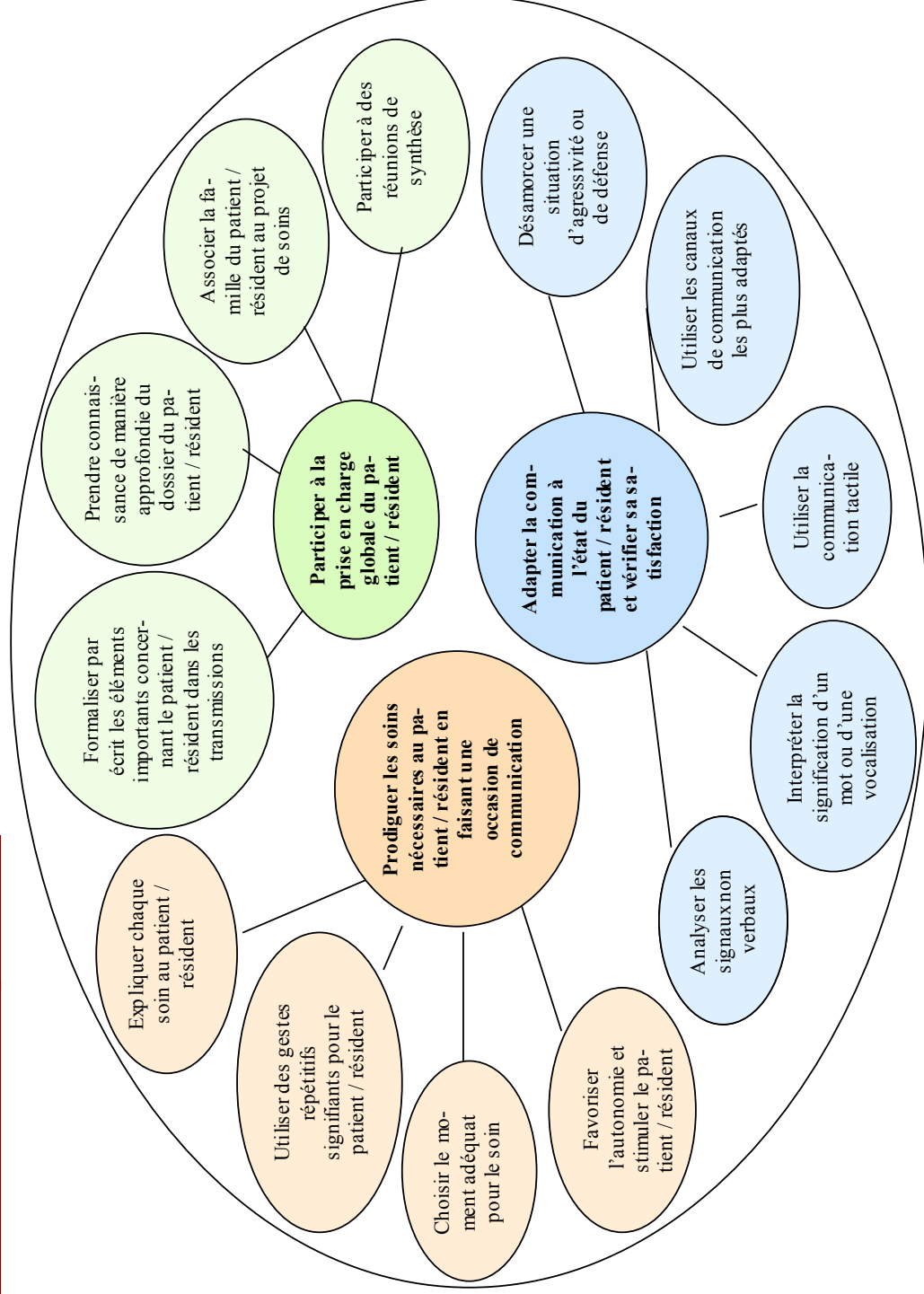
Dans ce contexte, la continuité des soins passe également par la qualité des transmissions écrites, qui doivent permettre à tout intervenant de savoir ce qui se fait avec chaque patient / résident. Ainsi, un rééducateur va-t-il porter dans les transmissions le contenu de la séance de rééducation, ou d'activité ergo-thérapeutique, et des indications sur un comportement nouveau ou inhabituel du patient / résident. De même, une aide-soignante qui aurait obtenu d'un patient / résident une participation plus active à sa toilette, va-t-elle l'indiquer dans la transmission "le laisser se laver lui-même le visage et le haut du torse". Une dégradation de son état général, ou de sa communication, va également être indiquée.

