



# IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI  
Tél. +32 69/22.48.41. - [www.iepscf-tournai.be](http://www.iepscf-tournai.be)

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale  
De la Communauté Française  
Rue Saint-Brice, 53  
7500 Tournai

Enseignement secondaire supérieur de transition  
Section : Aide-soignant

## Démence et communication

*« Comment et pourquoi  
communiquer de manière adaptée  
avec une personne démente ? »*

LEROY Florine

Année scolaire : 2019-2020

## REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pu aboutir sans de nombreuses collaborations.

Je tiens tout d'abord à remercier Madame PERE et Monsieur VANTOMME, pour leurs précieux conseils, leurs encouragements et leur accompagnement tout au long de la réalisation de cette épreuve intégrée.

Un grand merci à tous les soignants qui ont pris le temps de participer à l'enquête réalisée dans le cadre de cette épreuve intégrée.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers tous les professeurs, pour tout ce qu'ils m'ont enseigné durant ma formation.

Je remercie aussi tous les professionnels que j'ai pu rencontrer sur mes lieux de stages et qui m'ont beaucoup appris sur ma future profession, et tout particulièrement l'équipe du CANTOU de Maison de Providence à Tournai, grâce à laquelle j'ai vraiment pu acquérir une certaine expérience auprès des personnes démentes.

Pour finir je tiens à remercier ma famille et mes amis, pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait et font encore preuve aujourd'hui. J'ai également une pensée particulière pour Nelly LEROY et Jean-Pierre BOURGIN, qui m'ont inspiré ce travail.

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>I. Approche contextuelle.</b> .....	3
I.A. L'épidémiologie et les statistiques de la démence.....	3
I.B. Le vécu des soignants.....	6
<b>II. Approche conceptuelle.</b> .....	9
II.A. La démence.....	9
II.A.1. La définition.....	9
II.A.2. Les symptômes.....	12
II.A.3. Les différents types de démence.....	15
II.A.4. Les traitements.....	20
II.A.5. Les conséquences.....	22
II.A.6. Comment la maladie affecte t'elle la façon de communiquer ? .....	23
II.B. La communication.....	24
II.B.1. La définition : .....	24
II.B.2. Les difficultés de la communication.....	26
II.B.3. Les obstacles à la communication.....	29
II.B.4. Les différentes façons de communiquer.....	32
II.B.5. Les avantages d'une communication adaptée .....	35
II.C. Les contrastes entre la communication avec une personne démente et une personne non démente. ....	36
II.C.1. Les difficultés de la communication avec une personne démente .....	36
II.C.2. Les obstacles à la communication avec une personne démente.....	38
II.C.3. Les intérêts d'une communication adaptée à la personne démente.....	40
<b>III. Approche pratique.</b> .....	42
III.A. Les rôles de l'aide-soignant .....	42
III.A.1. Auprès de la personne soignée .....	42
III.A.2. Auprès de la famille et de l'entourage.....	45
III.A.3. Auprès de l'équipe.....	48
III.B. Communiquer avec une personne démente. ....	50
III.B.1. La préparation à l'entrée en communication.....	50
III.B.2. L'entrée en communication : .....	54
III.B.3. Eviter certaines erreurs : .....	58
III.C. Quelques principes de communication.....	59
III.C.1. La méthode de Validation® de Naomi Feil : .....	59
III.C.2. La philosophie de l'Humanitude : .....	63
<b>Conclusion</b> .....	65



## Introduction

Nous avons décidé d'étudier la communication avec les personnes démentes car c'est un sujet d'actualité et pourtant trop souvent oublié. En effet, dans nos vies personnelles, nous avons déjà pu rencontrer ou nous rencontrerons probablement certains de nos proches ou de nos connaissances dont le diagnostic de démence a été ou sera annoncé. Tout au long de cette épreuve intégrée, nous utiliserons le terme de « personne démente » et non de « patient » ou de « résident » car, comme nous venons de le dire, il est possible que nous soyons amenés à rencontrer des personnes démentes ailleurs que dans une structure dédiée aux soins. De plus, même en étant atteinte de cette pathologie, la personne reste une personne, qu'il est important d'accepter dans sa totalité. Entrer en communication avec des personnes démentes a pu être une problématique pour beaucoup d'entre nous : la personne peut se sentir frustrée de tenter de faire passer un message, d'exprimer un besoin, sans que celui-ci ne soit compris. Cela peut provoquer de la colère, des troubles du comportement ou encore un isolement. En tant que stagiaires, nous avons également pu rencontrer cette problématique, et nous avons pu, souvent, nous sentir en difficulté pour communiquer avec une personne démente : comment réagir si la personne est agressive ? Comment réagir si elle est confuse ? Devons-nous entrer dans son délire, ou au contraire, y mettre fin ? D'autant que les institutions ont toutes leur propre façon de réagir : certaines préféreront qu'on mette fin au délire, d'autres voudront qu'on le valide, ou encore qu'on y fasse abstraction. Nous pouvons constater que de nombreux stagiaires et de nombreux professionnels éprouvent de la difficulté à communiquer avec des personnes atteintes de démence, même avec de l'expérience : la frustration peut également venir de nous ou du proche. Tout comme la personne démente, nous pouvons, à force de répéter le même message sans que celui-ci ne soit compris, éprouver de la colère ou de l'agacement. Nous pouvons éprouver de l'appréhension : sachant que le message ne sera pas compris, qu'il faudra le répéter, ou peut-être abandonner ce message, nous pouvons appréhender cette prise de contact avec la personne démente, tout comme le proche aidant. Beaucoup de personnes s'occupant d'un proche dément nient leurs difficultés, souffrent et dans ces conditions, les relations s'en ressentent, la communication devenant difficile, voire parfois même impossible.

Les personnes démentes ont de la difficulté à s'exprimer, à trouver les mots justes, mais aussi à comprendre ce qu'elles entendent, à lire et à écrire. Au fil de la maladie, la communication

deviendra donc de plus en plus difficile. En connaissant la maladie, et en reconnaissant tous ces changements, nous pouvons aider la personne démente et ses proches à trouver des moyens de communication plus efficace.

La nécessité du respect et du confort de la personne démente est de plus en plus reconnue sur un point de vue relationnel et psychologique. Son bien-être devient aujourd'hui le centre des préoccupations. Ce rôle demande une grande disponibilité de temps et de cœur, et, est souvent minimisé.

Tout au long de ce travail nous allons nous poser la problématique suivante :

**Comment et pourquoi communiquer de manière adaptée avec une personne démente ?**

Pour veiller au bien être des personnes démentes, en tant que soignants ou futurs soignants, nous poser cette question est fondamental. De plus, en trouvant les réponses, nous faciliterons l'entrée en communication avec une personne démente, et de ce fait, nous diminuerons la frustration et les appréhensions possible. Trouver une façon adéquate de communiquer avec la personne qui se trouve en face de nous permet d'améliorer l'efficacité et surtout la qualité de la relation. Il faut garder à l'esprit que la personne démente communique : il suffit, pour s'en convaincre, de regarder des personnes démentes entre elles : elles se parlent et se répondent. Il existe des méthodes qui ont pour but de maintenir ou de rétablir la communication et de proposer un autre regard sur la personne démente.

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous commencerons par présente une approche contextuelle en nous penchant sur l'épidémiologie et les statistiques de la démence, puis sur le vécu des soignants face à celle-ci. Nous verrons ensuite, dans une approche conceptuelle, les concepts de démence et de la communication, ainsi que les contrastes entre la communication avec une personne démente et une personne non démente. Pour finir, nous verrons dans une approche pratique, les rôles de l'aide-soignant ainsi que la façon de communiquer auprès d'une personne démente, puis nous développerons quelques principes de communication.

## I. Approche contextuelle.

Pour pouvoir répondre à la question que nous nous posons, nous devons commencer par exposer le contexte dans lequel nous nous situons. Pour ce faire nous commencerons par étudier l'épidémiologie et les statistiques de la démence en Belgique et dans le monde, puis nous nous pencherons sur le vécu des soignants en Belgique, face à la démence.

### I.A. L'épidémiologie et les statistiques de la démence.

Selon l'O.M.S.<sup>1</sup>, la démence toucherait aujourd'hui plus de 50 millions de personnes dans le monde, qui compte plus de 7,637 milliards de personnes, dont près de 60% vivent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire. C'est donc plus de 0,65% de la population mondiale qui est atteinte de démence. Chaque année, le nombre de personnes atteintes de démences augmente, ce qui est représentatif du vieillissement de la population puisque l'espérance de vie ne cesse de s'allonger. Le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici à 2050. En 2019, on estime que près de 20 millions de personnes souffrent de démence dans les pays de l'OCDE<sup>2</sup>.

Les derniers chiffres que nous trouvons sont les chiffres de l'année 2015. C'est donc sur ces chiffres que nous nous baserons pour exposer la situation. En 2015, le nombre de personnes démentes dans le monde était de 46,8 millions, et selon l'A.D.I.<sup>3</sup>, ce chiffre doublerait presque tous les 20 ans. L'A.D.I. considère qu'il y a un nouveau cas de démence toutes les 3 secondes dans le monde. De même, en Belgique, le nombre estimé de personnes démentes était de 208 000, soit 1,77% de la population. La maladie d'Alzheimer représente environ 50% des démences, soit plus de 100 000 personnes en Belgique. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de la maladie d'Alzheimer est de 1/20, au-delà de 85 ans, c'est une

---

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Organisation de Coopération et de Développement Economique, succédant à l'Organisation Européenne de Coopération Economique (OECE). Elle regroupe plus d'une trentaine de pays : toute l'Europe Occidentale et l'Amérique du Nord, le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Corée, certains pays d'Europe Centrale (République tchèque, Hongrie, Pologne) et depuis 2010 : le Chili, la Slovaquie, Israël et l'Estonie. L'OCDE est le principal rassembleur de statistiques sur les pays développés.

<sup>3</sup> Alzheimer Disease International : association à but non lucratif fondée en 1984 par Jérôme H. STONE, pour aider à lutter contre la maladie d'Alzheimer. C'est une organisation « supérieure » regroupant plus de 80 associations Alzheimer dans le monde (par exemple France Alzheimer et maladies apparentées en France, faisant également partie de Alzheimer Europe)

1/5 qui est touchée. Par extrapolation, l'O.M.S. estime que 66 816 personnes étaient atteintes de démence en Wallonie en 2015.

Les chiffres donnés précédemment concernent uniquement les personnes démentes. Si nous souhaitons évaluer le nombre de personnes qui sont concernées par la démence, il ne faut pas oublier d'y ajouter la famille, l'entourage, ainsi que les aidants proches et professionnels. L'âge reste le premier facteur de risque de la démence dans les 36 pays de l'OCDE, la prévalence<sup>4</sup> de la démence est de 2,3% chez les individus âgés de 65 à 69 ans et atteint 48% chez les plus de 90 ans. Nous constatons que la démence survient principalement chez les personnes de plus de 65 ans. Le comportement perturbateur, qui l'accompagne souvent, est la cause de plus de 50% des admissions en institutions telles que les maisons de repos et de soins ainsi que les CANTOU<sup>5</sup>. Bien que l'âge soit le plus grand facteur de risque connu, la démence n'est pas pour autant une conséquence inéluctable du vieillissement. En effet, 9% des cas résultent d'une démence d'apparition précoce, c'est-à-dire dont les symptômes apparaissent avant l'âge de 65 ans.

En dehors des facteurs de risques non contrôlables comme l'âge, le terrain génétique ou encore certains facteurs cardiovasculaires, d'autres facteurs de risques existent. Des études ont montré qu'il existait un lien entre l'apparition de troubles cognitifs et des facteurs de risques liés au mode de vie, tels que l'absence d'activités cognitives par exemple. Présentée à Londres, lors d'une Conférence Internationale sur la Maladie d'Alzheimer, une étude internationale menée par des experts met en avant neuf facteurs de risques de démence : la non-scolarité, la perte auditive précoce, la sédentarité, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, le tabagisme, la dépression et l'isolement social à un âge avancé. Ces facteurs sont impliqués dans 35% des cas de démence.

Effectivement, la personne n'ayant pas suivi de scolarité a nécessairement une moindre réserve cognitive qu'une personne ayant une scolarité plus longue, ce qui engendre une certaine vulnérabilité au déclin cognitif. Si nous observons deux personnes, une ayant suivi de nombreuses études, tandis qu'une autre n'ayant pas été scolarisée : lorsque le déclin cognitif apparaît, il sera plus important chez la personne n'ayant pas été scolarisée, puisqu'elle part avec moins de compétences que la première.

---

<sup>4</sup> Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

<sup>5</sup> Ou unité de vie protégée, est une unité, au sein d'une structure, entièrement dédiée aux personnes atteintes de démence. Elle permet d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs.



L'activité physique engendre une meilleure circulation du sang dans le cerveau et stimule la formation de nouvelles structures neuronales. Le manque d'activité physique engendrera, lui, un risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de surpoids. L'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité et le tabagisme, augmentent le risque de maladies cardiovasculaires et donc d'A.V.C.<sup>6</sup> L'hypertension artérielle ainsi que le diabète ont des effets néfastes sur le bon fonctionnement des vaisseaux sanguins. Le tabac augmente lui aussi les risques cardio-vasculaires, et en plus de cela, la fumée qui s'en émane contient des substances qui sont directement toxiques pour le cerveau. L'obésité en plus d'engendrer une perturbation insuline-glucides dans le cerveau, tout comme le diabète, accroît le risque d'inflammation. Toutes ces conséquences sont néfastes pour le cerveau, et favorisent donc le risque de démence.

Les recherches ne permettent pas encore de comprendre le lien entre le risque de démence et la perte auditive ainsi que la dépression, mais il est prouvé que ces facteurs augmentent le risque de développer une pathologie démentielle. Nous pouvons malgré tout imaginer qu'une personne qui présente une perte auditive effectuera moins d'interactions sociales : si elle a des difficultés à entendre et donc à comprendre, elle décidera de moins communiquer, ce qui pourrait entraîner un isolement, et un moindre travail cognitif. De même la dépression peut entraîner un isolement, mais une dépression très forte pourrait avoir des conséquences néfastes sur le cerveau.

La recherche ne permet pas non plus de quantifier concrètement que l'alimentation, l'alcool ou encore la pollution soit des facteurs de risques, mais il paraît évident qu'ils jouent un rôle tout comme un antécédent de traumatisme cérébral, une vue déficiente ou encore des troubles du sommeil.

Lorsque nous nous rendons au sein d'un CANTOU, en discutant avec les professionnels ainsi qu'en observant les dossiers des résidents, nous pouvons constater que les résidents de l'unité ont presque tous vécu un évènement très traumatisant dans leur vie comme par exemple : le décès ou le suicide d'un enfant, une vie très dure pendant la guerre ou très défavorisée après celle-ci, un mari violent, un alcoolisme, ...

Si il existe des facteurs de risques liés au mode de vie, il existe donc, à l'inverse, des facteurs protecteurs. En effet, des facteurs susceptibles de protéger ou de retarder l'apparition des

---

<sup>6</sup> Accident vasculaire cérébral

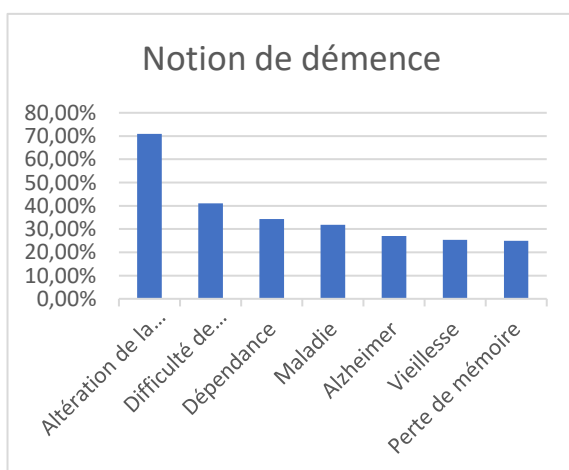
symptômes de démences ont été identifiés : l'exercice physique de façon régulière, un régime alimentaire de type méditerranéen<sup>7</sup>, de la caféine à dose modérée : une à deux tasses par jour, un haut niveau d'éducation, une activité intellectuelle stimulante, des relations sociales riches, des activités variées comme le jardinage, la danse, la lecture, ...

## I.B. Le vécu des soignants.

Les soignants, face à une personne atteinte de démence, réagissent tous d'une manière différente. Certains communiqueront avec une personne démente aussi facilement qu'ils le feraient avec une personne qui ne présente pas ce genre de pathologie, d'autres en revanche peuvent avoir beaucoup plus de difficultés, ou, à l'inverse, encore plus de facilité.

Pour pouvoir avoir une idée concrète du vécu des soignants face à la démence, grâce à l'aide des professeurs, mais aussi aux soignants qui ont participé, nous avons pu mettre en place un questionnaire<sup>8</sup> qui s'adresse aux stagiaires infirmiers et aides-soignants, aux aides-soignants ainsi qu'aux infirmiers de Belgique.

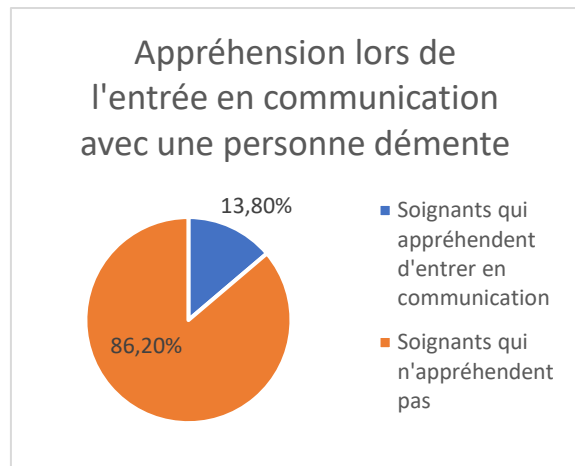
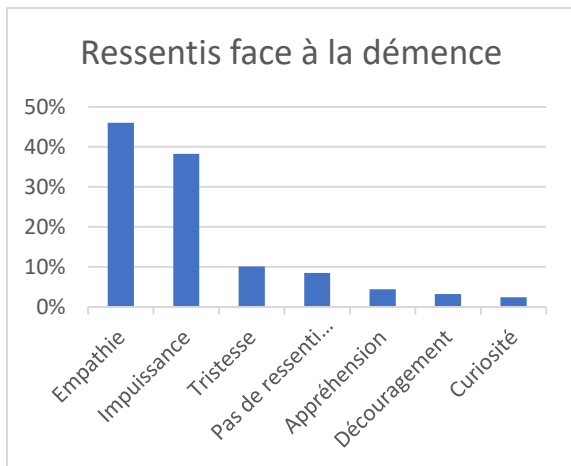
248 soignants ont pris part à cette enquête, on recense 18,5% de stagiaires infirmiers, 43,3% d'infirmiers et 38,2% des aides-soignants ayant répondu au questionnaire. Ce chiffre est important est laisse à penser que ce sujet est un sujet d'actualité et sensible pour le personnel soignant.



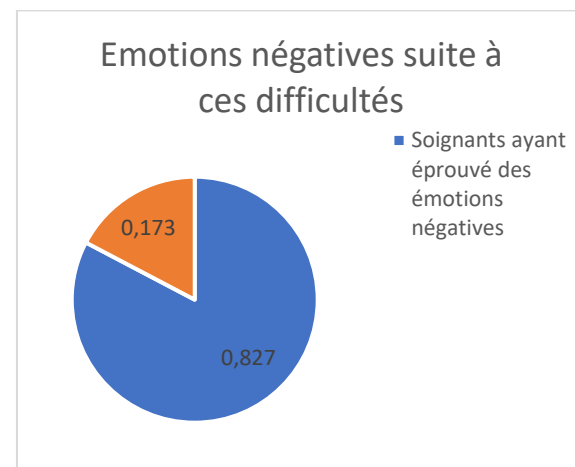
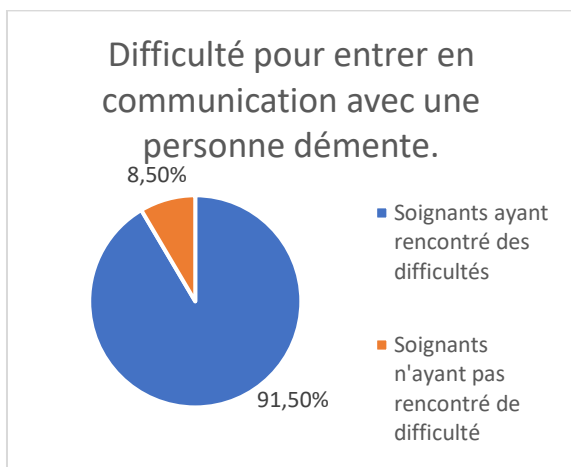
A la question : « qu'évoque pour vous la notion de démence ? », la notion « altération de la fonction cognitive » revient dans 71% des questionnaires, la notion « difficulté de communication » dans 41,1% et la notion « dépendance » dans 34,3%.

