



**Comment l'aide-soignant peut-il communiquer lors des soins
avec une personne présentant une déficience visuelle
en maison de repos et de soins ?**

Présenté par : Ronsse Océane

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Année scolaire : 2020-2021

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier les personnes qui ont pris le temps de lire mon épreuve intégrée.

Je tiens à remercier Monsieur Vantomme, Madame Père, ainsi que d'autres professeurs, de m'avoir suivie, aidée et guidée durant la rédaction de mon épreuve intégrée.

Je tiens à remercier le Home les Bruyères à Grandglise de m'avoir aidée et conseillée lors de la rédaction de mon épreuve intégrée.

Je tiens à remercier ma belle-mère Anne pour le temps passé à corriger mes fautes d'orthographe.

Et, pour terminer, je tiens à remercier mon entourage pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de la rédaction de ce travail.

Table des matières

Introduction	1
I. Partie contextuelle	2
1. Définition de la communication	3
1.1. Le schéma de la communication	4
1.2. Les obstacles à la communication	5
2. Qu'est-ce que la communication dans les soins ?	7
2.1. L'écoute active	7
3. Quels sont les types de communication ?	10
4. Comment communiquer avec une personne déficiente visuelle ?	13
II. Partie conceptuelle	15
1. Le soin	16
1.1. Définition de soin	16
1.2. Présentation des dimensions de soin	16
2. La déficience visuelle	19
2.1. Définition de la personne déficiente visuelle	19
2.2. Impact psychologique	19
2.3. Impact relationnel	20
3. L'autonomie	21
3.1. Définition de l'autonomie	21
3.2. Les différentes étapes d'autonomie et leur influence sur la relation soignant-soigné	21
3.3. Comment favoriser l'indépendance d'une personne déficiente visuelle ?	22
4. Les quatre grands types de malvoyance	25
4.1. La perte de la vision centrale	25
4.2. La perte de la vision périphérique ou vision tubulaire	26
4.3. La vision floue	26
4.4. La vision avec des taches	27
5. Le résident déficient visuel en maison de repos et de soins	28
5.1. Les déplacements	28
5.2. Les activités qui peuvent être proposées au sein de la MRS	28

5.3. Les examens cliniques qui peuvent être réalisés au sein de la MRS.....	29
---	----

III. Partie pratique 31

1. Les professionnels qui peuvent accompagner	32
2. Les transmissions orales et écrites.....	34
3. Les mesures de précaution	38
4. Les aménagements dans la chambre et au sein de la maison de repos et de soins	38
5. La canne blanche.....	40
6. Le rôle de l'aide-soignant.....	42
6.1. Toujours signaler sa présence	42
6.2. Pour éviter les malentendus.....	42
6.3. Description de l'environnement.....	43
6.4. Les déplacements	43
6.5. Les soins ou l'aide à la toilette	43
6.6. Les plateaux repas	44
6.7. Les activités.....	44
6.8. Procurer une aide technique	45

Conclusion..... 47

Annexes 49

Bibliographie 55

*« Aidons-nous mutuellement,
La charge des malheurs en sera plus légère ;
Le bien que l'on fait à son frère
Pour le mal que l'on souffre est un soulagement.

Ainsi sans jamais que notre amitié décide
Qui de nous deux remplit le plus utile emploi,
Je marcherai pour vous, vous y verrez pour moi. »*

Extrait de Jean-Pierre Claris de Florian « L'aveugle et le paralytique »

Introduction

Au cours de cette formation, nous avons eu à traverser quelques moments difficiles. Certains n'ont pas toujours été aisés à surmonter, mais l'envie de découvrir et de comprendre a été la plus forte. Nous avons eu la chance et l'opportunité d'effectuer des stages dans différentes institutions comme des maisons de repos et de soins, ainsi qu'un stage en milieu hospitalier. Grâce à ces stages, nous avons pu réaliser diverses tâches qui nous ont permis de mettre en application les techniques théoriques et pratiques acquises durant les différents cours de notre formation d'aide-soignant. Pendant ces stages, nous avons été confrontés à des situations qui exigent de la réflexion, telles que la communication lors des soins face à une personne souffrant d'une déficience visuelle. Etant confrontés à cette problématique, il nous a semblé intéressant de développer notre épreuve intégrée au travers de notre propre expérience. Le développement de cette épreuve intégrée est composé de différentes parties.

En premier lieu, la partie contextuelle, où nous développons différents aspects de la communication.

En deuxième lieu, la partie conceptuelle, où nous développons nos recherches en rapport avec la problématique, telles que le soin, la déficience visuelle, l'autonomie, les quatre grands types de malvoyances et le résident déficient visuel en maison de repos et de soins.

En troisième lieu, la partie pratique est dédiée aux différents soins que peut apporter l'aide-soignant et aux solutions permettant de répondre à la problématique : « *comment l'aide-soignant peut-il communiquer lors des soins avec une personne présentant une déficience visuelle en maison de repos et de soins ?* ».

Nous terminerons cette épreuve intégrée par une conclusion.

I. PARTIE CONTEXTUELLE

Nous allons commencer cette épreuve intégrée par une partie contextuelle. Dans cette première partie, nous reverrons la définition de la communication en expliquant le besoin de communiquer selon Virginia Henderson. Nous passerons ensuite en revue le schéma de la communication, en développant ses différents composants. Après cela, nous aborderons les obstacles à la communication, ce qui nous permettra d'identifier les différents obstacles susceptibles de nuire à la communication entre l'aide-soignant et la personne déficiente visuelle. Nous nous intéresserons également à la communication dans les soins, en développant l'importance de l'écoute active. Nous allons examiner les différents types de communication, en nous intéressant plus particulièrement à la proxémie et au toucher. Enfin, nous expliquerons comment communiquer avec une personne déficiente visuelle, ce qui nous permettra, dans un premier temps, de répondre à la problématique.

1. Définition de la communication :

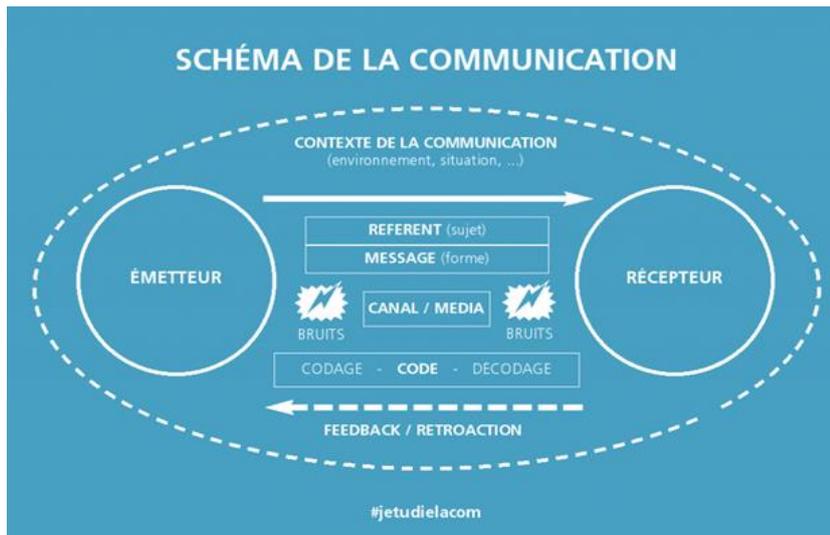
Communiquer vient du verbe latin *communicare* qui signifie « être en relation avec, mettre en commun ». La communication permet de transmettre des informations ou des connaissances afin d'obtenir quelque chose de quelqu'un.

La communication est donc un processus qui nous permet de mettre en commun des informations ou des connaissances. Elle ne consiste pas seulement à transmettre des informations, elle a multiples objectifs comme savoir vivre avec les autres, créer une relation en partageant des émotions, se faire connaître et connaître l'autre, réfléchir à une action, trouver des solutions, ...

Le besoin de communiquer est un besoin fondamental selon Virginia Henderson¹. La communication joue un rôle important dans l'évolution de l'être humain. Elle permet de tisser des liens entre les personnes, notamment entre l'aide-soignant et la personne déficiente visuelle. Elle est le moyen de mettre en commun des opinions, des expériences, des informations, par exemple sur l'état de santé de la personne déficiente visuelle. Elle est indispensable au dynamisme physique et psychique. L'aide-soignant, par une écoute attentive et chaleureuse, encouragera la personne âgée à s'exprimer.

