

REIGNIER William

Promotion 2015-2018

Mai 2018

Se comprendre pour mieux vivre

**Dossier : Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
d'infirmier**

**UE 5.6.S6 : Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles**

UE 6.2.S6 : Anglais

IRFSS CRF Pays de la Loire

IFSI de Laval



Note à l'attention des lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une formation à l'I.F.S.I. Croix-rouge française de Laval. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur et du directeur de l'I.F.S.I. »

Remerciements :

Concevoir ce travail de fin d'étude a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes.

Je remercie mes 2 parents qui m'ont soutenu pendant ces trois années d'étude et permis de faire ces études, ainsi que mon frère pour son soutien et ses encouragements.

Je remercie ma référente de suivi du travail de fin d'étude, Mme LAIGRE Véronique, pour son accompagnement : sa disponibilité, ses conseils, son écoute et son soutien.

Je remercie aussi mes amis pour leur soutien : Renée, Françoise, Youna, Aline, Viviane, Marie-France, Gaëlle, Chahrazade, David, Emmanuelle, Margot, Edouard, Sylvie mon ancienne collègue de travail et Sylvie ma logeuse, Raymond (dit « Philippe » pour les intimes).

Je remercie aussi les infirmiers(ières) qui m'ont accompagnés et transmis leur savoir pendant chacun de mes stages.

Merci à toute l'équipe pédagogique ainsi qu'aux documentalistes pour leur accompagnement, soutien, disponibilité et leur efficacité.

Lexique

T.F.E. : Travail de Fin d'Etude

G.I.R. : Groupe Iso-Ressource

M.M.S. : Mini Mental State

I.M.C. : Indice de Masse Corporelle

A.S.G. : Assistant de Soins en Gérontologie

I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes  g es Dépendantes

U.C.C. : Unité Cognitive-Comportementale

C.P.A. : Centre pour Personnes  g es

C.I.I. : Conseil International des Infirmières

C.N.R.T.L. : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

I.D.E. : Infirmière Diplômée d'Etat

SOMMAIRE

Sommaire

Introduction.....	1
1. De ma situation d'appel à ma question de départ.....	2
1.1. Ma situation d'appel.....	2
1.1.1. Présentation.....	2
1.1.2. Description.....	3
1.2. Questionnement initial.....	4
1.3. Mon cheminement de pensées.....	6
1.3.1. But de ma recherche.....	6
1.3.2. Champ disciplinaire.....	6
1.3.3. Cadre conceptuel.....	7
1.4. Question de départ.....	7
2. Méthodologie.....	8
2.1. La construction de mon outil d'enquête.....	8
2.2. Choix de la population.....	8
2.3. Déroulement de mon enquête.....	9
2.4. Les limites et obstacles que j'ai rencontrés.....	9
2.5. Les atouts de l'enquête.....	9
3. Cadre théorique.....	10
3.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.).....	10
3.1.1. L'histoire de l'hébergement des personnes âgées en lieu de vie.....	10

3.1.2. Un lieu de vie pour personnes âgées dépendantes.....	11
3.1.3. Le choix d'E.H.P.A.D.....	12
3.1.4. Le bien-être du résident.....	13
3.2. Les syndromes démentiels et la maladie d'Alzheimer.....	14
3.2.1. Physiopathologie et évolution.....	14
3.2.2. L'altération de la communication verbale et non-verbale.....	15
3.3. La désorientation en institution.....	16
3.3.1. Dans le temps.....	16
3.3.2. Dans l'espace.....	17
3.3.3. La recherche du bien-être.....	18
3.4. Le soin relationnel.....	19
3.4.1. Les soins infirmiers.....	19
3.4.2. La relation soignant-soigné.....	20
3.4.3. Les 3 attitudes fondamentales du thérapeute selon Carl ROGERS.....	21
3.4.4. L'accompagnement.....	22
3.4.5. La méthode de « <i>Validation</i> » de Naomi FEIL.....	23
4. L'analyse des données.....	24
4.1. Les qualités de l'infirmier en E.H.P.A.D.....	24
4.2. L'importance des connaissances sur la maladie d'Alzheimer.....	25
4.3. Le consentement à l'admission en E.H.P.A.D. et ses conséquences.....	26
4.4. Soin relationnel.....	27
4.4.1. Le soin relationnel en tant que soin infirmier.....	27
4.4.2. Les techniques relationnelles utilisées.....	28

4.4.3. Prendre en compte l'histoire de vie du résident.....	29
4.4.4. Des formations complémentaires.....	30
4.5. Désorientation temporo-spatiale.....	31
4.5.1. Différentes représentations du sentiment de bien-être.....	31
4.5.2. La place de l'infirmier dans le monde intérieur du résident désorienté.....	32
4.5.3. Le positionnement de l'infirmier.....	33
4.6. Synthèse de l'analyse.....	33
Conclusion.....	35
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

Le Travail de Fin d'Etude (T.F.E.) en soins infirmiers applique une méthodologie abordée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.). C'est un outil de recherche construit à partir d'une situation que l'étudiant a vécu auprès d'une personne soignée. Cette réflexion est personnelle, professionnelle et construite à la manière d'une recherche scientifique. Elle se destine à faire évoluer la pratique infirmière, développant ainsi un champ disciplinaire : les sciences infirmières.

Depuis 10 années que je travaille dans le secteur de la santé, j'ai toujours eu un engouement pour le secteur de la gériatrie et, jusqu'à aujourd'hui, je conserve ce désir. Le soin relationnel auprès de la personne âgée prend une place importante dans mon identité professionnelle, et c'est dans mon rôle propre infirmier, lorsque je mobilise mon savoir-être, que je trouve le plus de plaisir aux soins.

En tant que futur infirmier, je compte exercer dans le domaine de la gériatrie, en travaillant notamment en E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) ou en U.C.C. (Unité Cognitivo-Comportementale). Je m'intéresse beaucoup à l'accompagnement de la personne âgée atteinte du « *syndrome cognitivo-mnésique* »¹. Ainsi, je souhaite me former aux méthodes « *Humanitude* » d'Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI (formateurs dans la prise en soin bien traitante de la personne âgée) et de « *Validation* » de Naomi FEIL (docteure en sciences sociales sur l'accompagnement des personnes âgées), afin de mieux comprendre la personne âgée et améliorer ma prise en soin de celle-ci.

Lors de mon premier stage en soins infirmiers en E.H.P.A.D., une situation de prise en soin auprès d'une résidente m'a interpellé. J'ai souhaité m'y intéresser et la conception de ce T.F.E. me permettra d'assouvir mes désirs de compréhension de cette situation.

Tout d'abord je commencerai ce dossier en présentant ma situation d'appel, mon questionnement initial et mon cheminement de pensées. Dans un deuxième temps j'évoquerai ma méthodologie d'enquête. Puis en troisième temps, je présenterai mon cadre théorique. Enfin, j'aborderai en quatrième partie mon analyse des données recueillies sur le terrain auprès d'infirmières.

¹ Lorsque j'utiliserai le terme « *syndrome cognitivo-mnésique* », ce dernier fera référence aux termes « *démence* » pendant tout le reste de mon travail.

**DE MA SITUATION D'APPEL A
MA QUESTION DE DEPART**

1. De ma situation d'appel à ma question de départ

1.1. Ma situation d'appel

1.1.1. Présentation

Je suis en première année d'études en soins infirmiers à mon premier stage. Le 27 Novembre 2015, je travaille en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.). Cet établissement est privé à but non lucratif et comprend 32 résidents. Il se divise en 3 secteurs : le rez-de-chaussée, le premier et le deuxième étage. Le matin et l'après-midi il y a 1 infirmière, 2 aides-soignantes ainsi que 1 agent d'entretien se répartissant dans l'établissement, tandis que le soir il n'y a que 2 aides-soignantes. L'établissement ne comporte pas d'unité protégée pour les résidents ayant la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées. Tous les résidents ont une poly pathologie et une poly médication. Leur « *Groupe Iso-Ressource* »² (G.I.R.) est compris entre 1 et 5.

Il est 7h45 lorsque je finis de prendre connaissance des transmissions écrites ciblées des résidents pour les dernières 24 heures. Je rejoins ma collègue aide-soignante. Nous nous répartissons les soins et elle me confie Mlle D. que je ne connais pas. Je consulte son plan de soins. Elle est âgée de 94 ans. Elle mesure 1,57 m pour une masse corporelle de 52,3 kg : son Indice de Masse Corporelle (I.M.C.) est de 21,22 kg/m² (compris entre 18,5 et 25 kg/m², sa corpulence est normale). La résidente est atteinte de la maladie d'Alzheimer et présente un G.I.R. égale à 2, datant de Juin 2015. Cela indique que la résidente est une « *personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente* »³.

Son dernier « *Mini Mental State* »⁴ (M.M.S.) réalisé il y a 5 ans fut chiffré à 19/30, indiquant les signes d'une pathologie neurodégénérative. Depuis, il n'a plus été réévalué. Aussi, Mlle D. est malentendante non-appareillée aux 2 oreilles, et porte des lunettes. N'ayant plus de dents en bouche, elle possède bien 2 prothèses dentaires, mais la résidente refuse systématiquement de les porter parce que celles-ci ne lui conviennent plus. Elle avait toujours refusé de les faire refaire. Ainsi, lorsqu'elle parle, elle n'articule pas assez et se fait parfois difficilement comprendre. Tous ses repas sont mixés, et elle les prend en salle à manger. Elle a besoin d'aide pour son levé du lit.

² Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>

³ Disponible sur : <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

⁴ Disponible sur : http://www.saging.com/mise_au_point/tests-devaluation-de-la-memoire

Mlle D. communique difficilement. Elle comprend parfois et péniblement certains mots du langage courant. De plus, il lui est difficile de s'exprimer oralement de manière cohérente : elle peut y arriver de temps en temps mais cela lui nécessitera à chaque fois beaucoup d'efforts de concentration et de temps pour prononcer quelques mots d'une voix tremblante.

Ma situation d'appel commence lorsque je suis dans la chambre de Mlle D., après l'avoir aidé à sortir de son lit pour l'aider à se lever.

Au cours de la journée, la résidente a pour habitude de manifester une désorientation à la fois dans le temps et l'espace. Nous la voyons explorer les surfaces des tables de ses mains, et s'asseoir pour pianoter en montrant un grand sourire. Ses activités sont orientées autour du travail. Elle semble effectuer un retour dans le passé, pour se retrouver à un temps où elle exerçait son métier de secrétaire en entreprise. En l'abordant par la méthode de « *Validation* » de Naomi FEIL, nous pouvons la faire verbaliser. En comprenant Mlle D., je lui laisse le choix d'accepter mon accompagnement, ou bien de le refuser. Ses réponses verbales sont rares, peu élaborées, et parfois cohérentes. Elles sont difficiles à exprimer et elles lui demandent de fournir un effort important. Certains de mes collègues n'atteignent pas cet objectif, ne lui accordant pas suffisamment de temps pour parler ou la comprendre.

1.1.2. Description

La résidente m'ignore au cours de son accompagnement : elle ne me regarde pas et ne me répond pas. Elle s'assoie devant une table, face à une petite étagère placée contre un mur de sa chambre et pianote du bout de ses doigts. J'utilise la méthode de « *Validation* » auprès de Mlle D. Cette méthode permet de « *maintenir la communication* »⁵ et accompagner une personne âgée désorientée dans le temps et l'espace.

Je réalise comme la résidente les gestes qu'elle exécute et je mène ensuite une communication essentiellement verbale au cours de laquelle je mobilise le questionnement et la reformulation.

Je me place dans son champ de vision et lui parle à l'oreille : « *C'est important ?* » je marque un temps de pose, et je réalise à ses côtés les mêmes gestes de pianotement qu'elle exécute. Je laisse un temps de silence et guette sa réaction. Elle me répond « *Je travaille* ». Je reformule par un questionnement « *Le travail, c'est important ?* ». Elle me répond d'un hochement de tête vers l'avant comme pour me signifier oui.

J'en profite pour la comprendre davantage. « *Quel était votre métier ?* ». Mlle D. me regarde

⁵ Disponible sur : <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>

et me sourit : je viens de m'accaparer toute son attention. Puis elle me répond
« Secrétaire ».