Les personnes qui ont constitué l'échantillon rencontré ont toutes fait le choix délibéré de travailler dans ces services, et ont, à l'égard des personnes âgées, une attitude empathique et compréhensive. La description des activités menées, et des efforts déployés pour comprendre un patient / résident qui communique peu ou mal, montre la nécessité de l'implication du soignant. De même, tous soulignent que comprendre ce que signifie un patient / résident qui ne communique plus verbalement prend du temps. Il faut au moins une semaine pour décoder les signaux, comprendre qu'une vocalisation unique (pati pati) peut, selon l'intonation, le moment, la mimique, avoir des sens fort différents.

Nous présentons donc dans les pages qui suivent les activités dans lesquelles ces compétences particulières sont mobilisées, indépendamment du métier de la personne qui les effectue.

2. PROFIL DE L'EMPLOI

2.1. Référentiel de compétences



2.2. Détail des activités caractéristiques

<p>Produire les soins nécessaires au patient / résident en en faisant une occasion de communication</p>
<p><u>Expliquer chaque soin au patient / résident</u></p> <p>Vérifier le niveau de compréhension du patient / résident de sa situation et de son devenir Détailler et expliquer chaque geste, en prévenant le patient / résident Au besoin, anticiper sur le soin suivant pour ne pas le prendre de court Lui parler, même s'il ne semble pas en état de comprendre Utiliser une stratégie de diversion (faire rire par exemple) pour accompagner un soin douloureux <u>Utiliser des gestes répétitifs significatifs pour le patient / résident</u></p> <p>Donner des consignes simples, en l'accompagnant d'un geste Souligner le discours par le geste Adopter des séquences de soins spécifiques à chaque patient / résident en fonction de ses préférences, et respecter le rituel du patient / résident <u>Choisir le moment adéquat pour le soin</u></p> <p>Différer à un autre moment de la journée un soin qui a été refusé Tenir compte des habitudes de vie antérieures du patient / résident Transformer un moment de soin en un moment de plaisir Planifier des activités futures pour créer des "projets de vie" <u>Favoriser l'initiative, l'autonomie et stimuler le patient / résident</u></p> <p>Associer le patient / résident à la toilette ou au soin L'inciter à faire seul Lui faire choisir sa tenue vestimentaire Proposer des activités variées individuelles (lecture, musique, couture etc.) ou en groupe (atelier d'ergothérapie, musicothérapie etc.) Ramener, selon la situation, le patient / résident dans le réel Eventuellement, réintroduire le mot juste lors de l'emploi inadapté d'un mot Elaborer un programme d'éducation ou de rééducation Evaluer les acquis du patient / résident et favoriser l'autonomie</p>

