



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

**COMMENT POUVONS-NOUS, EN TANT QUE SOIGNANT,
CRÉER/PRESERVER/RESTAURER UNE RELATION
CONSTRUCTIVE AVEC UNE PERSONNE SOIGNEE
EN UTILISANT LA COMMUNICATION POSITIVE ?**

NDUWAMARIYA Josiane

en vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignante

Année scolaire : 2020-2021

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes sans qui ce travail aurait été impossible.

Merci à Gaudence de m'avoir parlé de la formation d'aide-soignant, qui me l'a vivement recommandée, et qui s'est toujours tenue informée de mon évolution.

Merci à mon mari pour son soutien et sa patience durant toute ma formation ; mon beau père ; à tous mes professeurs particulièrement Madame Père et Monsieur Vantomme.

Merci à mes collègues de classe, particulièrement Kelly et Mélanie, tout le personnel des institutions où j'ai fait mes stages sans oublier mes amis Florence, Caroline et Ladislas.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
II.	PARTIE CONTEXTUELLE.....	3
1.	Quelques définitions.....	4
1.1	Le patient.....	4
1.2.	Le résident	5
1.3.	La personne soignée.....	6
1.4.	Le soignant.....	7
1.5.	Communication.....	7
1.6.	La relation	9
2.	Quelques situations observées pendant nos stages	10
3.	Nos interrogations par rapport aux situations.....	14
III.	PARTIE CONCEPTUELLE	16
1.	La communication	17
1.1.	Le schéma de la communication	17
1.2.	La règle de Mehrabian.....	19
1.3.	La communication négative	22
1.4.	La communication positive	23
1.5.	Communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire	24
1.6.	Communication avec la famille des soignés.....	25
2.	La relation.....	25
2.1.	Définition.....	25
2.2.	La relation destructrice.....	26
2.3.	La relation constructive	27
3.	Le respect.....	27
3.1.	Définition.....	27
3.2.	Le respect de soi	28
4.	Conclusion.....	28
IV.	PARTIE PRATIQUE	29
1.	Les soins pour la personne soignée	30
1.1.	Le réveil des soignés	30
1.2.	La toilette et l'aide à la toilette.....	30
1.3.	Mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire	31
1.4.	La pose des bas ou bandes de contention.....	31
1.5.	La distribution des repas, l'aide à l'alimentation et à l'hydratation	32
1.6.	Le change pour les soignés incontinents.....	32
1.7.	L'aide au coucher.....	33
2.	La responsabilité du soignant.....	33

2.1.	La préparation du soignant.....	33
2.2.	Adapter la communication à celle des soignés.....	34
2.3.	Respecter le rythme des soignés.....	34
2.4.	Préserver son corps.....	35
2.5.	Former les stagiaires.....	35
2.6.	Une communication efficace.....	36
2.7.	Se protéger en tant que soignant.....	37
2.8.	Les transmissions orales et écrites.....	37
V.	CONCLUSIONS.....	39
VI.	ANNEXES.....	42
VII.	BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE.....	45
1.	Bibliographie.....	46
2.	Sitographie.....	46

I. INTRODUCTION

Dans notre vie de tous les jours et en tant que citoyen, nous sommes tous un jour ou l'autre confrontés au domaine médical. Personnellement ou via nos proches, nous sommes amenés pour diverses raisons à fréquenter un établissement tel qu'une maison de repos et de soins, un service de revalidation ou le service aigu d'un hôpital. Ces faits de vie, parfois difficiles à vivre, nous laissent à tous un souvenir plus ou moins positif.

En tant que futur aide soignant que nous sommes, nous avons commencé nos stages par l'observation, elle nous permet d'analyser et de nous faire une opinion plus précise sur ce qu'il se passe au sein de ces services de soins aux personnes.

Au delà des soins proprement dits, il y a les relations humaines et plus particulièrement la relation soignant-soigné. C'est de celle-ci dont nous parlerons dans notre travail, celle qui dès le début de notre formation, certainement avant même, nous a intéressé.

Nous avons vu ou entendu lors de ces observations, des choses qui nous ont touchés, qui nous ont émus, qui nous ont plus, parfois déplus ; qui d'une manière générale nous ont donné l'envie d'en apprendre plus et de découvrir en détail les composants qui font la relation soignant-soigné.

Bienveillants par nature et convaincus de l'importance des relations humaines dans le métier d'aide soignant, nous voulons nous pencher sur les rouages d'une relation constructive.

A travers ce travail, nous essaierons, après avoir défini quelques notions importantes qui touchent à la communication, d'analyser des situations vécues. Des situations vécues qui, pour la plupart, nous ont interpellés dans le cadre de nos stages et que nous essaierons de comprendre pour mieux gérer dans notre futur métier.

II. PARTIE CONTEXTUELLE

Dans cette première partie, nous allons décrire le contexte dans lequel nous avons pu observer certaines problématiques de communication entre le soignant et le soigné pendant nos stages. Nous allons y relater quelques situations que nous avons vécues et qui nous ont interpellé et posé questions.

Mais avant d'aborder ces situations, et pour bien les comprendre, il est utile et nécessaire de préciser ce que nous entendons par les terminologies principales que nous utilisons dans l'écriture de notre épreuve intégrée, d'en expliciter certaines notions qui s'y dissimulent, et comment nous les concevons.

1. Quelques définitions

1.1 Le patient

Etymologiquement, le mot patient vient du mot latin *patiens, patientis* qui signifie celui qui endure, celui qui souffre. C'est un dérivé du verbe *pator* qui se traduit par souffrir, supporter une épreuve pénible et qui induit la notion d'une certaine passivité de la part du patient.

Wikipedia nous dit que "*En médecine, un patient est une personne physique recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin*". Le Larousse quant à lui, nous dit que "*Un patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical*".

Si le mot patient implique donc d'une part la notion de maladie, de souffrance, de perte de santé, il inclut, d'autre part, la notion de soins, de traitement de la part d'un personnel médical au sens large. Ceci induit alors une situation de relative dépendance du patient par rapport à ce personnel soignant, ainsi qu'une certaine passivité de son rôle dans la relation de soin.

Nos recherches sur internet nous ont amenés à découvrir un site qui se présente comme le site web des thérapeutes et des professionnels du bien-être¹. Il s'interroge, lui, sur la notion de client ou patient et note l'évolution de cette notion de passivité du patient, lui accordant maintenant une part beaucoup plus active. Voici ce qu'on y découvre :

¹ [www.ovoia.com/sites/default/files/sous_page_pdf/Client ou Patient.pdf](http://www.ovoia.com/sites/default/files/sous_page_pdf/Client%20ou%20Patient.pdf)

"Une nouvelle terminologie semble prendre de l'ampleur : il s'agit du mot "actient" qui est une contraction de "action" et de "patient". S'il est notamment utilisé pour évoquer les personnes qui pratiquent l'automédication, il dénote aussi pour ses utilisateurs la volonté de donner au patient la place active qui lui est aujourd'hui reconnue."

Un actient, serait donc un patient qui agit, qui cherche à prendre une part de plus en plus active dans son traitement, voire dans sa guérison. Il pose de nombreuses questions aux praticiens de la santé et se renseigne activement sur ses maux, ses maladies et leurs traitements. Voilà une approche du patient qui nous semble bien intéressante, voire séduisante peut-être, dans la perspective de notre futur métier. Nous y reviendrons dans la partie conceptuelle. Nous avons parlé du patient, parlons maintenant du résident.

1.2. Le résident

Communément, un résident est une personne qui habite un lieu donné. Dans le langage international, ce terme de résident est souvent utilisé pour désigner une personne qui habite dans un pays autre que celui dont elle a la nationalité.

Un exemple bien connu : la principauté de Monaco ne compte qu'environ 9000 citoyens monégasques, mais elle héberge quelques 40.000 résidents étrangers, qui sont pour la plupart de richissimes stars sportives ou autres qui y ont élu domicile pour des raisons purement fiscales et financières.

Après cette petite escapade sous le soleil monégasque, revenons à nos résidents, ceux qui nous concernent dans le cadre de notre future profession, c'est-à-dire toute personne qui habite une maison de repos, une résidence pour personnes âgées. Car, en effet, ce terme de résident signifie aussi que la personne accueillie dans une telle institution doit être considérée comme étant maintenant chez elle, dans sa chambre, et parfois mieux encore, dans son appartement, puisque elle y a élu domicile.

En France, un résident en EHPAD² est une personne âgée de plus de soixante ans (sauf en cas de dérogation), prise en charge par un établissement adapté, médicalisé afin de recevoir l'aide et les soins dont elle a besoin en fonction de sa perte d'autonomie.

Aujourd'hui, en Belgique, et plus exactement en Wallonie, l'âge minimum d'entrée en établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés est fixé à 70 ans, que ce soit en Maison de Repos (MR) ou en Maison de Repos et de Soins (MRS). Pour chaque établissement, cette nouvelle disposition doit concerner au moins 90% des places agréées. Par corollaire, cela signifie qu'un

² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

maximum de 10% des places agréées pourraient être occupées par des personnes âgées de moins de 70 ans sans dérogation de l'AVIQ³. Notons que ces modifications législatives sont récentes puisqu'elles datent de 2019⁴. Elles ne sont applicables qu'aux MR et MRS, et ne concernent donc pas les résidences-services, les centres d'accueil de jour et les centres de soins de jours.

Toutefois, ces nouvelles dispositions relatives à l'âge des résidents ne sont applicables dès maintenant que pour tous les établissements récents dont le titre de fonctionnement date d'après le 4 novembre 2019. Dès lors, par contre, les établissements déjà existants avant cette date, disposent quant à eux d'un délai d'adaptation jusqu'au 1^{er} janvier 2029. Ce ne sera qu'à partir de cette date que toutes nos MR et MRS en Wallonie devront héberger un minimum de 90% des résidents âgés de 70 ans et plus, et que seuls 10% des résidents pourront avoir moins de 70 ans. Pour éventuellement déroger à ces pourcentages, il sera alors nécessaire d'introduire une procédure de dérogation motivée auprès des services de L'AVIQ.

Le patient et le résident peuvent être appelés : la personne soignée.

1.3. La personne soignée

Une personne n'est pas seulement l'être physique, c'est aussi toutes les émotions, tous les sentiments qu'elle ressent. Prendre conscience de ce que peut ressentir une personne change la manière dont nous la considérons et notre comportement vis-à-vis d'elle.

La personne soignée est la personne à qui sont prodigués des soins, dans un but préventif, curatif ou palliatif. Nous pouvons prodiguer des soins dans divers endroits : à l'hôpital, en maison de repos, en maison de repos et de soins, en institutions spécialisées et à domicile. Les soins qu'un soignant prodigue à ces personnes dépendent du degré de dépendance de chacun.

