

UE 4.2

Soins relationnels

PLAN DU CHAPITRE

Le langage est digital et analogique	448
Le langage est un échange de signes	448
Sur le plan psychanalytique	448
Dans le soin infirmier	449
Définitions et principes théoriques	449
Capacités de la compétence infirmière concernée, au regard de l'évaluation	449
Actions de soins	450
Définitions et principes théoriques	450
Reconnaître les signes de difficultés que peut présenter la personne : causes ou/et conséquences possibles	451

1. La communication par le langage, la culture, la langue, etc.

Langage, culture et langue sont autant de moyens, de canaux permettant ou rendant difficile la communication. Ces concepts sont propres aux groupes cherchant à se comprendre. Cependant, le message peut être confus, filtré, ambivalent, flou, stratégique, embrouillé.

Les valeurs humaines que sont la tolérance, l'acceptation de la différence doivent rendre possible la communication, la rencontre, et donc le passage de l'obstacle de langue ou de culture. Michel Serres montre que la rencontre, le dialogue, la conversation, le contact permettent de construire une société fondée sur l'acceptation de l'autre.

« Communiquer, c'est reconnaître l'existence d'une indépassable obscurité, d'une irrémédiable séparation et c'est, en même temps, viser à la constitution d'un espace public. »¹⁰⁹

Le langage est la fonction générale de la communication qui est un système de symboles verbaux (et écrits) sciemment créés et choisis.

La parole est la partie subjective du langage (de la langue), elle est l'énoncé. La manière de le dire est l'énonciation (non verbal, gestes, attitudes, etc.), ce qui revient à dire que le langage est arbitraire.

Ce langage transmet les émotions, les interactions, les sentiments, etc.

Le langage est digital et analogique

- Communication verbale :
 - le langage digital (le contenu) est la parole, syntaxe logique complexe, symbolique et, en principe connue, mais limitée;
 - elle permet de véhiculer l'information, l'idée;
 - elle ne permet pas à elle seule la relation.
- Communication non verbale :
 - le non-dit (le langage analogique) est l'expression des sentiments et permet une relation interpersonnelle, intuitive et signifiante;
 - elle peut être aussi ambiguë, manquant d'indices et de logique (mimiques, gestes, ton, rythme, etc.).

Une relation d'égalité de langage minimise la différence (effet d'un comportement en miroir), tandis qu'une interaction complémentaire maximise la différence (mère-enfant, médecin-patient, etc.).

Le digital et l'analogique peuvent s'opposer et brouiller ou manipuler le message :

- la communication peut être paradoxale et néfaste avec des codes contradictoires (double contrainte, ex. : « Sois spontané »);
- il n'y a bien souvent pas de réponse possible (cela peut être un mode de communication positif s'il s'agit d'ironie);
- tout interlocuteur n'apporte pas la même signification au même mot.

Le langage est un échange de signes

Le langage est arbitraire.

Le principe de la rhétorique (mise en œuvre de l'expression) identifie la communication comme étant :

- objective : la dénotation qui est la signification du mot employé. (Mais les mots sont-ils toujours objectifs et univoques?);
- subjective : la connotation qui est tout ce qui n'est pas dit (personne, intention, langage, affectivité, ton, débit, intonation, ponctuation, et aussi situation, lieu, contexte). La connotation fournit des informations sur la personne, le langage employé, la culture, l'intentionnalité, etc.

Il n'y a pas toujours de lien direct entre le signifiant et le signifié. Le mot employé et sa forme mettent à distance le contenu.

Le langage est source d'interprétation.

Avant tout, même lorsque la langue parlée est la même, les signes doivent pouvoir être compris par tous :

- l'indice a un rapport de causalité, il est interprétable (rapport non finalisé);
- le signal appartient à un code signifiant (rapport de finalité);
- le symbole est universel ou propre à un groupe pour lequel il signifie quelque chose de particulier.