Adapter la communication à l'état du patient / résident et vérifier sa satisfaction
<p><u>Analyser les signaux non verbaux</u></p> <p>Prendre le temps d'observer le patient / résident pour comprendre les signaux non-verbaux</p> <p>Analyser les mimiques faciales, le sourire le regard, les changements de tonicité musculaire, les modifications de posture</p> <p>Noter tout changement de comportement et tenter de le décoder</p> <p>Echanger en équipe autour de cette analyse</p> <p><u>Interpréter la signification d'un mot ou d'une vocalisation</u></p> <p>Décoder les différents sens que peut avoir le même mot employé dans des situations variées (problème de l'aphasie)</p> <p>Interpréter les différentes significations d'un cri ou d'un pleur</p> <p><u>Utiliser les canaux de communication les plus adaptés</u></p> <p>Utiliser des aides visuelles dont le mime</p> <p>Utiliser des phrases simples</p> <p>Utiliser des phrases-types écrites en phonétique pour communiquer avec un patient / résident étranger</p> <p>Choisir un thème facilitant l'échange (l'ancien métier, un événement particulier, les voyages, la musique)</p> <p>Evoquer des sujets d'actualité, des événements récents, ou des activités communes</p> <p><u>Utiliser la communication tactile</u></p> <p>Utiliser un geste apaisant pour calmer le patient / résident</p> <p>Accepter ou donner un geste de tendresse, sans franchir les limites de l'équivoque</p> <p><u>Désamorcer une situation d'agressivité ou de défense</u></p> <p>Eviter les gestes brusques, ou les mouvements trop rapides</p> <p>Limitier les possibilités de geste agressif du patient / résident, sans l'immobiliser (contenir le bras dans sa main en U plutôt que de le maintenir)</p> <p>Détourner l'attention du patient / résident</p> <p>Transformer une phrase agressive en situation humoristique</p> <p>Reformuler en utilisant des proverbes ou paroles de chanson, ou tout autre médiateur susceptible de détourner l'agressivité</p> <p>Se mettre à hauteur du patient / résident</p>

Participer à la prise en charge globale du patient / résident
<u>Prendre connaissance de manière approfondie du dossier du patient / résident</u>
Prendre connaissance des antécédents Lire et comprendre le diagnostic, l'évolution probable Comprendre les traitements, les effets secondaires et les objectifs poursuivis
<u>Associer la famille du patient / résident au projet de soins</u>
Recueillir des informations sur la vie du patient / résident Chercher à comprendre avec la famille la signification de mots, cris ou comportements nouveaux Associer la famille au projet de soins et déterminer leur place dans la prise en charge Réaliser un programme d'information et d'éducation de la famille au devenir du patient / résident Désamorcer les conflits familiaux et les conflits avec la famille
<u>Formaliser par écrit les éléments importants concernant le patient / résident dans les transmissions</u>
Noter les soins faits, ou les activités auxquelles le patient / résident participe Eventuellement, inviter un autre membre de l'équipe (psychologue) à relire son observation <u>Signaler tout changement de comportement ou de déroulement des soins</u>
<u>Participer à des réunions de synthèse</u>
S'informer sur la pathologie du patient / résident Interpréter en équipe les signaux de communication non verbale Capitaliser les enseignements tirés avec chaque patient / résident Trouver un accord sur le projet de soins pour chaque patient / résident Respecter la décision collégiale

3. CONNAISSANCES REQUISES PAR L'EMPLOI

3.1. A propos des savoirs

Gérard Malglaive décrit quatre catégories de savoir : le savoir théorique, le savoir procédural, le savoir pratique et le savoir-faire.

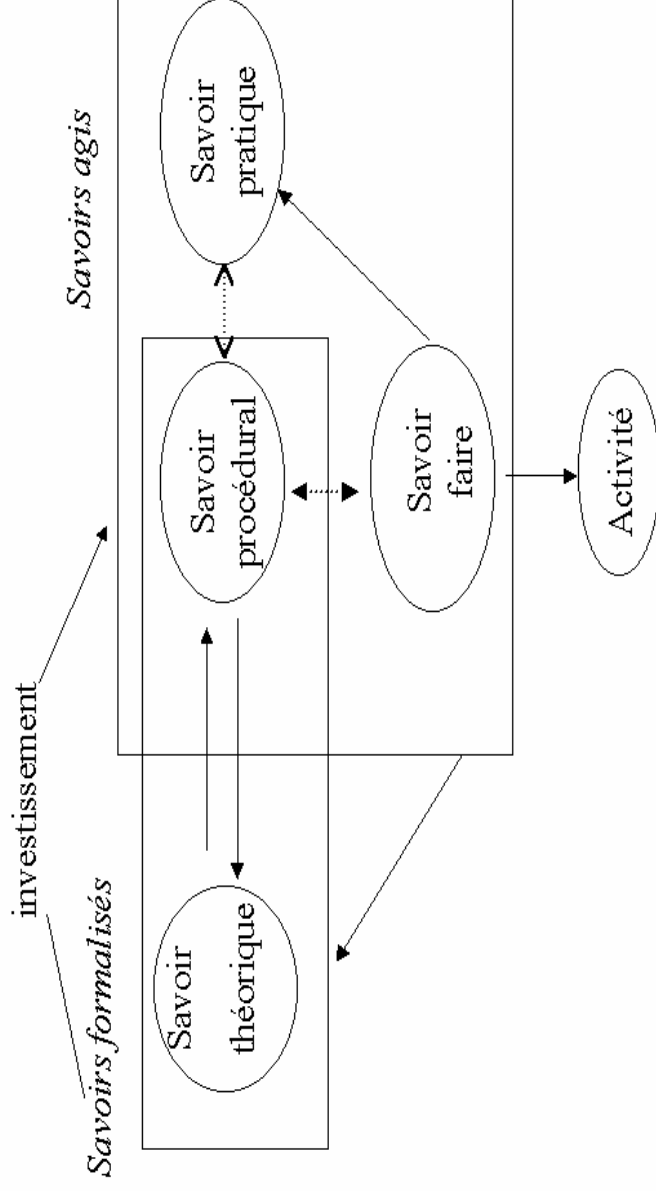
Les trois premiers donnent les éléments de connaissance du réel :