<sup>7</sup> Consommation abondante de fruits, légumes, légumineuses, céréales, herbes aromatiques et huile d'olive. Consommation modérée de produits laitiers, œufs et de vin. Consommation limitée de poisson et consommation faible de viande.

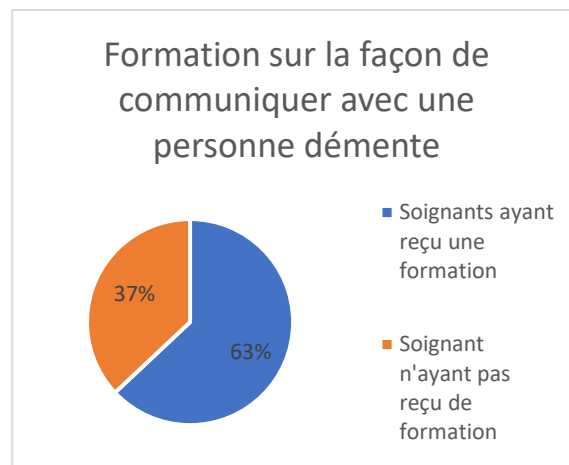
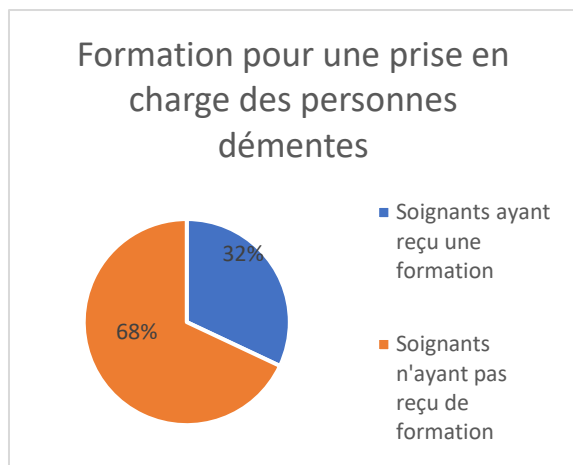
<sup>8</sup> Cf annexe.



Lorsque nous demandons le ressenti des soignants face à la démence, l'empathie revient dans les questionnaires de 46% des soignants, l'impuissance chez 38,3% des soignants et la tristesse dans 10,1% des questionnaires. Sur toute la population interrogée, 13,8% appréhende d'entrer en communication avec une personne démente, et donc, 86,2% ne ressent pas d'appréhension.



91,5%, des soignants interrogés, se sont déjà trouvés en difficulté pour communiquer avec une personne démente, et 82,7% de ces soignants ont ressenti des émotions négatives à la suite de ces difficultés. 69,6% des soignants ont déjà abandonné la conversation avec la personne lorsqu'ils n'arrivaient pas à la comprendre. 71,3% des soignants interrogés affirment ne pas avoir de difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles du comportement, tels que de l'agressivité physique et/ou verbale, contre 28,7%.



Concernant les formations, 68% des soignants interrogés n'ont pas reçu de formation pour une prise en charge des personnes démentes et 63% n'ont pas non plus reçu de formation sur la façon de communiquer avec une personne démente. 74,3% des personnes ayant bénéficié de ces formations les ont trouvés aidantes. 90,2% des personnes interrogées auraient souhaité avoir plus d'indications sur la façon de communiquer avec une personne atteinte de démence.

Nous savons désormais que les personnes démentes sont de plus en plus nombreuses dans le monde et en Belgique, en tant que soignants nous serons amenés à rencontrer des personnes démentes, de plus, de nombreux soignants prennent à cœur ce sujet et n'ont pas reçu de formation suffisante pour communiquer de manière adaptée avec une personne démente et souhaiteraient des informations complémentaires. De nombreux soignants ont déjà pu ressentir des émotions négatives en réaction aux difficultés qu'ils ont pu avoir en entrant en communication avec une personne démente. Pour pouvoir aller plus loin dans notre réflexion, et après avoir posé le contexte de notre sujet, nous allons devoir étudier une approche plus conceptuelle, et donc, étudier les termes de notre sujet qui nous importent.

## II. Approche conceptuelle.

Dans cette partie, nous allons approfondir les termes importants de notre sujet : la démence et la communication. Nous commencerons cette approche par développer la notion de démence.

### II.A. La démence.

*« La démence est une réalité méconnue et suscite l'incompréhension, ce qui engendre une stigmatisation et des obstacles au diagnostic et aux soins. » O.M.S.*

Pour pouvoir faire de la démence une réalité connue et non plus méconnue, nous allons devoir nous y intéresser de plus près. Pour ce faire, nous allons commencer par définir la notion de démence et nous développerons les symptômes ainsi que les différents types de démence. Après cela, viendra l'observation des traitements et des conséquences de cette pathologie et nous finirons par examiner la façon dont la maladie peut affecter la communication.

#### II.A.1. La définition.

Le terme de « démence » est souvent perçu comme péjoratif, méprisant et également traumatisant pour le patient ainsi que pour les familles. Il faut y faire attention, souvent, nous nous faisons une fausse idée de ce qu'est la démence. Le mot « démence » évoque souvent une personne en proie à la terreur, au délire, à la violence aveugle. Si nous observons la définition inscrite dans le Larousse, la démence est définie comme une « aliénation mentale, une folie ».

En réalité, la démence n'est pas une maladie spécifique : la démence est un syndrome<sup>9</sup> généralement chronique ou évolutif<sup>10</sup>, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Il n'existe pas une seule démence, le terme de « démence » est général et comprends donc différentes formes de démences.

En effet, bien que la démence touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement. Elle est d'ailleurs souvent appelée à tort « sénilité »,

---

<sup>9</sup> Ensemble de symptômes constituant une entité, et caractérisant un état pathologique.

<sup>10</sup> Les symptômes apparaissent lentement et s'aggravent progressivement.

ce qui reflète cette idée, auparavant très répandue, mais fausse, que le déclin des fonctions cognitives fait partie du processus normal du vieillissement.

La démence se définit donc comme un affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec : des troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement ; un appauvrissement des fonctions symboliques telles que le langage, les praxies<sup>11</sup> et les calculs ; une perte des critères de référence logiques, éthiques<sup>12</sup> et sociaux : une désorientation spatio-temporelle est fréquente. Elle a également pour conséquence de graves troubles du comportement que nous développerons plus précisément dans la partie consacrée aux conséquences de la pathologie. Il existe un grand nombre de démences, ayant des origines diverses et qui évoluent différemment. Elles sont causées par un ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent le cerveau.

La démence ne doit pas être confondue avec le syndrome confusionnel. En effet, la démence affecte principalement la mémoire, et elle est provoquée par des lésions anatomiques du cerveau. Elle s'installe de manière progressive et est, généralement, irréversible. Le syndrome confusionnel, quant à lui, affecte principalement l'attention et est habituellement en rapport avec une maladie aiguë ou avec une intoxication médicamenteuse, mettant parfois en jeu le pronostic vital, et est souvent réversible. Il se caractérise également par une désorientation, une incapacité à penser clairement et un niveau de vigilance qui fluctue.

Voici donc un petit tableau récapitulatif permettant de différencier le syndrome confusionnel de la démence :

<b>Le syndrome confusionnel</b>	<b>La démence</b>
Il touche principalement l'attention.	Elle perturbe principalement la mémoire.
Il commence de manière subite.	Elle commence généralement de manière progressive.
Il présente généralement un point de départ précis.	Elle ne présente pas de point de départ précis.
Il est généralement réversible lorsque l'on identifie la cause.	Elle est irréversible et évolutive.

---

<sup>11</sup> Coordination des mouvements volontaires dans un but précis.

<sup>12</sup> Ensemble des conceptions morales.

De plus, les problèmes cognitifs liés à la mémoire peuvent avoir une autre origine : ils peuvent être liés à l'interaction des médicaments, à la consommation d'alcool, à la dépression, aux problèmes de thyroïde ou encore à des carences en vitamines. Il faut donc rester vigilant lorsque l'on utilise le terme de démence.

La démence n'est donc pas :

- Un problème temporaire que l'on peut oublier,
- Une conséquence normale du vieillissement,
- Une maladie exclusivement de la personne âgée,
- Des oublis normaux du quotidien, tels qu'avoir de la difficulté à se souvenir du nom d'une personne, ne pas se souvenir de ce que l'on venait chercher en entrant dans une pièce, ...
- Un état de confusion temporaire dû à une intoxication ou à un problème médical aiguë.

## II.A.2. Les symptômes

La démence touche la mémoire, la réflexion et le comportement des personnes qui en sont atteintes. Les symptômes se développent généralement lentement et s'aggravent avec le temps. Ils peuvent varier d'un individu à l'autre, et selon le type de démence.

En effet, dans le cas de la maladie d'Alzheimer<sup>13</sup> ou de la démence à corps de Lewy<sup>14</sup>, les symptômes s'aggravent régulièrement. En cas de démence vasculaire<sup>15</sup>, les symptômes évolueront par aggravations soudaines lors de chaque nouvel A.V.C., même si l'on peut constater une certaine amélioration entre chaque intervalle de ces A.V.C. En général, on constate que les fonctions cognitives se détériorent sur une période moyenne de 2 à 10 ans.

On observe également que les symptômes peuvent s'aggraver lorsque la personne démente est placée dans une institution de soins : elle peut avoir des difficultés à s'adapter aux nouvelles règles, elle peut aussi devoir faire face à des pertes de repères, et des changements d'habitudes qui peuvent la perturber, et donc aggraver les symptômes.

Les symptômes de la plupart des démences sont similaires, et généralement la démence provoque :

- Des pertes de mémoire,
- Des problèmes dans l'utilisation du langage,
- Des changements de personnalité, comme par exemple une personne ayant un caractère à tendance plutôt timide qui devient excentrique,
- De la désorientation,
- Des problèmes dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne comme par exemple faire la cuisine, oublier d'éteindre le gaz, faire ses comptes, ...,
- Des comportements inappropriés ou perturbateurs : comme par exemple des comportements violents.

Les symptômes de la démence peuvent être classés en trois groupes : précoces, intermédiaires et tardifs. Dans ces trois différents stades de la maladie, les symptômes seront plus ou moins les mêmes, mais, comme la maladie est évolutive, ces groupes permettent de classer les symptômes par évolution, car ils évolueront et s'aggraveront irrémédiablement au fur et à mesure que la maladie évoluera. On peut donc voir, à un stade précoce, et donc au

---

<sup>13</sup> Démence que nous développerons dans le point suivant.

<sup>14</sup> Démence que nous développerons dans le point suivant.

<sup>15</sup> Démence que nous développerons dans le point suivant.



début de la maladie, que la mémoire des faits récents est altérée : apprendre et retenir de nouvelles informations est difficile ; des troubles du langage sont présents, tels qu'un manque ou un oubli du mot ; un changement d'humeur et des modifications de la personnalité ; des difficultés dans les activités de la vie quotidienne ; une altération du discernement et du jugement ; de l'agnosie, c'est-à-dire que la capacité à reconnaître et identifier des objets est altérée alors que les fonctions sensorielles sont intactes ; de l'apraxie : la capacité à effectuer des activités motrices apprises est altérée, comme faire ses lacets, mettre ses boutons de chemise, malgré, là aussi, des fonctions sensorielles qui sont intactes ; de l'aphasie, c'est-à-dire que la capacité à comprendre ou à utiliser le langage est altérée : la personne n'est plus capable de comprendre ce qu'on lui dit, ou de dire ce qu'elle pense. De plus, on peut constater de l'irritabilité, de l'hostilité et de l'agitation, en réaction aux symptômes cités précédemment. Au stade précoce de la maladie, les personnes souffrant de démence arrivent encore à dissimuler ces premiers symptômes, en évitant les activités complexes telles que faire les comptes, la lecture, ...

Au stade intermédiaire, les symptômes sont de plus en plus prononcés et la personne démente a de plus en plus de difficulté à dissimuler sa maladie : étant donné que la maladie est évolutive les problèmes déjà présents s'aggravent et s'étendent de plus en plus. En plus des symptômes cités précédemment, la personne aura également plus de mal à s'orienter dans le temps et dans l'espace ainsi qu'à contrôler son comportement. Dans cette phase de la démence, les personnes qui en sont atteintes se perdent souvent, elles sont souvent incapables de retrouver leur propre chambre. Elles savent encore marcher, mais elles sont plus à risque de chuter et de se blesser, en lien avec leur désorientation. Cette confusion peut dans certains cas, conduire à une psychose : hallucinations, délires, paranoïa, ... On constate aussi, avec l'évolution de la maladie, que les traits de caractère de la personne deviennent de plus en plus tranchés : certaines personnes deviennent très irritables tandis que d'autres deviennent plus passives, voire dépressives. Le sommeil est, lui aussi, souvent altéré : les personnes démentes peuvent présenter des difficultés pour s'endormir ou à rester endormies, des agitations nocturnes, ....

Arrivé à un stade avancé de la maladie, les personnes ne peuvent plus du tout suivre une conversation, voire ne plus parler du tout. La mémoire des événements qu'ils soit récents ou passés est totalement perdue : les personnes peuvent ne pas reconnaître leur famille et parfois même leur propre visage dans le miroir. Etant donné la presque totale destruction de

la capacité du cerveau à fonctionner, les personnes présentant des symptômes tardifs de la démence n'effectuent plus aucune tâche de la vie quotidienne, ne marchent plus, ne se nourrissent plus et deviennent totalement dépendantes des autres. Finalement, les personnes démentes deviennent mutiques<sup>16</sup>. Elles peuvent également devenir incontinentes et présenter des troubles de la déglutition. Si les changements de personnalité et les troubles du comportement n'étaient pas présents plus tôt, ils se déclareront dans ce stade tardif.

Le stade terminal de la démence aboutit au coma et au décès, en faisant souvent suite à une infection non décelée, étant donné que les malades n'ont plus les capacités de signaler lorsque quelque chose ne va pas.

Après avoir développés les symptômes généraux de la démence, nous allons développer les cinq types de démence les plus fréquents.

---

<sup>16</sup> Qui refuse de parler, qui est dans l'incapacité physique de parler.

### II.A.3. Les différents types de démence.

Il existe différents types de démence. Nous développerons ici, les cinq principaux types : la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence vasculaire, la démence fronto-temporale, et, pour finir, la démence mixte.

#### II.A.3.a) La maladie d'Alzheimer :

La maladie d'Alzheimer est le type de démence le plus connu et le plus fréquent. Elle est caractérisée par une dégénérescence du tissu cérébral, avec une perte des cellules nerveuses qui se traduit par un déclin des fonctions cognitives, progressif et irrémédiable. La maladie d'Alzheimer affecte toutes les fonctions cérébrales et entraîne d'importantes modifications, notamment en ce qui concerne le comportement et les relations interpersonnelles. Elle est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 80% des cas de démence. Elle est rare chez les personnes de moins de 65 ans et devient plus fréquente en vieillissant. La maladie d'Alzheimer touche plus les femmes que les hommes, et la partie de la population touchée par celle-ci augmente, en vue de l'augmentation de l'espérance de vie et de la part de la population des personnes âgées qui augmente.

Elle se diffère des autres démences : par exemple, la mémoire récente est généralement beaucoup plus touchée que d'autres fonctions cognitives. Les premiers signes de la maladie sont la difficulté à se souvenir, ou encore un comportement dépressif. Ces signes sont suivis d'une augmentation de la confusion, de la défaillance d'autres fonctions cognitives et de problèmes à utiliser et à comprendre le langage, et à réaliser les tâches quotidiennes. La progression des symptômes rend les personnes totalement dépendantes des autres.

En moyenne, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer meurent 7 ans après la pose du diagnostic. Ceci est une moyenne, il n'est pas possible de prévoir une espérance de vie exacte. Les causes de la maladie d'Alzheimer sont encore inconnues, mais le fait que les facteurs génétiques jouent un rôle est indéniable.

### II.A.3.b) La démence vasculaire :

Les démences vasculaires représentent la deuxième forme la plus connue de démence après la maladie d'Alzheimer. La démence vasculaire est caractérisée par une perte de la fonction cognitive due à la destruction du tissu cérébral, car l'apport en sang est réduit ou bloqué. Elle survient à la suite d'un accident vasculaire cérébral important ou à la suite de plusieurs petits A.V.C., chaque A.V.C, quel qu'il soit, entraînant des dommages au cerveau. Ces A.V.C. sont plus fréquents chez les hommes et commencent en général après 70 ans.

De cette façon, après quelques A.V.C. importants, ou plus fréquemment, après plusieurs petits A.V.C., des symptômes proches de ceux de la maladie d'Alzheimer peuvent apparaître, notamment des troubles de la mémoire, la prise de mauvaises décisions et la difficulté à planifier. Ces symptômes apparaissent par paliers, après chaque A.V.C., et non progressivement comme c'est le cas pour la maladie d'Alzheimer. Ils peuvent s'aggraver soudainement, puis rester stables ou diminuer légèrement. Ils s'aggraveront ensuite lorsqu'un autre A.V.C. se produira, soit des mois ou des années plus tard.

Les symptômes de la démence vasculaire sont : la perte de la mémoire, la difficulté à planifier et à réaliser des actions ou des tâches, le ralentissement de la pensée et la tendance à déambuler. Ils sont similaires à ceux de la maladie d'Alzheimer ou à ceux d'autres démences. En revanche, contrairement à maladie d'Alzheimer, cette forme de démence aura tendance à provoquer une perte de mémoire plus tardive et à moins altérer le jugement et la personnalité. Les difficultés à planifier et à instaurer des actions seront présentes plus tôt que dans la maladie d'Alzheimer.

Les symptômes peuvent varier en fonction de la zone cérébrale touchée par les A.V.C. Certaines fonctions cognitives restent en général indemnes, car l'accident vasculaire cérébral détruit une partie limitée au niveau du cerveau. Les personnes touchées par la démence vasculaire peuvent donc être plus conscientes de l'état dans lequel elles se trouvent et donc plus sujettes à la dépression que les personnes touchées par d'autres types de démences.

La démence qui provient de plusieurs petits A.V.C. évolue, en général, plus progressivement que celle due à quelques A.V.C. plus importants. Les petits A.V.C., qui ne seraient pas nécessairement remarqués, pourrait laisser croire que la démence se développe progressivement et non par paliers. La démence vasculaire peut également se développer

avant que les A.V.C. ne provoquent de graves symptômes, étant donné que certains A.V.C. pourraient sembler mineurs ou pourraient ne pas être remarqués.

Au fur et à mesure que les A.V.C. se produisent, et donc, que la démence évolue, les personnes peuvent présenter d'autres symptômes dus à ces A.V.C. : un bras ou une jambe peuvent s'affaiblir, voire se paralyser, ils peuvent avoir des difficultés à parler, la vision peut devenir floue, partiellement ou totalement perdue, la coordination peut également être perdue, rendant la marche instable, elles peuvent également présenter une incontinence urinaire, ...

#### II.A.3.c) [La démence à corps de Lewy :](#)

La démence à corps de Lewy est le troisième type de démence le plus fréquent. Elle se développe chez des personnes qui sont âgées de plus de 60 ans. Elle se caractérise par une perte progressive de la fonction cognitive caractérisée par le développement des corps de Lewy<sup>17</sup> dans les cellules nerveuses, se traduisant par la mort de ces cellules nerveuses.

Ces corps de Lewy se forment sur la couche externe du cerveau, au niveau de la matière grise ou cortex cérébral, responsable de la pensée, de la perception et de l'utilisation et de la compréhension du langage. Elle est similaire à la maladie d'Alzheimer, mais comporte également des caractéristiques proches de la maladie de Parkinson, comme les tremblements et les raideurs. Elle s'accompagne généralement de troubles du sommeil et d'hallucinations visuelles.

Les personnes atteintes de démence à corps de Lewy peuvent avoir des difficultés à dessiner, à se mouvoir et avoir des hallucinations qui sont identiques à celles dues à la maladie de Parkinson, elles sont sans arrêt en train d'alterner entre vigilance et somnolence. La démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer se superposent considérablement et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour éclaircir leur relation.

---

<sup>17</sup> Dépôts anormaux de synucléine (protéine du cerveau qui permet aux cellules nerveuses de communiquer, ici elles changent de formes et sont mal repliées), lésion dans le cerveau.

#### II.A.3.d) La démence fronto-temporale :

La démence fronto-temporale désigne un groupe de démence, provenant de troubles héréditaires ou spontanés<sup>18</sup>, qui est caractérisée par une neurodégénérescence<sup>19</sup> qui touche davantage les lobes frontaux et temporaux, entraînant d'importants changements de comportement et de personnalité ; comme par exemple : de l'impulsivité, un manque de jugement et une perte d'empathie. Dans ces démences, les lobes frontaux et temporaux s'atrophient, c'est-à-dire qu'ils se réduisent, il y a donc une perte de cellules nerveuses. Les zones du cerveau touchées sont souvent celles associées à la personnalité et au comportement, d'où les changements de ceux-ci.