¹ Cf annexe 1

1.1. Le schéma de la communication :



Toute communication implique différents composants, comme nous pouvons voir sur le schéma ci-dessus. L'émetteur est celui qui transmet le message et le récepteur celui qui reçoit le message. Ces acteurs partagent et échangent des informations. Le message est un discours, un texte, une information transmise selon une certaine forme, ce qui est écrit, ce qui est dit. Le référent, c'est le sujet du message, ce dont on parle. Le canal ou média, c'est la liaison physique et psychologique entre l'émetteur et le récepteur. C'est le canal sensoriel utilisé pour transmettre le message. Il peut être visuel, auditif, tactile, olfactif ou gustatif. Le code, c'est le message qui est codé par l'émetteur et décodé par le récepteur. Il faut connaître le code pour comprendre le message.² C'est un ensemble de signes et de règles utilisés pour se faire comprendre. Il peut s'agir de signes linguistiques, de signes iconiques et de signes gestuels. Le bruit, c'est tout ce qui perturbe la communication, ce que l'on appelle des interférences internes et externes. Les interférences internes sont la gêne, la timidité et les interférences externes sont les bruits, les va-et-vient, ... Le feedback, c'est la possibilité pour le récepteur de répondre à l'émetteur, ce qui donne la garantie que le message a été bien perçu et compris. Certaines communications ne permettent pas de feedback. Le récepteur reste alors passif. L'absence de feedback peut parfois entraîner la fin de la communication. Le contexte, c'est l'environnement dans lequel a lieu la communication. Sans contexte, il est difficile, voire impossible, de comprendre le message qui est transmis. Une situation est composée de plusieurs contextes : le contexte spatial, le contexte temporel, le contexte socio-économique, le contexte technologique, le contexte culturel et le contexte institutionnel. La situation dans laquelle se déroule la communication influe sur les acteurs.

² Si la personne est non-voyante, le code pour la communication écrite pourra être le langage braille.

Selon C. Rogers³, l'importance de l'attitude du récepteur est fondamentale pour la communication : la notion de feedback ou rétroaction, qui peut être, par exemple, un sourire, un geste, une parole, ...

1.2. Les obstacles à la communication :

Toute communication n'est pas parfaite, certains éléments peuvent nuire à la transmission du message comme des bruits, d'autres obstacles, des malentendus, ainsi que certaines de nos attitudes naturelles qui se veulent « aidantes » mais qui sont en fait plus néfastes que bénéfiques. Le terme de bruits désigne les interférences sonores extérieures qui peuvent nuire à la communication entre deux personnes, par exemple entre un aide-soignant et une personne déficiente visuelle. Les autres obstacles, c'est par exemple l'utilisation d'un code différent, c'est-à-dire que le récepteur ne comprend pas le langage utilisé par l'émetteur, les éléments auxquels il fait référence. Un malentendu peut naître du fait que l'émetteur n'émet pas son message clairement, que le destinataire ne comprend pas bien le message qu'il reçoit. Les malentendus créent un malaise car on se comprend mal. Ils peuvent être source de tension entre les personnes et parfois même de conflit. Les sources de malentendus sont le vocabulaire utilisé, le message qui n'est pas assez clair parce qu'on ne donne pas suffisamment d'informations et certains handicaps ou troubles de la communication. Ces difficultés risquent de conduire la personne déficiente visuelle à s'isoler, à se replier sur elle-même car elle ne parvient pas à conserver une communication satisfaisante avec son entourage. Cela peut contribuer à aggraver l'impact relationnel de son handicap visuel. Enfin, dans nos attitudes naturelles, nous pouvons compter douze attitudes néfastes telles que donner des ordres, commander ; avertir, menacer ; faire la morale ; donner des conseils, des solutions ; argumenter, persuader ; critiquer, juger ; humilier, ridiculiser ; interpréter, analyser ; complimenter, approuver ; rassurer, consoler ; enquêter, questionner ; esquiver.⁴

Plusieurs obstacles peuvent nuire à la communication entre un aide-soignant et une personne déficiente visuelle. Les obstacles les plus souvent rencontrés sont le bruit, l'utilisation d'un code différent, c'est-à-dire que l'aide-soignant utilise un vocabulaire médical spécifique que la personne ne comprend pas nécessairement, et notre attitude naturelle qui nous pousse à vouloir donner des conseils, trouver des solutions lorsque la personne déficiente visuelle est incapable de résoudre elle-même son problème. Une telle attitude empêche la personne déficiente visuelle d'envisager par elle-même des solutions et de les essayer, qui peut amener à la dépendance.

³ Carl Rogers (1902-1987) est un psychologue humaniste américain qui a œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide, de la médiation et de l'éducation.

⁴ Pour plus de notions sur les attitudes naturelles, se référer à l'annexe 4

Lorsque nous écoutons quelqu'un, il n'est pas toujours facile de véritablement l'écouter. Bien souvent, ce qui est dit suscite chez les soignants des associations d'idées, des sentiments et des envies, par exemple celle de rassurer la personne déficiente visuelle, de proposer des solutions que nous avons déjà expérimentées. Si nous n'y prenons pas garde, nous avons alors tendance à adopter l'une de ces attitudes et nous quittons l'écoute alors que nous croyons y être. Cela a pour effet de freiner, voire d'arrêter la parole de l'autre.

2. Qu'est-ce que la communication dans les soins ?

La communication dans les soins est indispensable pour faciliter la continuité des soins. Il est important d'informer le résident de manière cohérente et de développer une écoute efficace permettant de mieux cerner ses besoins et d'améliorer la qualité de sa prise en charge. Une bonne communication fait en sorte que les soins dispensés aux patients soient réalisés le mieux possible. La communication dans les soins est une nécessité, un besoin. Elle va permettre au patient et à sa famille de prendre confiance en eux et de développer une relation de confiance soignant/soigné. La communication est primordiale, elle permet de rassurer le patient et l'aide à se sentir considéré comme un être à part entière. Elle peut être verbale ou non-verbale, comme le toucher, la proxémie, le regard, ...

2.1. L'écoute active :

L'écoute active consiste à écouter la personne avec attention, en accueillant véritablement ce qu'elle dit, mais aussi ce qu'elle ressent : l'aide-soignant écouter attentivement la personne déficiente visuelle, cela sans chercher immédiatement à proposer une solution. Il s'agit d'entretenir la communication, de maintenir l'échange et le contact.

Lorsque la personne vit un problème, par exemple si elle est triste, inquiète pour un contrôle de santé à venir, ..., la réponse du professionnel peut être simplement un reflet du message formulé : l'aide-soignant va répéter ce que la personne déficiente visuelle à exprimer en réutilisant ses propres termes. Lorsque l'aide-soignant répète la phrase, celle-ci se termine souvent en phrase interrogative.⁵ Le professionnel reformule ce qu'il vient d'entendre ou ce qu'il pense que la personne ressent, montrant ainsi activement qu'il se met à l'écoute de ce que vit celle-ci. L'écoute active permet d'aider la personne et de la conduire vers une certaine autonomie.

Nous sommes parfois tellement centrés sur nous-mêmes que la pensée de l'autre est mal entendue ou mal comprise. Bien souvent, les personnes ne s'écoutent pas vraiment car chacun est plongé dans ses propres pensées.⁶

Le mécanisme de l'écoute active suit un cycle de quatre étapes, que l'on répète jusqu'à ce que la compréhension du message ait été validée par l'interlocuteur :

⁵ Si, par exemple, la personne déficiente visuelle nous dit « Vous ne m'écoutez jamais », nous pouvons répondre sous forme interrogative et en reprenant ses termes : « Jamais ? ».

⁶ Suite à un problème personnel ou familial, ...

- Le temps de l'écoute :

Lors de l'écoute, on peut afficher un « silence positif », c'est-à-dire que l'aide-soignant écoutera attentivement les paroles de la personne déficiente visuelle tout en intervenant brièvement par des acquiescements : on montre ainsi à celle-ci qu'on l'écoute et on l'engage à continuer par des « oui... », « hum hum » (bouche fermée), « Ok », « d'accord », « bien sûr », « oui, je comprends », pour montrer à son interlocuteur que l'on est à l'écoute à la fois de ses arguments, donc de la problématique abordée, et des sentiments que la personne ressent.

- Le temps de la clarification :

Clarifier signifie ici « comprendre le sens des mots ». Après le temps d'écoute, si l'on a des doutes sur le sens de certains termes dans la présentation de l'interlocuteur, il est possible de lui demander d'y revenir. Pour clarifier, il suffit de poser des questions. Nous pouvons alors nous mettre à nouveau en position d'écoute, puis chercher à clarifier jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun point à clarifier : si l'aide-soignant n'est pas sûr d'avoir correctement interprété ce que la personne déficiente visuelle a voulu exprimer, il ou elle peut lui reposer la question pour avoir la certitude d'avoir parfaitement compris le message qu'elle a tenté de faire passer.