Le langage est l'organisation des symboles verbaux et écrits. La langue apprise dans l'enfance, par l'éducation, la culture est commune au groupe. La parole en est l'élément individualisé.

Sur le plan psychanalytique

Un signe linguistique est une unité de langage, soit un mot, « l'image acoustique » (le signifiant, la dénotation) ou un concept (le signifié ou la connotation).

¹⁰⁹ A. Akoun, *La Communication démocratique et son destin*, PUF, 1994.

Un même concept comprend plusieurs mots (si les langues sont différentes).

« L'inconscient est structuré comme un langage » (Lacan) :

- les mots appartiennent au conscient ;
- le signifiant psychanalytique est une trace dans l'inconscient (odeur, image) renvoyant à un concept, un signifié (le souvenir).

Sur le plan neurologique

L'hémisphère gauche (qui serait plus souvent fonctionnel qu'à droite) est également le siège des quatre centres de la reconnaissance et de la motricité du langage et de la communication, le polygone du langage. Il est composé :

- de l'aire de Wernicke (sensoriel) : compréhension des mots parlés, sens du langage (lobe temporal, près de l'audition), autrement appelée centre de surdité verbale ;
- du centre de la compréhension des mots écrits (sensoriel) : entre les lobes pariétal et occipital, centre de cécité verbale ;

- du centre de l'écriture (moteur) : dans la zone motrice, en avant du sillon central, près de la zone de la main ;
- de l'aire de Broca (moteur) : centre du langage, dans la zone motrice, près de la zone du larynx.

Ces centres sont intriqués et fonctionnent simultanément. Ils permettent de comprendre, de s'exprimer à l'écrit et à l'oral, et de se comprendre soi-même, de se relire...

Dans le soin infirmier

Le langage professionnel est codé :

- jargon, diagnostics infirmiers, diagnostics médicaux, etc. pour le verbal ;
- blouse blanche, attitudes, expressions, etc. pour le non verbal.

Le soin peut être perçu de diverses manières selon le « langage » du patient. Sa culture et son origine vont fournir différents symboles, ainsi que son éducation, son niveau social et cognitif, sa religion (et son impact). D'où l'intérêt de coller au plus juste, de faire preuve de vigilance et d'adaptation.

2. Communication non verbale

Définitions et principes théoriques

La communication non verbale est tout ce qui n'est pas dit : regard, intonation, élocution, expression du visage, des mains, etc., le contact physique, l'apparence et l'habillement, la façon de se tenir, etc.

Tout est dit et rien n'est dit... Subtile ou grossière, significative ou hasardeuse, la communication verbale est difficile à maîtriser et à dissimuler. Être soi-même est être congruent. Il est préférable de dire ce que l'on pense. Le patient détecte les non-dits du soignant.

Le non verbal est un langage, surtout pour ceux qui semblent avoir perdu le sens commun du langage. L'approche, le regard, le toucher sont des modes de communication.

Le langage non verbal permet la reconnaissance des personnes ou des situations.

Capacités de la compétence infirmière concernée, au regard de l'évaluation (tableau 1)

Tableau 1. Compétence 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.

Objectif	Critères d'évaluation	Indicateurs
1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de compréhension de la personne	1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> – La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte – Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées – Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées

(Suite)

Tableau 1. Suite.

Objectif	Critères d'évaluation	Indicateurs
<p>3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication</p> <p>4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique</p>	<p>2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre – Une attention est portée à la personne – La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient – Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne – La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne

Actions de soins

Chez des personnes âgées (par exemple) ne communiquant quasiment plus, il peut être possible de chercher à savoir quels événements et messages sensoriels sont mémorisables, ce que la personne peut :

- identifier;
- reconnaître;
- interpréter;
- analyser, etc.

La mémoire immédiate, qui est l'identification des informations sensorielles brèves suivant un stimulus des organes sensoriels, est automatique et ne nécessite pas d'attention particulière. Elle est mobilisée en fonction de la part émotionnelle, voire affective.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer évolutive, le système émotionnel semble être mieux conservé que le système cognitif, le lien entre la mémoire et les émotions reste important.