Soulignons cette grande différence selon qu'un soignant parle d'un patient/résident ou d'une personne soignée. Nous remarquerons que dans le premier cas c'est quand nous nous détachons de cette personne, que nous la prenons comme un client de l'établissement, un client à qui nous prodiguons des soins. Dans le deuxième cas nous parlerons d'une personne à part entière avec des

³ AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité, en Région wallonne

⁴ Source : <http://www.senoah.be/wp-content/uploads/2019/12/Nouveauté-législative-décembre-2019-by-Cécile-le-Maire-1.pdf> : Article 334, al1,1° du code Wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS) modifié par le décret du 14 février 2019 relatif à l'aide aux aînés et portant modification du Livre V du CWASS; Article 1396 du Code réglementaire Wallon de l'action sociale et de la santé (CRWASS) modifié par l'arrêté du gouvernement wallon du 16 mai 2019 modifiant le CRWASS en ce qui concerne des dispositions relatives aux aînés; Circulaire de l'AVIQ du 22 novembre 2019 à l'attention des directeurs des maisons de repos et de maisons de repos et de soins, résidences-services, centre d'accueil et de soins de jour.

sentiments, des émotions, une personne dont nous prenons soin tout en nous souciant de ce qu'elle peut ressentir et de ce que nous pouvons lui apporter sur le plan émotionnel.

1.4. Le soignant

L'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 définit le personnel soignant comme suit : « *le personnel qui assiste les praticiens de l'art infirmier dans la dispensation des soins et qui aide les patients dans les actes de la vie quotidienne, la préservation de leur autonomie et le maintien de leur qualité de vie* ».

Le soignant est une personne qui prodigue des soins aux personnes qui en ont besoin.

Si bien sûr le côté technique du métier est essentiel dans la manière de faire des soins, de les exécuter, nous avons aussi pu constater au cours de nos stages, pendant les moments de soins, l'importance d'une relation interpersonnelle de qualité avec la personne soignée.

1.5. Communication

C'est le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un par la parole, l'intonation, la posture, le regard ou le toucher. C'est aussi l'action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un ou à plusieurs personnes, des informations ou des connaissances, et s'il y a échange, de les mettre en commun (ex : le dialogue).

A priori, selon ces définitions, la communication semble être un processus relativement simple, mais en réalité, bien communiquer, communiquer avec efficacité peut être une action bien plus complexe que ce qu'il y paraît. Ainsi par exemple, nous retiendrons ici une citation d'Albert Camus dans "L'étranger" qui dit ceci : *“Tout refus de communiquer est une tentative de communication ; tout geste d'indifférence ou d'hostilité est appel déguisé.”*

Cette citation nous révèle toute la dimension psychologique que peut contenir la communication au sens large du terme. Ce que nous comprenons dans cette citation c'est que même si une personne refuse de communiquer c'est déjà de la communication. Il nous faudrait rester attentif à tout geste ou mimique de la personne soignée. La communication est parfois discrète mais toujours présente.

Selon Didier Anzieu⁵ et Jacques-Yves Martin⁶, la communication, c'est « *L'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs.* »⁷

Le processus de communication suppose donc au minimum un émetteur et un récepteur. L'émetteur, à partir d'une idée qu'il souhaite transmettre, utilise un langage en fonction de son cadre de référence pour communiquer des informations au récepteur qui les décodera en utilisant son propre cadre de référence.

Toutefois, les cadres de références de chacun (l'émetteur et le récepteur) peuvent être relativement différents, et parfois même très divergents. La communication pourrait alors rencontrer des obstacles d'ordre culturel et sociologique ou de type psychologique et affectif. En outre, et même si les cadres de références sont les mêmes ou se rapprochent, la communication peut aussi être affectée par des éléments perturbateurs qui viendront altérer sa bonne transmission; c'est ce qu'on appelle des bruits.

Pour terminer cette approche de la notion de communication, il nous paraît important de la resituer dans le cadre propre à notre future profession et plus spécifiquement dans le contexte de la relation soignant/soigné.

Dans cette optique, nous ferons état d'une étude menée pour le compte de la Fondation MACSF⁸, la Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé en France. Celle-ci proclame haut et fort : "La communication, point fort de la relation patient-soignant, est le fondement d'une bonne relation de soin". En effet, selon cette étude⁹, c'est ce qui est affirmé par 98 % des patients et 97 % des soignants. Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes... Lorsqu'on les interroge, les professionnels de la santé soulignent que les relations patient-soignant se basent notamment sur l'écoute, la confiance, le respect, le temps ou encore le dialogue. De leur côté, les patients notent que sont essentiels la confiance, la communication, l'écoute, l'empathie, le temps ainsi que le respect.

Une communication mène à une relation, parlons-en!

⁵ Didier Anzieu : psychanalyste, professeur émérite de psychologie à l'université Paris X- Nanterre et membre de l'Association psychanalytique de France.

⁶ Jacques-Yves martin : neuropsychiatre et psycho-sociologue. Enseignant à l'université Paris-Nanterre.

⁷ D. Anzieu et J-Y. Martin, "la dynamique des groupes restreints", PUF 2^{ème} édition 2013

⁸ MACSF (Mutuelle Assurances Corps Santé Français). Depuis sa création en 1935, la MACSF en France accompagne les professions de santé dans l'exercice et l'évolution de leur métier au quotidien. Créée en 2004, sa Fondation d'entreprise soutient des projets permettant d'améliorer la relation de communication entre patients et soignant.

⁹ Enquête réalisée par Harris Interactive pour la Fondation MACSF, sur un échantillon représentatif de 1 000 personnes de la population française de plus de 18 ans et 500 professionnels de santé.

1.6. La relation

Le mot relation est un mot courant qui, dans le langage ordinaire, peut avoir plusieurs significations.

Une relation peut être tout simplement un récit, dans le sens de relater quelque chose. Ex. : peux-tu me faire la relation, le récit de ton voyage ?

Elle peut être le caractère, le lien, l'état de deux ou plusieurs choses ou personnes entre lesquelles existe un rapport. Ex. : Y a-t-il une relation de cause à effet entre ces deux événements ? Ils sont en relations d'affaires.

Elle peut aussi être une connaissance, une personne avec qui l'on est en contact.

Ex. : Cette femme a le bras long, elle a de très hautes relations.

Sur le plan professionnel, en ce qui nous concerne, nous établirons des relations avant tout avec l'équipe pluridisciplinaire concernée par le bien être de nos soignés. En tant qu'aide-soignante, le caractère principal des relations que nous entretiendrons avec ces derniers réside dans le domaine du soin, d'éducation et d'accompagnement, et c'est donc la relation dans le soin qui nous intéresse tout particulièrement.

Il ne peut y avoir de soins sans l'installation d'une relation entre des hommes et des femmes qui nécessitent d'être soignés et d'autres qui ont été formés pour prodiguer ces soins à leurs semblables. La relation entre un soignant et un soigné repose donc sur les soins dont le soigné a besoin et qui lui sont prodigués par le soignant. Cette relation peut aussi résider dans le fait que le soignant sera parfois cette oreille attentive dont aura besoin son soigné.

Selon Claude Curchod¹⁰, c'est bien cette relation entre les soignés et les soignants qui est au cœur du soin. Pour lui, elle en constituerait même la pierre angulaire. *"Dans la grande majorité des cas, nous dit-il, les relations entre personnes soignantes et personnes soignées sont de qualité, permettant à chacun de communiquer l'essentiel. La tentation pourrait être dès lors de ne regarder que ce côté des choses. Cependant, les témoignages des personnes impliquées montrent que les relations dysfonctionnelles sont sources de souffrances importantes, de rancœurs et de ressentiments qui perdurent parfois pendant des années et rendent plus difficiles les futures relations de soins. Bien souvent, la responsabilité est partagée. Il existe des patients dont les comportements sont inacceptables, comme il existe des soignants inadéquats et des modes d'organisation des soins et du travail qui s'opposent à l'établissement de relations constructives. -/-*

¹⁰ Claude Curchod est infirmier, enseignant et consultant. Il travaille au Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne, dans le Centre des formations de la Direction des ressources humaines. Il est l'auteur de "Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés" (Editions Elsevier – octobre 2018)

*Peu de soignants ont cependant été réellement formés à ces situations qui, bien souvent, épuisent les plus motivés."*¹¹

Quand nous choisissons le métier de soignant, nous sommes pour la plupart motivés par une certaine empathie, une préoccupation de ce que peut ressentir notre prochain. Nous apprécions les relations interpersonnelles. Cela ne nous empêche pas d'être des hommes et femmes comme les autres avec des défauts et des qualités. Il peut nous arriver de nous exprimer de manière maladroite mais nous essayons de faire notre travail du mieux que nous pouvons. Malgré toute la volonté du monde, nous ne pouvons pas anticiper la réaction et/ou l'interprétation de nos soignés quand nous nous adressons à eux.

Nous devons nous attendre à ce que certains soignés aient des comportements qui peuvent nous déplaire, d'autant plus qu'ils sont diminués par l'incapacité causée par la maladie, le handicap ou l'âge. Nos soignés peuvent nous paraître agressifs et incompréhensibles, essayons de nous armer en évitant de prendre à cœur ces conflits afin de mieux les affronter car ils peuvent paraître compliqués, voire ingérables.

Ne nous voilons pas la face, tout ne sera pas rose dans notre futur métier. Nous avons eu l'opportunité de faire des stages durant notre formation qui nous ont donné un aperçu de certaines situations que nous pourrions rencontrer.

2. Quelques situations observées pendant nos stages

Lors de nos différents stages, nous avons pu rencontrer diverses situations qui nous ont permis d'observer des problématiques de communication entre soignants et personnes soignées.

Nous allons maintenant vous décrire quelques unes de ces situations qui nous ont interpellées et le contexte dans lequel nous les avons vécues. Ces situations nous permettent de soulever ensuite quelques questions relatives à la problématique de notre Epreuve Intégrée.

Situation 1 : "Je t'en colle une"

Lors de mon premier stage d'observation, une aide soignante arrive dans une salle où sont installés plusieurs résidents. C'est l'après-midi et la plupart d'entre eux font une sieste. Comme c'est l'heure des changes, l'aide soignante s'approche de l'une des résidentes qui est manifestement entrain de dormir

¹¹ Claude Curchod "Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés" (Editions Elsevier – octobre 2018)

profondément. Elle la réveille en la tirant par l'épaule sans ménagement, et lui dit : « Lève-toi et viens, on va changer ton linge. » La dame lui répond : « Pourquoi me bouscules-tu ainsi ? Tu pourrais au moins me parler un peu plus poliment ! »; ce à quoi l'aide soignante lui rétorque à son tour, encore plus sèchement : « Viens tout de suite, sinon je te laisse là dans ta merde. » Arrivées aux toilettes, cette dernière pousse la dame sur le cabinet de toilette en lui disant : « si tu essaies de te lever, je t'en colle une. »

Situation 2 : "Je vais m'en occuper..."