Le temps de l'investigation :

Approfondir pour mieux comprendre le point de vue de la personne déficiente visuelle. Pour ce faire, on peut utiliser essentiellement les trois formes de questions suivantes : la question ouverte, la question de fait et la question de sondage. La question ouverte permet à celui qui la reçoit d'aborder le thème à sa convenance. Le but est d'ouvrir le dialogue, de favoriser le développement de la pensée. A ce type de questions, l'interlocuteur ne peut pas répondre par « oui » ou par « non ». Elles commencent par : Comment ? Qui ou Quel ? Que ou Quoi ? Combien ? Où ? Quand ? Pourquoi ? On peut par exemple demander « Comment vous sentez-vous ce matin ? » La question de fait est une question qui permet de préciser des aspects essentiels d'un problème, de réunir des informations supplémentaires. La question de sondage diffère de la question précédente, elle vise à recueillir un avis plutôt que des faits : il est parfois important de connaître l'opinion de la personne déficiente visuelle.

- Le temps de la reformulation :

La reformulation assurera l'émetteur, c'est-à-dire l'aide-soignant d'avoir été écouté. Par ce retour du sens, l'émetteur aura à la fois le sentiment d'avoir été compris et pourra repartir dans son propos du point exact où il s'était interrompu. Pour l'émetteur, la reformulation est la seule preuve de

l'écoute. Ceci peut contribuer à apaiser la relation lorsque la communication est difficile, car on montre à l'interlocuteur que sa demande est comprise et prise en compte.

La reformulation présente également les avantages suivants : elle permet à celui qui écoute d'intérioriser ce qui a été dit, car il le redit avec ses propres mots, d'une manière personnalisée ; elle permet à chacun de mieux comprendre et mémoriser, car elle offre une répétition ; elle permet au débat d'avancer car elle constitue une synthèse partielle ; elle donne à l'interlocuteur un droit de réponse pour rectifier le tir ou nuancer ; elle amène l'autre à prendre du recul par rapport à ce qu'il dit ou ce qu'il vit ; elle permet de valoriser l'essentiel dans le propos de l'interlocuteur.

Il peut être utile de relever que l'usage régulier de la reformulation avec les patients ou les autres membres de l'équipe soignante est un formidable moyen de travailler l'écoute active, c'est-à-dire de comprendre l'autre à la fois dans ce qu'il dit et ce qu'il vit.

Pour bien écouter et comprendre quelqu'un, nous devons commencer par questionner, puis reformuler ce qui a été exprimé. Quelquefois, nous écoutons mal car nous réagissons trop rapidement à ce qui est dit.

3. Quels sont les types de communication ?

Il existe plusieurs types de communication. On distingue la communication interpersonnelle, la communication de masse et la communication de groupe, ainsi que la communication verbale et la communication non-verbale.

La communication interpersonnelle s'établit lors d'une interaction entre au moins deux personnes qui cherchent à échanger des informations ou des émotions par différents moyens. Elle peut être de type immédiat, c'est à dire orale, indirect, par téléphone ou par appel vidéo ou différé, sous forme écrite, par mail ou par courrier. La communication de masse, c'est un type de communication qui s'adresse à un large public⁷. La communication de groupe, c'est une forme de communication où un émetteur s'adresse à un ensemble de récepteurs ayant un intérêt commun⁸. Elle peut être orale ou verbale. Dans la suite de ce travail, nous nous intéresserons exclusivement à la communication interpersonnelle : celle qui s'établit soit entre soignant et résidents, soit entre les différents membres du personnel soignant dans le cadre du suivi des soins et de la transmission d'informations concernant les patients.

La communication verbale, c'est l'utilisation de mots. Elle peut être écrite ou orale, mais aussi fermée⁹ ou ouverte¹⁰. La communication verbale est très importante face à un résident présentant une déficience visuelle. Il est essentiel que le soignant s'exprime correctement pour que le résident malvoyant puisse savoir qui il a en face de lui et quel est son rôle. Nous devons être attentifs à la composition des phrases, gérer les blocages et les interférences internes et externes. Les interférences internes sont la gêne et la timidité et les interférences externes sont les bruits, les va-et-vient, ... Le soignant veillera à ne pas garder une voix monotone¹¹, il doit donc la moduler afin que le résident reste attentif. L'articulation est très importante pour qu'une phrase soit claire. La communication verbale est à la base du partenariat de soins.

Enfin, il y a la communication non-verbale. Elle englobe tout ce qui est en rapport avec le langage corporel comme les gestes, les mimiques, la position de notre corps et notre respiration. Ces différents éléments traduisent nos profonds ressentis face à une situation. Il existe différents types de communication non-verbale : les expressions faciales, les gestes, le paraverbal, le langage corporel et la posture, la proxémie, le regard, le toucher, l'apparence et d'autres types de communications.

⁷ Par l'intermédiaire des médias, de la presse, d'affiches, du cinéma et de la télévision.

⁸ Exemple : un professeur qui donne cours à ses élèves.

⁹ Le récepteur va répondre par « oui » ou « non ».

¹⁰ Le récepteur peut choisir librement et construire sa réponse.

¹¹ Toujours sur le même ton.

Les expressions faciales expriment les émotions du visage. Les personnes malvoyantes et voyantes affichent les mêmes expressions faciales spontanées, bien que quelques variations puissent tout de même apparaître chez les personnes non-voyantes. Le manque d'expérience visuelle ne perturbe donc pas l'apparition spontanée des expressions faciales dans des contextes émotionnels réels. Continuons avec les gestes, ils servent à illustrer nos propos. On distingue différents types de gestes : les gestes qui transmettent un message, comme un hochement de tête d'avant en arrière qui indique l'approbation, les gestes qui accompagnent le langage verbal, comme les expressions gestuelles, c'est-à-dire les gestes qui traduisent nos émotions et notre état intérieur, par exemple l'inquiétude.

Ensuite, nous avons la communication para-verbale. Elle désigne des éléments de communication qui, en dehors du sens des mots eux même, contribuent à faire passer un message. En fonction de ces différents éléments, le message sera perçu différemment par notre interlocuteur, car il interprétera le message verbal en tenant compte à la fois de ce qui est dit et la manière dont cela est dit. Dans la communication paraverbale, on retrouve différents éléments : le langage utilisé, la puissance de la voix, la tonalité de la voix, le débit et l'articulation.

Passons au langage corporel et à la posture. Dans notre langage corporel, nous devons penser à contrôler nos mimiques, nos gestes, car ils peuvent blesser, inquiéter ou humilier le patient. Quant à la posture, c'est une sorte de code par lequel nous émettons des signaux et exprimons nos attitudes et nos émotions.

Face à une personne malvoyante, certains de ces modes de communication ne fonctionnent bien évidemment qu'à sens unique : si le soignant peut percevoir et interpréter les expressions faciales, les gestes et la posture de la personne malvoyante, l'inverse n'est pas vrai. L'aide-soignant est donc privé de ces outils et, en matière de communication non-verbale, il lui faudra dès lors mettre l'accent sur la proxémie et le toucher, puisque ce sont les seuls moyens dont il dispose. C'est pourquoi nous allons nous intéresser plus particulièrement à ces deux derniers éléments. La proxémie consiste à respecter l'espace intime de la personne. Le résident déficient visuel a sa chambre, avec ses objets personnels qui sont à leur place, il a ses habitudes. Nous devons donc respecter sa bulle : par exemple, quand nous entrons dans sa chambre, nous veillerons à garder une certaine distance entre nous et le résident déficient visuel. Au fil de la conversation, si le résident donne son approbation, nous allons donc rentrer dans son espace intime en le touchant pour faire un soin ou pour toute autre raison. Le toucher est un contact physique entre deux personnes, il a donc une grande charge émotionnelle car on pénètre ici dans son espace intime. Le toucher est naturel pour certains et pas du tout pour d'autres. Cela varie en fonction de la personnalité de chacun. La manière de toucher

une personne véhicule un message. Nous adaptons notre toucher en fonction du sens et de l'interprétation que l'on veut donner au geste appliqué.

4. Comment communiquer avec une personne déficiente visuelle ?

Face à une personne malvoyante, le principe de base est de garder constamment à l'esprit que cette personne ne nous voit pas. Nous retiendrons donc six astuces pour communiquer avec une personne malvoyante : parler en premier ; nous annoncer, nous présenter ; nous assurer que la personne malvoyante comprenne ce qu'on lui dit ; lui décrire la situation ; proposer notre aide mais ne pas l'imposer ; il est essentiel d'être précis dans notre langage.

Quand nous pénétrons dans l'espace intime de la personne présentant une déficience visuelle ou que nous voulons nous adresser à elle, nous veillerons à parler en premier pour lui permettre de nous localiser au son de notre voix. On se présente, on lui dit qui nous sommes et ce que nous venons faire, pour qu'elle sache à qui elle s'adresse. Lors du dialogue, on veille à ce qu'elle comprenne bien ce qu'on lui dit. Si elle a besoin de nous mais que nous sommes occupés, nous lui décrivons la situation pour laquelle nous sommes occupés. Nous lui proposons notre aide sans l'imposer, afin de veiller au maintien de l'indépendance de la personne malvoyante.