Parce que les troubles de la mémoire et de la communication sont importants, l'approche et le contact avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer nécessitent une grande part d'adaptation de la part de l'aidant et du soignant.

L'expression verbale de la personne étant difficile, elle peut être palliée par l'expression :

- du regard;
- de l'attitude;
- des comportements (auxquels l'entourage tâchera de donner sens, comme la survenue d'une attitude agressive), etc.

La communication du soignant devra donc faire preuve :

- d'innovation;
- de présence empathique;
- de patience;
- de partage dans l'expression.

La compréhension du langage non verbal peut très bien subsister.

3. Le toucher dans les soins et dans la relation thérapeutique

Définitions et principes théoriques

- Le toucher dans l'acte de soin s'apprend... Il doit être pertinent, choisi, proposé et non imposé.
- Le toucher est doux, calmant, contenant, rassurant et non intrusif. Il est professionnel, progressif et pacifiant.
- Le toucher participe à l'instauration d'un climat de confiance. C'est un mode de communication valorisante.
- Le toucher peut contribuer à calmer des angoisses, des agitations et des comportements agressifs, en tenant la main par exemple...

- Le toucher aide à prendre soin dans le respect de la personne, à prévenir les comportements d'agitation pathologiques.
- Le temps du toucher pendant le soin est important et peut durer chez des personnes nécessitantes, en accord avec le patient, au moins un quart d'heure.
- La mémoire émotionnelle et affective peut être préservée dans certains cas de démence, le toucher est facteur d'apaisement.
- La mémoire immédiate (informations sensorielles) est automatique et ne nécessite pas d'attention particulière.

Les informations ne parviennent aux zones de gnose sensorielle que si le contexte est intéressant à ce moment précis et s'il fait appel à l'émotion ou l'affection. La mémoire est dite tactile, visuelle, auditive, etc.

- La mémoire non déclarative ou implicite comporte les conditionnements émotionnels et les réflexes conditionnés. Elle implique donc la mémoire des émotions positives ou négatives et des traumatismes. Le lien entre la mémoire et les émotions est donc majeur. Le rappel d'événements à forte connotation émotionnelle positive ou négative est plus facile que de se souvenir d'événements neutres, détachés d'un contexte émotionnel. Le toucher pendant le soin est accompagné de l'évocation de souvenirs positifs et agréables.
- Certaines douleurs peuvent aussi être calmées par le toucher.
- L'influx nerveux peut être inhibé par un message non nociceptif, comme le massage (neurostimulation transcutanée). Ce message parvient aux centres nerveux centraux et libère une endorphine jouant le rôle de filtre diminuant l'effet de la substance P (substance algogène). Cette substance ferme alors la « porte » au message douloureux. Il est bloqué et ne parvient pas aux centres nerveux supérieurs.
- Le toucher utilise les canaux sensoriels, la verticalisation (soin debout au moins vingt minutes par jour pour éviter la grabatisation...), le regard dans l'axe, la parole et l'attente de l'acquiescement.

Reconnaître les signes de difficultés que peut présenter la personne : causes ou/et conséquences possibles (tableau 2)

Tableau 2. Compréhension des signes et expression du patient.

Reconnaître les signes de difficultés	Causes possibles	Actions
Le toucher ne s'adresse pas à tous	<ul style="list-style-type: none"> – Selon les cultures, l'éducation, les habitudes, les milieux, le toucher n'est pas compris, accepté et toléré de la même manière – Certains gestes sont à éviter, comme tenir entre le pouce et l'index un patient par le bras, geste qui peut être mal vécu – Certains patients sont violemment opposés (certains patients autistes, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Le toucher s'applique dans les règles du respect mutuel, de la distance qu'un soignant professionnel conserve avec les patients ou les résidents – Le toucher doit absolument faire preuve de pudeur