Je lui pose ma main sur l'épaule et la regarde dans les yeux en me mettant à sa hauteur. Je lui demande : « Ici, on est où ? ».

Mlle D. peine à me répondre au bout de son long cheminement de pensée « Ma chambre ». Je ressens que nous partageons la même réalité qui nous entoure. Je lui offre mes mains qu'elle saisit. Elle se lève de sa chaise et me suit. La résidente me sourit et semble sereine. Nous avons quitté sa chambre et nous rejoignons la salle à manger.

1.2. Questionnement initial

Cette situation m'a interrogé sur l'importance de la relation auprès de la personne âgée atteinte de syndrome cognitivo-mnésique en E.H.P.A.D.

- Quelle importance prend l'observation faite par l'infirmier sur le résident au cours de la relation d'aide, lorsqu'il y a écart entre la réalité perçue par le résident et celle perçue par le soignant ?

L'altération des capacités cognitives et mnésiques retenti sur la qualité de vie du résident, réduisant son indépendance et son autonomie. Cependant, lorsque la personne trouve difficilement ou plus les mots pour nous exprimer ce qu'elle ressent, elle garde toujours ses émotions en elle. A mes yeux, il est important d'aller les chercher, et de les faire ressortir pour établir une relation soignant-soigné.

- Comment un infirmier peut faire émerger les émotions du résident lorsque ce dernier ne partage pas la même réalité que celle du professionnel ?

En plus de mobiliser la « *méthodologie de soins Gineste-Marescotti* »⁶ acquise lors de mon expérience professionnelle dans ma pratique d'aide-soignant, j'ai découvert la méthode de « *Validation* » de Naomi FEIL et son application, ainsi que la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie (A.S.G.) dans mon lieu de stage. Ces formations m'ont permis de développer mon savoir-être pour établir une communication puis un accompagnement du résident ayant un syndrome cognitivo-mnésique. Je me questionne à nouveau.

⁶ GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. p. 278.

- Quelle importance peut prendre la communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale, dans une relation d'aide à la personne ?
- Comment une personne atteinte de syndrome cognitivo-mnésique à un stade avancé peut percevoir ce qu'il se passe autour d'elle et interagir avec son environnement ?
En quoi une réalité perçue par le soigné peut être différente de celle perçue par l'infirmier ?
En quoi est-il important que l'infirmier et le soigné perçoivent la même réalité lors d'une relation d'accompagnement ?
- Quelle importance prend la réalité vécue par le résident lorsqu'elle est causée par son syndrome cognitivo-mnésique ou lorsqu'elle est induite par l'infirmier ?
Quels sont les critères que doivent comporter une réalité, pour que celle-ci apporte du bien-être au résident atteint d'un syndrome cognitivo-mnésique ?

L'histoire de vie d'une personne est un facteur influençant sa personnalité. Ainsi, nous sommes ce que l'on est par les interactions qui se passent entre nous et notre environnement toute notre vie. Cela constitue une partie de notre identité en tant qu'individu.

- Quel est l'intérêt pour l'infirmier de prendre en compte l'histoire de vie de la personne soignée dans son accompagnement ?

Lorsque Mlle D. se retrouvait un temps dans son activité professionnelle, j'avais mené une série de questions et de réponses pour comprendre le comportement de la résidente. Cela a pu être déterminant pour ramener la résidente à ma réalité.

- A-t-elle désirée volontairement se retrouver dans un temps où elle était heureuse, ou bien est-ce la manifestation de son syndrome cognitivo-mnésique ?
- En quoi le retour que fait Mlle D. dans sa vie passée peut lui procurer un but dans sa vie au sein de l'E.H.P.A.D. ?
- Comment la réalité dans laquelle s'impliquait Mlle D. à mener une activité de travail peut être la manifestation de son ennui dans l'E.H.P.A.D. ?

1.3. Mon cheminement de pensées

1.3.1. But de ma recherche

Au cours de sa désorientation temporo-spatiale, Mlle D. m'a exprimé une réalité bien différente de la mienne. Pour moi, nous sommes en E.H.P.A.D. dans sa chambre et je l'accompagne pour qu'elle prenne son petit déjeuner en salle à manger. Je désire faire partager à Mlle D. que 2 réalités se confrontent face à elle, et je veux lui faire choisir l'une de ces 2 réalités. Mon but est de lui préserver son sentiment de bien-être ainsi que de lui permettre la satisfaction de ses besoins fondamentaux selon la théoricienne Virginia HENDERSON. Ces besoins peuvent être soit de :

- Boire et manger : ils sont « *la nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus* »⁷ ;
- Se récréer : c'est « *la nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit* »⁸.

1.3.2. Champ disciplinaire

Pour explorer ma situation d'appel, mon champ disciplinaire comportera 3 domaines : les sciences médicales, les sciences humaines (psychologie) et les sciences infirmières.

Les sciences médicales me permettront de décrire ce qu'est la maladie d'Alzheimer : sa description anatomopathologique, son évolution et ses symptômes.

Les sciences psychologiques me serviront à comprendre les mécanismes mentaux d'une personne âgée désorientée ainsi que leurs comportements qui en découlent, et à les analyser.

Les sciences infirmières me seront utiles pour aborder le rôle propre de l'infirmier : son positionnement professionnel et la relation soignant-soigné qu'il met en place.

⁷ Disponible sur : <https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson#besoin-de-boire-et-manger>

⁸ Disponible sur : <https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson#besoin-de-se-recreer>

1.3.3. Cadre conceptuel

Les concepts sont à la base des sciences infirmières. Leur application favorise la qualité des soins. Ils sont mobilisés par l'infirmier dans sa pratique professionnelle, mais aussi dans l'enseignement et la recherche en sciences infirmières. Dans ma situation d'appel, j'ai repéré 5 concepts en soins infirmiers : le bien-être, la communication verbale ainsi que non-verbale, la relation soignant-soigné et l'accompagnement. Je les ai mobilisés auprès de Mlle D. Ils sont des éléments de pensée, c'est-à-dire une représentation mentale, et sont mobilisés par l'infirmier pour permettre sa prise en soin de la personne soignée. Ces concepts seront abordés et développés dans mon cadre théorique.

Je partirai du repérage de ces concepts pour analyser ma pratique soignante, afin de comprendre ma prise en soin et les réactions de Mlle D. Cela consistera à raisonner à partir d'eux pour organiser ma pensée. Cette démarche réflexive a pour but d'adapter mon accompagnement dans la relation soignant-soigné, pour préserver un sentiment de bien-être que ressentira le résident désorienté, et cela comportera la mobilisation d'une communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale.

1.4. Question de départ

Lorsque l'infirmier va à la rencontre d'un résident en E.H.P.A.D. atteint d'un syndrome cognitivo-mnésique :

- **En quoi la relation instaurée par l'infirmier permet au résident de vivre ou conserver un sentiment de bien-être, lorsque l'accompagnement du soignant se confronte au monde intérieur vécu par le soigné ?**

METHODOLOGIE

2. Méthodologie

2.1. La construction de mon outil d'enquête

Mes entretiens seront individuels et semi-directifs, ce qui me permettra de récolter des informations précises, avec la possibilité de rediriger ou reformuler pour préciser les réponses de mon interlocuteur. Les questions sont ouvertes, afin que le répondant puisse y répondre librement. Cela peut me permettre d'obtenir d'éventuelles données que je n'aurai pas forcément attendues.

J'ai construit un « *guide d'entretien* »⁹ (cf Annexe 1) qui me permettra de structurer chaque entretien. Pour construire ce guide, j'ai d'abord défini mes objectifs de recherche. Ensuite, je les ai organisés en 11 questions dont certaines se subdivisent en 7 autres questions pour enrichir les réponses, classées dans 5 thèmes. Le premier thème porte sur la présentation de l'infirmier interrogé, et chacun des 4 autres thèmes est un titre de mon cadre théorique, ce qui m'a permis que chaque question reste orientée à la fois sur ma question de départ et sur mon cadre théorique. J'ai ensuite proposé mon guide d'entretien à ma formatrice référente de suivi de T.F.E. qui l'a validé.

Cette recherche d'informations est qualitative car elle me permet d'obtenir de la part des infirmiers interrogés une description précise qui m'aidera par la suite à analyser leurs comportements, attitudes et représentations au regard de mes questions.

2.2. Choix de la population

Pour répondre à ma question de départ, je réaliserai mon enquête auprès de 5 infirmiers exerçant en E.H.P.A.D. Je pense m'entretenir avec 2 infirmières auprès desquelles j'ai fait un stage en E.H.P.A.D. au cours de ma troisième année d'études. Pour les 3 autres infirmiers à contacter, j'envisage de rencontrer leur cadre de santé pour que celui-ci puisse me mettre en relation avec eux. Je démarcherai plusieurs E.H.P.A.D. du département où je fais mes études en soins infirmiers, en passant d'abord un appel téléphonique.

Les patients concernés par ma problématique sont des personnes âgées vivant en E.H.P.A.D. atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées, qui vivent des épisodes de désorientation temporo-spatiale.

⁹ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

2.3. Déroulement de mon enquête

La durée de chaque entretien sera d'environ 30 minutes et ils seront au nombre de 5. Je fixerai les dates et horaires de chaque rendez-vous en consultant le cadre de santé et les infirmiers qui se seront portés volontaires. Je proposerai à chaque professionnel s'il accepte que notre entretien soit enregistré. Pour enregistrer nos conversations, j'utiliserai une application sur mon téléphone portable.

2.4. Les limites et obstacles que j'ai rencontrés

Au cours de ma troisième année d'étude en soins infirmiers, j'ai été confronté au manque de temps. J'ai donc démarché 3 infirmières que je connaissais préalablement. Ces 3 contacts vivaient dans un autre département que le mien. Il a fallu que je m'organise pour me dégager du temps, et réaliser ces 3 entretiens le même jour. Je n'ai donc pas contacté leur cadre de santé en E.H.P.A.D. pour accéder à ces professionnels, comme initialement prévu.

Les 3 infirmières que je connais ont manifesté une grande implication pour enrichir leurs réponses à chaque question, déviant parfois du sujet pour continuer à m'apporter des éléments de réponses qui, cependant concernait certaines des questions à venir. Cela m'a donc amené à les faire répéter, au regard de l'ordre de mes questions et de l'enchaînement de ces dernières. Elles n'avaient cependant pas pris connaissance de mon guide d'entretien auparavant leur interview et les questions formulées étaient pourtant différentes entre elles.

2.5. Les atouts de l'enquête

Avoir choisi l'entretien en tant qu'outil d'enquête m'a permis de tous les réaliser assez rapidement, c'est-à-dire en 1 semaine. Les personnes interviewées étaient impliquées à répondre au plus juste à mes questions, puisque leur participation a été une démarche volontaire. En me consacrant de leur temps personnel pour participer à un entretien, j'ai pu profiter de leur disponibilité totale. J'ai ainsi pu rediriger parfois chaque professionnelle sur certaines questions, et leur faire reformuler des réponses afin de préciser les données que je recueillais. J'ai aussi obtenu des éléments nouveaux qui étaient inattendues pour moi et ils me serviront à enrichir mon analyse. De plus, j'ai pu enregistrer chaque entretien, ce qui m'a permis de retranscrire nos échanges au complet.

CADRE THEORIQUE

3. Cadre théorique

3.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

3.1.1. L'histoire de l'hébergement des personnes âgées en lieu de vie

L'histoire des E.H.P.A.D. a été influencée par « *l'évolution démographique, économique, monétaire et les différentes volontés politiques* »¹⁰ au cours des quatre derniers siècles en France. La personne âgée vivant entourée de sa famille est à la charge de cette dernière. Les enfants tiennent souvent la place d'aidants principaux et hébergent leurs parents devenus âgés à leur domicile. Manifestement, les personnes âgées qui sont démunies, n'ont pas de familles ou ne disposent d'aucune ressource financière et matérielle suffisante pour subvenir à leurs besoins se retrouvent ainsi délaissées.