Nous devons nous placer devant la personne, bien articuler, faire des phrases claires et précises. Il est important de nous exprimer correctement. Comme expliqué dans la partie contextuelle, nous disposons de différents types de communication. Dans la communication verbale, nous devons être attentifs à la composition des phrases, gérer notre stress pour pouvoir articuler de manière claire. Nous devons être attentifs aux bruits qui se font entendre autour de nous pour que la personne déficiente visuelle comprenne bien ce qu'on lui dit.

Dans la communication non-verbale, nous devons veiller à notre façon de toucher et toujours avertir le résident de ce que l'on va faire. Notre façon de toucher permet de véhiculer un message. Savoir communiquer et agir avec une personne malvoyante permet à l'aide-soignant d'inscrire la relation soignant-soigné dans la confiance.

Nous venons d'examiner dans la partie contextuelle la communication, en la définissant d'abord de manière générale et ensuite dans le cadre des soins. Nous avons également passé en revue les obstacles à la communication, ce qui nous a permis de constater que le bruit, l'utilisation d'un code différent, ainsi que notre attitude naturelle, peuvent nuire à une bonne communication. Ensuite, nous avons vu les différents types de communication, ainsi que la façon dont nous devons communiquer avec une personne déficiente visuelle. Pour pouvoir communiquer efficacement avec une personne déficiente visuelle, nous devons impérativement tenir compte du fait qu'elle ne peut pas nous voir, d'où les six règles à respecter : parler en premier ; nous annoncer, nous présenter ;

nous assurer que la personne malvoyante comprenne ce qu'on lui dit ; lui décrire la situation ; proposer notre aide mais ne pas l'imposer ; être précis dans notre langage.

Il est temps à présent d'aborder les thèmes fondamentaux de ce travail, à savoir le soin, la déficience visuelle, l'autonomie, les quatre grands types de malvoyance et le résident déficient visuel en maison de repos et de soins. Nous allons donc passer à la partie théorique de cette épreuve intégrée.

II. PARTIE CONCEPTUELLE

Nous avons abordé dans la partie contextuelle la communication dans sa globalité. Il est à présent temps de s'intéresser plus spécifiquement à la personne déficiente visuelle. Nous allons développer un point essentiel, le soin : sa définition, la présentation des dimensions de soin, le concept de prendre soin étudié par Walter Hesbeen et l'accompagnement dans la globalité des soins selon Patrick Verspieren. Nous définirons ensuite la déficience visuelle en expliquant son impact psychologique et relationnel. Nous envisagerons également l'autonomie, en définissant les différentes étapes d'autonomie, ainsi que l'indépendance. Nous développerons les quatre grands types de malvoyance et, pour terminer, nous aborderons la problématique spécifique de la maison de repos et de soins en passant en revue les déplacements, les activités et les examens cliniques qui peuvent être réalisés au sein de celle-ci.

1. Le soin

1.1. Définition du soin :

Acte thérapeutique qui vise à la santé de quelqu'un, de son corps et toute action portée sur le symptôme d'une maladie dans le but de l'améliorer, de le soulager ou de le guérir, indépendamment de la qualité de la personne qui l'applique.

Lors des soins, les moments de communication sont privilégiés. La toilette est un moment de relation privilégié, personnelle. Elle est une des rares occasions pour la personne âgée ou déficiente visuelle d'avoir quelqu'un à proximité, disponible pour elle. Le toucher est obligatoire dans cette circonstance, il devra lui procurer du bien-être et lui exprimer de la douceur, de l'attention.

1.2. Présentation des dimensions de soin :

- Préventive
- Curative
- Éducative
- De maintenance
- De réhabilitation
- Palliative

La dimension préventive consiste à cerner un risque et à mettre en œuvre des moyens pour l'éviter¹². Il existe trois niveaux de préventions : primaire, avant la maladie, visant à empêcher sa

¹² Moyens actifs, législatifs, informatifs, de dépistage et de prévention des rechutes.

survenue¹³ ; secondaire, portant sur le risque de maladie en cherchant à déceler les signes précurseurs¹⁴ ; tertiaire, au cours de la maladie, visant à en limiter les séquelles, les complications, à permettre au patient de vivre avec sa maladie au sein de la MRS.

La dimension curative est la mise en œuvre et la prise en charge répondant à un besoin de réparation et de restauration en vue d'améliorer l'état de santé du patient.

La dimension éducative vise à modifier le comportement du patient afin de maintenir ou de restaurer sa propre santé.

La dimension de maintenance est l'entretien, le maintien de la vie et de la santé du patient. Elle répond aux besoins fondamentaux¹⁵, elle est à la fois physique et psychologique.

La dimension de réhabilitation consiste à faciliter l'adaptation à la nouvelle situation, à mettre en œuvre des moyens pour aider le patient à la surmonter ou à mieux vivre avec ses séquelles ou son handicap.

La dimension palliative consiste à supprimer les symptômes pénibles mais sans éliminer la maladie, afin d'assurer une meilleure qualité de vie au patient et ce jusqu'à son décès, à prodiguer des soins de confort.

Un manque de ces types de soins ou une mauvaise adaptation de ceux-ci peuvent entraîner des désordres de santé pouvant aller jusqu'à des dysfonctionnements graves, à savoir différentes pathologies comme les maladies cardio-vasculaires (AVC¹⁶, IM¹⁷), certains types de cancers, les dépressions, qui peuvent parfois mener à des suicides.

Le concept de prendre soin a été étudié par Walter Hesbeen, qui attache beaucoup d'importance à développer la pratique soignante, ainsi que sa qualité. Il précise que nous, soignants, devons accorder une attention toute particulière à une personne qui vit dans une situation de soins qui lui est spécifique. C'est donc pour cela que les soignants doivent contribuer au bien-être de la personne, ainsi qu'à son autonomie.

Selon Patrick Verspieren, l'accompagnement dans la globalité des soins est primordial. Lorsque le soignant accompagne la personne pour des soins ou des activités, on appelle cela une relation d'aide. Nous devons créer un climat favorable pour que la personne puisse se sentir en confiance et lui offrir une présence attentive.

¹³ Par exemple se faire vacciner contre la varicelle.

¹⁴ Qui annonce une maladie prochaine.

¹⁵ Cf annexe 3

¹⁶ Accident vasculaire cérébrale.

¹⁷ Infarctus du myocarde.

Le soin apporté à la personne déficiente visuelle sera différent en fonction du type de déficience visuelle dont elle est atteinte et de son degré d'autonomie. Nous allons donc passer en revue les différents types de déficience visuelle et poursuivre avec la notion d'autonomie.

2. La déficience visuelle

2.1. Définition de la personne déficiente visuelle :

Personne qui souffre d'un trouble de la vue, qui ne voit plus ou qui voit particulièrement mal, ce qui entraîne une incapacité dans l'exécution d'une ou plusieurs activités¹⁸.

2.2. Impact psychologique :

Lors de l'annonce de la maladie, un choc psychologique peut apparaître. Les réactions après l'annonce sont très variables en fonction des personnes (culpabilité, colère, déni, ...). Il faut comprendre ce que cela représente pour l'individu, comment il le vit, pour pouvoir mettre en place différentes formes d'aide et de soutien adaptées aux ressentis et aux motivations de la personne.

L'impact le plus important affecte l'estime de soi, c'est-à-dire le sentiment de sa propre valeur et de sa capacité à être aimé. Cette perte d'estime de soi engendre une perte de la confiance en ses propres capacités. C'est alors que les personnes risquent de tomber en grande souffrance, ce qui peut conduire au repli sur soi, qui peut à son tour provoquer la dépression. La famille, l'entourage peuvent avoir des incompréhensions qui peuvent aussi mener la personne à l'isolement et à la solitude.

Lors de la survenue d'une déficience visuelle, la personne doit modifier son image de soi pour y intégrer la perte visuelle nouvelle et retrancher les domaines d'efficacité et d'autonomie atteints par la déficience. Ce mécanisme psychologique est le travail de deuil, présent chaque fois qu'une personne subit une perte touchant soit ce qu'elle est, et donc l'image de soi et de ses possibilités, soit ce qu'elle aime, comme lors de la perte d'un proche. La personne devra donc faire un travail de deuil sur sa maladie, pour que ses impacts sur la vie quotidienne soient compris et admis. Il existe différentes phases de deuil : le choc et déni, la douleur et la culpabilité, la colère, le marchandage ou négociation, la dépression et douleur, la reconstruction et enfin, l'acceptation.

- Le choc est une étape légitime de défense de l'esprit face à une situation que la personne pense ne pas pouvoir gérer. La réaction est souvent la négation des faits qui se sont réellement produits. La personne en deuil pense qu'elle rêve et refuse d'accepter la situation causant cette douleur insupportable. La durée de cette étape ne peut pas être déterminée. Des tâches simples, ainsi que la prise de décisions de base, ne peuvent pas être effectuées par une personne en état de choc.