Lors de mon deuxième stage d'insertion, dans le second lieu de ce stage, j'ai pu observer la situation suivante :

Plusieurs résidents sont installés dans un hall situé près du bureau de la direction. Ils sont là, m'a-t-on dit, parce qu'ils ont besoin d'être en observation. Parmi ces résidents, il y a une dame sourde-muette. Elle essaie manifestement de communiquer, mais c'est difficile et parfois le personnel n'arrive pas à la comprendre. Alors, elle s'énerve fortement et perturbe les autres résidents. La directrice, qui a entendu cette "agitation", décide d'intervenir. "Je vais m'en occuper", dit-elle, déjà agacée elle aussi. Elle la prend par la main et l'entraîne plus loin dans la salle des animations, inoccupée et vide à ce moment. La résidente y passera la journée toute seule, "mais là au moins, elle ne dérangera plus personne".

Situation 3 : "Le fainéant"

Lors de mon premier stage d'intégration, à mon arrivée, je reçois une liste de patients dans laquelle se trouve le nom d'un monsieur dont je constate très rapidement que la plupart du personnel l'appelle « le fainéant ». Ce monsieur a 78 ans, et on m'explique qu'on le surnomme ainsi parce que, lors de sa toilette, il faut chaque fois le stimuler et l'aider pour laver son dos et ses pieds. Quand j'ai été à mon tour aider ce monsieur à faire sa toilette, il m'a dit qu'il était très lent et que « mes collègues » ne supportaient pas sa lenteur. Dès lors, pour aller plus vite, ils préféraient le laver eux-mêmes.

Situation 4 : "Initiation de la stagiaire"

Lors de mon premier stage d'intégration, j'ai fait la connaissance d'une résidente qui crie beaucoup et gifle même parfois le personnel. Mais en arrivant sur mon lieu de stage, je ne suis pas au courant de cette situation. Et le premier jour, pendant la distribution du dîner, j'entre dans la chambre de cette dame, je me présente et je lui demande où déposer son plateau. Là, tout de suite, elle s'énerve violemment et me traite d'idiote. Je m'excuse alors, sans toutefois comprendre ce que j'ai fait de mal, et lorsque je dépose le plateau devant elle, elle me gifle subitement. Je suis encore stupéfaite quand une aide soignante entre dans la chambre en riant beaucoup de ma déconvenue et me dit : « Voilà ma belle, c'était ton initiation. T'es toujours sûre de vouloir faire ce métier ? Et là, t'as pas encore vu le quart de ce qu'on vit au quotidien ».

Situation 5 : "Puis-je boire un peu d'eau ?"

Lors de mon deuxième stage d'intégration, un patient arrive en provenance d'un autre service. Je rentre dans sa chambre pour l'aider à ranger ses affaires et il me demande s'il peut boire de l'eau. Il m'explique que dans le service d'où il vient, l'infirmière lui avait interdit de boire sans en demander à chaque fois l'autorisation. Pourquoi ? Je l'ignore, mais sans doute est-ce pour une bonne raison médicale ? Interpellée, je lui demande de patienter un petit moment pour que je me renseigne auprès de l'infirmière de service. Celle-ci me répond qu'elle n'a aucune information à ce sujet, et me suggère d'aller demander au médecin. Je vais voir le médecin et celui-ci me répond, très énervé, qu'il ne connaît pas ce patient. Bref ! Que répondre au patient?

Situation 6 : "Je veux partir rejoindre mon père."

Lors de mon deuxième stage d'intégration, une étudiante infirmière et moi-même préparons un lit pour un patient polyhandicapé qui vient d'arriver dans le service. Ce monsieur pleure car il souffre beaucoup, et tout en pleurant, il exprime vouloir rejoindre son père parti quelques temps avant son hospitalisation. Je remarque de grosses larmes qui coulent sur les joues de la future

infirmière, alors je lui suggère d'aller ranger les affaires de bain, et je m'occuperai de terminer l'installation de ce monsieur.

Situation 7 : "Face à la fin de vie..."

Lors de mon deuxième stage d'intégration, alors que je retourne dans le service après ma pause déjeuner, je vois trois hommes qui attendent à l'entrée et me demandent s'ils peuvent aller boire une coupe avec Madame T, une patiente de 48 ans qui vient d'arriver dans le service. Ce à quoi je leur réponds que les visites sont interdites à cause des règles Covid.

Lors du tour de change, madame T. demande son mari et ses frères qui doivent venir la voir. Je lui dis que les visites sont interdites, mais elle m'explique alors qu'il ne lui reste que quelques heures à vivre, et que le médecin l'a autorisée à trinquer une dernière fois avec sa famille avant de partir. En fait, sans le savoir, j'ai privé cette dame de cette dernière faveur qui lui avait pourtant été accordée, et j'en suis toute retournée, presque paniquée. Je n'arrive plus à parler, je tremble beaucoup.

Le lendemain, lorsque j'arrive, je constate que quelqu'un d'autre occupe le lit de cette dame. Je suis angoissée. Je me mets à la place de cette dame à peine plus âgée que moi, et j'imagine alors la tristesse de mes proches. J'ai du mal à travailler correctement, je vis la pire journée de tous mes stages. C'était un vendredi, et le week-end sera très difficile pour moi et compliqué pour ma petite famille qui ne comprend pas ce qui m'arrive.

Le lundi, je suis toujours aussi mal, mais pendant les transmissions, j'apprends que cette dame a finalement pu être transférée au service des soins palliatifs et qu'elle a quand même pu passer un bon moment avec sa famille.

3. Nos interrogations par rapport aux situations

Toutes ces situations montrent les difficultés à communiquer de manière positive que ce soit pour les soignants ou les soignés.

Situation 1 : je me pose deux questions en rapport à cette première situation : dans un premier temps, pourquoi l'aide-soignante intervient-elle avec si peu d'attention pour réveiller la résidente ? Deuxièmement, pourquoi fait-elle preuve d'une telle agressivité, d'une telle colère, face à la réaction mécontente de la résidente, mais toutefois justifiée, me semble-t-il ?

Situation 2 : est-ce une solution d'isoler cette personne en ignorant ses demandes ? N'est-ce pas exactement le contraire de ce qu'il faudrait faire ? N'est-ce pas justement le rôle du personnel d'être à l'écoute des résidents ? Si cette dame a des difficultés à communiquer et sans doute un besoin de s'exprimer, n'est-ce pas en étant entourée par le personnel soignant qu'elle en aurait justement l'occasion ?

Situation 3 : comment peut-on rester efficace tout en assurant un confort aux résidents et en respectant les horaires ? Comment concilier les impératifs d'efficacité et de rentabilité dans le respect des personnalités de chaque résident ?

Situation 4 : comment faire face aux comportements parfois agressifs de certains résidents ? Un professionnel ne peut-il pas former un stagiaire en lui apprenant à prévenir les situations compliquées au lieu de le confronter volontairement à certaines épreuves ?

Situation 5 : comment maintenir une communication positive avec un résident quand il n'y a pas eu de transmission au préalable à cause d'une situation particulière ? Autre question soulevée par cette situation, mais qui concerne cette fois la communication entre les membres de l'équipe du personnel : comment assurer une bonne transmission à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire ?

Situation 6 : après avoir été témoin de cette situation, je me suis posée énormément de questions dont : suis-je insensible à la douleur d'autrui ? Dois-je laisser paraître tout ce que je

ressens ? Cette jeune stagiaire n'est-elle pas trop sensible ? Pendant la pause, je lui ai demandé pourquoi elle a tant pleuré et elle m'a expliqué que son grand-père était décédé quelques jours plus tôt et qu'elle n'a pas pu assister à l'enterrement.

Situation 7 : suite à cet épisode, je me demande si je n'ai pas pris cette situation trop à cœur. Je me demande si je ne devrais pas mettre une certaine barrière, pour me protéger et protéger les miens.

Ces différentes observations nous conduisent à nous interroger sur la manière de répondre à nos questionnements. Nous nous demandons ce qu'une communication positive aurait pu apporter et améliorer. Il y a lieu de s'interroger sur ce qui aurait pu changer ces situations délicates : un peu plus de respect, d'empathie, de patience, de transmissions au préalable, d'organisation, ou encore de bienveillance avec les soignés, et entre le personnel soignant ?

Pour que ces différentes relations puissent être constructives, il y a une nécessité de créer une relation de confiance et celle-ci commence par la confiance en soi. Cette relation de confiance pourrait être bénéfique en cas de problèmes ponctuels, petits ou plus importants, de situations plus complexes voire exceptionnelles et qui fait toutefois le quotidien des journées de travail et peuvent surgir à tout moment, de manière tout à fait imprévisible.

N'oublions pas de tenir compte des obligations liées au rythme des horaires, ainsi qu'aux aléas des humeurs de chacun, mais demandons-nous comment construire une communication qui permette de désamorcer certaines de ces situations, en étant professionnel et humain, sans que cela ne déborde dans la sphère privée à la fin de la journée.

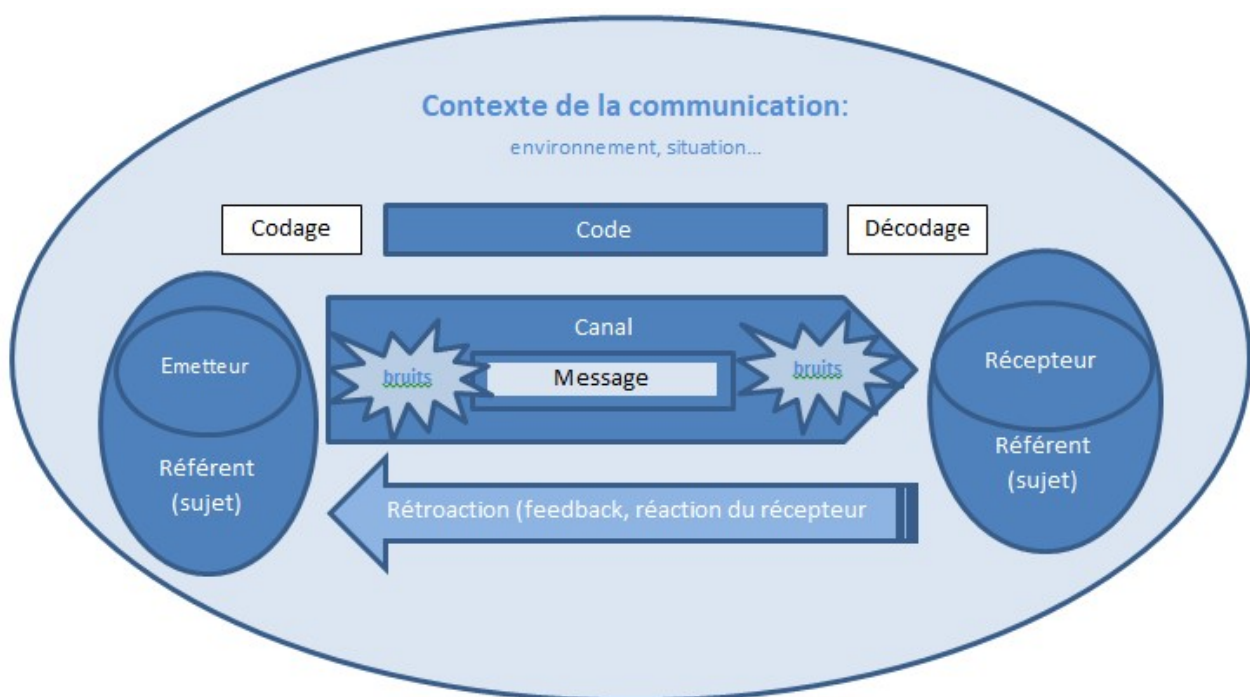
Enfin, il est à noter que souvent, c'est finalement la question de la gestion de nos émotions qu'il faut pouvoir assurer face à certaines situations, qu'elles soient fréquentes, habituelles, ou même exceptionnelles, qu'il s'agisse d'abord de nos propres émotions et de celles de nos collègues de travail, mais aussi des émotions de nos soignés. Et nous voulons croire que la qualité de la communication que nous entretenons avec les uns et les autres est essentielle pour favoriser et améliorer notre quotidien ainsi que le leur, dans l'intérêt de tous et de chacun.