Les premiers symptômes apparaissent plus tôt que ceux de la maladie d'Alzheimer, chez des personnes de moins de 65 ans. Les hommes et les femmes étant touchés de la même façon. Nous considérons qu'environ 1 cas de démence sur 10 est une démence fronto-temporale. Cette forme de démence a tendance à être héréditaire : la moitié des cas de démence fronto-temporale le sont. Les personnes touchées par cette forme de démence peuvent également présenter des troubles du langage, de la difficulté à se déplacer et des pertes de mémoire, même si la mémoire reste moins touchée que dans la maladie d'Alzheimer. Elles sont facilement distraites, mais elles ne sont pas désorientées dans le temps et dans l'espace et sont capables de réaliser des tâches de la vie quotidienne. Nous pouvons également constater qu'elles négligent facilement leur hygiène personnelle.

Les symptômes seront variés selon la zone des lobes touchée et selon l'évolution de la démence. Nous pouvons aussi observer voir des symptômes tels que la désinhibition, se traduisant par un comportement qui paraît de plus en plus inapproprié : elles peuvent parler grossièrement, l'intérêt pour le sexe peut augmenter anormalement. Le comportement peut devenir impulsif et compulsif, la personne peut présenter des difficultés d'élocution<sup>20</sup>, elle peut avoir des difficultés à trouver ses mots, elle peut aussi présenter une perte totale ou partielle de la capacité à parler ou à comprendre le langage parlé ou écrit, ... Au fur et à mesure que la démence progresse, les personnes parlent de moins en moins, ne font plus que répéter leurs propos ou les propos des autres, pour finalement arrêter définitivement de parler. Il arrive aussi que chez certaines personnes les muscles soient touchés : ils peuvent s'affaiblir et

---

<sup>18</sup> Survenant pour des raisons inconnues.

<sup>19</sup> Dégénérescence du système nerveux, altération, déclin.

<sup>20</sup> Manière de s'exprimer oralement, d'articuler et d'enchaîner les phrases.

s'atrophier<sup>21</sup>. Ce sont souvent les muscles de la tête et du cou qui sont touchés : la mastication, la déglutition et la parole peuvent devenir difficiles.

#### II.A.3.e) La démence mixte :

Une démence est qualifiée de « mixte » lorsqu'elle mêle plusieurs types de démences. Dans tous les cas, elle est caractérisée par une dégénérescence des neurones. La démence mixte est une situation dans laquelle la personne est affectée par deux types de démences. La combinaison la plus fréquente étant celle de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire.

La démence devient donc « mixte » si une personne déjà diagnostiquée comme étant atteinte de la maladie d'Alzheimer, fait un A.V.C., entraînant une aggravation des troubles existants. La fréquence de la démence mixte n'est actuellement pas connue : la plupart des personnes reçoivent un diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Notre rôle en tant qu'aide-soignant n'est pas de connaître les différences de ces démences, mais savoir que différentes formes de démences existent et qu'elles peuvent se superposer peut-être intéressant pour comprendre les comportements des personnes atteintes. En revanche, connaître les symptômes et les points communs de ces démences peut être intéressant pour pouvoir adapter notre communication à la personne démente.

Pour continuer dans le développement de la démence, et après avoir développé les différents types de démence, nous allons désormais nous pencher sur les traitements de ces démences.

---

<sup>21</sup> L'atrophie est la diminution de volume ou de taille, plus ou moins importante, d'un membre, d'un organe ou d'un tissu, d'origine pathologique ou physiologique.

## II.A.4. Les traitements.

Il n'existe pas de traitement curatif<sup>22</sup> à la démence, même si de nombreuses recherches sont en cours. Il existe cependant des traitements symptomatiques<sup>23</sup> qui peuvent donc améliorer les symptômes. Cette amélioration reste temporaire : elle n'empêche pas l'évolution de la maladie et ne ralentit pas non plus sa progression. Il faut savoir que plus ces traitements seront administrés tôt dans le développement de la maladie, plus ils seront efficaces.

Dans les traitements médicamenteux des personnes démentes on peut trouver : des médicaments pouvant temporairement améliorer la fonction cognitive, notamment la mémoire, le sens de l'orientation et le langage ; des antipsychotiques ; des anticonvulsivants, des sédatifs et des antidépresseurs.

Les substances pouvant améliorer la fonction cognitive sont : le donépézil présent par exemple dans l'Aricept®, la galantamine présent dans le Reminyl® et la rivastigmine avec l'Exelon® qui se présente sous forme de gélules, de solutions buvables ou encore sous forme de patch transdermique. Ces médicaments sont tous des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase. Leur efficacité peut cependant varier d'une personne à l'autre et ils doivent être utilisés à un stade précoce de la maladie. Les antipsychotiques, comme le Risperdal®, sont utilisés pour traiter les symptômes tels que l'agitation et les excès de violence, tout comme les anticonvulsivants. Les sédatifs sont quant à eux utilisés pour soulager l'anxiété, ils sont recommandés en utilisation à court terme. Les antidépresseurs comme Cipralax®, Fluctin®, Paroxat® ou encore Séroquel®, peuvent également être utilisés lorsque la personne démente souffre de dépression.

Les traitements non médicamenteux, comme les activités sociales et les thérapies musicales et cognitives, peuvent également soulager certains symptômes comportementaux. Ces méthodes peuvent améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes démentes et de leur entourage. Une évaluation en ergothérapie peut éventuellement aider à sécuriser l'environnement de vie. Le fait de créer un environnement sûr et stimulant peut aussi être bénéfique et sécuriser la personne démente. Il est important d'éliminer une maladie annexe, comme une infection ou des effets secondaires d'un traitement médicamenteux, qui pourraient, en plus de la maladie, causer un syndrome confusionnel.

---

<sup>22</sup> Qui vise à la guérison définitive de la pathologie.

<sup>23</sup> Qui traite, soigne les symptômes.



Les troubles du sommeil doivent également être traités, mais avant d'opter pour un traitement médicamenteux, il est important d'essayer des interventions non médicamenteuses comme l'exposition à la lumière, des activités sportives et des activités tendant vers une hygiène de sommeil. Face à l'échec de ces interventions, un traitement médicamenteux pourrait être envisagé.

Dans tous les cas, il est important de préserver autant que possible les capacités qui restent encore au patient à chaque étape de la maladie, afin de respecter et de favoriser son autonomie.

## II.A.5. Les conséquences

La démence a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les personnes qui en sont atteintes, mais aussi pour leur famille ainsi que pour les personnels en charge des soins. Un diagnostic précoce permet à la personne de tirer le maximum de bénéfices des traitements disponibles. Cela donne également du temps pour planifier l'avenir. L'évolution de la maladie s'accompagne de complications non cognitives parmi lesquelles trois fréquentes : des symptômes psychologiques et comportementaux, une perte de poids, des troubles de l'équilibre et de la marche. Les symptômes comportement, comme décrits précédemment peuvent être : de l'agressivité, de la dépression, un repli sur soi, de l'irritabilité, ...

L'évolution et les complications potentielles de la maladie soulignent la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire du patient et de son entourage, avec un suivi médical régulier.

La démence engendre également des coûts médicaux et sociaux. En 2015, on estimait que le coût social<sup>24</sup> total de la démence dans le monde était de 818 milliards de dollars, soit 1,1% du PIB<sup>25</sup>. En comparaison, Apple représente 742 milliards de dollars et Google 368 milliards.

En outre, la démence est éprouvante pour les familles des personnes touchées ainsi que pour les soignants. En effet, elles subissent des pressions physiques, psychologiques et économiques qui peuvent peser : elles voient leur proche changer, il n'est plus le même que celui qu'elles ont connu, elles doivent s'occuper de lui, tant physiquement que psychiquement, ... L'appui des systèmes sanitaires, sociaux, financiers et juridiques est donc nécessaire. De plus, la maladie impacte la sphère familiale et amicale du patient : elle inflige un traumatisme psychique à l'entourage, dont l'intensité varie selon le lien qui le lie à la personne démente. La place de l'accompagnant n'est pas facile, il se sent souvent seul et démuné. Il subit la maladie sans avoir la considération dont le malade est l'objet. Il peut ressentir un grand sentiment d'impuissance.

Les personnes démentes sont souvent privées de liberté et de leurs droits fondamentaux. On constate que dans de nombreux pays, les services de gériatrie et de soins intensifs utilisent des moyens de contraintes physiques, tels que la contention par exemple, et chimiques, à l'encontre des règles mises en place pour faire respecter le droit à la liberté et aux choix.

---

<sup>24</sup> Ensemble des coûts supportés

<sup>25</sup> Produit intérieur brut

## II.A.6. Comment la maladie affecte t'elle la façon de communiquer ?

Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie neurodégénérative, les capacités à communiquer en sont affectées. Il peut arriver que la personne ait besoin de chercher le mot juste, ou qu'elle ait besoin de plus de temps pour exprimer ce qu'elle ressent. Avec l'évolution de la maladie, en plus des symptômes que la personne présente, de plus en plus de difficultés surviennent, pourtant il est important de savoir que la communication reste possible à tous les stades de la maladie.

Voici une liste de difficultés qui pourraient être rencontrées :

- Créer de nouveaux mots pour remplacer ceux qui sont oubliés,
- Répéter ou bloquer sur un mot ou une expression,
- Trouver le mot juste,
- Lire et écrire,
- Revenir à sa langue maternelle,
- Perdre le fil de la pensée plus souvent,
- S'exprimer,
- Comprendre les mots entendus,
- Suivre des instructions comprenant plusieurs étapes,
- S'éloigner souvent du sujet de la conversation.

Les démences peuvent aussi entraîner des changements de type sensoriel, comme par exemple une hypersensibilité aux bruits et à certains sons. Ces changements peuvent rendre les interactions avec les autres d'autant plus difficiles, tout comme la communication. Faire régulièrement surveiller l'ouïe ainsi que la vue, peut donc aider à garder la communication.

La perte progressive des fonctions cognitives est un processus irréversible, ce qui engendre une détérioration intellectuelle affectant la façon de communiquer. Le trouble mnésique<sup>26</sup> engendre une difficulté à reconnaître l'environnement, qui va dès lors pouvoir apparaître étranger, étrange voire hostile. De même, les gestes et attitudes de l'entourage vont pouvoir être interprétées de manière erronée, ou trop lucide s'il y a une discordance entre ce que l'aidant sait qu'il doit faire et ce qu'il a réellement envie de faire.

Pour pouvoir aller plus loin dans notre réflexion, après avoir défini la démence, il est important de nous pencher sur la deuxième notion importante de notre sujet : la communication.

---

<sup>26</sup> Troubles de la mémoire

## II.B. La communication

Dans cette partie dédiée à la communication, nous allons développer cette notion de la même façon que nous l'avons effectué pour la notion de démence. Nous allons donc commencer par définir la notion, puis nous examinerons les difficultés et les obstacles à la communication. Nous observerons ensuite les différentes façons de communiquer et les avantages d'une communication adaptée.

### II.B.1. La définition :

Comme pour la définition de la démence, si nous observons la définition de la communication inscrite dans le Larousse, nous pouvons constater qu'il nous donne plusieurs définitions : «

- *Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose : communication de la chaleur à un corps.*
- *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse : le langage, le téléphone sont des moyens de communication.*
- *Action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses : établir une communication entre deux conduites.*
- *Mise en relation et conversation de deux correspondants par téléphone ou par un autre moyen de télécommunication.*
- *Exposé fait à un groupe et en particulier à une société savante, dans un congrès, etc., information, écrite ou orale, donnée à un groupe, un organisme : communication à la presse.*
- *Liaison, jonction, passage entre deux lieux : porte de communication entre deux chambres.*
- *Fait, pour une personnalité, un organisme, une entreprise, de se donner telle ou telle image vis-à-vis du public : conseiller en communication, campagne de communication. »*

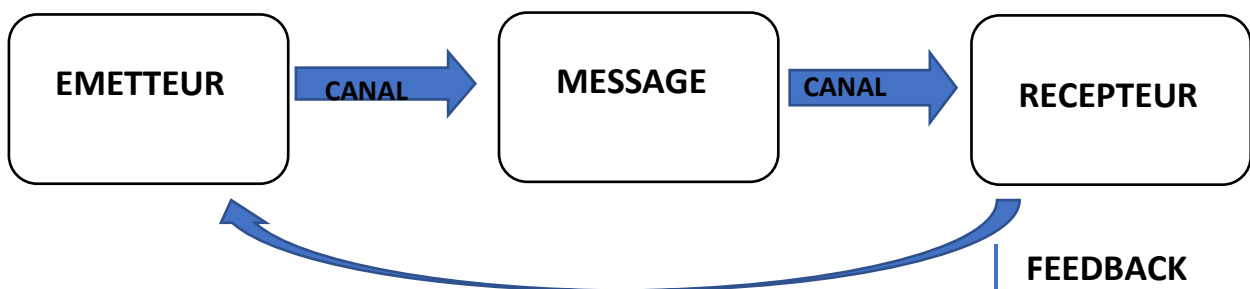
Dans toutes ces définitions, le Larousse nous donne implicitement la définition de la communication qui nous intéresse. En effet le mot communication est emprunté au dérivé latin « *communicatio* » qui signifie « mise en commun, échange, action de faire part ». La

communication est en réalité une conduite psychosociale<sup>27</sup> qui vise à transmettre un message, une information, par le biais du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques.

Toute communication induit des composantes dont les principales sont : les acteurs de la communication, le message, le canal et le feedback.

Les acteurs de la communication sont l'émetteur et le récepteur. L'émetteur est celui qui émet, qui transmet le message, le récepteur est celui qui reçoit ce message. Ces acteurs échangent, partagent des informations. Le message est l'information qui est transmise au cours de la communication par le biais du canal, moyen utilisé par l'émetteur pour transmettre l'information. Cela peut être en face à face, par le biais du téléphone, par courrier, ... Pour finir, le feedback est une contre-réaction, c'est la réponse donnée par le récepteur, et qui est la garantie que le message a bien été perçu et compris.

Pour transmettre un message, il faut donc un locuteur ou émetteur qui transmettra le message à un interlocuteur ou récepteur, par le biais d'un canal. Le récepteur confirmera la bonne compréhension du message par un feedback. Dans toute communication il y a donc un message, un émetteur, un canal et un récepteur :



Pour résumer et pour conclure cette définition de la communication, nous pouvons considérer que communiquer c'est : être en relation, échanger, interagir et influencer. Nous avons décidé de les classer dans cet ordre-là, car ils sont pour nous, classés par ordre d'importance. En effet, nous communiquons avant tout pour être en relation, parfois la communication n'a pas de message précis, et dans ce cas, nous communiquons uniquement pour être en relation avec nos semblables. Dans un deuxième temps, la communication est pour nous un moyen d'échanger nos idées, nos valeurs, nos besoins, nos pensées, ... Nous communiquons également pour interagir et influencer, mais ce ne sont pas les raisons primaires qui nous poussent à entrer en communication.

---

<sup>27</sup> Conduite qui relève à la fois de la psychologie et de la sociologie.

## II.B.2. Les difficultés de la communication.

Beaucoup de tensions naissent d'une absence de communication ou d'une mauvaise communication. Comprendre et prendre conscience que nous ne sommes peut-être pas très clairs dans nos propos, même si nous pensons l'être, et que notre interlocuteur, de son côté, à ses propres filtres qui font qu'il n'entendra peut-être pas ou ne comprendra pas le message, aussi clair soit-il, est d'une grande aide. Cela permet de moins se braquer ou de moins s'énerver, d'être plus attentifs à la manière dont nous communiquons, d'adapter notre langage ou de répéter si nécessaire. Être attentif permet également de capter les petits signes qui montrent qu'il y a un problème dans la communication.

Il existe un grand nombre de raisons qui peuvent rendre la communication difficile. Nous les développerons ici par genre de difficultés. Les difficultés peuvent être d'ordre psychoaffectif, d'ordre physique et matériel, d'ordre intellectuel, dues à des différences de statut social ou encore d'ordre culturel.

### ➤ Les difficultés psychoaffectives :

- La peur de communiquer ou ne pas avoir de considération pour la communication : certaines personnes considèrent que parler de soi, exprimer des opinions personnelles est mal élevé, qu'évoquer ses difficultés ou ses préoccupations est une faiblesse. Ils peuvent également avoir peur de révéler certains aspects de leur personnalité qui donneraient un pouvoir à l'autre, ou simplement avoir peur de leur jugement.
- La crainte ou le mépris de l'autre : il est possible qu'un individu soit contraint de garder le silence soit par crainte, soit par mépris de la personne qui se trouve en face de lui. Il est bien rare que la peur vis-à-vis d'une personne soit totalement absente, elle variera selon les personnes. Nous aurons, par exemple, tendance à garder le silence face à un supérieur hiérarchique.
- Les attitudes subjectives de sympathie ou d'antipathie : la sympathie se voit directement lors de la communication : l'émetteur et le récepteur se comprennent, se font des gestes et des sourires, nous pouvons observer une certaine bienveillance, une cordialité, une estime ou une considération. En revanche, l'antipathie est marquée par le refus du contact et du dialogue. Il arrive que nous ne puissions pas supporter une personne, et ce, dès la première rencontre, nous parlons alors de « coup de foudre négatif ». La meilleure attitude envisageable est de prendre sur soi, d'apprendre à

connaître la personne qui se trouve en face de nous, ce qui pourrait faire disparaître cette antipathie, ou au contraire l'augmenter. Nous parlons également d'aversion instinctive, irraisonnée pour une personne.

- Peur du silence : Quand nous avons peur du silence, nous parlons pour ne rien dire, le dialogue reste superficiel. Pourtant le silence est parfois nécessaire.
- Les difficultés physiques et matérielles :
  - Le temps : le moment peut être mal choisi, le laps de temps trop court pour faire passer le message. Il faut donc choisir le moment pour que les conditions soient adéquates : si l'une des deux parties n'est pas dans un état de réception optimal, il est difficile de faire passer le message.
  - L'espace : un local trop vaste, mal aéré, bruyant, une mauvaise disposition de la pièce, un bureau séparant les interlocuteurs, toutes ces dispositions étant des difficultés à la communication. L'idéal est de trouver un endroit paisible pour échanger, le bruit irrite et ne met vraiment pas dans un état d'esprit favorable à la communication.
  - Le confort ou l'inconfort : la chaleur, le froid, les mauvais éclairages, les allées et venues des personnes, par exemple, peuvent être une difficulté pour obtenir la concentration du récepteur, et donc, pour faire passer le message.
  - La présentation physique du vis-à-vis : tout comme pour les autres difficultés, les attitudes, les vêtements, les odeurs, peuvent gêner le récepteur qui se concentrera sur ceci et non sur ce que l'émetteur essaie de lui dire.
  - La différence d'âge : selon l'âge ou la génération, les niveaux de langage utilisés peuvent être différents, de plus, il peut parfois être difficile de trouver des sujets de conversations communs.
  - La mauvaise forme physique : échanger dans des moments qui ne s'y prêtent pas donne un résultat explosif ou stérile : sans intérêt. Lorsque nous sommes malades ou fatigués, nous avons tendance à plus facilement ressentir une discussion houleuse comme une agression. Les difficultés dues à des différences de statut social : la position occupée par l'émetteur dans la société, ou sa fonction, peuvent influencer la communication, tout comme celle occupée par le récepteur.
- Les difficultés intellectuelles : le niveau de connaissance, souvent lié au niveau d'études, la différence de savoir, le manque ou l'inégalité de vocabulaire sont une véritable difficulté à la communication. L'émetteur peut ne pas se faire comprendre

par le récepteur, et il peut également avoir des difficultés à adapter son vocabulaire pour être compris. Cette difficulté peut engendrer des quiproquos si l'émetteur et le récepteur utilisent des termes qui ont une signification différente pour l'autre.

- Les difficultés culturelles et sociologiques : elles touchent les modes de pensée, les valeurs, les opinions, les préoccupations et le langage. Ces difficultés diffèrent en fonction de la culture de l'émetteur et du récepteur : elle est généralement liée à la région, au pays d'origine ou à une différence d'éducation. Elle peut donner lieu à une mauvaise interprétation qui peut engendrer une relation conflictuelle. Elles diffèrent également en fonction du milieu socio-économique : selon l'origine sociale, les préoccupations peuvent être différentes, ainsi qu'en fonction de la manière de vivre.