La solidarité collective intervient pour leur venir en aide. « *Pendant le Moyen âge, les établissements de bienfaisance, essentiellement religieux, accueillaient tous les exclus, les enfants abandonnés, tous ceux qui ne pouvaient pas travailler (handicapés, malades, vieillards impotents, ...)* »¹¹. Ces établissements portaient le nom d'hospice. Ils agissaient donc dans un intérêt social, qui était de recueillir et apporter la bienveillance à la personne soignée. J'en comprends que les soins prodigués n'étaient pas personnalisés, et consistaient à satisfaire les besoins fondamentaux : s'alimenter, s'habiller/déshabiller et réaliser l'hygiène corporelle. Les premiers établissements ont été créés par des rois de France. Ainsi, « *Louis XIV se préoccupait du devenir de ses anciens soldats devenus malades et a fait construire pour eux l'Hôtel des Invalides en 1671* »¹², car ils avaient assuré la défense de la monarchie et méritaient de finir leur vie dans la tranquillité. Les personnes âgées étaient peu nombreuses avant, ce qui explique le peu de préoccupation des différents gouvernements d'antan pour les personnes âgées.

Le rédacteur de la revue de pédagogie « *Cahiers pédagogiques* », Jacques GEORGE, ajoute qu'à partir du début du 20^{ème} siècle, les hospices pour personnes âgées sont gérés par l'Etat : la prise en soin de la vieillesse devient une affaire publique, et l'on parle alors d'établissement de santé ou d'hôpital. Leur nombre de lits augmente, et les établissements se médicalisent progressivement à partir de la fin du 20^{ème} siècle.

¹⁰ Disponible sur : <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Retraites-une-histoire-recente-une-situation-fragile>

¹¹ Disponible sur : <http://www.institut-numerique.org/i-historique-50374d42960ac>

¹² Disponible sur : <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Retraites-une-histoire-recente-une-situation-fragile>

L'apparition d'un projet personnalisé d'accompagnement se met en place, au côté d'un projet de soins qui a toujours existé. Les soins se personnalisent, et l'Etat français exige du personnel qualifié aux soins.

3.1.2. Un lieu de vie pour personnes âgées dépendantes

L'E.H.P.A.D. accueille et héberge des personnes âgées d'au moins 60 ans, sauf dérogation, en situation de « *dépendance* »¹³ et de perte d' « *autonomie* »¹⁴. Leur état de santé diminué les empêche de continuer à vivre seule dans leur domicile. Elles risquent de se mettre en danger, ce qui nécessite la présence et la disponibilité permanente de professionnels de santé.

Le fonctionnement de ces établissements est encadré par la loi, nécessitant la signature d'une convention tripartite : c'est « *un contrat signé entre l'Agence Régionale de Santé, le président du conseil général et l'E.H.P.A.D.* »¹⁵. Cela oblige l'établissement à gérer ses finances accordées par l'Etat, assurer l'accompagnement et la prise en soins de qualité des résidents.

Le terme de « *Maison de retraite* » est remplacé par celui d' « *E.H.P.A.D.* » dès lors qu'il a signé la convention tripartite autorisant la structure à héberger et prendre en soin des personnes âgées dépendantes.

Pour adapter l'offre de soin à la personne âgée selon les ressources financières dont elle dispose, il existe 2 sortes d'établissements :

- Les E.H.P.A.D. publics fonctionnent soit en autonomie ou sont rattachés à des établissements de santé. Ils « *privilégient les personnes âgées à faibles ressources et ouvrent droit aux aides sociales* »¹⁶ à un coût moins élevé. Etant moins nombreux, ils sont très recherchés ce qui contraint la personne âgée à faire figurer son nom sur liste d'attente en vue d'une place qui se libère ;

¹³ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 121.

¹⁴ *Ibid.* p. 59.

¹⁵ Disponible sur : <https://www.ehpad.fr/les-avantages-de-la-convention-tripartite/>

¹⁶ Disponible sur : <https://www.capretraite.fr/ehpad-prive-public-etablissement/>

- Les E.H.P.A.D. privés appartiennent à de grands groupes d'entreprises gestionnaires privées. Ils comportent des chambres « *plus spacieuses et une palette de services plus fournie* »¹⁷ dont le coût sera plus élevé. Les bénéfices réalisés par la structure peuvent être en partie utilisés pour développer le fonctionnement de l'établissement en améliorant la qualité d'accompagnement du résident et des locaux. Il en existe 2 types :
 - A but non-lucratif : « *ils sont gérés par des organismes tels que des caisses de retraite, des mutuelles, des associations* »¹⁸. Leur but n'est pas de faire du profit ;
 - A but lucratif (commercial) : « *ils sont gérés par des entreprises, ou autres grands groupes privés* »¹⁹, dont le but est de faire du profit.

Certains E.H.P.A.D. possèdent une ou plusieurs unités de soins spécialisées pour accueillir et héberger des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés. Elles sont appelées « *Unités fermées* », « *Unités protégées* » ou « *Unités Alzheimer* » : elles accueillent des personnes âgées ayant une maladie neurodégénérative et la capacité à marcher seule, exprimant des troubles cognitifs intenses et dont leur désorientation temporo-spatiale les expose au risque de fugue. L'accompagnement repose sur un projet de soins spécifique, un projet de vie personnalisé, l'implication des familles et une architecture de l'unité de soin adapté et indépendante du reste de l'E.H.P.A.D.

Mlle D. est hébergée dans un E.H.P.A.D. privé à but non lucratif, ne disposant pas d'unité spécialisée.

3.1.3. Le choix d'E.H.P.A.D.

Dans son ouvrage intitulé « *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* »²⁰, la psychologue Isabelle DONNIO identifie de multiples raisons orientant le choix d'un résident vers un E.H.P.A.D. en particulier. Ces motifs se font selon :

- La situation géographique ;
- Les valeurs de l'établissement ;

¹⁷ Disponible sur : <https://www.capretraite.fr/ehpad-prive-public-etablissement/>

¹⁸ Disponible sur : <https://lesitedesaidants.fr/aider-un-proche-age/informations-et-demarches/Structures-d-accueil/Les-differents-statuts-juridiques-des-etablissements.htm?s=253e95842a800693>

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm>

- La qualité de l'accompagnement et la modernité des locaux ;
- L'importance à trouver le plus rapidement un établissement avec disponibilité d'hébergement ;
- Le coût d'hébergement au regard du budget du demandeur.

L'admission de Mlle D. à l'EHPAD S. s'est faite en 2006, en raison d'une détérioration soudaine et importante de ses capacités cognitives et motrices. Les aides ménagères mises en places 2 fois par semaine pour portage des courses, étant devenues insuffisantes, le Docteur B. a constaté que la vie au domicile de sa patiente n'était plus envisageable, car confrontée au risque d'accidents de la vie courante. La résidente est catholique et fut pratiquante. Elle a toujours été très active, autonome et sortait beaucoup. Elle n'a pas d'enfant et a toujours vécu célibataire pour orienter sa vie dans le bénévolat à la paroisse de la cathédrale de L. et dans une association religieuse appelée « *Le rosaire* » pour laquelle elle s'impliquait dans toutes sortes d'évènements. L'E.H.P.A.D. S. convenait à Mlle D. puisqu'il est dirigé par une communauté religieuse de confession catholique, et situé à proximité de son ancien domicile.

3.1.4. Le bien-être du résident

Aujourd'hui, dans leur démarche d'accompagnement de la personne âgée, les E.H.P.A.D. ont pour objectif le bien-être de leurs résidents. Pour Christine PAILLARD, docteur en sciences du langage, le bien-être est « *un ressenti personnel lié aux événements extérieurs, à la stabilité de la personnalité, et dépendant de la cohésion sociale* »²¹. Le dictionnaire Larousse caractérise cet état comme étant « *agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit* »²². Le gouvernement français attribut pour mission aux E.H.P.A.D. « *d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin* »²³. Il convient donc pour les professionnels de prendre en compte les besoins de chaque résident et de lui offrir un service de qualité, qui visera à apporter ou préserver au résident un sentiment de bien-être.

²¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 66.

²² Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bien-%C3%AAtre/9159>

²³ Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

3.2. Les syndromes démentiels et la maladie d'Alzheimer

Parfois appelé « *syndrome cognitivo-mnésique* », notamment dans un ouvrage qui s'appelle « *Humanitude* » d'Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER que j'affectionne beaucoup pour sa justesse à comprendre la vieillesse et prendre soin de la personne âgée, l'usage du mot « *dément* » dérange ou choc l'entourage des patients pour qui s'adresse ce mot. Parfois considéré comme une insulte, « *la signification médicale, bien que médiatisée depuis quelques années, n'empêche pas le sens courant (« folie, aliénation mentale ») de toujours entraîner de nombreux malentendus et incompréhensions* »²⁴.

3.2.1. Physiopathologie et évolution

Selon Marie-Pierre HOMERIN, infirmière et cadre de santé, le syndrome démentiel est « *un affaiblissement ou une perte de plusieurs fonctions intellectuelles (cognitives) entraînant une perte d'autonomie et des troubles du comportement* »²⁵. Elle précise aussi qu'ils « *sont dus à des lésions structurelles du cerveau (pertes neuronales) d'où leur caractère progressif (toutes les fonctions intellectuelles ne sont pas perdues simultanément) et irréversibles* »²⁶. L'auteur ajoute qu'il existe plusieurs types de syndromes, dont le syndrome cortical temporo-pariétal (maladie d'Alzheimer), le syndrome cortical fronto-temporal, le syndrome démentiel sous-cortical et d'autres syndromes « *à la fois corticaux et sous-corticaux, dégénératifs ou vasculaires, associant un syndrome démentiel, des signes moteurs sous-corticaux (syndrome parkinsonien)* »²⁷.

Le syndrome démentiel, dont je vais reprendre la dénomination « *syndrome cognitivo-mnésique* »²⁸ se manifeste donc par une perte progressive et irréversible des capacités cérébrales telles que des « *troubles de l'attention, des altérations de la mémoire et d'au moins une autre faculté cognitive comme par exemple une atteinte du langage, de la planification des tâches complexes ou de l'identification des objets et de leur fonction* »²⁹.

Mlle D. est hébergée depuis 9 années dans le même E.H.P.A.D. Elle est actuellement en G.I.R. 2, manifestant des fonctions mentales altérées au regard de ma situation d'appel :

²⁴ GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. p. 116.

²⁵ HOMERIN, Marie-Pierre. *Réussir son stage infirmier en gériatrie*. p. 109.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ HOMERIN, Marie-Pierre. *Réussir son stage infirmier en gériatrie*. p. 110.

²⁸ GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. p. 117.

²⁹ Disponible sur : <http://www.lavalsedutemps.ch/centre-de-jour>

- Aphasie : Mlle D. a des difficultés à trouver ses mots ainsi que des difficultés à la compréhension du langage verbal. Il y a maintien de ses capacités de communication non-verbale, ce qui favorise les échanges : regards, gestes, attitudes ;
- Altération importante de sa mémoire à court terme : la résidente a une perte importante de ses souvenirs récents concernant des événements, des personnes ou environnements ;
- Altération partielle de sa mémoire à long terme. De ses souvenirs gardés en mémoire, Mlle D. les remobilise parfois. Elle se replonge ainsi dans des moments de sa vie antérieure qu'elle a vécue, en l'occurrence son passé professionnel de secrétaire en entreprise.

3.2.2. L'altération de la communication verbale et non-verbale

La communication verbale, selon Christine PAILLARD « consiste pour l'intervenant, à reproduire à l'intention du client (personne soignée), ce qu'il a compris du message communiqué, à partir de sa propre expérience pour l'inviter à porter un regard attentif sur ce qui lui est reflété et par conséquent, sur lui-même »³⁰. Pour Evelyne TERRAT, infirmière et cadre de santé, la communication non-verbale signifie que « le langage du corps traduit toutes les sensations et les sentiments que nous ressentons au travers d'attitudes corporelles et faciales »³¹.

L'Être humain est manifestement fait d'émotions. Pour Nadia GAUDUCHEAU, psychologue cognitive, c'est un être de relation qui exprime le besoin de les communiquer, car « l'émotion est une réaction complexe de l'individu face à un état de l'environnement ou un événement »³². Cela permet d'apporter aux personnes qui l'entoure « des informations sur ses états mentaux (intentions, sentiments, croyances, désirs), et permettent ainsi les ajustements interindividuels et la coordination avec autrui »³³. L'auteur ajoute que « les manifestations émotionnelles sont complexes »³⁴ et précise qu'elles sont exprimées par le langage verbal ou non-verbal, et leur intensité varie selon le contexte (l'interlocuteur, la situation, les normes de conduites sociales).