III. PARTIE CONCEPTUELLE

Dans cette partie, nous allons expliquer l'importance d'utiliser la communication positive avec les personnes que nous soignons afin d'établir une relation constructive.

1. La communication

1.1. Le schéma de la communication



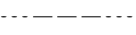
L'émetteur : c'est la source du message. En règle générale, c'est celui qui émet et transmet le message et c'est souvent lui qui le crée et le conceptualise, mais ce n'est pas toujours le cas. En ce qui nous concerne, l'émetteur est bien souvent le soignant. Ce dernier évitera de parler de manière fermée afin de permettre une ouverture et une réponse de la part du récepteur.

Le récepteur : C'est la cible du message, celui à qui le message est destiné, et qui devrait le recevoir dans les meilleures conditions. Encore faut-il qu'il soit disposé à recevoir le message. Ecouter l'autre participe bien sûr à une bonne communication. Concernant notre sujet, c'est le soigné.

Le message : c'est le contenu de ce que l'émetteur veut transmettre au récepteur.

Le canal : c'est le moyen de communication, le moyen de transmettre le message, le support de ce que nous voulons transmettre. Il peut prendre différentes formes : orale, visuelle, auditive, tactile,

olfactive, gustative. En fait, nous pouvons percevoir un message par chacun de nos cinq sens : l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût et le toucher. Ce sont nos moyens de perception qui peuvent très bien se combiner les uns aux autres.

Le code : c'est la manière utilisée pour transmettre un message. Dans la communication orale ou écrite, ce sont les langues qui sont les codes principaux. En ce qui nous concerne, c'est bien sûr la langue française qui est notre principal code de communication. Mais en dehors des langues, il existe d'autres moyens de coder un message, et notamment des codes internationaux, utilisés à travers le monde. Par exemple, tout le monde connaît le célèbre  [3 points 3 barres 3 points]. Cette suite de points et de barres, c'est en fait le signal international de détresse et de demande d'assistance immédiate. Il signifie SOS codé en alphabet morse. Le morse c'est donc un code international qui transcrit les lettres et les chiffres en une succession d'impulsions courtes et longues. Mais au fait, à propos de SOS, savez-vous que signifient ces trois lettres ? "*Save Our Souls*", "Sauvez nos âmes".

La rétroaction ou feedback : c'est la réponse du récepteur à l'émetteur, le récepteur devient à son tour émetteur. Cette réponse dépend de la compréhension et de l'interprétation du message par le récepteur. On parle de rétroaction quand le soigné donne sa réponse au soignant.

Les bruits : tout ce qui peut perturber la communication. A la base, un bruit est une sensation perçue par l'oreille. C'est souvent un son jugé indésirable, une nuisance qui vient gêner notre ouïe. En termes de communication, les bruits sont toutes les perturbations qui interfèrent sur la bonne transmission du message et qui, dès lors, peuvent dégrader sa réception et provoquer sa mauvaise interprétation, voire sa perte partielle ou totale.

Le message n'est pas toujours oral, et quand il l'est, il est accompagné par tout ce qu'on appelle le non verbal. Le non verbal fait entièrement partie du message. Il peut aider à transmettre un message comme il peut être un obstacle à une bonne communication. Il est donc essentiel d'y accorder toute l'attention qu'il mérite. Il est important de prendre en compte le contexte dans lequel la communication se passe et les données environnementales que nous retrouvons.

L'oralité, c'est-à-dire la communication par la parole, occupe sans doute une place importante dans l'ensemble de nos communications. Mais dans la communication orale, au-delà des mots qui constituent la structure même du message, ceux-ci ne sont pas les seuls éléments de ce que nous transmettons. Nous allons voir qu'il existe une règle, la règle de Mehrabian. Celle-ci va nous aider à comprendre la communication.

1.2. La règle de Mehrabian

En 1967, le psychologue iranien Albert Mehrabian a mené deux études qui lui ont permis d'établir la "règle des 3 V". Selon lui, cette règle établit la part du Verbal, du Vocal et du Visuel dans une communication orale. Et selon lui toujours, le résultat de ses études montrerait que seuls 7% de ladite communication est transmise par le Verbal proprement dit, c'est-à-dire les mots utilisés et leur signification. Il y aurait donc 93 % de la communication orale qui serait non-verbale, soit 38% dans le Vocal, l'intonation et le son de la voix, et 55% dans le Visuel, l'attitude, l'expression du visage et le langage corporel.

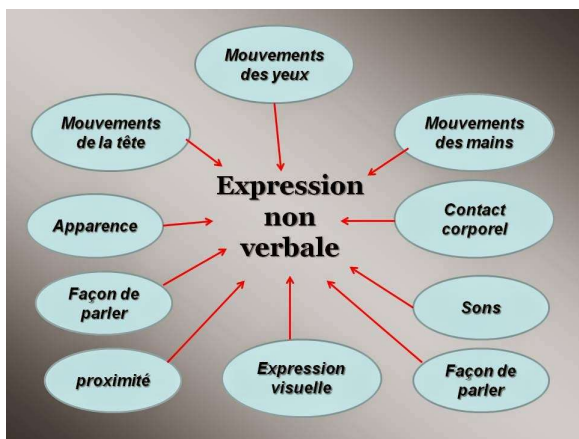
Si la méthodologie et les panels¹² utilisés par Mehrabian pour réaliser ses études peuvent laisser à désirer et faire l'objet de critiques sur le plan scientifique, nous pouvons toutefois en retenir que le non-verbal semble prendre une place très importante dans les communications orales, bien au-delà des seuls mots que nous utilisons. Il est indéniable que l'attitude de l'intervenant et l'intonation qu'il donnera à ses paroles joueront un rôle significatif dans l'interprétation du message qu'en fera son interlocuteur.

Il est donc incontestable que l'expression visuelle, l'intonation de la voix et l'attitude corporelle peuvent transmettre à nos interlocuteurs des informations significatives sur ce que nous voulons leur communiquer. La communication non verbale peut donc s'exprimer de multiples manières au travers de notre comportement, que ce soit de manière consciente ou inconsciente. C'est ce qu'on appelle aussi "le langage du corps".

Depuis Mehrabian, de nombreux chercheurs s'y sont intéressés et continuent à le faire, mais la part et l'importance de chaque élément que peut contenir ce langage corporel dans l'ensemble de notre communication n'ont pas encore pu être estimées valablement. Sans doute le processus de communication entre deux ou plusieurs personnes est-il suffisamment complexe et sophistiqué pour être réduit en une simple équation et quelques pourcentages, tant sont diverses les variables et/ou les inconnues qui peuvent y intervenir : l'objet même du message qui peut être un fait, une opinion, un sentiment,... ; le niveau de clarté ou de complexité de son contenu ; les cadres de références de celui qui émet le message et de celui qui le reçoit ; la relation préexistante entre l'émetteur et le récepteur : affective, neutre, vierge, professionnelle,...

Plusieurs facteurs interviennent dans la composante non verbale d'une communication orale et peuvent l'influencer de manière plus ou moins importante et significative. La communication non

¹² Un panel est un échantillon expérimental de personnes qui se prêtent à une enquête d'opinion. Les études de Mehrabian portaient sur un panel non mixte de 9 femmes, ce qui, selon les lois de la statistique, semble être un échantillon nettement insuffisant pour en tirer des conclusions scientifiquement crédibles.



verbale englobe différents éléments tels que les expressions du visage, les mouvements de la tête, des yeux, des mains, la proximité ou la distance avec notre interlocuteur, la façon de se tenir, la façon de parler, etc.

Prenons l'exemple de cette simple phrase : "Tu as encore renversé de la soupe sur ta chemise". Cette phrase, avec exactement les mêmes mots, peut être

dite sur différents tons et avec différentes expressions du visage qui exprimeront bien plus que le simple fait d'avoir renversé de la soupe et en diront long sur l'état d'esprit de celui ou celle qui la prononce : sur un ton réprobateur et colérique, sur un ton méprisant et humiliant, ou encore sur un ton amical et humoristique.

Cet exemple nous montre que chez la plupart d'entre nous, la communication non verbale est le plus souvent tout à fait spontanée, sans même que nous y pensions. Elle s'exprime de manière subconsciente. C'est pour cela que, dans la plupart des cas, on peut dire que la communication non verbale ne peut pas mentir.

Si elle est donc le plus souvent spontanée, la communication non verbale peut toutefois être parfaitement consciente et maîtrisée par l'intervenant. Si l'on observe un tant soit peu nos interlocuteurs et la manière dont ils se comportent, nous pouvons aisément percevoir s'ils sont intéressés par ce qu'on leur dit, ou au contraire si cela les ennueie profondément. Les expressions de leurs visages peuvent manifester de l'étonnement, ou de l'incompréhension. Peut-être sont-ils enthousiastes ? Ou alors incrédules par rapport à ce qu'ils entendent ?

Le célèbre Mime Marceau a poussé la communication non verbale à l'extrême. C'est parce qu'il avait une voix de gorge sourde et voilée qui l'handicapait lourdement dans sa vocation d'acteur qu'il a décidé de devenir mime. Une profession qu'il développera jusqu'au sommet de l'art avec la réussite et le succès qu'on lui connaissait. Pour lui, *"l'art du mime puise sa force poétique dans cet engagement de tout le corps pour donner forme à l'invisible, créer la métaphore au travers des gestes et du regard"*¹³. Il arrivait ainsi à exprimer les sentiments les plus subtils et nuancés sans prononcer le moindre mot, rien que par les expressions de son visage et de son corps.