¹⁸ Lecture, écriture, communication et activités de la vie quotidienne.

- La douleur et la culpabilité. A ce stade, la personne endeuillée se rend compte que la perte est bien réelle. C'est l'étape la plus chaotique et effrayante. D'intenses sentiments de culpabilité sont éprouvés en raison de mauvaises choses qui ont pu être faites et qui semblent avoir conduit à cette perte irréversible. La douleur pousse parfois la personne à se sentir coupable.
- La colère. A ce stade, la personne peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie face à ce qui lui est arrivé. Elle peut aussi choisir inconsciemment de dévier cette colère sur une personne désignée comme responsable de la perte, comme le médecin ou l'entourage.
- Marchandage ou négociation. A ce stade, la personne en deuil se sent frustrée et peut même commencer à blâmer les autres pour la perte subie. C'est alors que va commencer une sorte de négociation de la perte et une tentative pour trouver les moyens par lesquels inverser cette situation et la compenser.
- Dépression et douleur. Ici, la personne accepte la perte, mais n'est toujours pas en mesure d'y faire face. Dépression, perte de moral, la personne en deuil est au désespoir, se comporte passivement et n'arrive plus à vivre normalement le quotidien. Ce stade de deuil peut mener la personne au suicide.
- La reconstruction. Il s'agit de la phase dans lequel la personne déprimée commence à s'ouvrir à nouveau aux autres et accueille des activités afin d'échapper à la douleur. C'est le début de la prochaine et dernière étape, l'acceptation de se réconcilier avec la réalité : processus de reconstruction, recherche de solutions pour sortir de la peine, ...
- L'acceptation, c'est le stade où la personne accepte la réalité. La réalité et les faits de la vie sont enfin acceptés.

Pour faire ce travail de deuil, il est important de commencer au plus tôt la rééducation visuelle. Lors des soins ou chaque fois que l'occasion se présente, nous pouvons communiquer avec la personne : cela l'aidera à ne pas s'isoler et à reprendre confiance en elle-même. La personne malvoyante se sentira ainsi entendue et soutenue.

2.3. Impact relationnel :

Comme expliqué précédemment dans l'impact psychologique, la perte de la vision peut engendrer une perte de confiance en ses propres capacités : la personne malvoyante ne va plus oser s'affirmer, elle va donc se replier sur elle-même et cesser de communiquer avec son entourage. Elle va alors reporter sa colère sur son entourage ou le médecin de famille, les blâmer, ce qui va amener la personne malvoyante à une grande perte de ses liens relationnels.

3. L'autonomie

3.1. Définition de l'autonomie :

C'est la capacité de gérer sa vie, de faire des choix adéquats pour son bien-être et celui de sa famille. Elle concerne le domaine psychique uniquement. Elle est en rapport direct avec les capacités cognitives de la personne. Ce concept se définit en donnant priorité à des indicateurs différents selon les étapes de la vie : à l'adolescence, l'autonomie est en relation avec le processus de scolarisation de l'individu, dans la mesure où le jeune apprend à gérer les liens de dépendances sociales et institutionnelles ; lors de la vieillesse, l'autonomie est en relation avec le processus de deuil dans les domaines physique, psychologique ou social.

L'autonomie ne grandit pas définitivement, elle varie dans le temps. Il s'agit d'un processus dynamique qui se traduit par quatre étapes différentes :

- La dépendance : état, situation de quelqu'un ou d'un groupe qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise.
- La contre-dépendance (1^{er} degré d'autonomie) : état de refus d'attachement, de déni des besoins personnels et de dépendance. Celle-ci est surtout visible durant la petite enfance et au début de l'adolescence.
- L'indépendance (2^{ème} degré d'autonomie) : elle a un rapport direct avec les capacités physiques de la personne.
- L'interdépendance (3^{ème} degré d'autonomie) : elle correspond à l'équilibre des rôles entre le sujet son environnement. Cela correspond au jeune adulte venant d'atteindre sa majorité. Cela correspond au niveau d'autonomie optimale à atteindre.

3.2. Les différentes étapes d'autonomie et leurs influences sur la relation soignant-soigné :

- La dépendance : les bénéficiaires de soins dépendent totalement de l'équipe médicale : ainsi, une personne déficiente visuelle est souvent dépendante de l'aide-soignante ou d'autres personnes pour se déplacer.
- La contre-indépendance : le patient exprime à l'équipe soignante sa volonté de se débrouiller seul. L'équipe soignante se réunira pour prendre des décisions visant à lui apporter une plus grande autonomie sans rien changer à ses habitudes, de telle sorte que le patient puisse se sentir en sécurité. L'aide-soignant mettra alors tous les accessoires et ustensiles dont la personne déficiente visuelle a besoin à sa disposition

- L'indépendance : le patient est capable de se prendre en charge tout seul. Il ne fera appel au personnel soignant qu'en cas d'absolue nécessité, par exemple en cas de chute.
- L'interdépendance : le patient communique avec les différents professionnels de soins pour améliorer son état de santé, c'est-à-dire que la personne déficiente visuelle est totalement indépendante, elle est capable de se débrouiller seul et mettra en place, avec l'assistance de l'équipe de soins si nécessaire, différents moyens visant à améliorer son état de santé.

La dépendance apparaît lorsque la personne est dans l'incapacité partielle ou totale de subvenir seule à la satisfaction de ses besoins fondamentaux en raison de son âge ou son état de santé, ou qu'elle les accomplit de façon inadaptée suite à son incapacité ou à un manque de suppléance.

L'indépendance est selon Virginia Henderson, la capacité d'une personne à satisfaire ses besoins fondamentaux par des actions qu'elle est capable d'effectuer totalement seule, par exemple la toilette, ou par l'adoption d'un mode de suppléance qui va lui octroyer une certaine indépendance : dans ce cas, l'aide-soignant interviendra pour offrir uniquement l'assistance requise pour la toilette de la personne déficiente visuelle.

Les modes de suppléances procurent l'indépendance à la personne, ils peuvent être physiques, matériels, comme la canne blanche, ou humains, à savoir les différents professionnels qui peuvent accompagner, ainsi que l'entourage de la personne déficiente visuelle.

Pour déterminer l'indépendance d'une personne atteinte de déficience visuelle, il faut prendre en compte son âge, son type de malvoyance et utiliser des normes adaptées à la situation.

La dépendance est, par opposition à l'indépendance, l'incapacité temporaire ou définitive d'une personne à satisfaire un ou plusieurs de ses besoins fondamentaux. La dépendance partielle ou totale peut s'expliquer par l'incapacité d'accomplir les actions soi-même, par l'accomplissement d'actions inadéquates en raison d'un problème de santé ou par une défaillance du mode de suppléance.

3.3. Comment favoriser l'indépendance d'une personne déficiente visuelle ?

Nous pouvons favoriser l'indépendance de la personne malvoyante en lui proposant diverses aides techniques telles qu'horloge parlante, canne de locomotion, indicateur sonore pour les liquides, détecteur de couleurs, ... Nous pouvons également adapter son environnement : désencombrer les pièces des choses inutiles et des dangers tels que des tapis, des fils électriques, des tables basses, l'objectif étant de permettre à la personne de se déplacer en limitant le risque de chute. Ensuite, on

veillera également à organiser les différents objets utilisés par le résident, par exemple la trousse de toilette, la télécommande de la télévision, ... : il faudra les mettre toujours au même endroit. Cette organisation doit être réalisée en collaboration avec lui, afin qu'elle lui semble logique et adaptée à ses besoins. On pourra également placer des repères tactiles à l'aide de pâte à marquer, par exemple en coller sur l'interrupteur pour permettre au résident de savoir si la lumière est allumée ou éteinte. Ce travail peut être réalisé en collaboration avec l'ergothérapeute et/ou avec l'assistance de la Ligue Braille, qui peut envoyer un accompagnateur afin de mettre des choses en place en vue d'améliorer l'indépendance du patient.

Selon Virginia Henderson, dans le cadre du besoin de s'occuper en vue de se réaliser et de celui de se récréer et de se divertir, pratiquer l'animation, c'est animer au sens d'inciter à vivre, à manifester de la vie, à être actif. L'animation répond aux besoins fondamentaux suivants : s'occuper en vue de réaliser, apprendre, se récréer. Elle concerne les domaines physique, psychologique, affectif, intellectuel et favorise les liens sociaux. Le besoin de s'occuper en vue de se réaliser fait appel au sens créatif. L'individu doit, en utilisant toutes ses ressources biologiques et psychologiques, créer quelque chose. De cette création doit découler une notion de plaisir, de satisfaction, de reconnaissance d'autrui, c'est-à-dire que la personne déficiente visuelle peut prendre plaisir à créer quelque chose de ses mains, ce qui favorise au mieux l'autonomie et lui éviter un impact relationnel trop important. Le besoin de se récréer ou de se divertir, quant à lui, fera appel à des activités ludiques tels que des jeux, à des loisirs comme des concerts de musique, à des moments de détente comme l'espace snoezelen ou la balnéothérapie. La satisfaction de ces besoins dépend de la condition physique et de l'état psychologique du patient. Elle remplit à plusieurs objectifs tels que contribuer au confort psychologique du patient, mobiliser au maximum les possibilités physiques et/ou psychologiques de la personne, lutter contre les phénomènes de replis sur soi, tout en veillant à ne pas infantiliser le patient.