³⁰ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 91.

³¹ *Ibid.* p. 88.

³² Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2008-4-page-389.htm>

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

Dans son ouvrage intitulé « *La communication dans la maladie d'Alzheimer* », le psychologue et orthophoniste Thierry ROUSSEAU évoque qu'avec « *l'évolution de la maladie, les troubles de communication du patient s'accroissent et les modalités de communication se modifient* »³⁵. La communication, bien que complexe sans la maladie, le devient lorsque la personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Dans ma situation d'appel impliquant Mlle D., la résidente est à un stade avancé de sa maladie. Pour Thierry ROUSSEAU, lorsque « *l'atteinte est moyenne, la communication devient difficile. Le malade Alzheimer éprouve des difficultés à exprimer ses besoins. Il peut communiquer en situation duelle mais son discours est assez confus. Puis, lorsque l'atteinte s'accroît, les capacités de communication du malade sont de plus en plus restreintes. Enfin, lors du dernier stade, où l'atteinte est sévère, il n'existe, souvent, plus aucun langage verbal ni aucune compréhension de la parole* »³⁶.

Concernant ma patiente Mlle D., je situais l'évolution de sa maladie à une intensité entre moyenne et sévère au vu du G.I.R. et des évaluations neuropsychologiques dernièrement faites.

3.3. La désorientation en institution

La personne âgée ayant un syndrome cognitivo-mnésique vit au quotidien une perte de ses repères dans le temps et l'espace. Cette perte est due à une pathologie neurodégénérative d'évolution chronique provoquant l'altération de ses fonctions cognitives qui « *sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent notamment de communiquer, de percevoir notre environnement, de nous concentrer, de nous souvenir d'un événement ou d'accumuler des connaissances* »³⁷.

3.3.1. Dans le temps

Selon Vincent LANDREAU, psychologue analytique, « *la personne désorientée dans le temps vit alors intensément le présent comme si elle se doutait que dans les minutes qui suivent elle aura tout oublié* »³⁸. Il ajoute que « *ce qui reste du passé devient présent* ».

³⁵ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2009-5-page-429.htm>

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Disponible sur : <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>

³⁸ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-71.htm>

Ainsi, la personne âgée revit des épisodes de son histoire de vie. Ils peuvent être revécus aussi intensément qu'à l'époque où ces épisodes ont été vécus pour la première fois. Vincent LANDREAU précise que « *la personne âgée désorientée peut se vivre à n'importe quelle période de sa vie, généralement celles les plus ancrées dans la mémoire, celles qui ne sont pas encore détruites* »³⁹.

Dans ma situation d'appel, Mlle D. semble faire un retour dans le passé en se considérant secrétaire en entreprise en pleine activité d'écriture, ce qui était son ancienne activité professionnelle.

3.3.2. Dans l'espace

L'ouvrage de Vincent LANDREAU intitulé « *Mourir âgé en institution* » évoque que la notion d'espace désigne ce qu'il y a autour de la personne. Lorsqu'elle ne peut plus se repérer dans ce qui l'environne, elle erre. On parlera alors de « *désorientation au niveau de l'espace* »⁴⁰. L'auteur évoque l'existence de plusieurs espaces entourant la personne âgée.

Il y a tout d'abord « *l'espace extérieur* »⁴¹, qui correspond à un espace géographique dans lequel elle se situe. Cela correspond à sa mémoire de lieu (établissement, quartier, rue, ville) où elle se tient.

Ensuite, il existe « *l'espace des objets* »⁴². Cela concerne les « *liens entre un objet et son utilité* »⁴³ que la personne âgée en fait. Ces objets, qui l'entourent, ont une signification. Ils ne lui sont donc pas inconnus.

« *L'espace des autres* »⁴⁴, quant à lui, comporte les gens entourant la personne âgée. Ces individus sont reconnus à la fois dans son identité et sa personnalité.

Pour finir, « *l'espace corporel ou la représentation de son propre espace/corps* »⁴⁵ consiste pour la personne âgée à prendre conscience de l'existence de sa propre personne : se reconnaître à l'extérieur d'elle-même (par exemple face à un miroir). Elle délimite les

³⁹ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-71.htm>

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

contours de son enveloppe corporelle et la place que celui-ci prend dans l'espace qui l'entoure.

Dans ma situation d'appel, Mlle D. manifeste une altération de l'espace extérieur et de l'espace des objets. En effet, la résidente, qui est retraitée de la profession de secrétaire, exerçait au sein d'une entreprise. Elle semble donc considérer sa chambre comme étant un lieu dans lequel travailler puisqu'elle me répond « *Je travaille* », et Mlle D. pianote sur une table faisant office de machine à écrire.

La désorientation de Mlle D. impacte sur son autonomie et son indépendance. Cependant, elle peut se sentir mieux à revivre ce moment passé de sa vie. Il est possible qu'elle ait désiré se retrouver à un temps de sa vie où elle était plus heureuse, plutôt qu'à m'accompagner pour son petit déjeuner. De plus, sa désorientation peut être un symptôme de son mal-être en E.H.P.A.D.

3.3.3. La recherche du bien-être

Naomi FEIL, psychosociologue américaine, « considère les troubles du comportement de la personne âgée démentie à la fois comme des mécanismes de défense, mais aussi comme des tentatives pour résoudre des conflits anciens »⁴⁶. Ainsi, une personne âgée peut effectuer un retour dans une période passée de sa vie, dans un temps important pour elle, indispensable en vue d'obtenir du bien-être.

Naomi FEIL a créé la méthode de « *Validation* », pour « valider » une personne. Au sens de la théoricienne, cela permet au thérapeute de reconnaître auprès d'une personne que son comportement a du sens et qu'elle a de la valeur, « même si nous ne la comprenons pas toujours. L'objectif n'est pas de découvrir le sens, mais de reconnaître qu'il y en a un »⁴⁷.

La méthode de « *Validation* » doit se terminer sur une attention positive. Cela permet « d'ancrer la note positive de la rencontre dans la mémoire émotionnelle de la personne et de faciliter les échanges ultérieurs »⁴⁸. Ainsi, lorsque l'infirmier aborde une personne âgée manifestement désorientée dans le temps et l'espace et qu'elle n'est pas disposée à sa prise en soin, l'utilisation de cette méthode relationnelle est médiatrice pour établir et faciliter la

⁴⁶ Disponible sur : <http://vivre-alzheimer.fr/validation-naomi-feil/>

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Ibid.*

relation. Cela permet au résident de vivre ou conserver un sentiment de bien-être, lorsque l'accompagnement mené par le soignant se confronte au monde intérieur vécu par le soigné.

3.4. Le soin relationnel

Mlle D. se plonge dans sa vie professionnelle antérieure. Elle pianote sur une table faisant office de machine à écrire et semble ne plus me remarquer. Je veux l'aborder et lui proposer mon accompagnement. Cela nécessite la mise en place d'un soin relationnel. Il est défini par le « *Guide du service infirmier* » relatif à la « *terminologie des soins infirmiers* » comme étant des « *interventions verbales ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter aide et soutien psychologique à une personne ou un groupe* »⁴⁹. Il implique au moins 2 personnes « *qui se rencontrent et s'engagent dans un contexte particulier* »⁵⁰.

Pour Pascale GERARDIN, psychologue clinicienne, le soin relationnel est à distinguer de la relation de soin « *qui s'engage à partir d'une demande plutôt explicite soit de réparation somatique ou organique, soit de soulagement d'aide pour ce qui est du psychisme* »⁵¹, tandis que le soin relationnel est mis en place « *à l'initiative du soignant* »⁵².

Le soin relationnel fait manifestement partie intégrante des soins infirmiers.

3.4.1. Les soins infirmiers

D'après le Conseil International des Infirmières (C.I.I.), « *on entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre* »⁵³. Les soins infirmiers ont pour sens de :

- « *Protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes ;*
- *Soulager la souffrance ou d'assister les personnes dans les derniers instants de leur vie ;*

⁴⁹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 389.

⁵⁰ Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>

⁵¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 389.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Disponible sur : <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

- Appliquer les prescriptions médicales ;
- Participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ;
- Favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau »⁵⁴.

Dès lors, le soin relationnel fait partie des soins infirmiers. Il est une action relevant du rôle propre infirmier, s'intégrant à un projet de soins du patient. Le soin relationnel est mobilisé par l'infirmier lorsque celui-ci identifie un besoin perturbé du patient. Pour Mlle D., j'identifiais l'importance du besoin de boire et manger. Mais en l'abordant, je percevais autrement mon accompagnement. Mlle D. semblait manifestement exprimer un besoin tout autre.

Lorsque j'ai mis en place un soin relationnel auprès de Mlle D., nos échanges qui suivirent m'ont fait prendre conscience qu'une relation s'était construite entre nous 2. Elle porte le nom de relation soignant-soigné.

3.4.2. La relation soignant-soigné

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (C.N.R.T.L.), le mot « soignant » est défini comme étant « celui, celle qui donne des soins, qui soigne »⁵⁵.

Le « soigné », quant à lui, est la personne « que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte des soins »⁵⁶.

La relation est le « rapport qui lie des personnes entre elles, en particulier, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque »⁵⁷.

La relation soignant-soigné consiste donc, en un échange entre une personne soignante et une personne soignée, par une communication verbale et/ou non-verbale (regard, posture, proxémie, geste). Selon Christine PAILLARD, docteure en sciences du langage, « le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience »⁵⁸.

⁵⁴ Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=591C42622B6AF851B7F315DCCDAEB17B.tpdila23v_3?idArticle=LEGIARTI000006701358&cidTexte=LEGITEXT000006064582&dateTexte=19930315

⁵⁵ Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/soignant>

⁵⁶ Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/adjectif>

⁵⁷ Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>

⁵⁸ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 328.

Etablir une relation soignant-soigné avec Mlle D. m'a permis de lui faire remarquer ma présence, ensuite de comprendre ce qu'elle faisait, et enfin de lui proposer mon accompagnement. Elle est libre d'accepter que je l'accompagne en salle à manger pour prendre son petit déjeuner.

3.4.3. Les 3 attitudes fondamentales du thérapeute selon Carl ROGERS

Selon Carl ROGERS, psychologue clinicien américain, « *l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même* »⁵⁹. Il ajoute que l'individu accède à ses ressources grâce à l'usage par son interlocuteur de 3 « *attitudes psychologiques facilitatrices* »⁶⁰ : la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie. De plus, la relation peut s'établir quel que soit le contexte puisqu'elle peut se faire « *partout où le développement de la personne est en jeu* »⁶¹.

La congruence est décrite par Carl ROGERS comme étant la capacité du thérapeute à être « *lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle* »⁶². J'en retiens qu'il est en accord avec ce qu'il dit, ce qu'il pense et ce qu'il vit. L'interlocuteur perçoit alors qui est le thérapeute dans la relation puisqu' « *il n'y a en lui aucune réserve que le client puisse ressentir* »⁶³. Cependant, le thérapeute ressent l'expérience relationnelle qu'il partage avec son interlocuteur et il communiquera son ressenti s'il le juge utile dans cette relation.

La considération positive inconditionnelle est « *une attitude positive et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment, peu importe ce qu'il est à ce moment-là* »⁶⁴. Cette attitude n'est influencée par aucune exigence éthique, sociale ou morale.

L'empathie est l'attitude par laquelle le thérapeute se met à la place de son interlocuteur pour percevoir et comprendre le monde vécu par ce dernier, mais sans en ressentir ses émotions. Cela permet au thérapeute de ressentir « *avec justesse les sentiments et les*

⁵⁹ Disponible sur : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

significations de ce dont le client est en train de faire l'expérience »⁶⁵. Il peut ainsi clarifier le ressenti de l'interlocuteur.

3.4.4. L'accompagnement

Selon Christine PAILLARD, « accompagner signifie être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne (ou un groupe) vers un changement certain »⁶⁶.