¹³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Marcel_Marceau

La psychologue Claudine Carillo¹⁴, va même jusqu'à dire que *"le non verbal a plus d'impact que le verbal"*. C'est ce qu'elle affirme dans son livre *"Être un soignant heureux"* quand elle nous dit : *"Nos capacités de perception conscientes sont limitées. Lorsque nous sommes en relation, nous ne percevons consciemment qu'une partie de la situation. Autrement dit, notre cerveau capte des informations dont nous n'avons pas conscience. Donc, nous percevons plus de messages que ce dont nous avons conscience. Ces informations (visuelles, auditives, olfactives, etc) nous influencent plus fortement que celles dont nous avons conscience. Donc une partie de la communication entre deux ou plusieurs personnes est inconsciente. Et c'est ce niveau inconscient qui détermine le déroulement de la relation."*

Toujours selon Claudine Carillo, *"le non-verbal a plus d'impact que le verbal. La manière d'exprimer un message influencera plus notre interlocuteur que ce que nous disons."*

Rappelons-nous la citation d'Albert Camus déjà évoquée : *"Tout refus de communiquer est une tentative de communication; tout geste d'indifférence ou d'hostilité est appel déguisé."*

Ne rien dire, c'est déjà communiquer. Quand deux personnes sont en présence l'une de l'autre dans une pièce, quoi qu'elles fassent ou qu'elles ne fassent pas, elles sont en relation et elles communiquent. En ne disant rien, l'une exprime quelque chose à l'autre. Peut-être qu'elle ne veut pas lui parler. Ou alors peut-être qu'elle n'ose pas, même si elle le voudrait.

En réalité, il nous est impossible de ne pas communiquer. Que ce soit notre posture, nos gestes, nos mimiques, nos mouvements, tout est communication. Tout communique, et le non verbal y joue donc un rôle très important. A cet éclairage, notre comportement lors de nos contacts avec nos soignés revêt une importance capitale. Autant donc faire en sorte que ce soit dans le bon sens.

¹⁴ Psychologue, thérapeute et consultante en relations humaines, Claudine Carillo assure des formations auprès du personnel soignant sur les thèmes des relations inter-personnelles, gestion du stress, entretien motivationnel, accompagnement des patients et des familles... Elle est l'auteure de *"Être un soignant heureux – fluidifier les relations et apprivoiser les émotions"* (Editions Elsevier Masson – mars 2015)

1.3. La communication négative

Nous allons commencer par la communication négative, cela nous aidera à mieux comprendre la communication positive.

Dans le quotidien de notre profession et dans nos interactions avec les personnes que nous soignons, nous n'avons malheureusement que peu de temps en dehors des moments de soins. Bien évidemment, cela ne favorise pas la mise en place d'une communication positive, et très vite notre manière de communiquer tombe dans son contraire : la communication négative. Une fois que les paroles sont dites, il n'est plus possible de revenir en arrière, et les dégâts dans nos relations avec nos soignés peuvent parfois être alors irréversibles.

La communication devient généralement négative lorsque nous ne maintenons plus notre écoute attentive de l'autre et que nous mettons la priorité sur notre intérêt personnel dans la perception brute de la situation. Nous n'avons pas la bonne attitude et cela peut se traduire par notre indifférence à l'égard des paroles et des sensations de notre interlocuteur, notre inattention face à son langage non verbal et notre confusion quand il s'agit de le déchiffrer avec objectivité. Le soigné peut alors se sentir bafoué, méprisé dans son for intérieur et en souffrir profondément. Ces souffrances qui en découlent peuvent être lourdes de conséquences. La situation risque de devenir conflictuelle et peut conduire jusqu'à une mauvaise qualité des soins.

Ayant la mission d'informer, conseiller, voire éduquer, les soignants doivent s'attendre à beaucoup de questions de la part de leurs soignés. Ils posent parfois beaucoup de questions que nous pouvons considérer comme insignifiantes et nous y répondons de manière désintéressée ou nous n'y répondons pas. Parfois ce sont des questions auxquelles nous ne pouvons pas répondre et, au lieu de demander aux collègues habilités à y répondre, nous préférons donner des réponses superficielles, ou nous n'y répondons pas du tout en faisant croire qu'elles ne nécessitent pas de réponse.

Lorsque nous sommes pressés, pour une bonne ou mauvaise raison, il nous arrive d'accorder peu d'importance à ce que nous raconte notre soigné. C'est dans ces moments où nous nous contentons de ce que nous devons faire que nous agissons de manière à freiner la communication et donc à favoriser la communication négative, comme lorsque nous évitons de regarder dans les yeux le soigné qui nous parle, ou quand nous nous tenons en hauteur, ou encore quand nous lui répondons par des onomatopées ou changeons de sujet.

1.4. La communication positive

L'empathie : *capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.*

La compassion : *elle implique un sentiment de bienveillance, avec la volonté d'aider la personne qui souffre.*

Nous ne pouvons pas parler de communication positive sans évoquer l'empathie et la compassion.

Ces deux aspects nous semblent être les qualités primordiales de chaque personne qui est dans un métier dit de service et plus spécifiquement quand on est soignant. Ces capacités sont essentielles pour tenter de comprendre un soigné, et permettent de nous faire une idée de la situation où nous serions à sa place, de ce que nous voudrions ou pas, et ainsi éviter de nous comporter d'une manière inadéquate. Une fois que ces notions nous créent une certaine ouverture sur notre manière de communiquer avec nos soignés, nous veillons de manière instinctive à communiquer et agir de manière plus bienveillante et en évitant d'agir d'une façon dont nous ne voudrions pas que les autres agissent avec nous-mêmes si nous étions à leur place.

La communication positive est une communication qui ouvre vers l'empathie, la compréhension et la bienveillance. Elle a pour objectif de transformer les divergences, les oppositions, voire les conflits en relations de coopération. Elle s'appuie alors sur un dialogue constructif qui vise à passer à l'action ensemble dans le but de réaliser un projet commun qui tend à améliorer la situation. Cela peut se traduire par le partage d'une motivation commune à réaliser un soin avec un collègue, ou en invitant la personne à être actif dans le soin que nous lui prodiguons.

Il est important d'utiliser un vocabulaire et une syntaxe positive qui invitent des réponses positives en évitant les négations absolues, où les questions ouvertes tenteront d'éviter une opposition, voir une interruption de la communication. Pour ce faire, il est important d'utiliser un langage adapté, mais aussi de montrer par le non verbal, comme la posture ou l'intonation de la voix, que nous ne sommes pas dans une opposition, mais plutôt à l'écoute, disposés au dialogue constructif et donc à la coopération réciproque. En vue de faire progresser le dialogue, il est nécessaire d'utiliser des mots similaires à ceux de son interlocuteur et de trouver une convergence dans les valeurs évoquées.

Enfin, dans une communication positive, il est essentiel de désamorcer les points de divergences en les évoquant de manière anticipative et stratégique, afin d'arriver, par la suite, non pas à une vive opposition, mais à une invitation à coopérer par le dialogue.

La façon de nous adresser à une personne soignée a une influence énorme sur la réponse et la réaction que nous sommes susceptibles de recevoir. La communication positive se révèle être un allié de taille dans la relation avec nos soignés. Une telle communication installe un climat de

confiance, propice à la bonne entente dans un état d'esprit positif. En outre, elle limite le risque d'une violence verbale que nous avons souvent eu l'occasion d'entendre lors de nos stages, que ce soit de la part du soignant ou du soigné. Et s'il nous arrive de devoir transmettre des informations peu agréables ou indésirables aux personnes soignées, la communication positive peut en atténuer l'effet douloureux ou contrariant.

La communication positive s'appuie sur quelques règles de base élémentaires : être à l'écoute de notre interlocuteur, mais être réellement à l'écoute; une écoute active pour bien comprendre ce que la personne nous dit, son ressenti, son avis, son point de vue, et non pas ce que nous avons envie d'entendre malgré lui ; lui poser des questions pour s'assurer de notre bonne compréhension et favoriser la rétroaction : des questions ouvertes de préférence afin de ne pas orienter ses réponses, demander des éclaircissements si nécessaire ; être attentif aux comportements non verbaux de notre interlocuteur, mais aussi aux nôtres, l'encourager en soulignant, si possible, quelque chose de positif, aussi minime soit-il ; communiquer dans le respect de la personne, se comporter avec elle comme nous souhaiterions qu'elle se comporte avec nous ; en situation problématique, essayer de trouver une solution qui soit avantageuse pour tous les deux ; résumer brièvement ce qu'on vient de se dire, pour s'assurer que nous avons tous les deux bien compris.

La communication positive doit traduire une volonté, un engagement de notre part à créer un cadre favorable aux interactions entre la personne soignée et nous. Quand nous arrivons à instaurer cette communication, la personne soignée se sent détendue et en confiance.

1.5. Communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire

L'aide-soignant travaille dans une équipe pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe collaborent et communiquent pour une bonne organisation dans le but d'apporter des soins de qualité aux soignés. Les transmissions orales et écrites jouent un rôle important dans le suivi des soins.

"Il est interpellant, nous dit Claude Curchod, de constater que bien des patients perçus comme difficiles par certains professionnels ne sont pas vécus comme tel par d'autres qui réussissent à établir une relation de qualité et obtenir la collaboration nécessaire à des soins efficaces. Le même constat peut être fait lors de transferts : un patient décrit comme "insupportable" par une équipe peut être vécu comme "agréable" dans son nouveau lieu d'accueil".¹⁵

La cohésion dans une équipe et l'entente qu'il peut y avoir jouent beaucoup sur l'ambiance et la manière de travailler en général. La façon dont les collègues parlent d'un soigné peut influencer

¹⁵ Claude Curchod : op cit

notre manière de le percevoir. Peu importe la façon de communiquer ou avec qui, nous créons des relations.

1.6. Communication avec la famille des soignés

L'éducation à la santé que nous faisons ne se limite pas aux soignés, nous avons le rôle d'informer et d'éduquer les familles aussi. Le soignant essaiera d'adapter son langage à celui de la famille, il essaiera de comprendre leurs particularités en évitant tout jugement. La famille peut mal interpréter les conseils du soignant en pensant que ce dernier la prend pour ignorante par exemple. Il est important d'être clair et leur expliquer que tout ce qui est important reste le bien être du soigné.

La famille du soigné peut être demandeuse, ou non, d'en apprendre plus sur son état de santé et comment aider à la bonne continuité des soins. Notre rôle est de leur apporter le maximum d'informations tout en restant à notre place.

Maintenant que nous avons vu les différentes formes que peut prendre la communication, nous allons nous intéresser à la notion de relation, car l'objectif d'une communication positive est de créer une relation constructive, en particulier avec la personne soignée.

2. La relation

2.1. Définition

Caractère, état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles entre un rapport : relation de cause à effet. On peut lire dans le livre « Donner vie à la relation de soin » de Laure Marmilloud les passages suivants :

- Vouloir prendre au sérieux la relation dans le soin commence par prendre le temps de considérer ce que le mot exprime. Il dit deux choses complémentaires à propos des termes ou des sujets qu'il rapproche : une possibilité d'interaction et la reconnaissance que chaque entité existe pour elle-même. La relation est telle qu'elle relie et sépare à la fois. Elle n'absorbe pas l'un des termes au détriment de l'autre.