Toutes ces difficultés peuvent engendrer des quiproquos, une discussion stérile, voire houleuse. Elles peuvent empêcher l'émetteur de faire passer son message correctement, et empêcher le récepteur de correctement recevoir le message, ou empêcher le récepteur de le comprendre. Lors d'une discussion, il est important de connaître ces difficultés, de les prendre en compte et d'adapter notre communication en fonction de celles-ci.

*« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer, mais essayons quand même. » Edmond Wells<sup>28</sup>*

---

<sup>28</sup> Personnage de fiction dans les romans de Bernard Werber.



### II.B.3. Les obstacles à la communication.

En plus des différentes difficultés que nous pouvons rencontrer pour entrer en communication, il peut exister certains obstacles à la communication, la plupart du temps, ces obstacles résident dans le fait de ne pas ou de mal écouter.

On peut parfois constater une mauvaise transmission, à cause des parasites sur les ondes. La transmission doit être précise, fidèle et intégrale. Si le message subit des distorsions excessives, la communication ne sera pas efficace. Pour définir ces bruits, nous parlons alors de bruits techniques : ce sont donc les bruits liés au canal de transmission. Si le canal est mal choisi, la communication ne passe pas ou passe mal. Ce type de bruit est souvent lié à l'environnement extérieur, aux conditions techniques « physiques et matérielles », c'est souvent un moment ou un endroit mal choisi. On peut prendre comme exemple de la friture ou des grésillements sur une ligne téléphonique.

Des incompréhensions peuvent être provoquées par le langage utilisé. Nous parlerons alors de bruits sémantiques : ce sont les bruits liés au message ou au code : message peu clair, explications confuses, imprécises, incomplètes. Le code de langage peut être trop spécialisé, l'emploi de mots à double sens, ou encore une mauvaise définition des termes de base. Par exemple : l'emploi d'un jargon spécialisé.

Certains obstacles peuvent provenir du récepteur : lorsque celui-ci est distrait par un bruit par exemple. Ce sont les bruits sémiologiques : nécessairement liés à l'attitude et à la conduite c'est-à-dire au comportement du récepteur et/ou de l'émetteur. Mais le récepteur peut aussi ne peut pas être correctement préparé à recevoir le message, il peut être en état de fatigue, de stress, ...

L'obstacle peut également être en lien avec l'émetteur lorsque le ton ou les gestes qu'il utilise ne sont pas en adéquation avec l'information qu'il veut faire passer.

Pour finir, certaines références utilisées par l'émetteur peuvent aussi constituer un obstacle lorsqu'elles ne sont pas connues par le récepteur.

Quand nous écoutons quelqu'un, il n'est pas facile de l'écouter vraiment. Bien souvent, ce qu'il dit suscite chez nous des associations d'idées, des sentiments et des envies de faire ou de dire quelque chose. Il y a obstacle à une bonne communication lorsque celui qui parle est interrompu par des questions, des explications, ou pire, des conseils. En effet, en adoptant ces attitudes naturelles, nous quittons l'écoute alors que nous croyons y être, de plus elles

peuvent freiner voire mettre un terme à la communication. L'émetteur peut alors se sentir incompetent, stupide, ou encore incapable de se servir de son jugement.

Ces attitudes sont :

- L'humiliation, la ridiculisation : la personne se sent rejetée et inférieure. En utilisant ce genre de réaction, nous pouvons amener la personne à détruire son estime d'elle-même.
- L'interprétation, l'analyse : notre interlocuteur peut se sentir mis à nu ou incompris. Ce genre de réponse peut entraîner un désintérêt ou une irritation qui pourrait devenir de plus en plus visible.
- Les compliments, l'approbation : l'image de l'interlocuteur ne correspond pas nécessairement au compliment fait.
- La consolation, rassurance : notre interlocuteur peut se sentir incompris ou ressentir des sentiments d'hostilité. Cela pourrait aussi déclencher une certaine passivité chez la personne avec laquelle nous communiquons, elle arrêterait d'essayer de comprendre d'où vient son mal-être par exemple, ou encore de la dépendance : elle serait sans cesse à la recherche d'un soutien ou d'une approbation lorsqu'elle rencontre un problème.
- Le questionnement, l'enquête : notre interlocuteur peut devenir anxieux. En effet, notre interlocuteur pourrait ressentir une certaine hostilité devant une personne qui chercherait à en savoir plus, et qui paraîtrait curieuse.
- L'esquive : c'est éviter les difficultés plutôt que de les affronter, notre interlocuteur peut penser que ses problèmes sont banals, insignifiants.
- Les ordres, commander : cette attitude suscitera la crainte ou l'opposition. Elle invite à la révolte ou à la vengeance.
- L'avertissement, la menace : tout comme l'attitude précédente, elle suscite la crainte, elle peut également susciter une certaine soumission.
- La moralisation : elle peut faire naître des sentiments de culpabilité et d'obligation.
- Les conseils, les solutions : cela peut sous-entendre que notre interlocuteur est incapable de résoudre ses problèmes lui-même, et donc lui provoquer une certaine perte de confiance. Cette attitude peut amener à la dépendance ou à la résistance. A l'inverse, elle peut également amener notre interlocuteur à ressentir un sentiment d'insatisfaction devant des solutions qu'il pourrait juger inefficaces.

- L'argumentation, la persuasion : elles obligent les personnes à se fermer et donc à devenir moins réceptive. Notre interlocuteur peut se sentir inférieur et incompetent.
- La critique, le jugement : elles sont des attitudes qui vont également avoir tendance à fermer notre interlocuteur qui pourrait se sentir jugé. Ce genre de réponse pourrait déclencher des comportements tels que de l'inhibition, de la culpabilité ou encore de l'angoisse.

Nous pensons tous qu'aider quelqu'un c'est lui trouver une solution, alors que l'aider, c'est l'écouter, c'est lui donner les outils qui lui permettront de trouver lui-même la solution, car toute personne a déjà en lui les solutions.

Les obstacles sont évitables et toutes les communications en contiennent. Il est impossible de les éliminer totalement, mais on peut les réduire et atténuer leurs conséquences. Pour ce faire, il faut d'abord les identifier puis les reconnaître pour pouvoir les surmonter. Il est important de prendre du temps en amont pour poser ses idées.

Après avoir examiné et développé les difficultés et les obstacles à une bonne communication, nous allons observer qu'il existe différentes façons de communiquer.

## II.B.4. Les différentes façons de communiquer.

Il existe différentes façons de communiquer. Nous pouvons constater qu'il existe différents modes et différents types de communication, mais aussi différents enjeux à la communication, que nous allons maintenant développer.

### II.B.4.a) Les différents modes de communication :

Lorsque nous communiquons, nous pouvons utiliser différents modes de communication. Il s'agit de la communication verbale, de la communication non verbale et de la communication paraverbale. Souvent, lorsque nous sommes en train d'échanger avec une personne, les trois modes de communication entrent en action.

#### II.B.4.a)1) *La communication verbale :*

La communication verbale désigne le langage, qu'il soit écrit ou parlé : c'est l'utilisation des mots. La communication verbale, se subdivise, elle aussi, en deux. En effet, elle peut soit être ouverte, soit fermée. Nous dirons que la communication est fermée lorsque la seule réponse possible à l'émetteur est « oui » ou « non ». De même, lorsque l'émetteur donne un ordre, la seule réponse attendue étant l'acceptation. La communication sera alors considérée comme ouverte lorsque le récepteur peut formuler sa réponse librement.

#### II.B.4.a)2) *La communication non verbale :*

Ce sont les mimiques, les sourires, les gestes, le regard, la posture, les réactions physiologiques, ... La communication non verbale comprend donc tous nos gestes et nos attitudes lorsque nous communiquons. Elle est essentielle, et grâce à elle, il est même possible de communiquer sans avoir un mot à dire : par exemple lorsque nous croisons quelqu'un que nous connaissons dans la rue, il suffit de baisser la tête pour faire comprendre à cette personne que nous ne voulons pas entrer en communication avec elle, sans avoir à prononcer un seul mot. La communication non verbale nécessite une grande observation, en effet ce que nous ressentons est souvent trahi par notre comportement physique. Pour pouvoir communiquer grâce au non verbal, il faut que le récepteur utilise son sens de l'observation.

D'autres comportements non verbaux peuvent être porteurs de messages tels que le mime, la peinture, le dessin, la danse, .... Ils peuvent laisser transparaître certaines émotions, certains sentiments parfois trop durs à dire avec les mots.

#### *II.B.4.a)3) La communication para-verbale :*

La communication para-verbale désigne la force, la hauteur, la vitesse de la voix, l'intonation, le rythme, la voix qui prends certaines inflexions, ... Ce sont les éléments de communication en dehors du sens des mots eux-mêmes et qui contribuent à faire passer le message.

La communication para-verbale, tout comme la communication non verbale, relève de notre inconscient, et bien souvent, trahi nos sentiments. Selon les sentiments et les émotions que nous ressentons notre corps, notre voix, sans que nous le contrôlions, seront différents, ce qui nous permet également de communiquer nos sentiments, sans avoir à mettre de mots dessus.

On pourrait comparer la communication verbale aux paroles d'une chanson, la communication non verbale à une danse et la communication paraverbale à une musique.

#### *II.B.4.b) Les différentes formes de communication :*

Il existe aussi des formes de communication différentes. En effet, la communication peut être interpersonnelle, de groupe ou encore de masse.

La communication interpersonnelle met en relation deux individus, comme par exemple deux amis qui discutent dans un bar. En revanche la communication de groupe met en relation plusieurs individus, par exemple lorsqu'un professeur parle à ses élèves lors d'un cours. Pour finir, il existe la communication de masse, qui désigne l'ensemble des techniques qui permettent à un individu de s'adresser à un public nombreux, par exemple les publicités des entreprises. Les principaux canaux utilisés pour la communication de masse sont : la télévision, la radio, la presse, ... En tant que soignants ou futurs soignants, la forme que nous utiliserons le plus sera la communication interpersonnelle lorsque nous nous adressons à une personne démente. Il se peut aussi que l'on utilise la communication de groupe, pour nous adresser à plusieurs patients ou plusieurs résidents, mais plus rarement à plusieurs personnes démentes. En effet, pour nous adresser à une personne démente, il sera plus intéressant

d'utiliser la communication interpersonnelle pour sécuriser la personne mais également être sûre que celle-ci a bien compris le message que l'on souhaite lui faire passer.

La communication sera donc différente si on s'adresse à un individu, à plusieurs individus ou encore à un nombre conséquent d'individus.

#### II.B.4.c) Les différents enjeux :

Selon Alex Mucchielli, professeur de science de l'information et de la communication, il existerait 5 enjeux à la communication, c'est-à-dire 5 raisons pour lesquelles nous décidons d'entrer en communication :

- Les enjeux relationnels : dans ce cas, nous entrons en communication car elle est un acte de concrétisation de la relation humaine. Il est l'enjeu le plus important lorsque nous communiquons avec une personne démente.
- Les enjeux de positionnement d'identité : l'enjeu de la communication dans ce cas est de se positionner par rapport à l'autre.
- Les enjeux normatifs : ici, communiquer, c'est proposer un ensemble de normes, de règles, qui vont soutenir les échanges.
- Les enjeux d'influence : l'enjeu est donc d'influencer autrui sur sa façon de penser.
- Les enjeux informatifs : dans ce cas-ci, la communication est un acte d'information, elle a pour but d'informer le(s) récepteur(s).

## II.B.5. Les avantages d'une communication adaptée

« *Accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois !* » nous disait Hippocrate.

Adapter sa communication à la personne qui se trouve en face de nous présente de nombreux avantages. En nous adaptant à la personne que nous avons en face de nous, nous lui montrons que nous la respectons et que nous faisons des efforts pour communiquer avec elle. Cela permet d'instaurer un climat de confiance, qui est basé sur une bienveillance, tout en gardant une bonne distance<sup>29</sup>, ce qui favorisera d'autant plus l'expression libre du patient.

En entrant dans un climat de confiance avec cette personne en face de nous, nous pouvons donc entrer dans une relation d'aide optimal : les besoins du patient vont émerger, nous pourrons donc les entendre et les prendre en compte. En adaptant notre communication, nous l'optimisons donc, et nous avons plus de chance qu'elle soit claire et sans ambiguïté, que la personne en face de nous comprenne l'information que nous souhaitons lui faire passer, mais aussi que nous soyons sûrs qu'elle ait bien compris. Pour qu'une communication soit bonne, il faut qu'elle soit adaptée à la personne avec qui nous communiquons, elle permettra d'apaiser les éventuelles tensions et donc d'éviter les conflits. Une bonne communication permet d'améliorer la collaboration, nécessaire pour une bonne prise en charge de la personne démente et favorise donc les échanges ainsi que la créativité. Une communication adaptée permet donc une communication efficace : la personne se sent comprise et reconnue, elle se sent valorisée et son estime d'elle-même ne s'en trouvera que meilleure. Au contraire, une communication adaptée laisse à penser que le soignant ne fait pas d'effort pour reconnaître la personne qui se sentira incomprises. Elle peut notamment engendrer des relations conflictuelles et la communication en deviendra explosive ou stérile. En tant qu'aide-soignant, notre objectif est d'accompagner la personne dans l'expression de ses besoins et de ses sentiments. Si nous n'arrivons pas à adapter notre communication, nous n'arriverons pas à faire émerger et à comprendre ces besoins.

---

<sup>29</sup> Distance « soignant-soigné » dans notre cas.

## II.C. Les contrastes entre la communication avec une personne démente et une personne non démente.

Après avoir vu les difficultés et les obstacles à la communication, nous allons pouvoir démontrer les contrastes existants avec une personne démente. Nous commencerons par exposer les difficultés de la communication avec une personne démente, puis les obstacles. Nous finirons par réfléchir aux intérêts d'une communication adaptée.

### II.C.1. Les difficultés de la communication avec une personne démente

Toutes les difficultés que nous pouvons rencontrer pour entrer en communication avec une personne, nous pouvons aussi les rencontrer avec une personne démente. En effet au-delà de la pathologie, la personne démente reste bel et bien une personne, et est donc concernée par toutes les difficultés de la communication expliquées précédemment.

Au-delà de ces difficultés, s'ajouteront d'autres difficultés en lien avec la pathologie démentielle. Les difficultés existantes seront d'autant plus fortes et plus nombreuses, il sera donc encore plus important de ne pas se braquer ou de ne pas s'énerver. Les personnes démentes demanderont plus de patience pour pouvoir recevoir et comprendre un message qui se voudra être de qualité. L'attention aux signes qui montrent qu'il y a un problème dans la communication est d'autant plus importante avec les personnes démentes, l'observation sera donc de mise. Tout comme dans n'importe quelle communication, il sera important d'adapter notre langage ou de répéter si nécessaire. Certaines des difficultés seront donc décuplées.

Dans les difficultés psychoaffectives expliquées précédemment, la peur de communiquer existant déjà chez une personne sans pathologie, sera d'autant plus forte chez une personne démente due à son déclin cognitif. Au début de la pathologie, la personne démente a conscience de ce déclin et peut avoir peur d'entrer en communication. Elle peut avoir peur que la personne en face d'elle se rende compte de sa pathologie, notamment si c'est un membre de sa famille et qu'elle essaie de cacher sa pathologie, mais elle peut aussi se rendre compte qu'elle répète ou encore qu'elle n'arrive plus à suivre une discussion. La peur du jugement de l'autre sera encore plus importante chez la personne démente.

Dans la catégorie des difficultés physiques et matérielles, comme le temps, l'espace, le confort ou l'inconfort et la présentation physique du vis-à-vis sont des difficultés que l'on



rencontrerait face à n'importe quelle personne avec qui nous entrons en communication, mais elles sont, chez la personne démente, encore plus prononcées. En effet, capter l'attention d'une personne démente est nécessaire, tout comme garder sa concentration, car elle peut vite perdre le fil de la conversation et se perdre dans ses pensées. Il faut que les conditions soient le plus adéquates possibles et que la personne démente soit dans un état de réception optimal pour bien comprendre le message. Il est également important que nous, soignants ou futurs soignants, soyons dans un état d'esprit favorable. En effet, même si la personne démente est prête à entrer en communication mais que nous ne le sommes pas, la communication ne pourra pas aboutir. Il faut aussi que tous ces facteurs de distractions soient favorables pour nous, même plus que lorsque nous communiquons avec une personne sans pathologie démentielle, car le message sera plus difficile à faire passer puisque la personne démente peut capter nos sentiments de fatigue, de stress, nos émotions négatives, et les ressentir également.

En ce qui concerne les difficultés dues à des différences de statut social, elles seront semblables à celles expliquées précédemment. Si nous prenons l'exemple d'une institution de soins, dans laquelle nous serons amenés à rencontrer des personnes démentes, notre position dans cette institution peut influencer la communication. Une personne démente ne communiquera pas de la même façon avec un aide-soignant ou un infirmier qu'avec un kinésithérapeute ou un médecin. Les personnes démentes n'auront pas tendance à dire les mêmes choses aux personnes qu'ils ont l'habitude de côtoyer et avec lesquelles ils ont instauré une relation de confiance et de sécurité qu'à une personne qu'ils voient plus ponctuellement. Pour finir, dans toutes les difficultés expliquées dans les points précédents, les difficultés intellectuelles sont sûrement celles qui sont encore plus présentes lorsque l'on communique avec une personne démente. En effet, un des symptômes les plus importants dans la démence est le déclin cognitif. Même si il est possible que la personne démente sache le cacher au début de la maladie, ce déclin sera de plus en plus présent et impossible à cacher avec l'évolution de la maladie. La communication s'en trouvera d'autant plus compliquée car il faudra s'adapter aux capacités de la personne démente qui ne cesseront de décliner. Il est important de nous adapter à ces capacités pour nous faire comprendre auprès de la personne démente, il faudra donc adapter notre vocabulaire, sans pour autant infantiliser la personne en face de nous qui pourrait se sentir dénigrée. Il est important que les mots que nous utilisons signifient la même chose pour nous que pour la personne démente.

## II.C.2. Les obstacles à la communication avec une personne démente.

Tout comme pour les difficultés que nous venons de voir, les obstacles que nous pouvons rencontrer lorsque nous entrons en communication avec une personne non démente, nous pouvons également les rencontrer lorsque nous communiquons avec une personne démente. Certains obstacles pourront être amplifiés face à une personne démente. Nous devons être d'autant plus attentifs et à l'écoute de la personne en face de nous.

Les incompréhensions provoquées par le langage utilisé peuvent être plus fortes étant donné qu'un des symptômes de la pathologie est la diminution de la capacité, voire l'incapacité à comprendre certains mots. Il faudra veiller à adapter notre langage et à utiliser des synonymes lorsque nous nous apercevons qu'un mot pose problème à la personne démente.

Les obstacles provenant du récepteur sont sûrement ceux qui seront le plus amplifiés par rapport à la communication avec une personne non démente. En effet, nous avons pu voir que lorsque le récepteur est distrait par un bruit, cela peut faire obstacle à la communication, or nous avons également pu voir que les personnes atteintes de démence développent souvent une hypersensibilité aux bruits et aux sons. Une personne démente sera donc encore plus fortement distraite par les bruits qu'une personne non démente. De même, la personne démente aura plus facilement tendance à se trouver dans une situation de fatigue, de stress ou de déprime qu'une personne non démente : ces troubles sont également des symptômes de la maladie. Et nous le savons, ces états psychologiques peuvent être des obstacles à la communication.

Les références peuvent aussi être des obstacles qui se verraient être amplifiés par la pathologie : nous pouvons faire une référence que nous sommes persuadés que la personne connaît, par exemple liée à son histoire de vie, ou à son histoire dans l'institution par exemple, mais il est possible que la personne, en vue de son état pathologique, ait déjà oublié la référence à laquelle nous faisons allusion. La perte de mémoire est l'obstacle qui nous fera le plus défaut avec une personne démente lorsque nous souhaitons communiquer avec elle.

Les attitudes naturelles que nous avons vues précédemment, sont aussi à proscrire si nous souhaitons communiquer sans obstacle avec une personne démente. L'humiliation et la ridiculisation peuvent engendrer un comportement agressif chez la personne démente : certains soignants peuvent parfois ridiculiser une personne démente et se demander pourquoi le comportement de celle-ci est agressif vis-à-vis d'eux par la suite. De même, à

cause des difficultés à trouver les mots pour la personne démente, nous pouvons avoir tendance à interpréter ce qu'elle nous dit, à la questionner ou parfois même à esquiver. Comme pour la personne non démente ces comportements sont des obstacles à la communication.

Les ordres, les menaces et les avertissements sont aussi souvent utilisés par les soignants face à des personnes démentes, et en aucun cas ces comportements ne facilitent la communication : ils nous permettent simplement d'entrer dans une relation conflictuelle avec la personne, qui n'a absolument aucun intérêt pour sa prise en charge et pour son bien-être. Lorsque nous utilisons ces attitudes, nous pouvons braquer et énerver la personne démente, et nous pouvons la faire entrer dans un état de stress important.