Le ministère de la santé précise, dans le glossaire n°3 de la « Terminologie des soins infirmiers » que l'accompagnement est une démarche « de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social »⁶⁷.

Pour établir une relation avec le soigné dans un contexte de soin, le soignant utilise manifestement ses ressources, telles que des méthodes relationnelles. Elles facilitent une réponse du soigné. Le changement se crée et il y a réaction réciproque entre les 2 protagonistes. L'accompagnement est perçu par Christine PAILLARD comme étant « intégré dans les projets de soins mais également dans le cadre de la continuité des soins (soins techniques) »⁶⁸.

Dans les ressources mobilisées par le professionnel, « l'accompagnement inclut l'écoute et l'aide »⁶⁹ à la satisfaction des besoins en santé du patient.

L'institutionnalisation en E.H.P.A.D. et la formation de son personnel soignant au domaine de la gériatrie sont autant d'alternatives pouvant permettre un accompagnement personnalisé de la personne âgée. Certaines formations existent, dont la méthode de « Validation », de Naomi FEIL que j'ai en partie utilisée auprès de Mlle D.

⁶⁵ Disponible sur : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>

⁶⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. p. 3.

⁶⁷ *Ibid.* p. 4.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*

3.4.5. La méthode de « Validation » de Naomi FEIL

Naomi FEIL est une théoricienne américaine qui s'est intéressée à la personne âgée. Ses recherches font partie du courant de la psychologie humaniste. Elle a conçu la méthode dite de « Validation » qu'elle a décrite dans un ouvrage du même nom. Elle permet de « *maintenir la communication* »⁷⁰ avec les personnes âgées « *désorientées afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité tout en reconnaissant dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus* »⁷¹. Elle y évoque ses réflexions et techniques pour comprendre et communiquer avec la personne âgée désorientée dans le temps et l'espace.

Cette méthode est fondée sur la notion suivante : bien que très âgée, une personne « *garde un rôle social et a une tâche personnelle à accomplir* »⁷².

Ainsi, la personne âgée désorientée dans le temps et l'espace effectuerait un retour en arrière, dans sa vie antérieure, pour se retrouver à un temps important dans lequel :

- Elle était heureuse ;
- Ou bien pour réparer un événement douloureux dans le but de « *redonner une dimension psycho-affective plus conforme à sa dignité de personne humaine* »⁷³.

Naomi FEIL précise que ce « *retour actif bien qu'imaginaire sur sa vie passée est rendu possible par quelques particularités neurophysiologiques du grand âge* »⁷⁴. Pour Mlle D., sa particularité correspond à sa baisse irréversible de ses capacités cognitives due à sa maladie d'Alzheimer.

Mobiliser la méthode de « Validation » m'a permis d'établir une relation soignant-soigné avec Mlle D. J'ai ainsi compris et donné de la valeur à ce qu'elle faisait. En obtenant son attention, j'ai souhaité lui proposer le choix d'accepter ou non mon accompagnement, dans le but d'identifier ses besoins pour préserver son bien-être.

⁷⁰ Disponible sur : <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>

⁷¹ *Ibid.*

⁷² FEIL, Naomi. *Validation : pour une vieillesse pleine de sagesse !*. p. VII.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.*

L'ANALYSE DES DONNEES

4. L'analyse des données

Je vais à présent analyser les données recueillies auprès de 5 infirmières exerçant en E.H.P.A.D. Ces réponses ont été obtenues à partir d'entretiens dont vous trouverez le guide en annexe (cf Annexe 1). Recueillir les données m'a permis d'identifier l'expérience et les capacités de chaque professionnelle lorsque celle-ci abordait ma problématique. L'analyse des données consistera à traiter pour identifier des aspects importants rencontrés par les professionnels dans leur pratique, et je les confronterai aux données de mon cadre théorique. Je vous ai partagé en annexe la présentation succincte de chacune des infirmières interrogées, afin que vous puissiez vous représenter leur profil respectif (cf Annexe 2). Cependant, je n'établirai pas de corrélation entre leur durée d'expérience, leur motivation et leur capacité d'expertise en gériatrie. J'ai pris conscience, après la réalisation de mes entretiens, que chaque professionnelle a une approche complémentaire entre elles pour aborder et comprendre une personne âgée désorientée dans le temps et l'espace, puisque leurs réponses sont issues de leurs expériences professionnelles, aussi différentes qu'elles soient selon leur âge, année d'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, nombre d'années exercées en gériatrie et les différentes formations complémentaires qu'elles ont eu.

4.1. Les qualités de l'infirmier en E.H.P.A.D.

Pour exercer auprès de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées, chaque professionnelle a énuméré plusieurs qualités. Ces qualités ont pour point commun de favoriser l'instauration et le maintien de la communication de la personne âgée dans la relation soignant-soigné.

Tout d'abord, 4 infirmières ont évoqué la patience. Elle a d'ailleurs été citée en premier, et semble manifestement être à prioriser dans la relation soignant-soigné auprès d'une personne âgée. Seule l'Infirmière Diplômée d'Etat numéro 4 (I.D.E. 4) a évoqué le calme. Être calme favorisera l'apaisement du résident. On peut associer le calme et la patience pour permettre à la personne âgée d'être apaisée.

Les I.D.E. 2, 4 et 5 ont citées l'écoute, et 2 d'entre elles ont ajouté qu'il fallait aussi de l'empathie. Il semble ainsi important de comprendre la personne âgée lorsqu'elle communique. Selon ces 3 infirmières, cela permet de comprendre les besoins exprimés par le résident : comprendre le manque qu'il ressent.

L'I.D.E. 2 a été la seule à citer la douceur. Il y a donc l'idée, pour cette infirmière, d'apporter

du bien-être par sa communication. La personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer ou autre maladie neurodégénérative apparentée serait donc sujette au risque de mal-être, de souffrance psychologique. La présence et la communication du soignant permettrait donc de prendre soin de ce résident.

L'I.D.E. 1 a été la seule à évoquer l'originalité. Il en ressort de son interview l'idée d'animer, d'être « *imaginatif* ». Elle évoque ainsi ces aptitudes pour permettre au résident de s'impliquer dans un soin technique ou son accompagnement.

Les I.D.E. 4 et 5 ont évoqués l'observation clinique. Elles expriment l'importance d'identifier les besoins du résident en relevant des symptômes, en repérant un mal-être manifesté par le résident. En effet, cette aptitude permet de repérer un besoin du résident, d'identifier sa souffrance, en l'absence de communication, et en l'absence d'une relation soignant-soigné.

L'I.D.E. 5 ajoute qu'il faut aussi savoir prévenir des attitudes qu'un résident peut avoir. En effet, le résident atteint de la maladie d'Alzheimer, ou autres maladies neurodégénératives apparentées, est sujet à des troubles du comportement. Savoir prévenir de ces attitudes telles que la survenue d'agressivité, permet de préserver un sentiment de bien-être de la personne âgée désorientée.

L'ensemble de ces qualités ont pour caractéristique commune de respecter la personne âgée. Ce respect laisse une place pour la personne âgée. Une relation soignant-soigné est alors instaurée, dans laquelle la personne âgée prend de l'importance et de la valeur aux yeux de son interlocuteur, l'infirmier.

Bien que le mot bientraitance n'ait pas été évoqué par les infirmières interrogées, on ressent que la bientraitance est cependant présente au cours de la relation soignant-soigné.

L'I.D.E. 4 ajoute qu'il est nécessaire aussi de savoir « *se remettre en question dans sa pratique professionnelle* ». Elle évoque la charge de travail et les automatismes comme étant des éléments perturbateurs dans la pratique professionnelle du soignant. Il est donc important, selon elle, de personnaliser l'accompagnement et la prise en soin du résident, car « *il ne faut pas oublier que l'on travail auprès d'humains* » et que « *chaque patient est différent, qu'il a un vécu différent* ».

4.2. L'importance des connaissances sur la maladie d'Alzheimer

Toutes les infirmières interrogées confirment qu'il est important d'avoir des connaissances sur la maladie d'Alzheimer, et elles se justifient à l'unanimité que cela permet de comprendre le comportement de la personne âgée et de savoir l'aborder pour établir une relation

soignant-soigné. L'I.D.E. 5 précise que la connaissance de la physiologie et de l'évolution de la maladie permet de comprendre les symptômes ainsi que les conséquences de la maladie, pour y adapter son comportement et sa prise en soin du résident désorienté.

Quant à l'I.D.E. 3, elle ajoute que cela permet de bien prendre en soin le résident.

Toutes les infirmières interrogées disent rechercher à préserver ou maintenir le bien-être du résident. Ces formations ont pour objectif de former le personnel à la bientraitance du résident. Donc, les connaissances sur la maladie apportent des compétences en communication, et communiquer avec le résident permet à ce dernier de ressentir un sentiment de bien-être.

4.3. Le consentement à l'admission en E.H.P.A.D. et ses conséquences

Chaque infirmière estime que le consentement de la personne âgée à être admis en E.H.P.A.D. est important, pour que le résident puisse accepter sa dépendance. Elles ajoutent à l'unanimité que cela permet et favorise une intégration dans l'établissement, et procure un sentiment de bien-être.

Accepter l'admission en E.H.P.A.D. passe par l'acceptation de sa dépendance et la perte de son logement. Il y a donc une altération de sa liberté. Cependant, cela ne signifie pas que le résident acceptera tous les accompagnements et toutes les prises en soins, à cause de cette perte de liberté. L'ensemble des professionnels interrogés indiquent donc que l'admission en structure est toujours un moment vécu difficilement par le résident. Il y a aussi des répercussions sur le travail des infirmières qui seront en difficulté pour accompagner et prendre en soin le résident.

Toutes les infirmières me confient qu'une famille prenant la décision de faire héberger en E.H.P.A.D. leur proche âgé sans son accord fait naître en ce dernier un ressenti d'abandon, de trahison. Ainsi, un résident au clair avec sa famille pour son admission en E.H.P.A.D. est un autre facteur favorisant l'intégration de la personne âgée dans l'établissement.

L'ensemble des infirmières interrogées me disent ou décrivent que chaque résident désirerait rester à son domicile. Ce choix d'hébergement en E.H.P.A.D. est donc fait par dépit. Cela entraîne une perte de repère et la prise de conscience que l'établissement sera leur dernière demeure, comme le rapporte l'I.D.E. 4. Pour l'I.D.E. 5, il semble nécessaire que les résidents puissent voir à l'avance où ils font le choix de vivre, et en étant accompagné de leur famille pour ne pas se sentir abandonné.

La famille tient manifestement un rôle majeur pour l'intégration du résident : il formerait ce

lien entre le résident et l'équipe, pour permettre à la fois l'acceptation et la bonne intégration de ce dernier à l'établissement, me rapporte une seule infirmière.

Cependant, il n'est pas suffisant d'obtenir le consentement du résident. Les troubles cognitifs peuvent influencer et faire changer d'humeur et d'avis le résident. L'I.D.E. 5 interrogée ajouta que, à la fois pour les soignants et la famille, tout geste ou prise de décision est à expliquer avec un résident, car celui-ci est capable de l'entendre à ce moment-là. C'est ce dernier qui prendra la décision. Mais les I.D.E. 2, 3 et 5 interrogées précisent qu'il reste cependant difficile de garder le consentement du résident, et se justifient en disant qu'un résident peut donner son accord, mais se raviser par la suite lorsqu'il sera institutionnalisé. Ce changement d'avis peut être dû soit à son mécontentement, ou à sa maladie neurodégénérative provoquant des troubles cognitifs.

4.4. Soin relationnel

4.4.1. Le soin relationnel en tant que soin infirmier

Pour toutes les infirmières interrogées, le soin relationnel permet d'apporter du bien-être au résident. 4 d'entre elles ajoutent que cela permet aussi de repérer les besoins de la personne âgée, tandis que l'I.D.E. 5 précise que cela permet la mise en place de soins techniques faisant appel à la dextérité.