Le savoir théorique (ou connaissances) : c'est le socle constitué par les connaissances, ou encore le fameux "savoir proprement dit" de nos deux trilogies ; il ... donne à connaître les lois d'existence, de constitution, de fonctionnement du réel. [...]. Le savoir théorique est donc le fondement indispensable de l'efficacité des savoirs qui règlent l'action : les savoirs procéduraux.

Le savoir procédural (ou procédures, techniques, méthodes) : c'est aussi le savoir méthodologique, l'ensemble des procédures qui gouvernent et permettent l'action : le savoir procédural [...] est souvent confondu avec le savoir-faire, dans la mesure où il gouverne la pratique et que tout "faire" suppose des procédures.

Le savoir pratique (ou expérience) : c'est un savoir non formalisé, acquis par la pratique, et revendiqué dans les années 60, lors de la "révolte des OS", sous le nom de "savoir ouvrier" : ce savoir pratique est beaucoup moins structuré et codifié que ne l'est le savoir théorique, ou même que ne le sont les savoirs procéduraux, même s'il peut lui arriver d'atteindre à la rationalité dans la mesure où il reflète l'efficacité de l'action sur un réel qui n'est pas un cahot incohérent[...]. Il comble en quelque sorte les interstices [...]. Et, sans être indécible, il dit le plus souvent, de manière à vrai dire parfois approximative, ce que théories et procédures codifiées ne peuvent pas dire.

Le savoir-faire quant à lui s'investit dans l'action : c'est sans doute la notion la plus familière, la plus observable ; il s'agit souvent d'un savoir procédural automatisé : le savoir-faire peut désigner les gestes singuliers d'une pratique, ce que les Anglo-saxons appellent des "skills", terme souvent traduit par "habiletés", ce qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique mais encore de le faire avec adresse et dextérité.



Comme l'illustre ce schéma, ces savoirs sont en dynamique, en tension : les savoirs évoluent, se nourrissent mutuellement ; ils se transforment. Ainsi, le jeu de la formalisation permet-il de transformer un savoir-faire en savoir procédural, qui décompose l'acte ou le geste en pas de procédures. De même, un savoir pratique (l'expérience qu'on a des choses) peut-elle donner lieu à un savoir procédural transmissible, et donc accessible au plus grand nombre. C'est ainsi que le "rouge cerise" qui permettait aux aciéristes de savoir que la coulée était prête a été mis en équation pour permettre l'automatisation des procédures de fonderie.

3.2. L'inférence des savoirs

L'inférence des savoirs, présentée conformément au schéma ci-dessus, est présentée dans les pages suivantes pour chacune des trois activités constituant le cœur de métier.