Dans le cadre de la vie quotidienne, l'aide-soignant va inciter la personne âgée atteinte de déficience visuelle à participer aux activités de la vie quotidienne en fonction de ses capacités, en cherchant ce qui peut la stimuler ou lui plaire. En tant que soignants, nous pouvons :

- Penser à lui faire choisir ses vêtements.
- Lui proposer, si c'est une femme, de la maquiller, laisser un maximum d'autonomie à la personne lors de la toilette.
- L'aider dans l'aménagement de son environnement pour qu'elle y retrouve aisément ses objets familiers.

- Lui parler des évènements récents ou présents, la laisser s'exprimer, l'écouter.
- Faire la lecture des quotidiens en petit groupe et si possible par un pensionnaire.

Le soignant a aussi un rôle à jouer dans le cadre des apprentissages. Apprendre, c'est acquérir des nouvelles connaissances, poursuivre une évolution, comprendre et s'adapter. La personne âgée se fatigue plus vite, elle apprend plus lentement, sa mémoire est moins efficace et elle se trouve dans un mouvement qui la met face à des nouveautés dans tous les domaines. Les conditions de vie actuelle, l'évolution rapide de l'organisation de la société, ainsi que les technologies récentes la mettent en effet à l'épreuve. A cela s'ajoutent les modifications dues à certaines maladies qui, en provoquant des déficits, menacent son autonomie : l'apprentissage de comportements nouveaux ou le développement de nouvelles aptitudes seront indispensables si elle veut la préserver. A l'annonce de la maladie, la personne déficiente visuelle va devoir apprendre à vivre avec le type de malvoyance dont elle est atteinte, apprendre à utiliser les outils mis à sa disposition pour lui permettre de mieux vivre avec cette déficience visuelle, et elle aura pour cela besoin d'une assistance.

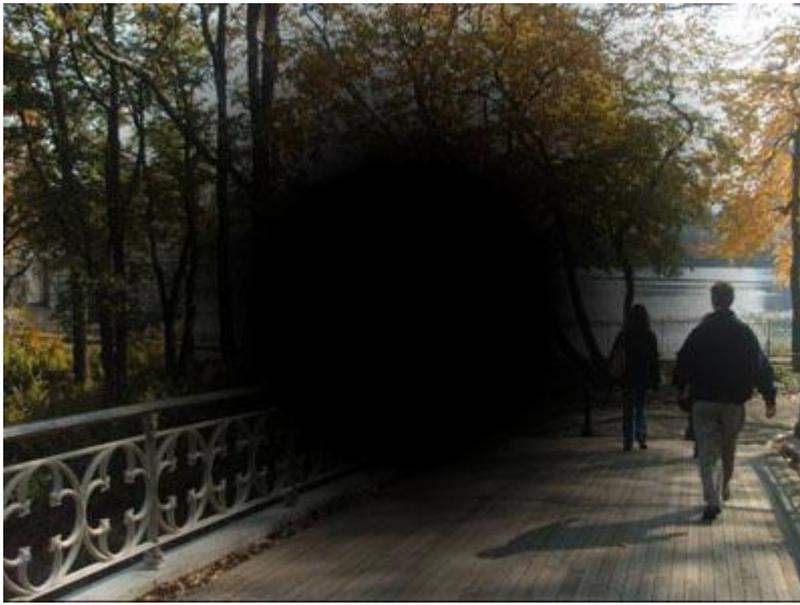
L'animation, souvent intégrée dans le projet de vie, fait partie des tâches qui sont plus particulières aux aides-soignants et qui ne sauraient en aucun cas être considérées comme accessoires. Ils doivent s'y appliquer sérieusement, en sachant qu'ils accomplissent un soin essentiel pour la personne âgée, mais aussi pour le soignant.

Nous avons abordé successivement le soin, la déficience visuelle et l'autonomie. Nous allons à présent passer en revue les différents types de malvoyance. Nous verrons plus loin que le degré d'autonomie diffère en fonction du type de malvoyance.

4. Les quatre grands types de malvoyance

En dehors de la cécité complète, on distingue quatre grands types de malvoyance dans lesquels la vision est altérée, mais encore partiellement présente. Si un résident atteint de l'un de ces types de malvoyance est encore capable de nous distinguer partiellement, à condition que nous prenions soin de nous placer dans son champ visuel résiduel, sa vision n'est souvent pas suffisamment nette pour lui permettre de distinguer clairement des éléments de communication non-verbale tels que notre expression faciale, nos gestes, notre langage corporel ou notre posture.

4.1. La perte de la vision centrale :



- La personne a des difficultés à lire, elle voit les lettres ou les mots déformés ou masqués.
- Elle a des difficultés dans la vision des détails comme par exemple la reconnaissance des visages, la lecture de l'heure, le positionnement des poignées de portes.
- La personne a la possibilité de se déplacer et de s'orienter sans trop de difficultés.

Cette malvoyance est souvent causée par la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

4.2. La perte de la vision périphérique ou vision tubulaire :



- La personne a des difficultés dans ses déplacements (détection des obstacles et orientation).
- Elle est capable de lire certains caractères agrandis.

Cette malvoyance est souvent causée par un glaucome ou une rétinite pigmentaire.

4.3. La vision floue :



- L'acuité visuelle de la personne est réduite, elle a des difficultés de lecture et a besoin de grossissement.
- La personne a une forte sensibilité à la luminosité et est vite éblouie.

Cette malvoyance est souvent causée par une forte myopie ou par la cataracte.

4.4. La vision avec des taches :



- La personne a des difficultés pour la lecture, le texte peut paraître déformé et flou. Les lettres peuvent sembler disparaître.
- La possibilité d'autonomie reste présente.

Cette malvoyance est souvent causée par une rétinopathie diabétique ou une rétinite pigmentaire.

Selon l'O.M.S. :

Selon l'O.M.S.¹⁹, on peut observer dans le monde entier une augmentation de la déficience visuelle provoquée par un diabète non soigné ou par l'âge. Grâce aux connaissances techniques disponibles aujourd'hui, 80% des cas de cécité dans le monde sont évitables ou guérissables. En revanche, les cécités résultant d'infections diminuent grâce aux actions de santé publique.

¹⁹ Organisation mondiale de la santé.

5. Le résident déficient visuel en maison de repos et de soins

5.1. Les déplacements :

Habités à devoir se repérer dans des espaces inconnus, les non-voyants de naissance abordent la vie en maison de repos sous un angle différent. Avec l'aide d'une canne blanche, ils se déplacent plus aisément que la personne âgée frappée de cécité à un âge avancé.

La personne âgée déficiente visuelle doit disposer d'un grand espace, il convient donc d'éviter l'encombrement des meubles au sein de la chambre du patient. La personne âgée doit pouvoir se repérer par le toucher, il est essentiel de bien lui expliquer l'emplacement des meubles et de ses affaires personnelles.

Les maisons de retraite pour aveugles et malvoyants restent très rares. Cependant, une bonne formation du personnel, ainsi qu'une organisation adaptée, peuvent suffire à permettre un séjour de qualité aux résidents concernés. La recherche de maisons de retraite convenant à cette catégorie de patients sera alors déterminante pour une intégration réussie.

Dans les deux cas, l'attitude du personnel et sa formation sont essentielles. En maison de retraite, les résidents malvoyants seront encouragés à conserver la meilleure autonomie possible à l'aide de divers aménagements comme une chambre suffisamment spacieuse pour que la personne déficiente visuelle puisse s'y déplacer facilement, de services, par exemple les soins que l'aide-soignant ou l'infirmier vont pouvoir lui dispenser et d'animations adaptées telles que des travaux manuels encadrés.

5.2. Les activités qui peuvent être proposées au sein de la maison de repos et de soins :

- Travaux manuels encadrés
- Livres audio disponibles à la bibliothèque
- Concerts de musique
- Espaces snoezelen²⁰
- Balnéothérapie

²⁰ Activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher.



Espace snoezelen



Balnéothérapie

Des activités peuvent être réalisées en dehors de la maison de repos tels que le torball²¹ ou le cécifoot²²

5.3. Les examens cliniques qui peuvent être réalisés au sein de la maison de repos et de soins :

Un ophtalmologue ou une association pour personnes à déficience visuelle peuvent se rendre au sein de la maison de repos effectuer des tests de vue.