Les obstacles à la communication avec une personne démente sont les mêmes que lorsque nous souhaitons communiquer avec une personne non démente, mais certains de ces obstacles seront amplifiés voire décuplés, en lien avec la pathologie présente. Il sera de notre ressort de connaître ces difficultés et ces obstacles et d'y être d'autant plus attentifs. Le but de ce travail est de nous rendre compte des difficultés et des obstacles qui peuvent exister lorsque nous communiquons avec une personne démente, de pouvoir les identifier et surtout de les éviter au maximum pour pouvoir communiquer de la manière la plus sereine possible tout en entrant dans une relation de confiance et de sécurité pour la personne démente.

### II.C.3. Les intérêts d'une communication adaptée à la personne démente.

La personne démente exige d'être considérée comme une personne et un citoyen autonome ou en voie de l'être. Le développement de la responsabilité et de l'autonomie du patient est susceptible de favoriser une meilleure prise en charge globale. La personne se sent donc valorisée, et communiquer de façon adaptée avec elle, lui permet d'aller vers son mieux-être et vers son développement personnel. Tout comme n'importe quelle personne, la personne démente a un besoin de reconnaissance et d'appartenance sociale, en adaptant notre communication, elle se sent acceptée, et atténue ses défenses et ses rigidités.

Le besoin de communiquer fait partie des 14 besoins fondamentaux<sup>30</sup> exposés par Virginia Henderson. Elle le définit d'ailleurs comme étant « *la nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.* » Le besoin de communiquer est donc nécessaire, et chez les personnes démentes il est un besoin souvent insatisfait. Abraham Maslow, lui aussi, nous prouve l'importance de la communication pour la personne. Pour Maslow, le troisième besoin en partant de la base de la pyramide<sup>31</sup> est le besoin d'appartenance et de socialisation : c'est le besoin d'être en communauté, de rencontrer l'autre et de communiquer avec lui. Chaque être humain veut appartenir. Il ne faut pas oublier que la personne démente est avant tout une personne, elle aussi à ce besoin d'appartenance et de socialisation. Il est donc important d'accompagner la personne démente, de créer une relation qui respecte la personne dans son identité, dans ce qu'elle a été mais aussi ce qu'elle est aujourd'hui. Pour que cette relation puisse être respectueuse, il est nécessaire d'adapter la communication pour que nous puissions comprendre et reconnaître dans ses comportements, la manifestation de son besoin d'exister en tant qu'individu mais aussi d'être entendu.

Apprendre les bonnes techniques de communication avec une personne démente permet de créer et de garder le contact. Les comportements dépressifs ou violents sont parfois la conséquence d'une incapacité à communiquer leurs besoins due à une incapacité à exprimer les besoins ou simplement liés au fait que ces besoins soient mal compris. Si nous n'adaptions pas notre communication à la personne démente, nous ne pourrions satisfaire ses besoins de

---

<sup>30</sup> Cf annexe.

<sup>31</sup> Cf annexe.

communication et d'appartenance, puisqu'elle ne se sentira ni comprise, ni reconnue. Cela engendrera une insatisfaction des autres besoins puisqu'elle ne pourra les exprimer.

Communiquer de manière adaptée avec une personne démente peut aussi avoir un intérêt pour le soignant : comme nous l'a révélé l'enquête, beaucoup de soignants se sentent frustrés face aux difficultés pour entrer en communication avec une personne démente. Si nous arrivons à adapter notre communication à la personne en face de nous en prenant en compte ses capacités, les obstacles et les difficultés qu'elle peut rencontrer, alors la communication n'en sera que meilleure, et ce sentiment de frustration sera beaucoup moins présent.

Le soignant, lorsqu'il communique avec la personne démente a besoin, entre autres, de faire émerger les besoins de celle-ci, de les entendre, pour pouvoir les prendre en compte. Lorsque nous adaptons notre communication à la personne démente, nous créons une relation interpersonnelle sécurisante vis-à-vis de celle-ci. Nous serons alors ressentis comme digne de confiance, et une alliance thérapeutique pourra donc être envisagée.

Pour la famille et l'entourage de la personne démente, adapter sa manière de communiquer peut avoir un certain intérêt : bien souvent la communication entre le malade et son entourage est difficile et les relations conflictuelles. Si la famille adapte sa communication à la personne démente, elle n'en sera que plus sereine, chacun pourra exprimer ses difficultés et ses souffrances et les relations pourront être plus paisibles. Il faut du temps pour comprendre que l'agressivité est due à la maladie, qu'elle n'a rien de personnel et que notre manière de communiquer peut l'influencer. La famille souffre bien souvent de ne plus pouvoir communiquer comme elle le faisait auparavant avec son proche, elle est souvent frustrée et la communication explosive. Pour pouvoir adapter leur communication la famille doit prendre conscience qu'elle devra réapprendre à connaître celui ou celle qu'elle connaissait auparavant et elle devra accepter de ne pas toujours être reconnue.

Dans cette approche conceptuelle, nous avons pu définir et approfondir les deux notions de notre problématique : la démence et la communication. Tout au long de cette approche conceptuelle, nous avons pu démontrer l'importance et la nécessité d'adapter notre façon de communiquer à la personne démente et nous avons déjà pu relever quelques pistes la façon d'adapter notre communication. Après vous avoir exposé le contexte ainsi que les concepts, nous allons vous proposer une approche plus pratique de notre réflexion.

### III. **Approche pratique.**

Dans cette dernière partie de notre travail, nous allons nous concentrer sur ce qui peut être fait, en pratique et concrètement, sur le terrain. Après nous être penché sur le « pourquoi ? » de notre problématique, nous allons nous pencher sur le « comment ? ». Pour ce faire, nous aborderons dans un premier temps les rôles de l'aide-soignant dans la communication avec la personne démente. Nous développerons ensuite les façons de communiquer avec une personne démente, pour finir nous vous proposerons deux grands principes existants et qui peuvent être mis en place dans des institutions de soins.

#### III.A. **Les rôles de l'aide-soignant**

Dans ce sujet qu'est la communication avec la personne démente, l'aide-soignant ou le futur aide-soignant a de nombreux rôles à jouer auprès de la personne démente, mais aussi auprès de l'entourage et de la famille ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle il sera amené à travailler. Ce sont les rôles auprès de ces personnes que nous allons maintenant développer.

##### III.A.1. **Auprès de la personne soignée**

Les rôles de l'aide-soignant auprès de la personne soignée, et donc dans ce sujet, auprès de la personne démente, lors de la communication sont nombreux. Auprès d'elle, l'aide-soignant aura un rôle de présence active, d'accompagnement mais aussi un rôle d'éducation et de prévention, avec toutes les tâches que ces rôles engendrent, et que nous allons développer.

###### III.A.1.a) [Un rôle de présence active et d'accompagnement](#)

Pour commencer l'aide-soignant à un rôle de présence active et d'accompagnement : il devra écouter la personne démente, mais aussi observer ses comportements en vue de détecter les ressources et les déficits possibles, stimuler les capacités physiques et mentales de la personne démente et la soutenir moralement. Nous allons donc développer ici toutes ces tâches importantes et nécessaires dans le rôle de la présence active et de l'accompagnement lors de la communication avec une personne démente.

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, la bonne communication est nécessairement basée sur une bonne écoute, et pour écouter de la meilleure façon possible l'aide-soignant pourra utiliser certaines notions : la notion d'écoute active et la notion d'empathie, qui sont développées dans le point suivant. Avoir un bon sens de l'observation est une qualité essentielle chez un aide-soignant, surtout pour le rôle de présence active et d'accompagnement. Il sera nécessaire d'observer le comportement de la personne en vue de détecter ses ressources et ses déficits possibles, et éventuellement dans ce cas utiliser le MMSE<sup>32</sup>. Le MMSE pourrait aussi être utilisé de manière moins officielle : poser des questions telles que « quel jour sommes-nous ? » lors de la prise en charge de la personne démente peuvent nous aider à déceler certains déclin cognitifs ou surveiller l'évolution d'un déclin cognitif déjà présent. De plus, lors de la communication avec une personne démente, l'observation sera réellement nécessaire : observer son comportement non verbal pourrait nous donner des indications sur ce qu'elle ressent. Parfois la communication verbale ne sera pas en adéquation avec la communication non verbale : ce que la personne dit ne sera pas forcément ce qu'elle pense ou ce qu'elle ressent. Il est d'autant plus important de prendre en considération ce que la personne ressent lorsqu'elle est démente que dire ce qui ne va pas ne sera pas aussi facile pour elle que pour une personne non démente.

Stimuler les capacités physiques et mentales de la personne démente fait également partie des tâches qui nous sont destinées. Cette tâche suppose que nous connaissions en amont ses capacités. Il sera important de connaître la personne en face de nous et de la stimuler en fonction de ses capacités : lui demander quelque chose qu'elle n'est pas capable de faire la mettrait en situation d'échec, et donc diminuerait l'estime d'elle-même. Au contraire, lui demander de réaliser des choses qui sont dans ses capacités, pourraient la valoriser lorsqu'elle les effectuera : cela aura donc un impact bénéfique sur son estime d'elle-même. L'estime de soi est importante au bien être, une personne qui a une bonne estime d'elle-même se sentira mieux et aura moins peur du jugement, elle se sentira donc plus à l'aise en collectivité et tout cela participe à l'envie de communiquer. Stimuler les capacités mentales d'une personne démente est d'autant plus important dès lors que l'on sait que la maladie est évolutive : les capacités seront moindres au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les stimuler permet que le déclin soit moins rapide, et que les personnes démentes soient conscientes qu'elles

---

<sup>32</sup> Le MMSE est développé dans la partie « Communiquer avec une personne démente ».

sont capables de faire des choses. Stimuler leurs capacités physiques peut aussi leur permettre de garder une certaine autonomie et fait également partie de notre rôle. Certains outils sont disponibles pour stimuler les capacités physiques et mentales des personnes démentes et peuvent être mis en place pendant les activités comme par exemple : le snoezelen, la réminiscence ou encore la musicothérapie. En plus de stimuler ses capacités, ces activités auront tendance à apaiser la personne démente. Grâce à la communication nous pouvons stimuler la personne à parler, à se souvenir, à lire, ...

Nous devons également soutenir les personnes démentes avec lesquelles nous communiquons : de toute l'équipe pluridisciplinaire présente autour de la personne démente, c'est sûrement avec les aides-soignants que les opportunités de communication se présenteront le plus. Elles ont besoin de se sentir comprises et soutenues lorsqu'elles communiquent, si ce n'est pas le cas, elles auront probablement plus de mal à entrer en communication et le risque d'isolement et de repli sur elle-même augmentera. Pour pouvoir soutenir une personne démente, il est important de construire une relation de confiance et sécuritaire. Les techniques de communication que nous allons voir dans le point suivant pourront nous aider à jouer notre rôle de présence active et d'accompagnement.

#### III.A.1.b) Un rôle d'éducation :

Auprès de la personne démente, nous avons également un rôle d'éducation. Nous pouvons la conseiller sur les activités qu'elle peut faire, et qui pourront stimuler ses capacités physiques et mentales. Nous ne devons pas nous attarder sur des choses trop compliquées : un des symptômes de la maladie, est bel et bien la perte de mémoire. En tant que soignant, nous devons le garder en tête : ce que nous apporterons à une personne démente sera sûrement très vite oublié. Les conseils que nous donnerons se feront donc sur le moment. Chez les personnes démentes, il est important d'instaurer des rituels, d'ailleurs certains rituels qu'elles faisaient dans leur vie restent, et elles font ces choses par habitude. Il est également de notre ressort de prévenir aux risques d'isolements, en veillant à ce que la personne ne reste pas seule dans sa chambre et qu'elle participe aux activités, si elle est d'accord. Pour favoriser sa participation aux activités, il peut être intéressant de connaître son histoire de vie, ses centres d'intérêts et les activités qu'elle aimait faire dans le passé.



Pour pouvoir exercer tous ces rôles de la meilleure façon possible, il nous faudra au préalable prendre le temps d'apprendre à connaître la personne avec laquelle nous communiquons ou avec laquelle nous souhaitons entrer en communication, ainsi qu'avoir pris connaissance du dossier et de l'histoire de vie de celle-ci. Il faut pouvoir connaître la personne pour l'accepter dans son entièreté, telle qu'elle a été dans le passé mais telle qu'elle est aujourd'hui également. Il serait compliqué de prendre en charge et de communiquer avec une personne démente que nous ne connaissons pas. Notre rôle primordial sera bel et bien d'adapter notre communication auprès de la personne démente, en utilisant toutes les techniques que nous allons développer dans le point suivant, mais aussi en prenant conscience des obstacles et des difficultés que nous pouvons avoir face à nous, pour pouvoir les contourner.

### III.A.2      **Auprès de la famille et de l'entourage**

En tant qu'aide-soignant, nous avons également certains rôles à jouer auprès de la famille et de l'entourage de la personne démente. Il ne faut pas oublier que la démence a de nombreuses répercussions sur la famille et l'entourage, et qu'ils peuvent en souffrir. Bien souvent, ils ne connaissent pas la maladie, et se sont toujours occupé de leur proche. Confier leur proche à une institution et une équipe de soignant n'est pas chose aisée. La maladie, le placement en institution, peuvent avoir des conséquences auprès de la famille qui ne sait pas forcément comment s'y prendre. Nous aurons donc également un rôle de présence active, d'accompagnement, mais aussi un rôle d'éducation et un rôle de relais.

#### III.A.2.a)      Rôle de présence active et d'accompagnement :

La famille et l'entourage, tout comme la personne démente, ont un profond besoin d'écoute. Tout comme pour la personne démente, nous pouvons et nous devons pratiquer l'écoute active avec la famille. En effet, il faut aussi pouvoir écouter ce que la famille et l'entourage ressent : être l'aidant d'une personne démente n'est pas évident, bien souvent, ils auront besoin de se confier. Il faut savoir écouter ce que l'aidant fait au quotidien et comment il perçoit et vit la situation dans laquelle il se trouve : la démence ne fait pas qu'une seule victime et la famille en souffre également, même si elle est souvent oubliée. Les conséquences sont généralement néfastes chez les aidants, et ils peuvent être vulnérables : ils peuvent ressentir de la détresse liée à la souffrance et à la modification psychique de leur proche, de la fatigue

psychique due à la charge quotidienne que représente leur proche, des inquiétudes, des frustrations, de la peur, de la colère, de l'impuissance... Face à tous ces sentiments qu'ils peuvent ressentir, ils auront bien souvent besoin de parler et d'une oreille attentive qui les écoute.

De plus, la famille de la personne démente peut être considérée comme une experte dans certains domaines comme dans l'histoire de vie de la personne, pour réaliser son anamnèse et aussi sur la façon d'approcher la personne, ... Toutes ces choses sont importantes et nécessaires pour la prise en charge de la personne démente, et ne peuvent plus être exprimées par celle-ci. Il faut donc pouvoir reconnaître les compétences de la famille et écouter ce qu'elle a à nous dire sur la personne démente. La qualité de la communication entre la personne démente, la famille et les soignants sera importante, et c'est la qualité de cette communication qui donnera une qualité de prise en charge. Pour cela, il est donc nécessaire d'écouter et de prendre en compte les besoins de chacun.

Contrairement à ce que pense la majorité des personnes, lorsque la personne démente est placée en institution de soins, la plupart des familles n'abandonnent pas leur proche, et font d'énormes efforts pour tenter de s'occuper de lui. Au début de la maladie, la plupart des personnes démentes vivent à domicile et sont prises en charge par leur famille. Dévouées à s'occuper de la personne démente, les familles ont souvent de nombreuses charges physiques et psychologiques. Lorsque la démence progresse et que les familles se tournent vers les institutions de soins, c'est souvent un grand cap et un moment très difficile que la famille va vivre. Elles ressentent très souvent un sentiment de culpabilité qui est lié à une représentation d'un abandon vis-à-vis de leur être cher, elles sont confrontées à la séparation et peuvent vivre un sentiment d'échec. Elles assistent à une réorganisation familiale, à une perte de repère et doivent prendre des décisions déchirantes. Notre rôle est donc de les accompagner dans ces moments difficiles, en faisant preuve d'empathie et en nous rendant disponibles.

La famille est d'une importance capitale pour la personne démente. Tout comme pour la personne démente, les repères de la famille changent, ils doivent faire confiance à une nouvelle équipe, apprendre à cohabiter avec l'institution et avec le rythme de vie de celle-ci. Les familles ont un besoin de soutien de façon répétée compte tenu de l'évolution de la maladie et du déclin cognitif en perpétuelle évolution. Il faut rester vigilant car le sentiment de culpabilité des familles pourrait entraîner des réactions comme des conflits et des tensions qui pourraient influencer sur la personne démente.

### III.A.2.b) Un rôle d'éducation :

Les proches ont souvent besoin d'aide sous forme d'information, de conseils. Ils ont besoin d'informations sur la maladie, de conseils sur la façon de prendre en charge la personne démente, de communiquer avec elle. Nous pouvons conseiller aux familles de s'initier aux techniques de communication, nous pouvons les éduquer au vu des principes que nous connaissons, nous pouvons aussi leur conseiller de prendre l'habitude d'observer et de décoder le comportement de leur parent dément. Cela pourrait leur permettre de mieux comprendre ce qui se passe, et donc améliorer l'efficacité de la relation en diminuant leur incompréhension et donc atténuer leur souffrance. Tout comme pour la personne démente, il faut être honnête face à la famille et à l'entourage : la maladie est évolutive et les symptômes vont s'aggraver. Notre rôle n'est pas d'éduquer la famille sur la maladie en tant que telle, de leur donner une échéance, ou de leur faire une liste des symptômes que leur proche pourrait avoir, mais de leur faire comprendre que les choses ne s'arrangeront pas, même si il peut y avoir des moments d'accalmie, et que la communication avec leur proche sera de plus en plus compliquée à mettre en place et qu'ils devront s'adapter, mais qu'elle sera toujours possible.

Nous pouvons aussi orienter la famille vers certaines associations, elle peut également être aidée par des groupes de soutien organisés par exemple par les caisses de maladie. Il existe aussi des associations telles que l'association France Alzheimer, qui est une association reconnue d'utilité publique au niveau national des familles. Cette association forme les personnes qui sont concernées par la maladie, et au-delà de l'information, de la sensibilisation sur la maladie et du soutien pour la recherche, elle a pour mission de mener des actions d'accompagnement qui sont adaptées.

Il est aussi de notre rôle de prévenir la famille sur les facteurs de risque de la maladie, mais aussi sur le risque d'isolement ainsi que sur le risque de rupture de la communication avec leur proche. Il faut aussi veiller à ce que les membres de la famille comprennent qu'ils doivent prendre du temps pour se reposer, faire des activités qu'ils aiment, et qu'ils se préoccupent de leur vie et de leur santé.

### III.A.2.b) Un rôle de relais :

Auprès de la famille et de l'entourage de la personne démente, nous avons également un rôle de relais. En effet, nous venons de prouver l'importance de la famille et de l'entourage dans la prise en charge de la personne démente. Pour avoir des soins de qualité, nous devons entretenir la communication entre les trois parties : la personne démente, les soignants et la famille. Il sera nécessaire de répondre aux questions de la famille, mais aussi d'informer la famille sur la journée de la personne démente, sur les activités qu'elle a effectué dans la journée. La famille aura besoin de savoir comment la personne démente s'est sentie durant la journée, ou même durant la semaine. Ce rôle de relais est nécessaire pour une bonne communication : si la personne a passé une mauvaise journée elle sera moins réceptive à la communication, si nous n'effectuons pas ce rôle de relais auprès de la famille, elle pourrait ne pas comprendre pourquoi la personne démente est si peu réceptive, sans le savoir, elle pourrait aussi brusquer la personne et la communication pourrait être explosive.

### III.A.3. **Auprès de l'équipe.**

Au-delà de nos rôles auprès de la personne démente et de sa famille, nous avons également des rôles auprès de l'équipe avec laquelle nous travaillons. Ces rôles sont : un rôle de relais ainsi qu'un rôle d'éducation et de prévention.

#### III.A.3.a) Un rôle de relais

Auprès de l'équipe soignante, notre premier rôle est un rôle de relais. En effet, grâce aux transmissions, nous pouvons informer l'équipe de tout ce qui est nécessaire de savoir sur la personne. D'ailleurs parfois, nous ne serons pas dans la possibilité de rencontrer la famille, le rôle de relais auprès de l'équipe est donc essentiel : si la famille vient l'après-midi et que nous n'avons eu aucune transmission par l'équipe du matin, nous ne pourrions pas remplir notre rôle de relais pour la famille. Nous savons qu'il existe deux types de transmission : elles peuvent être écrites ou orales. Les transmissions orales permettent de transmettre ce qui a été fait ou encore les éléments nouveaux. Elles permettent aussi de transmettre les informations à la famille. Les transmissions écrites permettent de conserver une trace des éléments importants et des problèmes signalés. Les transmissions doivent être inscrites dans le cahier de transmissions ou informatiquement dans le logiciel propre à la structure de soins.