- Apprendre à se situer dans une relation de soin devrait commencer par une brève méditation à propos de la relation elle-même.

- La relation qui relie et sépare est une source pour l'éthique du soin et un repère pour l'action.

La relation entre un soignant et un soigné se crée malgré eux. Le soigné a besoin de créer une relation avec la personne qui le soigne, il a besoin de se sentir en confiance et compris. Le soignant a besoin que le soigné collabore pour le bon déroulement des soins.

Le fait de créer une relation ne garantit pas forcément sa qualité, elle peut être mauvaise ou bonne, constructive ou destructrice. Commençons par parler de la relation destructrice.

2.2. La relation destructrice

Relation qui tend à nuire à l'un ou à l'autre, voire à toute personne qui fait partie de cette relation.

C'est une relation que nous qualifions de relation toxique c'est-à-dire une relation dans laquelle l'un y trouve son compte, arrive à s'épanouir sans se soucier de l'autre et peut même lui faire du mal.

Que nous le voulions ou non, quand nous nous occupons d'une personne, nous créons une relation. Cette dernière devient destructrice lorsque l'une des personnes cherche à dominer l'autre. Certains soignants peuvent se sentir en position de supériorité car ils apportent aux personnes soignées des soins qu'elles ne seraient pas capables de se prodiguer elles-mêmes. Ce sentiment de supériorité pousse la personne soignée à ne pas se sentir respectée, à se sentir dévalorisée, cela crée une sensation d'insécurité, un manque de confiance en elle-même mais aussi envers le personnel soignant. La personne soignée finit par se construire une carapace, à compliquer le travail des soignants, voire à refuser complètement les soins. Cela crée un conflit qui peut pousser l'un ou l'autre à devenir agressif. Le soignant cherche à garder sa place de dominant et infantilise le soigné dans sa manière de s'adresser à lui, le soigné se sent humilié et devient psychologiquement faible. Le fait de prendre à la légère la douleur du soigné peut le frustrer et compliquer la relation avec le soignant.

2.3. La relation constructive

Relation qui contribue à construire, à faire avancer les choses de façon positive.

La bienveillance et l'empathie que nous pouvons avoir envers nos soignés nous permettent de créer une relation qui les met en confiance et qui les aide à participer activement aux soins et à les faciliter. Un soignant qui donne à ses soignés tout le respect qu'il leur doit, les aide à se sentir prêts à s'investir dans les soins et à lui faire confiance. Plus le soignant va se montrer concerné par la douleur de son soigné, plus ce dernier va se sentir soutenu et va faciliter la relation et les soins qui vont avec. Le soignant se trouve bien souvent à devoir donner des conseils, voire faire de l'éducation à la santé, et la manière qu'il utilise pour en donner joue beaucoup dans la relation qui peut se créer.

Un soigné qui devient incontinent peut se sentir honteux. Si le soignant lui explique ce qui se passe dans son corps et pourquoi il n'arrive plus à se retenir, il réduira ce sentiment et aidera le soigné à être indulgent avec sa propre personne. Il lui permettra alors de créer une relation de confiance avec les soignés.

Dans le cours de déontologie appliquée de Madame Père, nous avons pu relever les qualités attendues chez l'aide-soignante : les qualités intellectuelles, les qualités physiques et les qualités morales. Nous allons nous intéresser aux qualités morales dont un des points nous intéresse tout particulièrement et nous semble primordial dans le cadre de notre profession : le respect de l'autre.

3. Le respect

3.1. Définition

Le respect est une attitude qui consiste à ne pas porter atteinte à autrui. Définition tirée du cours de « Principes de déontologie » de Madame Père.

Peu importe la classe sociale, la société dans laquelle on évolue, le respect de l'autre est la base de l'éducation. Chacun de nous a en lui cette envie d'être respecté malgré que nous l'exprimions de manières différentes.

Les cultures peuvent nous handicaper ou nous faire interpréter le respect de l'autre de manière erronée ; par exemple dans notre culture, nous avons appris à respecter toute personne plus âgée que nous et toute personne qui a l'autorité. Est-ce un raison pour ne pas nous respecter nous-mêmes ou ne pas respecter les personnes de notre âge ou plus jeunes que nous ?

Le respect de l'autre prouve le respect qu'on a envers soi, on ne donne que ce qu'on a.

L'aide-soignant a, aux yeux de la personne soignée, une certaine autorité car elle représente directement le personnel soignant. Certains aides-soignants en profitent de manière très négative et d'autres savent rester professionnels.

3.2. Le respect de soi

Si le respect est une attitude qui consiste à ne pas porter atteinte à autrui, le respect de soi est une attitude qui consiste à ne pas se porter atteinte.

Peut-on se porter atteinte à soi-même en tant que soignant? Certainement, en essayant de contenter ses soignés et en s'oubliant. Respecter ses patients ne veut pas dire tout leur permettre, nous avons le droit de leur dire non quand cela est nécessaire et justifié.

Il arrive d'avoir envie d'être un soignant irréprochable aux yeux de tout le monde, mais cela est impossible, nous avons chacun nos défauts et nous devons apprendre à vivre avec, tant que ça ne porte pas atteinte à autrui. Mettre des limites ne veut pas dire qu'on est forcément un mauvais soignant. Au contraire un « bon » soignant sait quand il doit s'arrêter, il ne dit pas oui à chaque demande, il réfléchit à ce qui est possible ou non, il ne se met pas en danger. Mettre des limites, c'est se respecter.

4. Conclusion

En conclusion, nous dirons que la communication est complexe dans son analyse et que communiquer de manière positive demande beaucoup de réflexion à chaque instant, d'observation et d'anticipation.

Aussi bienveillant que le soignant puisse être, sa bienveillance peut soit être mal interprétée par le soigné, voire ses collègues, soit être excessive dans le zèle de bien faire au point d'être envahissant.

IV. PARTIE PRATIQUE

Dans cette partie pratique, et à partir de notre approche de la communication positive et de la relation constructive développées dans la partie conceptuelle, nous allons expliquer comment nos actes du quotidien peuvent détruire ou construire nos soignés. Pour ce faire, nous allons également nous appuyer sur les situations évoquées dans la partie contextuelle.

1. Les soins pour la personne soignée

Les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 et du 1^{er} septembre 2019 dressent des listes d'actes qu'un aide-soignant peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier au sein d'une équipe structurée. Nous effectuons ces actes au quotidien de manière presque machinale, sans forcément penser aux arrêtés royaux. Appuyons nous sur ces actes du quotidien pour expliquer l'importance d'une bonne communication afin de parvenir à une relation constructive entre le soignant et le soigné.

1.1. Le réveil des soignés

Certains soignés ont besoin d'être réveillés pour diverses raisons (prise de médicaments, examens médicaux, etc.). Le réveil est plus ou moins difficile pour certaines personnes. Le soignant qui est chargé de réveiller son soigné doit faire attention et essayer de faire en sorte que le réveil soit le moins désagréable possible. Nous faisons en sorte de prévenir que nous allons entrer dans la chambre du soigné en frappant à la porte, et que nous allons allumer la lumière. Pour certains soignés, nous avons besoin de nous approcher voire de les toucher pour pouvoir les réveiller et dans certains cas cela peut les effrayer, à nous de trouver le juste milieu pour ce faire.

Pour les personnes soignées que nous réveillons, il s'agit de la première communication de la journée et elle peut définir la mauvaise ou la bonne relation que ces soignés vont avoir vis-à-vis des soignants pendant la matinée, voir la journée, en fonction de leur humeur par exemple.

1.2. La toilette et l'aide à la toilette

Certains soignés qui ont besoin d'être stimulés, d'autres ont besoin d'une aide partielle et d'autres encore d'une aide totale. Selon l'aide à apporter à nos soignés, notre attitude et notre manière d'agir

seront adaptées. Montrer sa nudité n'est pas chose facile pour tout le monde, nous sommes conscients et apportons notre aide de manière la plus respectueuse qui soit : s'assurer que la porte de la pièce dans laquelle nous nous trouvons soit fermée ; s'il s'agit d'une chambre commune, de bien fermer le rideau, de faire en sorte que seule la partie qui est entrain d'être lavée soit dénudée, de détendre l'atmosphère en parlant avec la personne, d'autant plus que les occasions de parler avec les soignés sont rares, et faire aussi vite que nous pouvons pour pouvoir rhabiller la personne ou l'aider à se rhabiller.

Parlons de deux des nouveaux actes délégués.

1.3. Mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire

Selon l'arrêté royal du 27 février 2019, l'infirmier peut déléguer un certains nombre d'actes à l'aide-soignant dont la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide soignant explique bien au soigné l'acte qu'il va exercer, lui explique le but de cet acte et la procédure pour qu'il ne se sente pas envahi ou agressé. Il précise d'abord que l'examen vise à mesurer la quantité de sucre dans le sang, et qu'il faudra lui faire une piqûre sur un doigt pour récolter le sang nécessaire pour l'examen. Le soignant est prêt à répondre à un certain nombre de questions surtout si c'est la première fois que le soigné subit cet examen, il donne des réponses claires et honnêtes. Nous pouvons rassurer notre soigné sans lui mentir comme lui dire que ça ne fera pas mal, le ressenti de la douleur dépend de la personne. Nous demandons à notre soigné de laver ses doigts à l'eau et au savon pour éviter de fausser le résultat au cas où la personne aurait touché des aliments sucrés, pensons à prévenir avant de piquer.

1.4. La pose des bas ou bandes de contention

L'aide soignant explique au soigné que les bas ou les bandes de contention servent à prévenir ou à traiter des affections veineuses. Avant de poser les bandes ou les bas de contention, vérifier si la peau est saine et sèche, lors de cette vérification expliquer au soigné ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Pendant que nous les posons nous expliquons que ça va serrer mais que ça ne doit pas serrer trop fort, donner la possibilité à notre soigné de dire quand ça serre trop fort car ce n'est pas le but et surtout que ça risque de faire un garrot, d'empêcher la circulation au lieu de faciliter le retour veineux.

Quand il s'agit d'un soigné qui a l'habitude de voir que c'est l'infirmier qui pose cet acte et appréhende que ce soit l'aide soignant, nous lui expliquons que nous sommes habilités à le pratiquer, si possible demander à un infirmier de nous accompagner pour rassurer ce soigné.