Il faut être attentif car, chez les seniors, une déficience visuelle grave demeure non diagnostiquée dans un tiers des cas. Par ailleurs, 27% d'entre eux portent une correction inadéquate.

Dans cette partie conceptuelle, nous avons passé en revue les différentes dimensions de soin, un élément primordial pour le soignant dans l'exercice de sa profession, notamment le concept de prendre soin selon Walter Hesbeen et la notion d'accompagnement telle que définie par Patrick Verspieren. Nous avons également abordé l'impact psychologique de la déficience visuelle, en expliquant les différentes réactions qui se succèdent après l'annonce de la maladie. La personne qui en est atteinte devra modifier son image de soi et passer par sept étapes de deuil. L'impact relationnel va, quant à lui, engendrer une perte de confiance, c'est-à-dire que la personne déficiente visuelle aura tendance à cesser de communiquer avec son entourage et à se replier sur elle-même. L'aide-soignant peut à ce niveau jouer un rôle essentiel en l'encourageant à communiquer et à prendre part activement à la vie de l'institution. L'autonomie, c'est la capacité à gérer sa vie et faire ses propres choix pour son propre bien-être et celui de sa famille. Nous avons pu explorer le processus dynamique qui se traduit par quatre étapes différentes, les différentes étapes d'autonomie et leur influence sur la relation soignant-soigné. Pour favoriser l'autonomie d'une

²¹ Sport collectif qui se joue avec un ballon sonore. Il existe une salle à Montignies-Sur-Sambre (Charleroi).

²² Adaptation de football qui se fait à partir de repères sonores. Les équipes sont composées de six joueurs et seul le gardien de but n'est pas malvoyant. Il existe une salle à Montignies-Sur-Sambre (Charleroi).

personne déficiente visuelle, nous pouvons notamment lui proposer diverses aides techniques, adapter son environnement, ... Nous avons également examiné l'autonomie par le biais des besoins de Virginia Henderson. Ensuite, nous avons décrit les quatre grands types de malvoyance que l'on peut être amené à rencontrer à côté de la perte complète de la vision. Enfin, nous nous sommes intéressés à la problématique spécifique du résident malvoyant en maison de repos et de soins et, plus spécifiquement, aux moyens qui peuvent être mis à sa disposition pour améliorer au mieux la qualité de sa prise en charge, aux activités qui peuvent lui être proposées, comme des travaux manuels encadrés, des concerts de musique ou autres, ainsi qu'aux examens cliniques qui peuvent être réalisés au sein de la maison de repos et de soins pour les personnes déficientes visuelles incapables de se déplacer.

Nous avons donc pu voir, dans cette partie, que le soin, la déficience visuelle, l'autonomie, ainsi que la problématique spécifique du résident déficient visuel en maison de repos et de soins sont autant d'éléments théoriques qui nous aideront à déterminer comment améliorer notre communication face à une personne souffrant d'une déficience visuelle. Nous allons à présent aborder la partie pratique de ce travail, où nous verrons comment l'aide-soignant peut mettre à profit ces différents éléments pour communiquer efficacement avec une personne déficiente visuelle.

III. PARTIE PRATIQUE

Après la théorie, passons à la pratique. Dans cette partie pratique, nous allons développer différents points en rapport avec les soins en général et les besoins spécifiques d'un résident malvoyant en maison de repos et de soins. Dans un premier temps, nous allons voir quels sont les différents professionnels qui peuvent accompagner une personne atteinte d'une déficience visuelle, en expliquant leurs rôles respectifs, ainsi que les tâches qu'ils réalisent. Nous aborderons ensuite les transmissions orales et écrites, leurs avantages et inconvénients, ce qui nous offrira l'occasion de rappeler l'importance de la communication au sein de l'équipe soignante. Nous passerons en revue les mesures de précaution visant à éviter le développement d'une déficience visuelle. Nous allons poursuivre par les aménagements dans la chambre du résident malvoyant et au sein de la maison de repos et de soins. Nous parlerons également de la canne blanche, qui est un outil mis à la disposition de la personne déficiente visuelle pour se déplacer et favoriser son autonomie, en décrivant les différents types de cannes blanches et la manière dont on peut se les procurer. Enfin, nous développerons le rôle de l'aide-soignant dans sa globalité, en faisant appel aux notions abordées dans les parties contextuelle et conceptuelle pour améliorer au mieux la communication avec une personne déficiente visuelle.

1. Les professionnels qui peuvent accompagner

Les premiers interlocuteurs sont le médecin traitant et l'ophtalmologue.

La réadaptation en basse vision permet de développer l'ensemble des capacités dans la vie quotidienne : déplacements, activités domestiques, lecture, loisirs, vie professionnelle.

1.1. L'ergothérapeute : Il va permettre à la personne déficiente visuelle de maintenir son indépendance dans les activités de la vie quotidienne, dont ses déplacements, et lui éviter ainsi un isolement social. Cela va contribuer à atténuer les symptômes dépressifs et à lui redonner de l'assurance, l'aider à reprendre confiance en elle et à améliorer son estime de soi. Il peut proposer d'agir sur l'environnement pour faciliter le quotidien et améliorer le cadre de vie, par exemple en déplaçant certains meubles ou effets personnels, en adaptant l'éclairage ambiant et, en fonction des activités, en faisant usage des contrastes, en offrant une assistance dans le choix et l'utilisation d'aides techniques. Il va ainsi l'accompagner pour retrouver une place et un rôle dans sa famille et dans sa vie sociale.

L'ergothérapeute va apprendre à la personne déficiente visuelle à se déplacer de façon autonome à l'intérieur et à l'extérieur de la maison de repos et de soins. Ils vont rechercher ensemble un maximum de sécurité et de confort, quelles que soient les conditions climatiques, de jour comme de nuit. Utiliser des stratégies visuelles spécifiques, se protéger de l'éblouissement, se servir d'une

aide optique pour lire les noms de rue redonne beaucoup d'aisance dans les déplacements et plus de sécurité à la personne déficiente visuelle. Cela lui permettra de développer de nouveaux potentiels et notamment d'améliorer son sens de l'orientation pour ne pas s'égarer.

1.2. Le psychologue : par son écoute, il peut aider à exprimer les difficultés générées par la déficience visuelle et à mieux prendre en compte les changements survenus dans la vie. Contrairement à une idée trop répandue, parler ne majore pas l'angoisse, mais l'apaise. Si la personne déficiente visuelle se sent angoissée en raison de son état de santé, de problèmes familiaux ou autres, elle pourra en discuter avec le psychologue afin d'apaiser ses angoisses.

1.3. L'assistant social : il conseille sur l'accès aux droits administratifs, ainsi que sur l'obtention et le financement d'aides techniques telles que la canne blanche, d'aides humaines comme des aides-soignants ou des infirmiers, d'aides familiales ou d'aménagements du domicile. Il peut aider à déposer un dossier de demande de prestations.

1.4. L'aide-soignant : de par sa proximité avec les résidents, c'est lui qui est en première ligne pour accompagner les différents professionnels et contribuer à mettre en application leurs suggestions afin de venir en aide à la personne déficiente visuelle et d'accroître son autonomie et son estime de soi. Son rôle est développé plus loin dans le chapitre.

Pour plus de notions sur les professionnels qui peuvent accompagner, se référer à l'annexe 2.

2. Les transmissions orales et écrites

Ici aussi, l'aide-soignant pourra s'inspirer des connaissances théoriques développée plus tôt dans ce travail.²³

Transmettre, c'est faire passer un message par un écrit, des paroles. Les transmissions orales et/ou écrites permettent à chaque membre de l'équipe soignante de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Si, par exemple, une personne déficiente visuelle fait une chute et se blesse, il faudra veiller à l'évolution de la blessure. Transmettre des informations sur le patient permet à l'équipe suivante de suivre l'évolution de son état de santé. Ces informations sont indispensables pour la continuité des soins. Elles ont pour but d'assurer la continuité des soins pour chaque patient, les relations entre les différents membres de l'équipe soignante, les relations entre les services, une communication utile entre les différentes disciplines de santé et la qualité des soins.

Au niveau de la législation, pour être utile et utilisable, une information, qu'elle soit écrite ou orale, doit être vraie, opérationnelle et claire, c'est-à-dire exacte, en faisant attention aux fautes d'orthographe qui peuvent en modifier le sens, comme le temps du verbe ; précise, en utilisant un langage commun et professionnel, non sujet à interprétation ; objective, sans jugement de valeur, décrivant des faits.

Elle est orientée vers l'action, tant sur le fond que sur la forme, en évitant les abréviations et les codes, en se basant sur des faits précis, en donnant des consignes sans ambiguïté, en permettant la prise de décision.