Prodiguer les soins nécessaires au patient / résident en en faisant une occasion de communication

Connaissances

Les 3 A (Aphasie, Agnosie, Apraxie)
 Les pathologies traitées dans le service dont les démences
 Leur incidence sur les comportements
 Leur pronostic et le degré de récupération possible
 Le schéma corporel
 Les troubles relatifs au schéma corporel
 Les troubles sensoriels (surdité, cécité etc.)
 Les troubles cognitifs
 Le diagnostic du patient / résident
 Les traitements et leurs effets secondaires
 La bien-être
 L'ergonomie et les gestes et postures
 Le contact dans la relation de soin
 Les théories de la communication

Savoirs procéduraux

Les supports visuels de communication
 pictogrammes, livres d'image, ardoise magique
 Les supports sonores de communication
 Les protocoles et séquences de soin
 L'état nutritionnel du patient / résident
 Les régimes adaptés
 Les paramètres biologiques et sanguins
 L'état clinique du patient / résident
 La toilette comme moment d'évaluation
 Les logiciels de formalisation des soins
 ACTIPIDOS

Savoirs expérimentiels

Le degré de compréhension du patient / résident
 La possibilité de mémorisation de chaque patient / résident
 Les soins appréciés ou pas par chaque patient / résident
 Les gestes que le patient / résident peut encore
 L'utilité du "bain verbal"
 Les codes et rituels de chaque patient / résident
 Les limites de leur propres compétences en tant que soignants
 Les indices de douleur
 La fatigabilité du patient / résident
 La qualité de la relation
 Les impacts de l'annonce du diagnostic sur le comportement du patient / résident

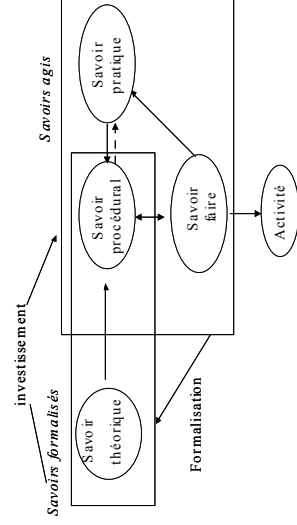


schéma de la combinaison dynamique des savoirs
 d'après Gérard Malgouère

Savoirs Faire

Evaluer régulièrement les besoins d'un patient / résident
 S'asseoir au niveau du patient / résident pour faciliter la communication
 Adapter son geste au patient / résident et à sa pathologie
 Utiliser des séquences de gestes qui fonctionnent comme des consignes
 Se positionner de manière à faciliter la communication (en fonction de la nature du déficit sensoriel ou moteur)
 Inciter le patient / résident à faire seul ce qu'il peut faire
 Utiliser une stratégie de diversion pour faire passer un soin douloureux
 Savoir passer le relais, si le soin ne se déroule pas bien
 Entendre le patient / résident qui ne veut plus de soins
 Positionner des objets pour faciliter la compréhension en fonction du déficit
 Faire la toilette dans l'ordre préféré par le patient / résident
 Aider un patient / résident à reprendre confiance en lui
 Respecter la pudeur du patient / résident
 Evaluer la douleur du patient / résident à l'occasion d'un soin
 Calmer l'angoisse du patient / résident

Adapter la communication à l'état du patient / résident

Connaissances

Les 3 A (Aphasie, Agnosie, Apraxie)
 Les pathologies traitées dans le service et leur incidence sur les comportements et leur pronostic
 Les déficits sensoriels
 Les déficits cognitifs
 Le diagnostic du patient / résident
 Les traitements et leurs effets secondaires
 La permanence des émotions
 La notion de "contre-transfert"
 Les théories de la communication

Savoirs procéduraux

Les supports visuels de communication
 pictogrammes, livrets d'image, ardoise magique
 Les supports sonores de communication
 L'anamnèse du patient / résident
 Les positions antalgiques
 L'état clinique du patient / résident
 Les différentes médiations : activités, bain ...
 La nature du déficit de communication