En premier bienfait, il apaise, détend. Manifestement, l'I.D.E. 5 précise que cela influe sur la psychologie du résident. J'en déduis donc que le soin relationnel s'apparente à une relation d'aide psychologique. Toutes les infirmières semblent solliciter les ressources du résident pour l'aider à mieux vivre une situation qui génère de la souffrance psychologique. Aussi, selon les I.D.E. 1, 2 et 4, le soin relationnel peut permettre aux 2 protagonistes de la relation soignant-soigné de se comprendre. La personne âgée arrive ainsi à faire partager sa réalité à l'infirmier, ce qui peut être un atout à ce dernier pour resituer le résident désorienté dans le temps et l'espace. L'I.D.E. 1 précise que cela dépend cependant de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Plus la maladie évolue, et plus il est manifestement difficile de resituer dans le temps et l'espace le résident. Chercher à comprendre ce que ressent le résident désorienté permet, d'après ces 3 infirmières, de lui proposer un accompagnement ou une prise en soin personnalisée, c'est-à-dire adaptée à ses besoins.

Dans le contexte de la formation en soins infirmiers, l'I.D.E. 3 ajoute que le soin relationnel « *fait partie de nos compétences* » et que l'on « *est formé pour cela* ». J'en comprends que c'est un soin qui relève lui aussi d'une technicité, bien qu'il ne soit pas « *palpable* » ni

« *quantifié* », indique l'I.D.E. 2. De plus, lors de l'interview, aucune infirmière n'évoque le contact physique avec le résident lorsqu'elles mettent en place un soin relationnel. L'usage de la parole semble donc un médiateur privilégié dans la relation soignant-soigné lors d'un soin relationnel.

Ses bienfaits sont donc avérés, aux yeux des infirmières et du ressenti du résident, puisque cela permet d'apporter ou préserver un sentiment de bien-être à ce dernier. Le soin relationnel permet aussi l'établissement d'une confiance accordée par la personne âgée à l'infirmière, lors de cette relation.

4.4.2. Les techniques relationnelles utilisées

Parmi toutes les techniques relationnelles citées par les infirmières interrogées, certaines ont été abordées lors de leur formation en I.F.S.I., et d'autres l'ont été lors de formations organisées par l'E.H.P.A.D. où elles travaillent.

J'identifie que ces techniques citées ont pour point commun d'apporter ou préserver le sentiment de bien-être de la personne âgée. Presque toutes ces techniques abordent la manière dont le soignant doit adapter sa communication verbale, mais aussi comprendre la personne âgée désorientée. Aucune infirmière n'a abordé le contact physique en tant que médiateur à la relation soignant-soigné.

Ainsi, la formation « *Humanitude* » d'Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI est citée par 3 infirmières. Parmi elles, seule l'I.D.E. 3 en a suivi la formation. Cependant, les I.D.E. 2 et 4 mobilisent quelques techniques liées à la compréhension et la communication avec la personne âgée désorientée. Cette formation est d'ailleurs proposée à l'ensemble des professionnels paramédicaux et médicaux dans les établissements où elles travaillent. L'« *Humanitude* » semble ainsi correspondre aux attentes des professionnels de santé dont infirmiers pour satisfaire les besoins et le bien-être des résidents et notamment ceux désorientés.

D'autres formations existent et ont été citées comme pouvant prendre soin de la personne âgée désorientée. L'I.D.E. 4 a évoqué notamment la formation *snoezelen* comme autre alternative pour le bien-être du résident, basée sur la détente et l'éveil en stimulant les 5 sens. Aussi, l'I.D.E. 5 évoque, quant à elle, la méthode MONTESSORI auprès de résidents ayant le syndrome cognitivo-mnésique pour les réhabiliter aux gestes de la vie quotidienne : mettre en place ou adapter des activités physiques de la personne âgée pour lui permettre de retrouver ou préserver une part d'indépendance.

D'autres techniques sont abordées, à titre d'attitudes cette fois-ci. J'y retrouve en partie ou en totalité les 3 attitudes de Carl ROGERS telles que l'empathie, la considération positive inconditionnelle et l'authenticité auprès de 4 infirmières interrogées. Parmi elles, 3 évoquent l'attitude de compréhension empathique. L'I.D.E. 5 précise que « *c'est primordial. Tu devances la perception de ton résident* ». Cette même attitude est reprise dans la formation « *Humanitude* », et semble donc une attitude incontournable pour comprendre la personne âgée, notamment celle qui est désorientée. Associée à l'attitude d'écoute, par les I.D.E. 4 et 5, et également abordée dans l'« *Humanitude* » dont ont été formées les I.D.E. 2 et 3, il y a manifestement un désir pour ces 4 professionnelles à vouloir accorder du temps au résident et bien le comprendre.

Au regard de toutes ces techniques relationnelles évoquées, chaque infirmière interrogée en utilise plusieurs à la fois. Chacune d'entre elles semble croiser toutes ces techniques pour en dégager une approche, celle qui correspond à son identité professionnelle. Ainsi, l'I.D.E. 2 précise « *qu'on prend un peu de chaque pour aussi créer sa technique* » et elle ajoute « *qu'on s'inspire aussi et on arrive à obtenir quelque chose qui nous semble mieux pour la personne et qui nous ressemble aussi en tant que professionnel* ». L'I.D.E. 3 confie cependant qu'il est possible d'obtenir de nouvelles techniques pour personnaliser l'accompagnement d'un résident. Cela consiste à prendre connaissance de l'histoire de vie du résident.

4.4.3. Prendre en compte l'histoire de vie du résident

L'ensemble des infirmières interrogées considèrent que prendre en compte l'histoire de vie du résident favorise la relation soignant-soigné avec ce dernier. En effet, lorsque les troubles cognitifs apparaissent, le résident manifeste des sentiments d'anxiété, d'agressivité, puisque ce qu'il ressent ne correspond pas à l'environnement dans lequel il se trouve. C'est un atout pour savoir le rassurer selon les I.D.E. 2 et 3. Elles entendent par environnement, la présence du résident dans un E.H.P.A.D. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, la mémoire à court terme disparaît en premier, ce qui laisse place aux souvenirs les plus anciens. Le résident est dans son monde intérieur : à partir de ses souvenirs anciens il revit des événements du passé au sein de son lieu de vie.

L'importance pour toutes les infirmières interrogées est donc de préserver un sentiment de bien-être lorsqu'elles abordent le résident désorienté. Cela n'oblige pas la professionnelle à parler et échanger avec le résident, mais plutôt à le comprendre dans son comportement et

ses propos, selon 4 des infirmières interrogées. Cela consiste à lui laisser sa place, pour qu'il ne se sente pas oppressé. L'I.D.E. 2 précise que « *ça montre aussi notre intérêt* » pour le résident accompagné. Il ressentira donc prendre de la valeur et considéré en tant que personne.

Connaitre l'histoire de vie du résident permet manifestement d'entrer en relation avec celui-ci et de savoir comment l'aborder. Cela permet l'établissement d'une confiance de la part du résident envers l'infirmière, comme l'évoque l'I.D.E. 1, car connaître l'histoire de vie du résident permet d'éviter une parole, un geste ou une autre action mal-pensée qui pourrait provoquer une blessure à la personne âgée, et abimer ou rompre cette relation soignant-soigné. Blesser le résident peut provoquer des troubles de son comportement tels que l'anxiété, l'agressivité ou la tristesse.

Les formations peuvent aussi être une autre alternative pour aborder un résident atteint de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées.

4.4.4. Des formations complémentaires

Toutes les infirmières interrogées considèrent utiles les formations complémentaires dans l'accompagnement de la personne âgée désorientée. Elles ajoutent que cela permet d'améliorer sa pratique professionnelle. L'I.D.E. 4 précise que cela permet de « *personnaliser le soin* » et de « *rester dans la bientraitance* ». Pour l'I.D.E. 5, cela lui permet de « *progresser* », et que « *ça te remet les idées en place* ». Il y a donc une volonté pour chaque professionnelle de s'adapter aux besoins du résident. En effet, plusieurs causes influencent la pratique professionnelle. Pour l'I.D.E. 3, la « *routine* » dépersonnalise l'accompagnement du résident.

Pour les I.D.E. 1, 2 et 3, les formations complémentaires apportent de nouvelles techniques. L'I.D.E. 2 précise que « *ça permet d'appliquer le résultat de nouvelles études* ». Tandis que pour les I.D.E. 4 et 5, cela permet de se remettre en question, de donner du sens à leur pratique.

Les formations complémentaires ont d'autres atouts pour améliorer la pratique du professionnel auprès du résident ayant la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives. Pour l'I.D.E. 2 « *on ne se sentira pas en échec, on ne se sentira pas démuni face à cette pathologie* ». Ainsi, partager ses expériences lors de ces formations permettrait à l'infirmière de lutter contre le sentiment de frustration due à un échec d'accompagnement, ou de prise en soin.

Ces formations permettent ainsi la compréhension du résident, son accompagnement ou sa prise en soin, en préservant son sentiment de bien-être. Elles soulagent aussi l'infirmière dans sa pratique, et manifestement la désorientation temporo-spatiale du résident est le symptôme qui expose le plus les infirmières interrogées à une difficulté d'accompagnement ou de prise en soin, puisque le résident manifestera des troubles du comportement tels que l'anxiété, la tristesse ou l'agressivité.

4.5. Désorientation temporo-spatiale

4.5.1. Différentes représentations du sentiment de bien-être

Pour toutes les infirmières interrogées, le bien-être est exprimé par le résident lorsqu'il est détendu et calme. Ainsi, en l'absence de stress et d'inquiétude, la relaxation semble être un atout majeur dans la relation soignant-soigné, puisque cela fait ressentir au résident un sentiment de bien-être.

De plus, 4 infirmières ajoutent l'expression d'un sourire du résident. Il est une autre manifestation du bien-être et se veut communicatif. L'I.D.E. 2, précise que « *quelqu'un qui va s'ouvrir* », c'est « *quelqu'un qui va se sentir bien* ». S'ouvrir à quelqu'un, cela consiste à s'ouvrir à d'autres résidents ou à un soignant, et cela peut se faire « *aux animations* », ajoute l'I.D.E. 5. Cette même infirmière évoque aussi qu'une personne désorientée « *bouge, elle vit* », « *à travers cette désorientation* », ce qui peut correspondre aussi à un état de bien-être. Cependant, dans ce genre de contexte il peut survenir une altération du bien-être car les personnes désorientées « *peuvent être frustrées et devenir agressives, ou tristes, anxieuses* ». Il faut donc les « *surveiller parce que ce qu'elles font, ça comporte de l'incohérence, et ça peut les confronter à des situations qu'elles n'arriveront pas à résoudre* ».

Le plaisir du repas est abordé par l'I.D.E. 4. En vieillissant, la personne âgée s'alimente moins, car elle est moins active, dépensant moins d'énergie pour effectuer diverses activités. Ainsi son appétit diminue. Cependant, les besoins alimentaires ne doivent pas diminuer au cours du vieillissement, bien au contraire. Ainsi, bien manger est signe que la personne a de l'élan vital, qu'elle se sent bien.

4.5.2. La place de l'infirmier dans le monde intérieur du résident désorienté

Pour 3 infirmières interrogées, il n'y a pas forcément confrontation de l'infirmière au monde intérieur vécu par la personne âgée en cours de désorientation. Tandis que pour les I.D.E. 4 et 5 il y aura toujours confrontation.

Toutes sont cependant unanimes qu'il est possible de se faire une place dans la sphère intérieure du résident désorienté. Pour l'I.D.E. 5, il s'agira de connaître l'histoire de vie du résident. Quant à l'I.D.E. 1, elle privilégie de prendre le temps pour accorder de l'attention au résident, tout en étant « *calme et posé* », afin de l'accompagner ou réaliser un soin. Pour l'I.D.E. 2, le résident peut l'inclure dans sa sphère en faisant une fausse reconnaissance car « *à leur époque il y avait déjà des infirmières* ». Elle évoque aussi l'observation, l'écoute, comme outils pour permettre de faire sa place dans le monde intérieur du résident désorienté. Pour les I.D.E. 3 et 4, cela dépend de la manière dont elles aborderont le résident par leur communication ce qui conditionnera la qualité de la relation soignant-soigné. L'I.D.E. 3 ajoute aussi que cela dépendra de quel moment de son vécu la personne âgée revit. L'infirmière semble donc manifestement devoir s'adapter à chaque résident atteint de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées. Selon l'expression des troubles cognitifs qui sont l'altération de la mémoire, de la compréhension, du raisonnement et du jugement du résident ainsi que les connaissances et les techniques relationnelles acquises par l'infirmière, la professionnelle agira différemment. L'I.D.E. 4 met en garde que « *le plus dure n'est pas de rentrer, c'est de savoir en sortir indemne des 2 côtés* ». En effet, un soignant peut s'impliquer beaucoup auprès du résident en risquant d'être intrusif, ou à l'inverse, il peut mettre en place une distance professionnelle qui sera trop grande auprès du résident dont ce dernier peut l'interpréter comme un abandon. Auquel cas, cela peut induire de l'agressivité du résident, « *car la maladie fait qu'ils peuvent aller loin, sans qu'ils s'en rendent compte* », précise l'I.D.E. 4.