Pour qu'une transmission soit correcte, il faudra noter le but et l'objectif de cette transmission. Elle comportera : les éléments qui doivent être transmis, le destinataire, et si la transmission a été transmise oralement. Les observations, les anomalies, les informations nouvelles, les changements positifs ou négatifs ainsi que les actions réalisées doivent être sujet de transmission. Il faudra veiller à ne pas oublier de dater et de signer la transmission. Les transmissions permettent notamment de regrouper les informations sur la personne et donc une meilleure prise en charge. Elles permettent également une personnalisation des soins, d'assurer le suivi et de favoriser la concertation entre tous les membres de l'équipe professionnelle.

### III.A.2.c) Un rôle d'éducation et de prévention :

Nous pouvons aussi avoir un rôle d'éducation auprès de l'équipe professionnelle. En effet, à la suite de l'enquête réalisée nous avons pu constater qu'un grand nombre de soignants n'avait pas reçu de formation concernant la communication avec les personnes démentes. Il est du rôle de chacun des soignants de partager ce qu'il a déjà pu expérimenter ou ce qu'il sait pour pouvoir faciliter le travail de l'équipe mais aussi pour que la personne démente ait une prise en charge qui soit de qualité. Le rôle d'éducation auprès du patient fait partie des rôles de l'aide-soignant, mais pouvoir informer et conseiller l'équipe si nous avons des connaissances fait aussi partie de notre rôle. Nous connaissons maintenant différentes formes de démences, les symptômes mais aussi les difficultés et les obstacles à la communication avec la personne démente, tous ces éléments peuvent être apportés à l'équipe si celle-ci n'est pas sensibilisée au sujet. Si nous avons des éléments qui pourraient aider à la communication avec une personne démente, et que nous voyons un membre de notre équipe en difficulté, pouvoir lui venir en aide fera partie de notre rôle.

Dans le point que nous allons maintenant aborder, nous allons voir différentes techniques qui vont nous aider à entrer en communication avec une personne démente. Ces techniques que nous connaissons désormais, pourrait éventuellement être sujet d'éducation ou du moins de sensibilisation envers notre équipe

## III.B. Communiquer avec une personne démente.

Communiquer avec une personne démente n'est pas chose aisée, et nous avons pu constater qu'il existe des difficultés et des obstacles qui sont encore plus nombreux lorsque nous souhaitons nous adresser à une personne démente. Nous allons ici développer toutes les choses auxquelles nous devons veiller lorsque nous souhaitons entrer en communication avec une personne démente c'est-à-dire : la préparation à l'entrée en communication, notre entrée en communication et les erreurs à éviter.

### III.B.1 La préparation à l'entrée en communication.

Pour pouvoir adapter notre manière de communiquer face à une personne démente, il faut s'assurer, au préalable, que celle-ci le soit. Si la personne a officiellement été diagnostiquée, alors il le sera noté dans le dossier de soins, cela fait partie de notre travail de vérifier le dossier de soins avant de prendre en charge une personne. Il peut arriver qu'elle ne soit pas diagnostiquée, mais que l'on puisse observer certains signes qui nous ferait penser à une pathologie démentielle. Pour cela, il existe un test qui peut être fait lorsque ces symptômes sont observés.

#### III.B.1.a) [Le Mini-Mental State Examination :](#)

Le mini-mental state examination, aussi appelé mini-mentale state, examen de Folstein ou encore simplement MMSE, est un outil qui a été conçu en 1975 par les époux Folstein et McHugh pour dépister les personnes souffrant de démence, ou ayant une atteinte neurocognitive majeure.

Le MMSE est un outil d'évaluation globale des fonctions cognitives pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Il se présente sous la forme d'un court questionnaire, accompagné de quelques tâches simples que doit accomplir le patient et tient sur une seule page. Il est donc composé d'une série de questions regroupées en six sous-sections : orientation, enregistrement, attention et calcul, rétention mnésique, langage et praxies de constructions. Les questions portent sur : l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5 points), le rappel immédiat de trois mots (3 points), l'attention (5 points), le rappel différé de trois mots (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point).

Ces questions ont été conçues de façon qu'une personne n'ayant aucun problème cognitif puisse aisément répondre à chaque question. La cotation de l'évaluation se fait directement sur la grille et en simultané que le patient donne ses réponses. L'évaluateur doit inscrire les réponses du patient et les noter de la façon suivante : lorsque la réponse est bonne, l'évaluateur comptera 1 point, lorsqu'elle est incorrecte, 0 point. Le score maximal étant donc de 30 points. Il existe des consignes<sup>33</sup> de passation et de cotation du MMSE.

Au fil des années, des variations dans la cotation et dans les scores seuils ont été proposés par plusieurs chercheurs. Il est par exemple suggéré d'ajuster le score seuil selon le lieu de résidence de la personne : il sera plus haut pour les personnes qui demeurent à leur domicile, et plus bas pour les personnes qui sont hébergées en centre de soins de longue durée, comme les maisons de repos et de soins.

Selon les recommandations de l'ANAES<sup>34</sup> en 2000, le score seuil de 24/30 est le plus discriminant, c'est-à-dire que pour une personne obtenant un score de moins de 24, on soulèvera l'hypothèse d'une atteinte cognitive ; pour une personne obtenant un score de 27 et plus, cette hypothèse ne sera pas soulevée ; et finalement, pour une personne obtenant un score de 24, 25 ou 26, il sera recommandé de procéder à une évaluation cognitive plus sensibles aux atteintes plus légères comme le MoCA<sup>35</sup>. Le MMSE ne permet que de dépister et de quantifier un déficit cognitif : il ne permet, en aucun cas, d'affirmer à lui seul le diagnostic de démence ni d'en préciser le type. Il ne peut donc, en aucun cas, être utilisé comme seul test diagnostic.

Cet outil de dépistage est le plus utilisé dans le monde car il possède de nombreux avantages : il est rapide et facile à effectuer, il ne nécessite que de 5 à 10 minutes et également, à noter ; il est sans aucun coût pour se le procurer, ni pour l'utiliser, de plus il existe des versions dans différentes langues. Il peut être utilisé par tous, mais l'évaluateur doit prendre connaissance des instructions pour la passation et la cotation au préalable, et est étendue au niveau des fonctions qui sont explorées. Toutes ces qualités peuvent expliquer que les professionnels de santé y aient facilement recours, et qu'il soit apprécié et utilisé autant en clinique qu'en recherche par un ensemble très diversifié de professionnels de la santé et des chercheurs.

---

<sup>33</sup> Cf annexe.

<sup>34</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

<sup>35</sup> Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est un test d'évaluation cognitive – Cf annexe.

A la base, essentiellement en version anglaise et comportant de nombreuses imprécisions concernant la passation et la cotation ainsi que la difficulté de traduction de certains items, une version française consensuelle<sup>36</sup> a été créée. L'existence de plusieurs versions françaises pouvant comporter des différences sensibles de cotation a justifié la mise au point d'une version consensuelle sur le plan national par le GRECO<sup>37</sup>. Cette version consensuelle a pour objectif, par une plus grande précision dans ses consignes et dans son système de cotation, de fournir une meilleure homogénéité pour les travaux des équipes et pour les inclusions des patients dans les essais thérapeutiques.

A l'heure actuelle, le MMSE est aussi fréquemment utilisé pour réaliser le suivi de l'état cognitif des personnes âgées ainsi que pour mesurer le déclin des fonctions cognitives chez les personnes souffrant de démence, ou encore pour en apprécier la sévérité. Pour autant, il n'est pas l'outil le plus pertinent pour dépister les atteintes cognitives plus légères et l'évaluateur devra garder en tête que certaines personnes atteintes échapperont à son dépistage, la sensibilité de ce test, n'étant pas parfaite. Il peut aussi être utilisé pour apprécier la sévérité des démences, toutefois, il n'existe pas de consensus pour les seuils permettant de définir les différents degrés. Le MMSE est un excellent outil pour le dépistage et le suivi clinique d'un déficit cognitif. Les études initiales ont montré qu'il permettait de dépister des déficits cognitifs ignorés dans 50% des cas dans les services de médecine interne et dans 30% des cas dans les services de neurologie.

Son utilisation simple en fait donc un test qui mérite de figurer dans l'examen systématique des personnes âgées ou des sujets ayant des lésions cérébrales. Ce n'est toutefois qu'un test de dépistage d'une détérioration cognitive dont le résultat demande à être analysé en fonction de l'âge, du niveau culturel, du contexte clinique, et en particulier psychiatrique.

---

<sup>36</sup> Fondée sur un consensus, sur un accord entre les personnes.

<sup>37</sup> Groupe de Recherches sur les Evaluations cognitives.



## II.B.1.b) La préparation :

Avant de pouvoir entrer en communication avec une personne démente, il faut évidemment savoir à quoi s'attendre : nous devons au minimum connaître la pathologie et savoir que les démences sont des maladies neurodégénératives et que les symptômes vont, inéluctablement, s'aggraver avec le temps, nous devons également nous attendre à ce qu'il y ait des hauts et des bas. Nous nous assurerons également, au préalable, d'avoir prévu assez de temps : notre temps doit être mis à profit et nous devons nous préparer à l'avance, il ne faut pas non plus être dans la précipitation. Communiquer avec une personne démente nécessite du temps et de la patience : lui faire passer un message prends plus de temps qu'avec une personne non démente, nous devons laisser à la personne le temps de saisir ce qui vient d'être dit et lorsque nous posons une question, il faut attendre la réponse. De plus nous nous assurerons que celle-ci ait bien compris le message que nous essayons de lui faire passer. Il faut aussi s'assurer que la personne ait bien ses lunettes, ses prothèses auditives et dentaires si elle en porte : pour pouvoir mieux communiquer il est nécessaire que la personne les porte. Le comportement non verbal est très présent lors de la communication, il faut donc que la personne puisse voir correctement. Il sera nécessaire, pour qu'elle puisse bien entendre, qu'elle ait également ses prothèses auditives : il serait compliqué d'essayer de communiquer avec quelque personne que ce soit si, d'avance, elle n'a pas la possibilité d'entendre correctement. Pour finir pour bien communiquer avec une personne démente, il sera aussi nécessaire qu'elle porte ses prothèses dentaires : il sera plus aisé pour elle de communiquer et pour nous de comprendre, alors que sans celles-ci nous pourrions avoir plus de mal à la comprendre. Il faut également s'assurer que la personne démente soit confortablement installée dans un endroit calme et éclairé. Il faut pouvoir éviter tous les obstacles que l'on pourrait rencontrer, et cela passe dans le confort de la personne démente : il est nécessaire de veiller à ce qu'elle n'ait pas faim, qu'elle ne soit pas en colère, qu'elle ne soit pas gênée par quelque chose. Être dans un endroit calme et éclairé, c'est se trouver dans un endroit adéquat à une bonne communication : nous veillerons à éliminer tous les facteurs de distraction comme la télévision ou la radio, qui compliqueraient la communication, d'autant que les personnes démentes sont plus sujettes aux distractions et ont plus de mal à rester concentrées. L'enjeu est d'éviter les stimuli qui seraient susceptibles de déconcentrer la personne et d'absorber toute son attention. Notre but est de faire que l'environnement soit

le plus propice à une bonne communication pour permettre à la personne démente de concentrer toute son énergie et ses facultés cognitives sur la conversation.

### III.B.2. L'entrée en communication :

#### III.B.2.a) La façon de communiquer :

Pour entrer en communication avec une personne démente, il faut commencer par la saluer et se présenter, comme pour entrer avec n'importe quelle personne. Il ne s'agit pas d'une technique, certes, mais elle est la base de la politesse et donc du respect. Certains soignants pensent à tort qu'une personne démente n'a pas besoin de ces formalités, pourtant au-delà de sa pathologie, la personne démente est bel et bien une personne digne et qui mérite le respect de chacun. Si la personne démente ne reconnaît pas la personne en face d'elle, il peut être intéressant de relier la personne non reconnue en la situant dans l'histoire du patient, par exemple « c'est Louise, la fille de ta sœur Andrée ». Lorsque nous nous présentons, il est préférable d'utiliser notre nom plutôt que de dire « c'est moi ». La deuxième personne est à privilégier, comme cela se ferait avec n'importe qui d'autre, et nous utiliserons également le nom de la personne qui est en face de nous pour nous adresser à elle. Lorsque nous voulons communiquer avec une personne démente, nous devons nous mettre face à elle, à la même hauteur pour attirer son regard, mais aussi pour ne pas avoir à la regarder de haut, ce qui pourrait influencer la communication, la personne démente pourrait se sentir rabaissée, la différence de statut social pourrait être d'autant plus prononcée. De plus, demeurer dans le champ visuel de la personne et la regarder dans les yeux, en plus d'être une certaine forme de respect, permet de créer et de maintenir un contact visuel pendant la communication, et qu'elle se concentre sur ce que nous sommes en train de dire. Il faut également parler clairement et distinctement, en adoptant une voix calme et un ton chaleureux, tout en utilisant le langage non verbal : joindre nos gestes à la parole nous permettra d'être encore plus clair face à la personne démente. Cependant, nous veillerons à ne pas infantiliser la personne démente, que ce soit dans nos paroles ou dans nos gestes, ainsi que toute autre façon de parler condescendante. La personne démente a certes un déclin cognitif, mais il faut respecter la personne dans ce qu'elle a été et ce qu'elle est : l'infantiliser reviendrait à ne plus la voir en tant que personne dans sa totalité. Adopter une attitude engageante permettra à la personne de se sentir à l'aise.

Il serait compliqué pour la communication de donner plusieurs informations en même temps et dans un même message, il faut parler d'une seule chose à la fois : il est difficile pour une personne démente d'entretenir une conversation qui nécessiterait de jongler entre différents sujets. Les fonctions cognitives de la personne démente ne sont plus les nôtres : elle pourrait ne pas capter toutes les informations, voire même, perdre de vue la communication et ne capter aucune des informations données devant un flot d'informations trop important, la communication aurait donc un résultat totalement stérile. Donner une seule information à la fois permet de canaliser l'attention de la personne démente sur cette information. Il est donc plus judicieux de faire passer une information à la fois, en vérifiant, à chaque fois que la personne ait bien compris le message que nous lui avons fait passer. Il est préférable de recourir plutôt aux questions fermées lorsque nous avons quelque chose de précis à lui demander, nous privilégierons les questions qui offrent deux réponses possibles : si nous proposons plus de deux réponses, il est fort probable que la personne soit incapable de choisir. Nous pouvons également établir un contact physique avec la main par exemple à un endroit neutre du corps, comme le bras, sans le serrer, et en ayant demandé au préalable la permission à la personne. La toucher sans lui demander l'autorisation ou la prévenir pourrait éventuellement être traduite comme une agression.

Dans un stade avancé de la maladie, quand la parole ou d'autres fonctions ont complètement disparues, les perceptions sensorielles restent intactes. Pour communiquer, il faudra donc stimuler le plus possible ces fonctions : nous pouvons stimuler l'odorat et le toucher avec des massages aux huiles parfumées par exemple, ou encore le toucher avec des objets divers comme des peluches, du bois, ...

### III.B.2.b) La façon d'écouter :

Savoir faire passer un message correctement à une personne démente est un fait, mais cela ne veut pas nécessairement dire que la communication est bonne, elle est bonne dans un sens certes, mais il faut aussi savoir capter et comprendre les besoins de la personne que nous avons en face de nous, sinon la communication ne va que dans un sens. Il faut aussi être capable d'écouter correctement. Pour ce faire, il existe deux notions : l'écoute active et l'empathie.

#### III.B.2.b)1) *L'écoute active :*

La notion d'écoute active consiste à écouter la personne avec attention, bienveillance en accueillant vraiment ce qu'elle dit, mais aussi, ce qu'elle ressent. C'est une attitude qui est destinée à augmenter la qualité de l'écoute. Le but n'est donc pas de trouver une solution, mais d'entretenir la communication, l'échange, le contact. Elle consiste en réalité à écouter son interlocuteur avec attention et lui retourner ce qu'il dit, ce qu'il pense, et ce qu'il ressent, et donc ses sentiments, sans aucun jugement. Pour ce faire notre réponse peut être : un reflet du message qui a été formulé par la personne démente ou une reformulation de ce qu'il a entendu. Pour reformuler le message, nous utiliserons des paraphrases : le but est d'effectuer un développement explicatif de ce qui a été dit, nous pouvons également utiliser des synonymes. L'écoute active est constituée de trois phases : l'écoute silencieuse, la reformulation, et le reflet du sentiment. Lors de la première phase, pendant que la personne démente nous parle, nous devons écouter le message sans rien dire, sans l'interrompre et en portant de l'intérêt à ce qu'elle dit. Après cette première phase, vient la phase de la reformulation : quand la personne démente a terminé de parler, nous devons reformuler ce qu'elle a dit sans faire de jugement, ni de commentaire. Cette phase nous permet de contrôler que nous avons bien compris le message, mais elle permet aussi à la personne démente de se rendre compte que nous l'avons comprise. Pour finir, nous exprimerons le sentiment que nous percevons chez la personne démente : cela permettra à la personne de constater qu'elle a également été entendue et comprise dans ce qu'elle ressentait. Cette technique permet de montrer à notre interlocuteur que nous l'écoutons vraiment. Il s'agit de refléter de manière neutre son propos, plutôt que de donner son propre avis. Elle permet aussi d'éviter certains obstacles tels que : faire la morale, juger, donner des conseils ou encore essayer de trouver une solution.

### *III.B.2.b)2) La notion d'empathie*

L'empathie désigne la capacité à identifier les émotions de la personne en face de nous, mais aussi, à les ressentir : c'est se mettre à la place de l'autre pour prendre conscience de son ressenti, c'est un accueil total de l'autre. Tout comme pour l'écoute active, l'empathie se divise en plusieurs étapes : ne rien faire, porter notre attention sur les sentiments et les besoins de la personne, refléter ses sentiments et ses besoins et constater un relâchement de la tension, une détente physique chez elle. Pour pouvoir nous rendre disponible pour la personne, pour ce qu'elle ressent, il est important de ne pas être gêné par nos propres émotions. Il faut accepter d'être simplement là. Pouvoir écouter l'autre sans faire quoi que ce soit, implique le fait que nous ayons compris que la personne en face de nous dispose déjà de toutes les ressources pour aller mieux, pour trouver une solution et pour s'épanouir. Nous devons ensuite nous demander ce qu'il peut ressentir, et les besoins que cela nous indique, lorsque nous, nous ressentons ce que la personne est en train de ressentir. Après cela, nous devons reformuler ce que la personne nous dit pour tenter de prendre conscience de sentiments et des besoins de la personne, notre rôle n'est pas d'approuver ou de satisfaire, il ne faut rien inventer, il faut tenter de se rapprocher le plus possible de ce que l'autre ressent. Pour finir un soupir, une détente physique : le langage non verbal de la personne nous montrera qu'elle se sent comprise. Ce signe est nécessaire pour vérifier que la personne se sent comprise. Se mettre à la place de l'autre, se mettre dans la peau de son interlocuteur, permet de réduire la fréquence et l'impact des comportements agressifs.

Pour savoir écouter, il faut donc : reconnaître les sentiments et les émotions et savoir les reformuler. Il ne faut pas juger la personne, et ne pas exiger qu'elle abandonne ses convictions. Il faut aussi valoriser l'échange en encourageant la personne à aller plus loin dans sa réflexion grâce à la reformulation. La communication passe par la tendresse, le toucher, la disponibilité et une attitude chaleureuse et réceptive. Nous pouvons poser des questions pour clarifier et préciser ce qui a été compris. De plus, il nous faudra savoir écouter les idées et non pas seulement les mots, surtout avec une personne démente qui aura plus facilement des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer ce qu'elle ressent, poser des questions pour clarifier et préciser ce qui a été compris ou non nous permettra d'être sûr, mais aussi sera une certaine forme d'intérêt par rapport à ce que la personne dit, tout comme le fait de faire des interjections.