1.5. La distribution des repas, l'aide à l'alimentation et à l'hydratation

Selon que le soigné est dans un hôpital ou dans une autre institution, certains mangent dans leurs chambres et d'autres mangent dans des salles à manger. Nous, soignants, apportons l'aide à certains soignés pour l'alimentation et l'hydratation, stimulons d'autres et en surveillons certains quand il le faut. C'est un moment important, pendant lequel nous ne sommes amenés à être concentré que sur le soigné que nous aidons, éviter de le distraire, de lui parler ou lui poser des questions. Nous surveillons attentivement notre soigné pour voir s'il n'a pas de difficultés à déglutir. Nous nous positionnons en face de la personne, donnons des bouchés ni trop grosses ni trop petites, laissons le temps à la personne de mâcher et déglutir son bol alimentaire. Quand c'est un soigné à stimuler, nous faisons de manière bienveillante en évitant de l'infantiliser ou de le blâmer.

1.6. Le change pour les soignés incontinents

Le moment de change est un moment où on entre dans l'intimité des soignés. C'est un moment où la personne doit se dénuder pour laisser un soignant lui faire un soin qu'elle a toujours fait elle-même et seule. Le soigné se sent diminué par la maladie ou tout simplement la vieillesse. C'est un moment qui peut souvent être vécu comme humiliant.

Concernant la première situation de la partie contextuelle, c'est bien sûr la maladresse de l'aide-soignante qui nous interpelle.

Dans une telle situation, cette dame est traitée de façon irrespectueuse et infantilisante et ça génère chez elle souffrance et colère. Une situation qui peut être considérée comme une négligence voir une maltraitance. Nous sommes dans une salle où plusieurs résidents se reposent et l'aide-soignante aurait déjà pu être beaucoup plus discrète pour interpeller la résidente. Elle aurait pu la réveiller beaucoup plus délicatement en lui expliquant que c'est le moment de la changer car, si nous tardons, l'humidité de sa protection et la chaleur de sa peau risque de lui créer des mycoses. Une fois la dame installée sur le cabinet, elle aurait pu lui expliquer qu'il est dangereux de se lever toute seule à cause de ses problèmes d'équilibre. Dans ce cas-ci, avec un minimum de patience et d'explication sur l'importance du change, il aurait été possible de créer une dynamique de

coopération bienveillante. L'aide-soignante aurait pu profiter de cette situation pour faire une forme d'éducation à la santé en utilisant la communication positive.

1.7. L'aide au coucher

Devoir expliquer à un adulte que c'est l'heure de se mettre au lit n'est pas une tâche facile, un adulte connaît l'importance d'un sommeil reposant et s'est habitué à un certain rythme. Il y a un horaire à respecter dans les institutions mais le soigné doit aussi se reposer suffisamment selon ses pathologies et les traitements qui vont avec. Nous devons trouver les mots et nous adapter à chaque soigné et à ses difficultés. Nous avons un rôle important d'éducation à la santé. La façon dont nous allons mettre au lit un soigné peut participer à lui faire passer une bonne nuit et être plus reposé le lendemain ou au contraire à lui faire passer une nuit désagréable, voire à l'empêcher de trouver le sommeil. L'utilisation d'une communication positive durant ce dernier moment de la journée peut avoir des conséquences positives pour les équipes de soignants qui vont suivre, ou à l'inverse leur causer une surcharge de travail qui aurait pu être évitée.

L'aspect technique du métier est certes important mais n'oublions pas que nous ne sommes avant tout humains. Empruntons la citation suivante pour la bonne compréhension de l'importance du côté humain dans le soin.

"Elle avait songé aux infirmières, aux aides-soignantes qui l'avaient accompagnées lors de son séjour en maison de santé. Plus que les somnifères et les cachets qu'elles venaient distribuer chaque jour, c'est leur attention bienveillante qui l'avait aidée à tenir. Il ne faut pas sous-estimer les petits gestes et les sourires, ils sont puissants. Ils sont autant de remparts contre la solitude et l'abattement." Laetitia Colombani dans "Les victorieuses" – p.171 – Editions Grasset - mai 2019.

En dehors de tout le travail dont peut se rendre compte le soigné, le soignant doit faire beaucoup plus, pour son bien-être afin de pouvoir en apporter à ses soignés.

2. La responsabilité du soignant

2.1. La préparation du soignant

La tenue vestimentaire et notre apparence en son entièreté sont notre première manière de communiquer.

L'aide-soignant(e) est la première personne qui explique à ses soignés l'importance de l'hygiène corporelle. Dans la plupart des institutions, la tenue pour les aides soignants est blanche ; plus la tenue va être propre et repassée, plus nous auront l'air professionnel et crédible. Personne n'aimerait être soigné, peu importe le soin, par un soignant qui sent mauvais, qui porte des vêtements sales, froissés ou déchirés. Nous faisons attention à chaque détail, surtout nous concernant, pour ne pas devenir la source d'un soin mal exécuté ou refusé.

Se présenter dans son service avec une tenue adéquate et en étant présentable prouve le respect que nous avons pour notre propre corps et pour notre entourage. L'apparence est le premier élément observable de la communication non-verbale. Elle permet de mettre en confiance le soigné, mais aussi les soignants. Une apparence négligée peut nuire aux relations professionnelles et aux relations avec les soignés. Nous nous assurons de ne pas être la source d'infections associées aux soins, nous devons veiller à la propreté de nos mains car nous sommes amenés à toucher nos soignés quasiment tout le temps. Ça serait dommage de soigner une personne et de transmettre son infection à un autre soigné par mégarde.

2.2. Adapter la communication à celle des soignés

Concernant la deuxième situation, nous constatons que la dame sourde et muette n'arrive pas à se faire comprendre. Elle se sent incomprise et par moment elle peut être agressive. Elle essaye de communiquer en utilisant la langue des signes mais personne ne comprend ce qu'elle dit car personne dans l'équipe n'est en mesure de pratiquer le langage des signes. La première solution que nous proposerions à cette institution serait d'avoir un membre du personnel sachant communiquer en utilisant la langue des signes. Il est important, au sein d'une équipe de soignant, d'être en capacité de communiquer avec l'ensemble des soignés et de ne pas seulement communiquer avec ceux qui sont en mesure d'avoir de bonnes capacités de communication. A défaut d'avoir un soignant pratiquant le langage des signes, le plus élémentaire des comportements serait de prendre la peine de l'écouter avec attention et d'essayer de la comprendre d'une manière ou d'une autre. Dans cette situation, le comportement des soignants n'est manifestement pas adapté aux difficultés de communication de la soignée.

2.3. Respecter le rythme des soignés

Chacun a son rythme. Quand on est malade ou qu'on prend de l'âge, certains mouvements deviennent difficiles, voire impossibles à faire. Les soignants sont sensés le savoir mais se montrent parfois plus difficile avec ces personnes qui sont lentes et préfèrent tout faire à leur place pour aller plus vite.

Concernant la troisième situation, nous trouvons que le personnel était bien conscient du problème du résident mais semblait lui en vouloir car selon leurs dires, il n'était pas assez vieux pour se laisser aller ainsi.

Si nous avions été à leur place, sachant qu'il y a un horaire à respecter, nous aurions réveillé ce monsieur un peu plus tôt, nous lui aurions dit de ne pas hésiter à sonner en cas de besoin pour être sûr qu'il soit prêt à temps. Peut-être aurait-il été nécessaire, avec une communication positive, de lui expliquer et de lui montrer comment faire sa toilette de manière plus efficace? Peut-être aurait-il été valorisé d'apprendre comment faire ? Peut-être aurait-il été fier de collaborer avec les soignants pour gagner en efficacité, jusqu'à finalement faire sa toilette presque seul ? La communication doit être au service de l'organisation, et l'inverse est aussi vrai, une bonne organisation peut aider à mieux communiquer.

2.4. Préserver son corps

L'outil principal d'un aide soignant est son propre corps.

Dans le domaine de soins de santé, nous avons la chance de pouvoir disposer de matériel qui n'existait pas il y a quelques années. Force est de constater que les soignants les plus anciens souffrent de pas mal de problèmes de dos et d'épaules, par exemple. Aujourd'hui, dans les institutions où nous avons effectué nos stages, nous avons pu remarquer qu'il existe toutes sortes de systèmes permettant d'alléger la charge physique. Lors des soins, par exemple, nous avons la possibilité d'adapter la hauteur des lits pour le meilleur positionnement de notre colonne vertébrale. Lors des transferts (mobilisations des soignés), nous fléchissons les genoux, nous pouvons nous servir d'une infirmière mécanique quand c'est nécessaire ou demander de l'aide aux collègues. Faire participer le soigné au maximum de ses possibilités pourra également nous aider et alléger notre charge de travail au point de vue physique.

Au quotidien, ces quelques éléments sont indispensables à la qualité de vie du soignant et donc à la qualité de son travail.

2.5. Former les stagiaires

Dans son cours de législation et déontologie, Madame Père, décrit le rôle de l'aide-soignant comme suit :

- *répondre aux besoins fondamentaux des patients*
- *maintenir l'hygiène dans l'environnement du patient donc lutter contre les maladies nosocomiales*
- *entretenir le matériel.*
- *participer à l'encadrement et à la formation des stagiaires*

Selon Madame Père, ce dernier point du rôle des aides-soignants fait donc partie intégrante de leur mission. Ils se doivent d'encadrer et former les stagiaires. Malheureusement, sur le terrain, on peut en trouver certains qui ont tendance à oublier que ça fait partie de leurs rôles, et qu'ils sont passés par là. Ils trouvent que les stagiaires sont plus encombrants qu'autre chose. Nous pourrions même aller plus loin. Il nous est arrivé d'en rencontrer certains qui font tout pour que les stagiaires soient dégoûtés du métier. Ce que nous proposerions, c'est de rappeler leur rôle au complet, lors des formations continues que le personnel soignant doit suivre. Le personnel soignant a aussi un rôle de communication du savoir-faire et du savoir-être auprès des stagiaires.

Dans un paragraphe intitulé *"Traiter les relations dysfonctionnelles au sein de l'équipe"*, Claude Curchod nous explique ceci : *"Les relations entre collègues fondées sur la confiance et le respect sont essentielles à la sécurité des soins. Les conflits et l'absence de communication, d'appui et de confiance qu'ils entraînent peuvent mettre inutilement en péril la sécurité des clients et des infirmières. Or, les relations au sein des équipes soignantes sont en partie faites de conflits larvés, d'abus de pouvoir sournois, de confusion entre sphères privées et professionnelles, d'agressions verbales, de propos dénigrants, de rumeurs, etc. Le professeur BEV TAYLOR relève ainsi que les environnements de travail des infirmières sont souvent emplis de violence, y compris d'une violence entre les infirmières elles-mêmes, appelée violence horizontale ou violence entre pairs."*¹⁶

S'il ne faut pas y voir une habitude courante dans notre pratique professionnelle, voilà toutefois un aspect du métier à garder à l'œil, en toutes circonstances.