Il convient donc de savoir communiquer avec une personne âgée désorientée. Les formations complémentaires et la connaissance préalable de l'histoire de vie du résident sont des alternatives pour préserver le sentiment de bien-être du résident.

4.5.3. Le positionnement de l'infirmier

Toutes les infirmières interrogées privilégient la deuxième attitude, celle de maintenir le sentiment de bien-être du résident désorienté. Elles se justifient toutes que la liberté de choix prévaut sur la réalisation du soin.

Manifestement en E.H.P.A.D. les professionnels sont habilités à prendre en soin des personnes âgées consentantes, quel que soit leur pathologie et leur niveau d'autonomie ainsi que de dépendance. Cependant, lorsque le résident est opposant, toutes les infirmières interrogées recherchent son consentement, dans le but d'assurer au résident son confort et sa sécurité. Il y a cependant des limites à laisser le choix du résident selon l'I.D.E. 3 qui m'évoque une anecdote lors de laquelle, après réunion d'équipe et discussion avec la famille, elle a déjà « *imposé les soins* » à une résidente qu'il « *ne fallait pas abandonner* », car elle se mettait en danger à refuser tout accompagnement : repas, soins d'hygiène et prise de ses médicaments. Manifestement, l'équipe soignante recherche le compromis : au regard de la « *balance bénéfice-risque* », elle fera pencher la balance décisionnelle du côté du bénéfice, pour préserver le bien-être du résident. Cela consistera à laisser le plus possible au résident sa liberté de faire ses choix, mais l'équipe soignante s'autorisera à un minimum de contrainte lorsque les choix de la personne âgée la mettent en péril.

La liberté totale du résident en E.H.P.A.D. n'est donc manifestement pas en vigueur.

L'anecdote que m'a partagé l'I.D.E. 3 me fait prendre conscience qu'au-delà de préserver la liberté de choix du résident ainsi que son sentiment de bien-être, les professionnels sont dans l'obligation de moyens mais pas de résultat. De plus, parmi les infirmières interrogées, 3 infirmières ajoutent que l'autoritarisme est parfois utile, afin de recadrer le résident.

L'évolution de sa maladie avec les troubles cognitifs qu'elle provoque retenti sur le résident. Ainsi « *dans leur pathologie ils vont un peu plus loin que ce qu'ils font habituellement* », évoque l'I.D.E. 1, qui pose le cadre « *lorsqu'il y a maltraitance sur des collègues* ». Elle précise cependant que « *recadrer c'est à faire avec respect* », et à sa manière cela consiste « *à leur faire prendre conscience que ce n'est pas bien* ».

4.6. Synthèse de l'analyse

Réaliser cette analyse m'a permis de faire le lien entre mon cadre théorique et la pratique professionnelle de 5 infirmières abordant ma question de départ qui est la suivante. Lorsque l'infirmier va à la rencontre d'un résident en E.H.P.A.D. atteint d'un syndrome cognitivo-mnésique :

- En quoi la relation instaurée par l'infirmier permet au résident de vivre ou conserver un sentiment de bien-être, lorsque l'accompagnement du soignant se confronte au monde intérieur vécu par le soigné ?

En recueillant mes données lors d'interviews de 5 infirmières exerçant en E.H.P.A.D., j'ai compris que la désorientation peut parfois exprimer le mal-être du résident en institution, qui peut volontairement se désorienter dans le temps et l'espace pour se retrouver à un temps où il était plus heureux, car son état de dépendance physique a altéré sa capacité à choisir et agir librement, sans contrainte.

La communication semble donc être un atout majeur pour apporter du bien-être à la personne âgée lorsqu'elle est désorientée. En lui laissant sa place dans la relation, elle se sent prendre de la valeur et considérée en tant que personne. Le résident se sent écouté et fait ses choix. Il ne s'agit donc pas pour l'infirmier d'imposer son accompagnement lorsque le résident désorienté s'y oppose, si celui-ci se sent mieux dans son monde intérieur qui est différent de la réalité perçue par le soignant. Cependant, la charge de travail et les automatismes de l'infirmière sont des éléments perturbateurs dans sa pratique professionnelle.

Les formations sont une autre alternative pour savoir aborder un résident atteint de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives apparentées, et pour améliorer sa pratique professionnelle. La connaissance de l'histoire de vie du résident est aussi un outil pour entrer en relation avec celui-ci, favorisant la relation soignant-soigné avec la personne âgée désorientée.

Paradoxalement, l'autoritarisme est parfois utile, afin de préserver le confort et la sécurité du résident. L'évolution de sa maladie avec les troubles cognitifs qu'elle provoque retenti sur le résident, qui ne se rend parfois pas compte de l'importance des soins à recevoir.

Après réflexion, l'autoritarisme permet aussi de préserver le bien-être du résident. Alors que la personne âgée désorientée désire qu'on lui laisse une place dans la relation, pour prendre de la valeur et se sentir considérée en tant que personne, comment le positionnement infirmier peut permettre de poser un cadre thérapeutique, en établissant un ensemble de contraintes et de libertés au résident, sans atteindre au respect et à la dignité de celui-ci ? Jusqu'à quelles limites le soignant peut manifester son autoritarisme dans la mise en place du cadre thérapeutique ? Cela m'amène à formuler une question de recherche qui est la suivante :

- **Quelles sont les limites à la liberté de choix du résident ?**

CONCLUSION

La réalisation de ce T.F.E. a participé à la construction de mon identité professionnelle orientée sur le domaine de la psycho-gériatrie. Dans ce travail, j'ai confronté mes idées extraites de ma situation d'appel. Mes recherches documentaires et mes résultats d'enquêtes auprès d'infirmières exerçant en E.H.P.A.D. m'ont permis d'approfondir ma compréhension de ma problématique, concernant le savoir-faire et le savoir-être mobilisés par l'infirmier, afin de faire ressentir au résident désorienté un sentiment de bien-être au cours de la relation soignant-soigné.

Cette étude de situation m'a permis de mobiliser le premier niveau d'apprentissage parmi les « 3 paliers de l'apprentissage »⁷⁵, abordé en I.F.S.I. depuis la parution du référentiel de formation de Juillet 2009, qui sont respectivement : « *comprendre* », « *agir* » et « *transférer* ». J'ai ainsi acquis des connaissances pour « *comprendre* » ma situation d'appel. L'« *agir* » consistera à mobiliser mes connaissances dans mes actions soignantes lors d'une autre situation de soin et je les évaluerai. Enfin, « *transférer* » consistera à mobiliser mes connaissances dans d'autres situations de soins similaires mais différentes.

En tant que futur professionnel de santé en soins infirmiers, me questionner sur ma pratique professionnelle me permet d'en rechercher le sens en vue de l'améliorer.

Je souhaite ainsi illustrer la fin de mon travail par une citation de Geneviève LAROQUE, ancienne présidente de la fondation nationale de gérontologie, extraite de la préface de l'ouvrage « *Humanitude* », qui me tient à cœur puisqu'elle fait écho à mes valeurs soignantes auprès de la personne âgée : « *Après une analyse qui montre que les Hommes vieux vulnérables sont aussi indispensables et précieux que les autres Hommes, que les autres citoyens, les auteurs nous guident sur les chemins d'une science pratique au service du bien-être et de la qualité de vie* »⁷⁶.

⁷⁵ Disponible sur :

http://lapedagogieduchangement.com/wa_files/Article_203_20Soins_20Cadres_20d_C3_A9cembre_202009.pdf

⁷⁶ GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Préface.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :



Revue :

- PROUST-MONSAINGEON, Dominique. Trois paliers d'apprentissage pour aborder l'étude de situations. *Soins cadres*, novembre 2009, n°72. p. 1-61.



Ouvrages :

- DONNIO, Isabelle. *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Rennes : Fondation nationale de gérontologie, 2005. 218 p.
- FEIL, Naomi. *Validation : pour une vieillesse pleine de sagesse !*. 2^{ème} éd. Paris : Pradel, 1994. 125 p.
- GINESTE Yves, PELLISSIER Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris : Armand colin, 2014. 319 p.
- HOMERIN, Marie-Pierre. *Réussir son stage infirmier en gériatrie*. Paris : De boeck-estem, 2014. 192 p.
- LANDREAU, Vincent. *Mourir âgé en institution*. Vanves : L'esprit du temps, 2004. 180 p.
- PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. 2^{ème} éd. Noisy-le-grand : SETES, 2015. 522 p.

Sites internet :

- ASSOCIATION LA VALSE DU TEMPS. *Centre de jour* [en ligne] [Cornol] Date de mise à jour du document 2018] [Consulté le 03 Mars 2018]. Disponible sur Internet : <http://www.lavalsedutemps.ch/centre-de-jour>
- ASSOCIATION QUEBECOISE DES NEUROPSYCHOLOGUES. Les fonctions cognitives [en ligne] [Québec] [Date de mise à jour 2018] [Consulté le 28 Mars 2018]. Disponible sur Internet : <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Comment le GIR est-il déterminé ?* [en ligne] [Paris] [Date de mise à jour 31 mars 2017] [Consulté le 10 janvier 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Qu'est-ce que la grille Aggir ?* [en ligne] [Paris] [Date de mise à jour 11 avril 2018] [Consulté le 12 avril 2018]. Disponible sur Internet : <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Les EHPAD* [en ligne] [Paris] [Date du document 12 janvier 2015] [Consulté le 27 février 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (CNRTL). *Soignant, -ante* [en ligne] [Nancy] [Date du document 2012] [Consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.cnrtl.fr/definition/soignant>
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (CNRTL). *Soignée, -ée* [en ligne] [Nancy] [Date du document 2012] [Consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/adjectif>
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES (CNRTL). *Relation* [en ligne] [Nancy] [Date du document 2012] [Consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.cnrtl.fr/definition/relation>
- CHARRON, Gaëlle. *EHPAD privé ou public : quel établissement est fait pour vous ?* [en ligne] [Date du document 07 juin 2018] [Consulté le 22 février 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.capretraite.fr/ehpad-prive-public-etablissement/>
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (C.I.I.). *Définition des soins infirmiers* [en ligne] [Date de mise à jour du document 11 décembre 2017] [Consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- CUDENNEC, Tristan. *Tests d'évaluation de la mémoire* [en ligne] [Boulogne-billancourt] [Date de mise à jour février 2002] [Consulté le 12 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
http://www.saging.com/mise_au_point/tests-devaluation-de-la-memoire

- DELALU, David. *Vivre Alzheimer : bien comprendre pour vivre mieux* [en ligne] [Saint étienne] [Date de mise à jour du document 2018] [Consulté le 13 février 2018]. Disponible sur Internet :
<http://vivre-alzheimer.fr/validation-naomi-feil/>
- DONNIO, Isabelle. *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* [en ligne] [Date du document 2018] [Consulté le 21 Mars 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm>
- EDITIONS LAROUSSE. *Bien-être* [en ligne] [Paris] [Date de mise à jour du document 2018] [Consulté le 05 mars 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bien-%C3%AAtre/9159>
- EHPAD.FR. *La convention tripartite en établissement ehpad* [en ligne] [Date de mise à jour 2018] [Consulté le 22 février 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.ehpad.fr/les-avantages-de-la-convention-tripartite/>
- GAUDUCHEAU, Nadia. *La communication des émotions dans les échanges médiatisés par ordinateur : bilan et perspectives* [en ligne] [Date du document 2018] [Consulté le 27 mars 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2008-4-page-389.htm>
- GEORGE, Jacques. *Retraites : une histoire récente, une situation fragile* [en ligne] [Date de mise à jour 2018] [Consulté le 20 février 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.cahiers-pedagogiques.com/Retraites-une-histoire-recente-une-situation-fragile>