### III.B.3. Eviter certaines erreurs :

Lorsque nous communiquons avec une personne démente, certaines erreurs sont à éviter. Il sera nécessaire de laisser la personne dire ce qu'elle a à dire, la laisser dire ce qu'elle pense sans la contredire et sans la critiquer : chaque personne a une façon de faire et de penser propre à elle-même, la personne démente aussi, il faut savoir faire preuve de compassion à son égard et essayer de ne pas corriger ce qu'elle dit. Lorsque nous communiquons avec une personne qui nous critique, cela a tendance à nous agacer, il en est de même pour la personne démente. Punir et gronder sont des réactions que nous pouvons avoir auprès des enfants, mais les personnes démentes ne sont pas des enfants, même si certains soignants peuvent comparer leurs comportements. La personne démente perd certaines de ses fonctions cognitives, mais il ne faut pas oublier qu'elle a une histoire de vie, un vécu, et l'infantiliser serait renier la personne qu'elle a été, et donc ne pas l'accepter dans son entièreté, ainsi que lui manquer de respect. Lorsque nous communiquons avec une personne démente, il faut aussi veiller à ne pas trop parler et s'abstenir de conclure trop rapidement : il faut la laisser parler et la laisser exprimer tous ses besoins. Il ne faut pas non plus l'interrompre et anticiper sa réponse : souvent la personne démente cherche ses mots, et nous pensons l'aider en lui proposant déjà des réponses, elle peut traduire cela comme un manque de patience de notre part, et peut prendre les mots que nous lui proposons alors que ce n'est pas ce qu'elle voulait dire. Elle pourrait aussi se braquer et s'énerver du fait qu'on ne la laisse pas parler, et finir par s'isoler. Pour finir, nous devons toujours veiller à réagir aux idées et non à la personne que nous avons en face de nous.

Après avoir vu comment communiquer avec une personne démente, nous allons nous intéresser à deux grands principes que nous avons déjà pu rencontrer ou que nous rencontrerons comme philosophie dans certaines structures de soins.

### III.C. Quelques principes de communication.

De nombreux soignants, chercheurs, philosophes et psychologues, se sont penchés sur le bien-être des personnes démentes, de plus en plus nombreuses au fur et à mesure des années, comme nous avons déjà pu le dire auparavant. Le sujet de la communication avec les personnes démentes se développe au fur et à mesure des années car, comme nous l'avons vu, la communication fait partie des besoins fondamentaux des personnes, et chez les personnes démentes c'est souvent ce besoin qui fait défaut. Nous allons donc développer deux grands principes souvent utilisés au sein des institutions pour communiquer avec des personnes démentes : la méthode de Validation® de Naomi Feil et l'Humanitude.

#### III.C.1. La méthode de Validation® de Naomi Feil :

La méthode de Validation® de Naomi Feil, aussi appelée Validation affective ou encore thérapie par empathie porte le nom de sa créatrice : Naomi Feil, qui a grandi dans une maison de retraite aux Etats-Unis où son père était directeur et sa mère responsable du service social. Après avoir obtenu une maîtrise de psychologie à l'université de Columbia, elle revient à Cleveland en 1963 pour travailler auprès des personnes âgées. Insatisfaite par les résultats obtenus avec les méthodes traditionnelles d'accompagnement des personnes âgées démentes, elle développe la méthode de Validation® alors qu'elle est professeure dans le département des sciences sociales de l'Université Case Western Reserve.

La Validation® est définie comme étant l'acte de donner de la valeur au comportement d'une personne plutôt que de supposer qu'il n'est qu'un symptôme d'une condition dégénérative du cerveau. Elle a pour objectif principal de maintenir et de favoriser la communication avec les personnes âgées désorientées. Il s'agit donc de maintenir des liens authentiques avec la personne démente pour contribuer à améliorer son bien-être. En créant une relation respectueuse avec la personne, nous accompagnerons la personne dans l'expression de ses émotions, et peut être, dans la résolution de certains conflits, ce qui réduira considérablement les risques de contention physique ou chimique et de repli sur soi. Le but de cette théorie est de prévenir le renfermement, de repousser les sentiments douloureux, d'inutilité et de solitude, de soulager le stress, de répondre aux besoins de se sentir aimé, estimé, valorisé, reconnu et de restaurer la dignité.

La Validation® est donc une méthode, une théorie comprenant des techniques de communications verbales et non verbales utilisées pour communiquer avec les personnes démentes et ainsi, les aider à satisfaire leurs besoins fondamentaux.

En Validation®, le principe est d'accueillir la parole, le geste, l'émotion, le comportement de la personne démente en reconnaissant que ce geste, cette émotion, ce comportement ont du sens même si nous ne le comprenons pas. En effet, ce que la personne dit ou fait a du sens. Ici, il ne s'agit pas d'analyser, d'interpréter ou de contredire les propos et les comportements parfois inadaptés mais de reconnaître les besoins humains fondamentaux qui s'expriment.

Faire preuve d'empathie est sûrement la qualité la plus importante en Validation®, en effet, elle permet au soignant de « se brancher » sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire une relation de confiance avec elle. La confiance amène un sentiment de sécurité chez la personne démente qui amène une force intérieure. De même la force intérieure renouvelle l'estime de soi et la conscience de sa propre valeur, l'estime de soi réduit le stress et la conscience de sa propre valeur restaurera la dignité. Nous pouvons donc constater qu'adapter notre façon de communiquer à la personne démente entrainera un effet boule de neige sur celle-ci.

La personne démente a besoin de se sentir en sécurité, d'être utile et productive, d'exprimer ses émotions et d'être entendue. Quand ils trouvent la force, l'amour, et le sens de leur valeur dans le présent, ces personnes démentes ressentent moins le besoin de s'enfermer dans le passé. Elles peuvent améliorer leur communication, et modestement leur état psychique.

Valider, c'est donc permettre à une personne atteinte de démence de se sentir reconnue et digne d'intérêt, c'est reconnaître les émotions et les sentiments que traverse la personne.

Il n'y a ni règles simples, ni formule unique pour tout, étant donné que le plus important soit que chacun se sente reconnu comme personne importante et unique. Mais alors comment valider ? Valider c'est utiliser une écoute active et appropriée, en se rendant disponible, et en entrant en empathie avec la personne.



### Valider par une écoute active :

La théorie de la Validation® propose un grand nombre de techniques verbales et non verbales pour tenter de maintenir au mieux le lien avec la personne, quel que soit la sévérité de son déclin cognitif. Ces techniques sont utilisées pour réactiver les souvenirs sensoriels et les émotions, le but étant d'en faciliter l'expression.

Pour communiquer de manière verbale, il existe différents modes opératoires :

- Poser des questions fermées ou des questions ouvertes pour marquer l'intérêt que nous portons envers ce que la personne démente dit, mais aussi pour permettre à la personne d'en dire plus si elle le peut, si elle le souhaite, et si elle dispose encore des capacités nécessaires.
- Reformuler les mots clés employés par la personne en harmonisant sa voix, c'est-à-dire reformuler pour s'assurer que l'on ait bien compris ce que la personne tente de nous dire, tout en ajustant le son de notre voix au son de la voix de la personne que nous écoutons.
- Faire référence au passé de la personne démente : cela lui permet d'évoquer des souvenirs, ses propres expériences.
- Repérer et utiliser le sens préféré de la personne démente en face de nous : préfère t'elle le sens visuel, auditif ou kinesthésique ? Faire ce repérage et utiliser le sens qu'elle préfère seront de grands atouts pour une meilleure relation : cela prouve que nous faisons attention à elle et que nous lui portons de l'intérêt.

Ces différents modes opératoires peuvent être utilisés par le soignant, ou même par l'entourage, mais la personne qui l'utilise devra toujours veiller à rester empathique, synchronisée au rythme de la personne, à accepter ses temps de silence, à observer tout ce qui est non verbal, toujours dans le but de veiller à son bien-être.

Lorsque la communication verbale devient trop difficile, les techniques de communication non verbales ont encore plus d'importance : nous utiliserons donc la synchronisation en miroir de la respiration, des mimiques et des mouvements : c'est-à-dire copier et effectuer les mouvements de la personne démente en même temps qu'elle. Cela permet de s'accorder à elle. Nous utiliserons également le contact-regard chaleureux et authentique : de même cette technique permet d'entrer en communication avec la personne démente, de montrer que nous sommes présents ; le toucher respectueux quant à lui, permet de capter l'attention, de

répondre à un besoin de présence et peut aussi permettre de réveiller d'anciens souvenirs. On peut aussi utiliser la musique, le chant et la danse en les adaptant aux besoins et aux émotions perçues.

Dans la Validation®, pour communiquer avec une personne démente, il faut pouvoir reconnaître et s'accorder à ses émotions. Ne pas reconnaître les émotions, c'est nier la personne et au contraire, les accepter et les valider, c'est dire à la personne que ce qu'elle ressent est juste. Dans la Validation®, on ne juge pas de la réalité des faits, mais on valide les émotions réelles que la personne traverse.

#### Valider en se rendant disponible :

Pour pouvoir se rendre disponible, il est nécessaire de se préparer : avant d'aborder la personne, il faut prendre conscience de son état interne du moment, et se rendre disponible avant de pouvoir entrer dans son monde. Il faut également pouvoir faire abstraction de nos soucis, de ce qui nous tracasse pour pouvoir se concentrer sur ce que la personne en face de nous ressent.

#### Valider en entrant en empathie avec la personne :

En observant attentivement la personne, il est possible de repérer son état émotionnel. Selon l'état émotionnel dans lequel la personne démente se trouve, l'interlocuteur pourra moduler le rythme, le volume et le ton de sa voix. L'approche doit être respectueuse et attentive, à une distance adaptée pour faciliter la relation et être confortable pour la personne. Valider une personne démente, c'est reconnaître l'émotion vécue, la refléter, l'exprimer avec la même émotion : c'est une manière de lui dire que ses sentiments sont vrais.

La méthode de Validation® est donc basée sur le principe de l'acceptation de l'expérience d'autrui et de ses sentiments. Elle a été développée pour fournir des solutions concrètes aux difficultés rencontrées par les personnes démentes et leurs proches, mais aussi pour le personnel soignant. C'est une approche de communication qui prends en considération les besoins émotionnels des personnes démentes en renforçant leurs sentiments. La personne démente se sentira alors reconnue par une personne de confiance qui sera à son écoute. La Validation® accepte les individus tels qu'ils sont. Elle donne les moyens aux aidants d'être plus

à l'aise dans l'accompagnement de ces personnes qui expriment leurs sentiments sans retenue. Elle nous aide à comprendre les raisons cachées derrière les comportements et aide les personnes démentes à atteindre leurs objectifs, et non les nôtres.

### III.C.2. La philosophie de l'Humanitude :

Rosette Marescotti et Yves Gineste, en 1995, ont écrit une nouvelle philosophie de soin appelée « la philosophie de l'Humanitude ».

L'Humanitude est une approche de soins qui est fondée sur l'adaptation du soignant au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne. C'est aussi une philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chaque personne est considérée comme autonome, capable de faire ses propres choix, et qui sait ce qui est le mieux pour lui. Elle est fondée sur différents principes de bienveillance : le regard, la parole, le toucher, la verticalité et le « zéro soin de force ». La verticalité est le fait de favoriser la station debout. La station debout est celle qui distingue l'humain, elle a de nombreux bénéfices tant psychologiques que physiques pour la personne, et ce, à tout âge de la vie. Pour ce qui est du « zéro soin de force », il est considéré comme essentiel dans cette philosophie de soin. Comme son nom l'indique, il consiste à ne jamais forcer la personne à effectuer un soin. Le regard, la parole et le toucher seront développés ci-après.

Cette philosophie fait l'objet de formations dans les établissements afin de sensibiliser les soignants au respect de l'Humanitude de la personne.

Malgré le déclin cognitif, la personne démente continue à avoir besoin d'une relation avec les autres. La personne démente doit se sentir humaine pour vivre. Dans la philosophie de l'Humanitude, la relation avec l'autre est fondée sur trois piliers de communication : le regard, la parole et le toucher.

#### [Le regard :](#)

Le regard échangé avec la personne avec laquelle nous communiquons doit être tendre.

La méthode de l'Humanitude apprend aux soignants à professionnaliser leur regard pour qu'il respecte des caractéristiques affectives : être tendre et exprimer l'amour ; et techniques : être horizontal, axial, proche et long. Il faut aussi apprendre à s'approcher du lit de la personne qui ne voit plus sur les côtés, par le pied et non par le côté. Le soignant regarde le résident, en face, s'approche de lui et se met à son niveau, pour éviter de le regarder d'en haut.

### La parole :

Pour accroître la communication verbale avec les personnes démentes, l'Humanitude propose une méthode appelée « auto-feedback ». C'est une méthode dans laquelle le soignant décrit tous les gestes qu'il effectue lors du soin, il annonce l'acte, puis le décrit pour alimenter la communication, sans nécessairement attendre de réponse.

### Le toucher :

Le toucher est également un appel d'Humanitude comme « confirmation de notre présence au monde », elle est particulièrement importante lorsque la parole n'est plus là pour créer un contact avec la personne démente.

L'Humanitude vise à redonner la douceur nécessaire aux personnes âgées malades ou personnes démentes, chez lesquelles seule la mémoire émotive est préservée, au geste professionnel. La prise de contact avec la personne doit donc être douce et solliciter son autorisation corporelle. Il est aussi important d'éviter les zones douloureuses.

## Conclusion

Pour tenter de répondre à notre problématique de départ qui est « comment et pourquoi communiquer de manière adaptée avec une personne démente ? » nous avons travaillé sur plusieurs approches : une approche contextuelle, une approche conceptuelle et une approche pratique.

Notre approche contextuelle nous a permis de constater que les personnes démentes sont de plus en plus nombreuses, partout dans le monde et que nous poser cette question est fondamental : dans notre vie professionnelle nous serons nécessairement amenés à prendre en charge des personnes démentes. De plus, les soignants ne sont pas assez formés pour pouvoir communiquer avec des personnes démentes et ressentent donc de nombreuses difficultés et des émotions négatives face à ces difficultés.

Notre approche conceptuelle nous a permis de comprendre l'intérêt de communiquer de manière adaptée : communiquer est un besoin fondamental de l'être humain. De nombreuses personnes démentes ne peuvent pas satisfaire ce besoin, bien souvent délaissé dans la prise en charge, car elles n'arrivent plus à se faire comprendre et à suivre une discussion. Pour veiller au bien être d'une personne, nous veillons à satisfaire ses besoins : pour veiller au bien être d'une personne démente, nous devons satisfaire ses besoins, et le besoin de communiquer en fait partie. Adapter notre manière de communiquer à la personne démente a donc un intérêt pour elle : elle pourra plus facilement exprimer ses besoins, elle se sentira dans une relation de confiance et de sécurité, cela aura même un impact positif sur les éventuels troubles comportementaux, mais cela aura aussi un intérêt pour nous, soignants : nous pourrons faire émerger les besoins de la personne, sans entrer dans une relation conflictuelle. La personne démente pourra s'épanouir et satisfaire ses autres besoins. En adaptant notre communication à la personne démente nous pourrons la comprendre et être compris.

Pour finir notre approche pratique nous a permis de comprendre nos rôles en tant que soignants dans la communication avec une personne démente mais aussi de trouver des pistes sur une façon de communiquer adéquate.

Pour conclure ce travail, nous dirons que la communication avec les personnes démentes est un fait d'actualité et sensible aux soignants qui se trouvent parfois en difficultés. Nous l'avons d'ailleurs vu, de nombreux chercheurs et philosophes aiment à se pencher sur la question. Il

Il y a un lien entre communication et bien être, et comme nous l'avons vu, une communication adaptée aux capacités de la personne dément(e) peut avoir un véritable effet boule de neige positif sur le psychisme de la personne dément(e). Au contraire, si nous n'adaptons pas notre communication à la personne dément(e), cela engendrera de la frustration, qui engendrera un isolement et donc une diminution des échanges et des interactions. Nous pouvons dire que moins une personne communique, plus sa communication se détériore. Même si nous avons exploré de nombreuses pistes, il n'y a pas une seule et même façon de communiquer avec toutes les personnes dément(es). Ce qui est réellement nécessaire, c'est de connaître la personne que nous avons en face de nous, de savoir l'écouter correctement et de savoir s'adapter à ses capacités. Pour communiquer avec une personne dément(e) nous ne devons jamais faire semblant, ni forcer les émotions, ni jamais les tourner en dérision ou les minimiser en faisant diversion ou en changeant de sujet. Il faut pouvoir et savoir accepter la personne dément(e) dans son intégralité, dans ce qu'elle a été et ce qu'elle est aujourd'hui. Par notre attitude, nous pouvons permettre aux personnes dément(es) de se sentir humaine et de rester humaine dans le regard de ses semblables.

Étant donné les difficultés que rencontrent les stagiaires ainsi que les soignants lors de la communication auprès des personnes atteintes de démence, pourquoi ne pas tenter de les sensibiliser encore plus à cette problématique ?



# Annexes

**Annexe 1 : Le questionnaire**

**Annexe 2 : Le résumé de la mise en place de l'enquête.**

**Annexe 3 : Les résultats de l'enquête.**

**Annexe 4 : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.**

**Annexe 5 : La pyramide de A. Maslow**

**Annexe 6 : Le MMSE.**

**Annexe 7 : Les consignes de passation et de cotation du MMSE.**

**Annexe 8 : Le MoCA.**



# Annexe 1 : Le questionnaire.

Service : \_\_\_\_\_

## Vous êtes :

- Stagiaire aide-soignant
- Stagiaire infirmier → année : \_\_\_\_\_
- Aide-soignant : depuis : \_\_\_\_\_
- Infirmier : depuis \_\_\_\_\_

## Avez-vous déjà travaillé dans un autre service ?

- Oui
- Non

## Si oui, lesquels ?

- Domicile
- Maison de Repos et de Soins
- Urgences
- Cardiologie
- Chirurgie orthopédique/ Traumatologie
- Gériatrie
- Oncologie
- Neurologie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Soins Palliatifs
- CANTOU
- Autres : \_\_\_\_\_

## Qu'évoque pour vous la notion de démence ?

- Folie
- Maladie
- Difficulté de communication
- Vieillesse
- Maladie d'Alzheimer
- Agressivité
- Handicap
- Perte de mémoire
- Dégradation
- Dépendance
- Vieillesse normal
- Altération de la fonction cognitive

## Quel est votre ressenti personnel face à la démence ? (Le plus important, une seule réponse)

- Pas de ressenti particulier
- Peur
- Empathie
- Appréhension
- Tristesse
- Antipathie
- Curiosité
- Découragement
- Engouement
- Gêne
- Impuissance
- Nervosité
- Autres : \_\_\_\_\_

## Appréhendez-vous d'entrer en communication avec une personne atteinte de démence ?

- Oui
- Non

**Vous est-il déjà arrivé de vous trouver en difficulté pour communiquer avec une personne atteinte de démence ?**

Oui  Non

***Si oui, vous est-il arrivé d'éprouver des émotions négatives ? (Frustration, colère, tristesse,...)***

Oui  Non

**Vous est-il déjà arrivé d'abandonner la conversation avec la personne lorsque vous n'arriviez pas à la comprendre ?**

Oui  Non

**Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles du comportement (agressivité verbale et/ou physique) ?**

Oui  Non

**Avez-vous bénéficié de formations :**

- **Pour une prise en charge des personnes atteintes de démence ?**

Oui  Non

- **Sur la façon de communiquer avec des personnes atteintes de démence ?**

Oui  Non

***Si oui, ces formations ont-elles été aidantes ?***

Oui  Non

**Auriez-vous aimé avoir plus d'indications sur la façon de communiquer avec une personne atteinte de démence ?**

Oui  Non

## **Annexe 2 : Le résumé de la mise en place de l'enquête.**

Nous avons décidé de mettre en place un questionnaire adressé aux soignants pour pouvoir avoir une idée de leur vécu et de leur ressenti face à la démence. Etant donné que les soignants qui ont participé à cette enquête sont des soignants de Belgique, notre enquête nous permet d'avoir une approche contextuelle qui soit d'autant plus concrète et plus représentative. Pour cela, après avoir réalisé une première ébauche de questionnaire qui comportait un grand nombre de questions ouvertes, et qui s'adressait également à l'entourage, nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur les soignants qui nous intéressaient sur le sujet de la communication avec la personne démente, c'est-à-dire les aides-soignants, les infirmiers ainsi que les stagiaires aides-soignants et infirmier, et de ne poser que des questions fermées. Ceci nous a permis de ne pas avoir une trop grande diversité au niveau des réponses et de poser un certain cadre. Après avoir eu la validation du questionnaire et l'autorisation de le faire diffuser par les professeurs, puis l'avoir imprimé, nous avons décidé de le faire remplir par les soignants intéressés à la Maison de Providence à Tournai, où nous avons déjà pu récolter une vingtaine de réponses. L'échantillon que nous avons obtenu n'était pas assez représentatif de la population des soignants, d'autant qu'il se concentrait uniquement sur les soignants d'une seule maison de repos et de soins. Nous nous sommes donc rendus au CHWapi pour déposer au moins une cinquantaine de questionnaires. Nous avons rencontré une première difficulté : pour pouvoir déposer le questionnaire, il fallait contacter au préalable la référente des stagiaires pour qu'elle donne son accord, seulement par la suite nous pouvions déposer le questionnaire. Etant donné la date pour laquelle nous souhaitions effectuer le dépôt de l'épreuve intégrée, nous savions que les réponses ne nous seraient pas parvenues à temps. Nous avons donc décidé de contacter une autre maison de repos et de soins, où nous avons pu obtenir l'accord pour déposer les questionnaires : il fallait simplement rajouter sur tous les questionnaires qui seraient ensuite déposés dans les bannettes des soignants, un mot expliquant l'intérêt du questionnaire ainsi que l'endroit et la date de réception des questionnaires. Lorsque nous sommes revenus avec les questionnaires prêts, nous avons appris que, due à la situation sanitaire, plus aucune personne hormis le personnel soignant ne pourrait entrer dans la structure, dès le lendemain. Nous avons donc décidé de ne pas déposer les questionnaires, même si nous aurions pu trouver une solution, la situation sanitaire demandant beaucoup de travail aux soignants, nous avons préféré ne pas les déposer,

d'autant qu'ils n'auraient pas eu de temps à y consacrer. Après avoir pensé à ne pas réaliser cette enquête à la suite de toutes les mesures mises en vigueur, nous avons pris l'initiative de créer un questionnaire en ligne. Grâce à Google Forms, nous avons pu garder le même format prévu initialement et envoyer le lien sur des groupes dédiés aux soignants de Belgique sur des réseaux sociaux. Cette initiative nous a permis d'obtenir 248 questionnaires. Le nombre de soignants ayant participé à cette enquête nous a réellement surpris, d'autant qu'elle a été publiée via les réseaux sociaux. Le nombre de soignants ayant participé à cette enquête prouve que la communication avec la personne démente est un sujet d'actualité, sensible aux soignants et qu'ils prennent à cœur.