2.6. Une communication efficace

Quand un patient arrive dans un hôpital, le personnel est sensé avoir accès à son dossier et pouvoir échanger entre les services. Qu'il change de service ou non, le patient s'attend à ce que le personnel sache répondre à ses questions et lui fait confiance dans la plupart des cas. L'assurance d'une bonne communication entre équipes soignantes et au sein d'une même équipe de soignants est évidemment de nature à rassurer le soigné. Dans le cas contraire, on peut comprendre que ce serait plutôt de nature à l'inquiéter. Concernant la cinquième situation, le service était sensé avoir toutes les informations sur le patient avant qu'il arrive dans le service. Quand bien même il y aurait eu un problème de communication à cause certainement de la période particulière de covid que tout le personnel soignant subissait, les informations sur ce patient auraient pu être trouvées dans son dossier.

¹⁶ Claude Curchod op. cit p. 218

2.7. Se protéger en tant que soignant

Que ce soit pour la sixième ou la septième situation, les médecins, les infirmières et sans doute tout autant les aides-soignants, sont souvent appelés à recevoir certaines confidences de leur soigné, et à entendre de leur part des tranches de vie, des histoires de leur existence porteuses de drames, de pertes, de deuils douloureux, lourds de sens et d'émotions. Force est de remarquer qu'en tant que soignants nous devons pouvoir nous réfugier dans une sorte de cage protectrice pour être en mesure d'affronter les malheurs des patients, sans toutefois se les approprier et en supporter tout le poids. La communication, et plus spécifiquement la communication de nos angoisses, doivent trouver une limite si nous souhaitons rester professionnels et tenir le coup humainement.

A ce sujet, Claude Curchod nous dit : *"La souffrance des patients et de leurs proches s'expriment en certaines occasions au travers de comportements et de propos difficilement vécus par les soignants présents et qui en sont occasionnellement la cible apparente. Y faire face n'implique pas seulement de recourir à des techniques qui facilitent la communication, même si leur utilité est réelle. Cela nécessite peut-être avant tout d'adopter une posture dans laquelle nous ne sommes ni persécuteur, ni sauveur, ni justicier, ni victime, mais essentiellement professionnel... et humain. Cette attitude nécessite une solide capacité à prendre du recul et une saine gestion de ses émotions."*¹⁷

Une activité, un loisir en dehors du travail peuvent aider le soignant à tenir le coup et à évacuer tout le stress absorbé pendant l'exercice du métier.

2.8. Les transmissions orales et écrites

L'aide soignant travaille dans une équipe structurée comme dit dans la définition. Afin d'assurer une bonne continuité des soins, l'aide soignant fait des transmissions orales et écrites après chaque acte posé auprès de la personne soignée. L'aide soignant communiquera à son équipe toutes ses observations les éventuels changements quant à la situation du soigné. Il laissera une trace écrite pour permettre à toute l'équipe d'avoir accès à ces informations et d'ainsi pouvoir adapter les soins. Un oubli lors de la transmission peut causer des problèmes au sein de l'équipe et, dans certains cas de graves soucis chez la personne soignée. Par exemple, si un soignant oublie de transmettre une injection de HBPM (héparine à bas poids moléculaire), une seconde injection peut causer une hémorragie. La communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire est indispensable au bon fonctionnement de celle-ci mais surtout au bien-être et à la sécurité des soignés.

¹⁷ Claude Curchod – op. cit p.242

Etant nouveaux dans le métier, nous apprendrons à créer cette relation constructive avec nos soignés et à la préserver ; malheureusement elle peut être perturbée et nous tenterons de la restaurer du mieux que nous pourrons.

V. CONCLUSIONS

A l'entame de notre formation d'aide soignant, nous sommes animés par beaucoup de questions, de certitudes, d'espoir et d'inquiétudes. Nous savons, néanmoins, que ce qui sera au cœur de notre métier sera la relation avec l'autre, à savoir la personne soignée, la raison de notre futur métier, ce qui nous a amenés ici aujourd'hui.

Lors de nos stages, nous sommes confrontés à différentes situations qui nous interpellent. Elles nous aident à répondre à certaines de nos questions, à remettre en doute nos certitudes, parfois. Les exemples de situations vécues dans le cadre de nos stages et décrites dans ce travail nous montrent à la fois l'importance du sujet et sa complexité. La réalité du terrain nous aide à prendre conscience des difficultés du métier, principalement dans les relations humaines, omniprésentes pour un aide soignant. Un soigné « compliqué », un défaut de communication au sein de l'équipe, un imprévu, etc. peuvent être autant d'obstacles dans le rouage d'une journée de travail.

En situation pratique, nous observons rapidement que nous-mêmes, aides soignants, serons les acteurs principaux de ce que nous voulons que soit une relation soignant-soigné idéale.

Alors, comment établir une relation constructive avec la personne soignée par la communication positive ? Dans notre vie de tous les jours, la communication est partout. A tout moment, nous entrons en contact avec des personnes, proches ou inconnues dans tout type de situations. Communiquer, c'est entrer en contact avec autrui. Notre soigné, bien entendu, n'échappe pas à la règle. Et notre place dans cette relation est d'autant plus importante que le soigné est dépendant de nous, de l'équipe soignante et des soins qui lui sont prodigués. Communiquer de manière positive, comme expliqué dans notre travail, comprend plusieurs éléments, tous aussi importants les uns que les autres. D'abord, l'aide soignant se présente à son soigné de manière positive. Cela inclut une présentation propre et soignée, le sourire, sans oublier le langage corporel. Ensuite, le soignant essaie de connaître le soigné. Qui est-il ? Pourquoi est-il là ? Quelles sont ses difficultés, ses limites ? Et en fonction de cela, le soignant adapte non seulement ses soins mais aussi sa façon de communiquer. Il fait preuve d'empathie à l'égard du soigné. Enfin, pour faciliter le soin mais aussi la confiance réciproque entre le soignant et le soigné, le soignant invite le soigné à être actif, à devenir actant. Ce dernier point est à nos yeux extrêmement important tant il permettra à la personne d'entrer dans une autre dynamique et de garder ou de retrouver la confiance en soi,

indispensable à une communication positive et à une relation constructive. La communication positive est contagieuse, utilisons-la ! Soignants et soignés serons tous gagnants.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Les 14 besoins de Virginia Henderson

1 - Besoin de respirer	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Sans gêne 2 - Dyspnée. 3 - A besoin d'aide technique (aérosol). 4 - Ventilation assistée.
2 - Besoin de boire et manger	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Mange seul. 2 - Installation/stimulation. 3 - A besoin d'aide partielle et/ou surveillance. 4 - A besoin d'aide totale (faire manger, sonde de gavage).
3 - Éliminer	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Continence. 2 - A besoin d'aide (wc avec aide, urinal, bassin). 3 - Incontinence jour ou nuit. 4 - Incontinence jour et nuit
4 - Se mouvoir et maintenir une bonne posture	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Se déplace seul. 2 - Se déplace avec aide (déambulateur) ou avec une personne. 3 - Se déplace avec l'aide de deux personnes. 4 - Alité en permanence, grabataire.
5 - Dormir et se reposer	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Dort naturellement. 2 - Dort avec aide (médicament). 3 - Réveils fréquents. 4 - Insomnies fréquentes
6 - Se vêtir et se dévêtir	<ul style="list-style-type: none"> 1 - S'habille, se déshabille seul. 2 - A besoin du conseil d'un tiers, de surveillance. 3 - A besoin de l'aide partielle d'un tiers. 4 - A besoin d'une aide totale.
7 - Maintenir sa température	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Adapte ses vêtements à la température ambiante. 2 - Demande à être protégé. 3 - Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante. 4 - Garde les vêtements qu'on lui enfile.
8 - Être propre, protéger ses téguments	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Se lave seul. 2 - A besoin d'être stimulé mais se lave seul. 3 - A besoin d'une aide partielle. 4 - A besoin d'une aide totale pour se laver.
9 - Éviter les dangers	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Lucide. 2 - Confus et/ou désorienté épisodiquement. 3 - Confus et/ou désorienté en permanence. 4 - Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres
10 - Communiquer	<ul style="list-style-type: none"> 1 - S'exprime sans difficulté. 2 - S'exprime avec difficulté (bégaiement). 3 - A besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète). 4 - Ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer.
11 - Agir selon ses croyances et ses valeurs	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Autonome. 2 - Est découragé, exprime sa colère, son angoisse. 3 - Éprouve un sentiment de vide spirituel. 4 - Demande une assistance spirituelle
12 - S'occuper en vue de se réaliser	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Autonome. 2 - Triste, anxieux. 3 - Angoissé, opposant, se laisse aller. 4 - Négation de soi, désespoir.
13 - Besoin de se récréer, se divertir	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Autonome. 2 - Désintéressement à accomplir des activités récréatives. 3 - Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives. 4 - Refuse d'accomplir des activités récréatives
14 - Besoin d'apprendre	<ul style="list-style-type: none"> 1 - Se prend en charge. 2 - A besoin de stimulation. 3 - Apathique. 4 - Refus, résignation.

Annexe 2 : Pyramide de Maslow



VII. BIBLIOGRAPHIE ET
SITOGRAFIE

1. Bibliographie

Marmilloud Laure, *Donner vie à la relation de soin - Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité*, Editions Érès, collection "Espace éthique", août 2019, 254 p.

Claude Curchod, *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*, Editions Elsevier Masson, octobre 2018, 291 p.

Claudine Carillo, *Etre un soignant heureux – Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions* (2^{ème} édition), Editions Elsevier Masson, mars 2015, 193 p.

2. Sitographie

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844#:~:text=Action%20de%20rapporter%20en%20d%C3%A9tail,Relation%20de%20cause%20%C3%A0%20effet>. consulté le 25 janvier

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/constructif/>. Consulté le 25 janvier

<https://www.google.com/search?q=communication+d%C3%A9finition&oq=Communication+d&aqs=chrome.2.69i57j0l6j0i395l3.16222j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Consulté le 25 janvier

<https://www.google.com/search?q=patient+d%C3%A9finition&oq=patient&aqs=chrome.1.69i57j0i20i263j0l2j0i395j69i60l3.6416j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Consulté le 25 janvier

<http://communicationcs.e-monsite.com/pages/cours/seance-1-les-fondements-de-la-communication-2.html>. Consulté le 08 avril 2021

https://www.google.com/search?q=la+communication+n%C3%A9gative+definition&source=lmns&bih=694&biw=1280&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjP056B0-7vAhVJ-4UKHV9PBvIQ_AUoAHoECAEQAA. Consulté le 08 avril 2021

<https://www.google.com/search?q=r%C3%A9sident+en+ehpad+d%C3%A9finition> .Consulté le 19 avril 2021

<https://www.google.com/search?q=la+personne+soign>. Consulté le 8 juin 2021

<https://jetudielacom.com/schema-de-communication/>. Consulté le 23 juin 2021

https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-12-janvier-2006_n2006022081.html. Consulté le 28 juin 2021

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006011246&table_name=loi . Consulté le 28 juin 2021

<https://www.google.com/search?q=empathie&sxsr>f. Consulté le 13 septembre 2021