- GROUPE MALAKOFF MEDERIC. *Les différents statuts juridiques des établissements* [en ligne] [Date du document 2017] [Consulté le 22 février 2018]. Disponible sur Internet :
<https://lesitedesaidants.fr/aider-un-proche-age/informations-et-demarches/Structures-d-accueil/Les-differents-statuts-juridiques-des-etablissements.htm?s=253e95842a800693>
- IMBERT, Geneviève. *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie* [en ligne] [Date de mise à jour 2018] [Consulté le 5 Janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>
- INSTITUT DE FORMATION M&R. *La méthode de validation de Naomi FEIL* [en ligne] [Reims] [Date de mise à jour 2018] [Consulté le 20 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>
- INSTITUT NUMERIQUE. *Historique* [en ligne] [Date de mise à jour 24 août 2012] [Consulté le 20 février 2018]. Disponible sur Internet :
<http://www.institut-numerique.org/i-historique-50374d42960ac>
- LANDREAU, Vincent. *La personne âgée désorientée en institution* [en ligne] [Date du document 2018] [Consulté le 12 janvier 2018]. Disponible sur Internet :
<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-71.htm>
- LEGIFRANCE. *Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – Article 1* [en ligne] [Date de mise à jour 10 décembre 2017] [Consulté le 11 février 2018]. Disponible sur Internet :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=591C42622B6AF851B7F315DCCDAEB17B.tpdila23v_3?idArticle=LEGIARTI000006701358&cidTexte=LEGI TEXT000006064582&dateTexte=19930315

- MENAUT, Hervé. *Les soins relationnels existent-ils ?* [en ligne] [Date du document 2018] [Consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>
- PITTE, Morgan. *14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson* [en ligne] [Date de mise à jour 29 Octobre 2017] [Consulté le 15 Février 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson#besoin-de-boire-et-manger>
- PITTE, Morgan. *14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson* [en ligne] [Date de mise à jour 29 Octobre 2017] [Consulté le 15 Février 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson#besoin-de-se-recreer>
- PROUST-MONSAINGEON, Dominique. *Trois paliers d'apprentissage pour aborder l'étude de situations* [en ligne] [Date du document Décembre 2009] [Consulté le 10 avril 2018]. Disponible sur Internet : http://lapedagogieduchangement.com/wa_files/Article_203_20Soins_20Cadres_20d_C3_A9cembre_202009.pdf
- ROGERS, Carl. *ACP Pratique et recherche* [en ligne] [Châtenois] [Date de mise à jour du document 15 novembre 2017] [Consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur Internet : <http://acp-pr.org/caracteristiques.html>
- ROUSSEAU, Thierry. *La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique* [en ligne] [Date du document 2018] [Consulté le 27 Mars 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2009-5-page-429.htm>

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

Thème 1 : Présentation du professionnel

Depuis combien de temps travaillez-vous en gériatrie ? Est-ce un choix personnel ?

- **Objectifs :**

- Classer les professionnels selon leur durée d'expérience en gériatrie ;
- Identifier l'expérience et la motivation du professionnel à travailler en gériatrie ;
- Etablir une corrélation entre la durée d'expérience, la motivation du professionnel et la capacité d'expertise en gériatrie.

Quelles sont les qualités nécessaires pour exercer auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autre maladie neurodégénérative apparentée ?

- **Objectifs :**

- Identifier les prérequis nécessaires à l'exercice infirmier en gériatrie au contact de résidents ayant la maladie d'Alzheimer ou autre maladie neurodégénérative apparentée ;
- Repérer les qualités énoncées par chaque professionnel, et la similarité ou non des réponses ;
- Les qualités que j'attends sont : bienveillance, calme, consciencieux, digne de confiance, à l'écoute, doux, empathique, respectueux ;
- Etablir une corrélation entre les qualités professionnelles évoquées et la qualité de l'accompagnement de l'infirmier.

Thème 2 : Maladie d'Alzheimer

Les connaissances sont-elles nécessaires sur la maladie d'Alzheimer pour accompagner une personne âgée qui en est atteinte ? Si oui, en quoi ?

- **Objectifs :**

- Connaître l'importance d'avoir des connaissances au sujet de la maladie d'Alzheimer pour accompagner un résident qui en est atteint ;
- Identifier les compétences pour accompagner une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ;
- Etablir une corrélation entre l'accompagnement d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer et l'importance de formations complémentaires pour la prendre en soin.

Thème 3 : E.H.P.A.D.

En quoi le consentement de la personne âgée est-il nécessaire pour être hébergée en E.H.P.A.D., lorsqu'elle n'avait pas prévu de quitter son domicile ?

Pourquoi est-il important qu'elle soit au clair avec sa famille pour son admission en E.H.P.A.D. ?

- **Objectifs :**

- Identifier l'importance pour un résident d'être consentant à son admission en E.H.P.A.D. ;
- Connaître les répercussions sur l'accompagnement du résident hébergé en E.H.P.A.D. selon son consentement ou non à être admis en E.H.P.A.D. ;
- Etablir une corrélation entre l'envie/choix du patient à être accueilli et hébergé en E.H.P.A.D. et la fréquence/intensité des épisodes de désorientation temporo-spatiale du résident.

Thème 4 : Soin relationnel

En quoi le soin relationnel est un soin infirmier ?

Quelle importance prend le soin relationnel lorsque vous abordez une personne âgée désorientée ?

- **Objectifs :**

- Identifier l'importance que peut prendre la relation soignant-soigné auprès d'un résident désorienté dans le temps et l'espace, lorsque l'infirmier vient l'aborder pour réaliser un soin. Le résident est alors dans sa propre réalité qui est différente de celle de l'infirmier ;
- Confirmer mes recherches évoquant qu'une relation soignant-soigné peut comporter du soin relationnel, et que ce soin relationnel fait partie intégrante des soins infirmiers.

Quelles techniques relationnelles utilisez-vous dans une relation d'aide auprès d'une personne âgée désorientée ?

- **Objectifs :**

- Connaître les techniques relationnelles existantes et acquises par les infirmiers interrogés (3 attitudes de Rogers ; méthode de « *Validation* » de Naomi FEIL ; l'« *Humanitude* ») ;
- Identifier la correspondance (similitudes) entre mes techniques relationnelles mobilisées dans ma situation d'appel et celles mobilisées par les professionnels interrogés.

Quel est pour vous l'intérêt de prendre en compte l'histoire de vie de la personne désorientée pour son accompagnement ?

- **Objectifs :**

- Repérer l'importance de l'histoire de vie personnelle du patient au regard des instants de désorientation temporo-spatiale vécues par celui-ci ;
- Connaître l'importance pour le professionnel de savoir l'histoire de vie de la personne âgée manifestement désorientée, avant de l'aborder ;
- Connaître les représentations du professionnel sur l'importance et la signification pour le résident de sa désorientation temporo-spatiale. Pour Naomi FEIL, la personne âgée peut parfois volontairement faire un retour dans le passé pour se retrouver à un temps où elle était plus heureuse.

Pensez-vous qu'il soit important de suivre des formations complémentaires dans l'accompagnement de la personne âgée désorientée ? Si oui, alors pourquoi ?

- **Objectifs :**

- Connaître l'intérêt pour l'infirmier de suivre une formation complémentaire dans l'approche et la compréhension de la personne âgée désorientée ;
- Identifier l'intérêt que porte l'infirmier à suivre des formations continues ;
- Comprendre les avantages à suivre des formations complémentaires à son diplôme d'état.

Thème 5 : Désorientation temporo-spatiale

Quelles sont vos représentations du sentiment de bien-être d'une personne âgée désorientée ?

- **Objectifs :**

- Connaitre la représentation du sentiment de bien-être ressenti par la personne âgée, selon l'infirmier ;
- Etablir une corrélation entre les différentes représentations du bien-être des infirmiers interrogés et mes recherches sur le sentiment de bien-être contenu dans mon cadre théorique.

Lorsque vous abordez un résident en cours de désorientation dans le temps et l'espace : est-ce que votre venue vient se confronter au monde intérieur vécu par cette personne âgée ? Pourquoi ?

- **Objectifs :**

- Connaitre le retentissement qu'apporte la venue de l'infirmier sur le résident en cours de désorientation dans le temps et l'espace, pour établir une relation soignant-soigné ;
- Identifier comment la présence, l'attitude et le comportement de l'infirmier peut influencer les réactions du patient au tout début d'une relation soignant-soigné.

Laquelle des attitudes est importante pour vous : être dans l'autoritarisme pour mener votre prise en soin, ou préserver le sentiment de bien-être de la personne soignée qui désire rester dans son monde intérieur qu'elle vit en étant désorienté dans le temps et l'espace ? Pourquoi ?

- **Objectifs :**

- Connaître l'importance pour le professionnel d'aller chercher ses émotions, et de les faire ressortir pour établir une relation soignant-soigné ;
- Identifier l'importance pour l'infirmier de satisfaire le bien-être du résident ;
- Repérer l'importance pour l'infirmier d'apporter ou préserver le sentiment de bien-être vécu par le patient.

valable le 03/04/2018.

Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale Pays de la Loire

IFSI LAVAL

Pôle Régional de Formation Santé Social

65 Rue du Chef de Bataillon Henri Gaultier

53003 LAVAL CEDEX

Tél. 02 43 67 95 95

SIRET 775 072 272 01500

V. Laigne
Lucie Gaultier

Lucie Gaultier

Annexe 2

Présentation des 5 infirmières interviewées

	I.D.E. 1	I.D.E. 2	I.D.E. 3	I.D.E. 4	I.D.E. 5
Âge	24 ans	25 ans	36 ans	53 ans	55 ans
Année d'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier	2016	2015	2014	1997	1987
Nombre d'années exercées en gériatrie	1 an et demi	2 ans	9 ans (aide-soignante) 4 ans (I.D.E.)	21 ans	5 ans
Etablissement de santé actuel	E.H.P.A.D.	E.H.P.A.D.	E.H.P.A.D.	E.H.P.A.D.	E.H.P.A.D.
Choix personnel d'exercer en gériatrie (oui/non)	Non	Non	Non	Oui	Oui

Se comprendre pour mieux vivre

UE 6.2 S6 : Anglais

Résumé :

Pendant mon stage effectué en première année en E.H.P.A.D., j'ai réfléchi comment l'infirmier peut communiquer avec une personne âgée désorientée dans le temps et l'espace. J'ai utilisé une technique appelée « *Validation* » : la méthode de Naomi FEIL, pour communiquer avec une personne très âgée diagnostiquée avec la démence de type Alzheimer. Mes recherches théoriques et l'analyse de mes entretiens auprès de cinq infirmières m'a permis de comprendre comment j'ai réussi à conserver le sentiment de bien-être de cette personne âgée. Alors que les E.H.P.A.D. ont des restrictions budgétaires et diminuent leur nombre de soignants, l'équipe soignante a davantage de difficultés à avoir du temps pour communiquer avec les personnes âgées les plus désorientées, et ainsi préserver leur bien-être. Cependant, la communication est importante, et ma recherche montre comment l'infirmier communique avec un résident désorienté, pour préserver le bien-être de la personne âgée.

Mots clés : Relation, accompagnement, communication, bien-être, personne âgée

Abstract :

During my internship carried out in first year in nursing home, I thought about how the nurse can communicate with a disoriented elderly person in time and space. I used a technique called "*Validation*" : the Naomi FEIL method, to communicate with a very old person diagnosed with Alzheimer's type dementia. My theoretical research and analysis of my interviews with five nurses allowed me to understand how I have succeeded to maintain the feeling of well-being of this elderly person. While nursing homes have budget constraints and fewer caregivers, the care team has more difficulty in having time to communicate with the most disoriented seniors, and thus conserve their well-being. However, communication is important, and my research shows how the nurse communicates with a disoriented resident, to preserve the well-being of the elderly person.

Key words : Relationship, support, communication, well-being, elderly person