Savoirs expérimentiels

Le degré de compréhension du patient / résident
 La connotation positive ou "taboue" des gestes
 Les gestes d'affection et leurs limites
 La gestion des gestes "équivoques"
 Les différents signaux non verbaux :
 mimique, sourire, regard, tonicité musculaire, posture
 Les vocalisations, les cris et pleurs,
 La conscience de son propre trouble
 La dissimulation des troubles de la cognition
 La signification du mot mal employé pour le patient / résident
 Les bienfaits d'un bain thérapeutique
 L'état du patient / résident en fonction du moment de la journée
 L'observation de l'état de la chambre du patient / résident
 Les moments de détresse ou d'angoisse
 Les sujets de conversation favoris du patient / résident
 La grille d'analyse informelle des comportements

Savoirs Faire

Parler lentement, à voix claire, en articulant distinctement
 Utiliser des gestes pour faire comprendre les mots
 Reconstituer la demande du patient / résident
 Intégrer le déficit du patient / résident dans son attitude de soin et sa communication
 Adapter son langage et son débit au degré de compréhension supposé du patient / résident
 Observer le patient / résident tout en faisant un soin
 Noter toute modification intervenant chez le patient / résident
 Désamorcer l'agressivité
 Reformuler sans blesser
 Mettre gentiment des limites sur des gestes qui peuvent être équivoques
 Ne pas se formaliser de paroles qui peuvent passer pour injurieuses
 Déceler tout changement de comportement
 Rassurer le patient / résident
 Faire la différence entre l'agressivité et l'angoisse
 Gérer un moment de tension, ou de débordement affectif
 Utiliser des jeux verbaux pour stimuler le langage (chansons, proverbes)
 Resituer le patient / résident dans la réalité en s'appuyant sur son histoire

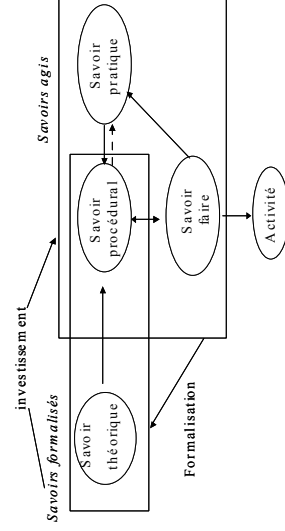


schéma de la combinaison dynamique des savoirs

d'après Gérard Malglaive

Participer à la prise en charge globale du patient / résident

Connaissances

Les 3 A (Aphasie, Agnosie, Apraxie)
 Les pathologies traitées dans le service et leur incidence sur les comportements et leur pronostic
 Les attributions spécifiques des différents membres de l'équipe soignante
 Le diagnostic du patient / résident
 Les traitements et leurs effets secondaires
 La notion de "contre-transfert"
 Les théories de la communication
 Les théories sociales du vieillissement

Savoirs procéduraux

La planification des soins
 Les supports visuels de planification des soins
 L'anamnèse du patient / résident
 Les autres personnes ressources
 L'état clinique du patient / résident
 Les logiciels de formalisation des soins
 ACTIPIDOS
 Le projet thérapeutique
 La conduite de réunions
 Les transmissions

Savoirs expérimentiels

Les changements notables de comportement
 La signification des signaux de communication verbale et non verbale
 L'ambiance familiale
 La participation de la famille aux soins
 Les différentes conceptions du soin

Savoirs Faire

Déceler un changement de comportement
 Noter ses observations de manière claire dans les transmissions
 Participer à des réunions de synthèse
 Interpréter en équipe les signaux de communication non-verbale
 Intégrer la famille dans la relation de soins
 Gérer des conceptions de soins différentes
 Gérer ses propres angoisses

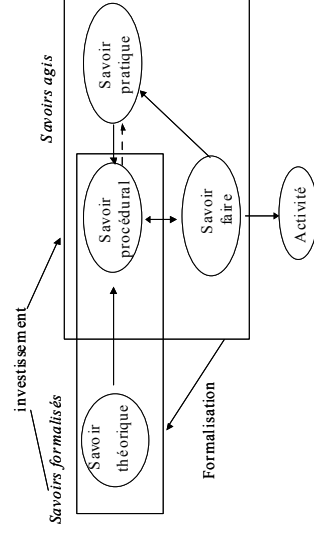


schéma de la combinaison dynamique des savoirs
 d'après Gérard Meiglaive