## Annexe 3 : Les résultats de l'enquête.

**Vous êtes :**

Stagiaire aide-soignant	0%
Stagiaire infirmier	18,5%
Aide-soignant	38,2%
Infirmier	43,3%

**Avez-vous déjà travaillé dans un autre service ?**

Oui	66,9%
Non	33,1%

**Qu'évoque pour vous la notion de démence ?**

Altération de la fonction cognitive	71%
Difficulté de communication	41,1%
Dépendance	34,3%
Maladie	31,9%
Alzheimer	27%
Vieillesse	25,4%
Perte de mémoire	25%
Dégradation	21%
Agressivité	16,9%
Handicap	7,3%
Vieillesse normale	3,6%
Folie	1,2%

**Quel est votre ressenti personnel face à la démence ?**

Pas de ressenti particulier	8,5%
Appréhension	4,4%
Curiosité	2,4%
Gêne	1,2%
Peur	0,8%
Tristesse	10,1%
Découragement	3,2%
Impuissance	38,3%
Empathie	46%
Antipathie	0,4%
Engouement	0%
Nervosité	0,8%

**Appréhendez-vous d'entrer en communication avec une personne atteinte de démence ?**

Oui	13,8%
Non	86,2

**Vous est-il déjà arrivé de vous trouver en difficulté pour communiquer avec une personne atteinte de démence ?**

Oui	91,5%
Non	8,5%

***Si oui, vous est-il arrivé de ressentir des émotions négatives (frustration, colère, tristesse,...) ?***

Oui	82,7%
Non	17,3%

**Vous est-il déjà arrivé d'abandonner la conversation avec la personne lorsque vous n'arriviez pas à la comprendre ?**

Oui	69,6%
Non	30,4%

**Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles du comportement (agressivité verbale et/ou physique) ?**

Oui	28,7%
Non	71,3%

**Avez-vous bénéficié de formations :**

**Pour une prise en charge des personnes atteintes de démence ?**

Oui	32%
Non	68%

**Sur la façon de communiquer avec des personnes atteintes de démence ?**

Oui	37%
Non	63%

***Si oui, ces formations ont-elles été aidantes ?***

Oui	74,3%
Non	25,7%

**Auriez-vous aimé avoir plus d'indications sur la façon de communiquer avec une personne atteinte de démence ?**

Oui	90,2%
Non	9,8%

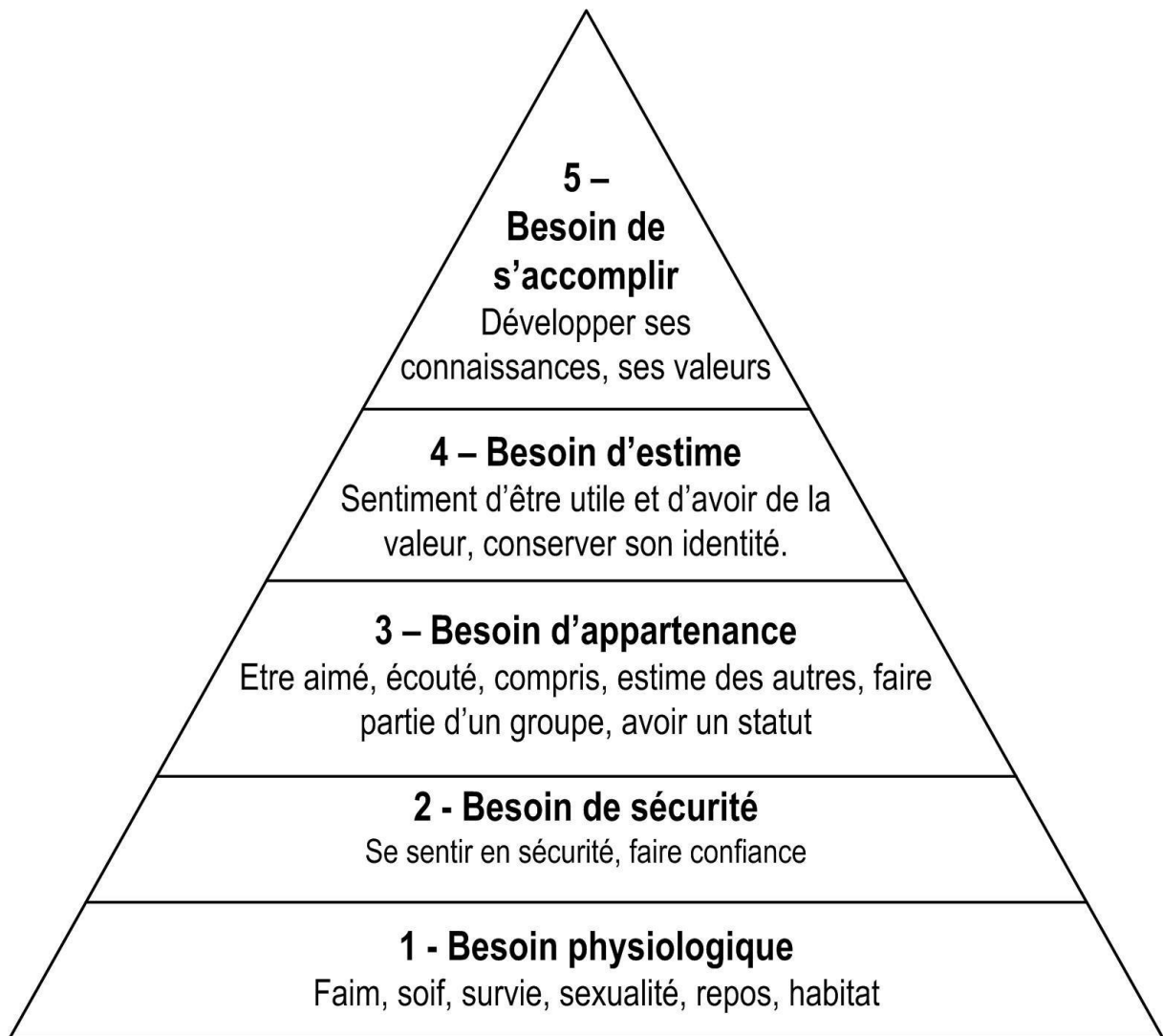
## **Annexe 4 : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.**

### **Les 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson**

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.
- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.



## Annexe 5 : La pyramide de A. Maslow.



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

# Annexe 6 : Le MMSE (version consensuelle du GRECO)

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</b>	Etiquette du patient
Date : .....	
Évalué(e) par : .....	
Niveau socio-culturel .....	

## ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |        |                              |        |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !0ou1! | 4. Quel jour du mois ?       | !0ou1! |
| 2. en quelle saison ?            | ! ! !  | 5. Quel jour de la semaine ? | ! ! !  |
| 3. en quel mois ?                | ! ! !  |                              |        |

☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- |  |       |
|--|-------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?                       | ! ! ! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                                  | ! ! ! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | ! ! ! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?           | ! ! ! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ?                                     | ! ! ! |

## APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- |            |    |         |    |           |       |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 11. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | ! ! ! |
| 12. fleur  |    | [clé    |    | [tulipe   | ! ! ! |
| 13. porte  |    | [ballon |    | [canard   | ! ! ! |

Répéter les 3 mots.

## ATTENTION ET CALCUL

☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- |        |       |
|--------|-------|
| 14. 93 | ! ! ! |
| 15. 86 | ! ! ! |
| 16. 79 | ! ! ! |
| 17. 72 | ! ! ! |
| 18. 65 | ! ! ! |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

## RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |         |    |           |       |
|------------|----|---------|----|-----------|-------|
| 19. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | ! ! ! |
| 20. fleur  |    | [clé    |    | [tulipe   | ! ! ! |
| 21. porte  |    | [ballon |    | [canard   | ! ! ! |

## LANGAGE

- |  |                    |       |
|--|--------------------|-------|
| 22. quel est le nom de cet objet?  | Montrer un crayon. | ! ! ! |
| 23. Quel est le nom de cet objet   | Montrer une montre | ! ! ! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » |                    | ! ! ! |

☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- |   |       |
|---|-------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | ! ! ! |
| 26. Pliez-la en deux.                                   | ! ! ! |
| 27. et jetez-la par terre ».                            | ! ! ! |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- |                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | ! ! ! |
|---------------------------------|-------|

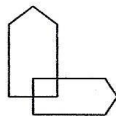
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- |   |       |
|---|-------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | ! ! ! |
|---|-------|

## PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- |   |       |
|---|-------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | ! ! ! |
|---|-------|



**SCORE TOTAL (0 à 30)**      ! ! !

## Annexe 6 (suite) : Le MMSE (version consensuelle du GRECO)

# FERMEZ LES YEUX

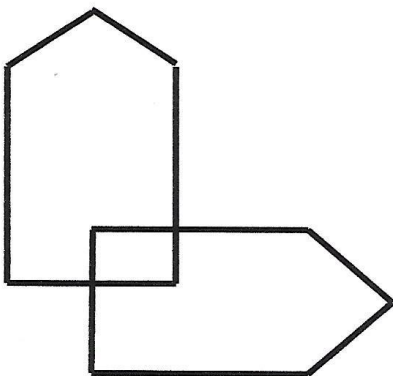
**Phrase :**

.....

.....

.....

**Recopier le dessin :**



# Annexe 7 : Les consignes de passation et de cotation du MMSE.

1.1

## CONSIGNES DE PASSATION ET DE COTATION DU MMSE

Ces consignes de passation et de cotation ont été élaborées de manière consensuelle en 1998 par le GRECO (Groupe de Recherche et d'Évaluation des fonctions Cognitives).

Il est essentiel d'examiner le sujet dans le calme et de lui donner un temps suffisant pour les réponses. Il ne faut pas hésiter à renforcer positivement les bonnes réponses et à minimiser les erreurs.

### ORIENTATION

(Questions 1 à 10)

#### Orientation dans le temps

Pour ces items, seules les réponses exactes sont prises en compte. Cependant, lors de changements de saison ou de mois, permettre au sujet de corriger une réponse erronée en lui demandant : "Êtes-vous sûr ?". Si le sujet donne 2 réponses (lundi ou mardi), lui demander de choisir et ne tenir compte que de la réponse définitive.

Cotation : chaque réponse juste vaut un point.

#### Orientation dans l'espace

Pour tous ces items, n'accepter que la réponse exacte.

Chaque réponse juste vaut un point. Accorder un délai maximum de 10 secondes.

### APPRENTISSAGE

(Questions 11 à 13)

Donner les 3 mots groupés, 1 par seconde, face au malade, en articulant bien. Accorder 20 secondes pour la réponse.

Compter 1 point par mot répété correctement au premier essai.

Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement dans la limite de 6 essais.

En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que si les 3 mots ont été enregistrés.

### ATTENTION ET CALCUL

(Questions 14 à 18)

Il est permis d'aider le patient en lui présentant la première soustraction.

"100 - 7 combien cela fait-il ?" et ensuite : "Continuez."

On arrête après 5 soustractions et on compte 1 point par soustraction exacte c'est-à-dire lorsque le pas de 7 est respecté quelle que soit la réponse précédente ; ex : 100, 92, 85 le point n'est pas accordé pour la première soustraction mais il l'est pour la seconde.

Si le sujet demande, en cours de tâche, "combien faut-il retirer ?" il n'est pas admis de répéter la consigne ("continuez comme avant"). S'il paraît, néanmoins, indispensable de redonner la consigne, il faut repartir de la consigne initiale ("comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois"). Lorsque le sujet ne peut ou ne veut effectuer les cinq soustractions, il est nécessaire, pour maintenir le principe d'une tâche interférente, de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'envers ("Pouvez-vous épeler le mot MONDE à l'envers en commençant par la dernière lettre ?") (toutefois, lorsque le patient a des difficultés manifestes dans le compte à rebours, il est préférable de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'endroit avant de lui demander de l'épeler à l'envers pour le remettre en confiance). Dans cette épreuve, le nombre de lettres placées successivement dans un ordre correct est compté (exemple : EDMON = 2).

Le GRECO recommande de systématiquement faire passer cette épreuve, même si le compte à rebours est correct.

Dans tous les cas, le résultat n'est pas pris en compte pour le score total.

### RAPPEL

(Questions 19 à 21)

Accorder 10 secondes pour répondre. Compter 1 point par mot correctement restitué.

### LANGAGE

(Questions 22 à 29)

### PRAXIES

(Question 30)

Il faut montrer un crayon et non un stylo ou un stylo à bille. Aucune réponse autre que crayon n'est admise (1 point).

Le sujet ne doit pas prendre les objets en main.

#### Répétition

La phrase doit être prononcée lentement, à haute voix, face au malade. Si le patient dit ne pas avoir entendu, ne pas répéter la phrase (si l'examineur a un doute, il peut être admis de vérifier en répétant la phrase à la fin du test).

Ne compter 1 point que si la répétition est absolument correcte.

#### Compréhension orale

Compter 1 point par item correctement exécuté.

Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire "faites ce que je vous ai dit de faire".

#### Compréhension du langage écrit

Compter 1 point si l'ordre est exécuté.

Le point n'est accordé que si le sujet ferme les yeux. Il n'est pas accordé s'il se contente de lire la phrase.

#### Dessin et langage écrit

Dessin : compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents.

On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps d'une minute.

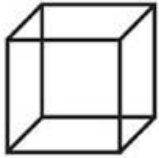
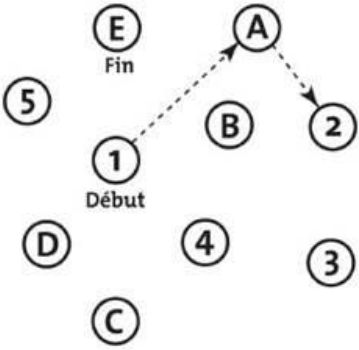
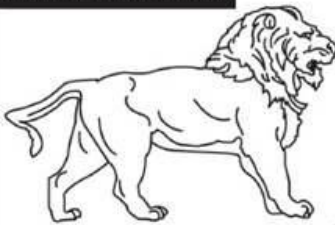
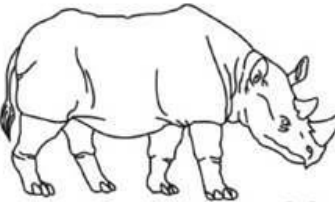
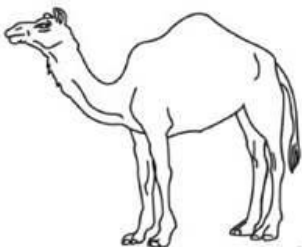
Phrase : donner 1 point si la phrase comprend au minimum un sujet et un verbe, sans tenir compte des erreurs d'orthographe ou de syntaxe.

# Annexe 8 : Le MoCA

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :  
Scolarité :  
Sexe :

Date de naissance :  
DATE :

<b>VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF</b>				Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	<b>POINTS</b>			
		[ ]		[ ]	<input type="checkbox"/> Contour <input type="checkbox"/> Chiffres <input type="checkbox"/> Aiguilles	_ / 5			
<b>DÉNOMINATION</b>									
						_ / 3			
<b>MÉMOIRE</b>		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
		1 <sup>er</sup> essai	2 <sup>ème</sup> essai						
<b>ATTENTION</b>		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4		Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2				_ / 2	
		Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB				_ / 1	
		Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt				_ / 3	
<b>LANGAGE</b>		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]						_ / 2	
		Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[ ] _____ (N≥11 mots)				_ / 1	
<b>ABSTRACTION</b>		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle						_ / 2	
<b>RAPPEL</b>		Doit se souvenir des mots SANS INDICES		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_ / 5
<b>Optionnel</b>		Indice de catégorie							
		Indice choix multiples							
<b>ORIENTATION</b>		[ ] Date	[ ] Mois	[ ] Année	[ ] Jour	[ ] Endroit	[ ] Ville	_ / 6	
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		<b>TOTAL</b>		_ / 30	
Administré par : _____						Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans			

## Sitographie

<http://www.academie-medecine.fr/actualites-des-facteurs-de-risque-des-demences/>

<https://www.accueil-alzheimer.fr/la-maladie/alzheimer-definition-de-la-demence/>

<https://www.agevillage.com/actualite-5991-1-la-methode-validation-de-naomi-feil-pour-les-familles-de-personnes-desorientees.html>

<https://www.alz.org/fr/quest-ce-que-la-demence.asp>

<https://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/en-chiffres/>

<https://www.alzheimerbelgique.be/qui-sommes-nous>

<https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/facteurs-de-risques/>

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

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-3-page-129.htm>

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-189.htm>

<https://www.capretraite.fr/blog/maladie-alzheimer/alzheimer-toutes-strategies-communiquer-proche/>

<https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/la-bientraitance/humanite/>

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0308AaMMS EgrecopM.pdf>

<https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>

[https://www.cochrane.org/fr/CD008191/DEMENTIA\\_antidepressiveurs-pour-le-traitement-de-lagitation-et-de-la-psychose-dans-la-demence](https://www.cochrane.org/fr/CD008191/DEMENTIA_antidepressiveurs-pour-le-traitement-de-lagitation-et-de-la-psychose-dans-la-demence)

<https://www.ericdanse.ch/upload/files/pdf/Personnes-desorientees.pdf>

<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/communication-verbale>

[https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/marescotti\\_gineste\\_humilite\\_colloque\\_2014.pdf](https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/marescotti_gineste_humilite_colloque_2014.pdf)

<https://www.frm.org>

<https://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000695/qualidem/doc/qi-03-fr.pdf>

<https://www.homeinstead.qc.ca/fr/nouvelles/5-types-de-demences>

<http://www.humanitude.fr/lhumanitude/>

<http://kozhensemble.fr/lhumanitude-philosophie-soin-de-relation/>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/démence/23271>

<https://www.letudiant.fr/boite-a-docs/document/types-strategies-et-enjeux-de-la-communication-0603.html>

<https://www.lifeplus.io/humanitude-dans-les-soins-yves-gineste-rosette-marescotti/>

<https://www.maxicours.com/se/cours/les-types-les-composantes-et-les-enjeux-de-la-communication/>

<http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article25>

<http://www.minerva-ebm.be/fr/article/716>

<http://www.mobiqua.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-OUTILS-EVALUATION/FONCTIONS COGNITIVES/1.MMSE.pdf>

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-démence/démence>

<https://www.myhandicap.ch/fr/sante/personnes-agees-aines/demence/medicaments-demence-alzheimer/>

<http://www.mythe-alzheimer.org/article-d-autres-facteurs-de-risque-de-demence-les-problemes-generaux-de-sante-physique-86258923.html>

[www.passionsante.be](http://www.passionsante.be)

<https://www.planetesante.ch/Magazine/Autour-de-la-maladie/Alzheimer-et-demences/Communiquer-avec-une-personne-atteinte-de-demence>

<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-153/Les-proches-des-personnes-souffrant-d-une-demenche>

<https://sante.lefigaro.fr/article/neuf-facteurs-identifies-pour-diminuer-les-risques-de-demenche/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498210002137>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498207003958>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498207003946>

<http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>

<https://statbel.fgov.be/fr>

<https://www.stopalzheimer.be/fr/over-alzheimer/dementie-in-belgie/>

<https://www.strokengine.ca/fr/indepth/revue-detaillee-du-mini-mental-state-examination-mmse/>

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

[www.who-int/fr](http://www.who-int/fr)

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>