Communiquer ne consiste pas seulement à émettre, transmettre ou recevoir une information, c'est aussi comprendre cette information et surtout établir une relation entre l'émetteur et le récepteur en vue de réaliser un travail en commun. Transmettre entre différentes équipes de soins permet également de tisser des liens et, ainsi, de s'entraider en cas de besoin.

2.1. Les différents types de transmissions :

A. La transmission écrite :

La transmission écrite permet de noter l'ensemble des actions de soins effectuées et de recenser toutes les observations et événements dont il faut tenir compte pour la réalisation. Elle doit toujours être accompagnée d'une information orale qui commente, explicite, argumente, justifie et, surtout,

²³ Partie relative à la communication.

permet de vérifier le niveau de compréhension et d'acceptation du destinataire, c'est-à-dire de celui qui va la transformer en action.

Le tableau ci-dessous présente les avantages et inconvénients de la transmission écrite :

<u>AVANTAGES</u>	<u>INCONVÉNIENTS</u>
Elle est durable : en cas de contestation, il est aisé de s'y référer.	Multiplications des documents : savoir choisir les supports nécessaires et suffisants, adaptés au service
De par ce fait, elle engage celui qui l'émet, qui la transmet, qui l'utilise. L'infirmier a la compétence de contrôler la véracité des informations même s'il s'agit d'une prescription médicale.	Délimitation entre les informations essentielles, secondaires et sans intérêt.
Elle permet d'éviter les oublis.	La rédaction ou la lecture de transmissions ciblées peut être fastidieuse.

Les transmissions sont effectuées par toute personne qui a effectué un soin ou qui a observé le patient, comme l'infirmier, l'aide-soignant, l'élève infirmier et aide-soignant, l'assistante sociale, le kinésithérapeute, la diététicienne et le médecin. Cette personne doit écrire elle-même la transmission. Les notes doivent être synthétiques mais précises, c'est-à-dire claires et complètes, sans abréviations ou codes, chronologiques, datées et signées avec un nom lisible, c'est la personne qui a réalisé le soin qui transmet et le nom du patient doit figurer sur chaque feuille.

Au cours de la journée, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire peut relever par écrit, des faits, des observations, des actes qui sont importants à transmettre pour ne pas les oublier. Les informations sont relevées sur des supports appropriés (soit cachées sous la feuille de température, soit inscrites dans le dossier du patient). Un soin réalisé est obligatoirement transcrit immédiatement. La transmission écrite doit aussi se faire oralement. La responsabilité des transmissions incombe à celui qui la fait, ainsi qu'à la personne responsable des soins, à savoir l'infirmier et le chef infirmier. En particulier, l'aide-soignant peut noter un grand nombre de détails concernant le résident grâce au lien privilégié qu'il entretient avec lui.

B. La transmission orale :

<u>AVANTAGES</u>	<u>INCONVÉNIENTS</u>
Elle peut s'adapter à la personne, au lieu, au moment de la situation.	Elle est fugace.
Elle provoque des réactions immédiates.	Elle ne laisse pas de trace.
Le réajustement du contenu est possible.	L'émetteur peut être influencé par des fausses perceptions.
Elle permet l'échange.	Elle est interprétable.
Elle permet de vérifier la pertinence et la compréhension de l'information écrite.	Elle n'est pas contrôlée.

En ce qui concerne le moyen et le lieu de transmission, la majorité des établissements prévoient un temps de chevauchement des horaires de travail des équipes pour permettre la transmission orale des informations écrites. En général, ces transmissions se font le matin, avant la mise en place du service et à la fin du service. C'est un temps d'échange, riche et indispensable à la qualité des soins. Généralement, c'est l'infirmière qui réalise les transmissions à l'équipe suivante. Mais les autres membres de l'équipe peuvent y participer en fonction des soins qu'ils ont effectués. Si l'ergothérapeute a aidé l'aide-soignant pour la réalisation d'une toilette, il ou elle peut participer à la transmission. Celle-ci se fait dans la salle de soins. La présence d'un nombre important de personnes nécessite attention et régulation du groupe. C'est parfois dans le couloir que se disent les informations ; il faut alors veiller à ne pas oublier de les retranscrire.

Le téléphone permet la conversation entre deux ou plusieurs personnes éloignées et un gain de temps. Si un patient se plaint de douleur, l'aide-soignant peut prendre contact avec l'infirmier pour lui demander de passer voir le patient souffrant. Les informations transmises par téléphone sont à valider. Il faut savoir limiter le temps de conversation au strict nécessaire pour ne pas encombrer la ligne. On ne doit pas donner par téléphone des renseignements tels qu'un diagnostic. Respecter l'anonymat sur les planifications, ne pas parler trop fort et ne pas laisser la porte de la chambre du patient ouverte.

2.2. Les transmissions dites « ciblées » :

Elles ont pour but de focaliser l'écrit concernant chaque patient, sur une cible, c'est-à-dire sur une information saillante de la dernière relève du poste, puis de développer les informations concernant

cette cible selon une structure formelle composée de trois critères ; les **D**onnées, les **A**ctions et les **R**ésultats obtenus (DAR).

Les transmissions ciblées constituent une méthode d'organisation des transmissions écrites. On y retrouve les différents problèmes des patients. Elles se présentent sous une forme de colonnes : les dates, les cibles, les transmissions et la signature de l'intervenant. Les cibles sont des mots-clés qui attirent l'attention sur le problème évoqué : il peut s'agir d'un état psychologique, d'un changement d'état de santé, d'un diagnostic infirmier, d'un symptôme, d'un événement au cours d'un soin ou de l'intervention d'une personne extérieure au service. L'aide-soignant fournira à l'infirmière toutes les données obtenues au cours de la journée ; son rôle sera déterminant grâce à sa position privilégiée vis-à-vis du résident. L'infirmière utilisera comme support les besoins fondamentaux de Virginia Henderson pour poser le problème rencontré. Les transmissions ciblées permettent de noter des informations sous forme de DAR (Donnés, Action, Résultat).

- La donnée : elle comprend les observations du patient, la description de son état ou des manifestations physiques ou psychologiques d'un problème de santé. L'aide-soignant pourra ajouter des données provenant de confidences faites par le résident.
- L'action : ce sont les actions que l'infirmière va mettre en place par rapport à la donnée pour améliorer l'état du patient. Son action peut relever de son rôle, c'est-à-dire du rôle d'infirmière, ou en collaboration, c'est-à-dire que l'infirmier va travailler en collaboration avec l'aide-soignant. L'aide-soignant participera à certaines actions, notamment en ce qui concerne les aménagements de confort.
- Le résultat : il peut être prescrit à distance de l'action, il peut être atteint ou pas et nécessitera éventuellement un réajustement. C'est la disparition clinique de la personne.

3. Les mesures de précaution

Pour éviter certaines maladies qui peut être à l'origine d'une déficience visuelle, le patient doit se rendre au minimum tous les deux ans chez un ophtalmologue pour un contrôle. Si un membre de sa famille souffre d'une maladie héréditaire telle que la rétinite pigmentaire²⁴, il faudra que toute la famille soit, elle aussi, contrôlée chez un spécialiste. Si le résident porte des lunettes, l'aide-soignant doit veiller à ce qu'il les porte correctement, protège ses yeux contre les UV, évite le tabac car celui-ci est un facteur de risque de risque d'apparition de DMLA²⁵. Enfin, il faut veiller à l'alimentation du patient : une alimentation équilibrée est importante car l'obésité peut favoriser l'apparition de la rétinopathie diabétique²⁶. Toutes ces mesures visent à améliorer la qualité de vie du résident et contribueront à préserver son autonomie.

4. Les aménagements dans la chambre et au sein de la maison de repos et de soins

L'aide-soignant pourra utilement s'inspirer du contenu de la partie théorique de ce travail.²⁷ Il est important de bien connaître tous les aspects théoriques afin de trouver des idées face à la réalité des aménagements actuels.

4.1. Dans la chambre :

Il faut veiller à ce qu'il n'ait rien par terre, pas de fils électriques ni de tapis, pour éviter un risque de chute. Il faut que tout soit à la disposition du patient :

- Les boissons
- La télécommande de la télévision
- La radio
- Des pantoufles adaptées (fermées, avec des semelles antidérapantes)
- La tribune ou la canne blanche pour les déplacements
- La sonnette en cas de nécessité
- Veiller à ce que le lit soit surélevé pour que le patient ait plus de facilité à se mettre au lit
- Mettre la table de chevet à côté du lit
- Mettre la table pour les plateaux repas à portée du patient

²⁴ La rétinite pigmentaire est une maladie génétique de l'œil qui détruit peu à peu les cellules de la rétine.

²⁵ La DMLA est la dégénérescence maculaire lié à l'âge qui est une dégradation d'une partie de la macula.

²⁶ La rétinopathie diabétique est une complication du diabète.

²⁷ Chapitre 3 sur l'autonomie.

4.2. Dans la salle de bain et la toilette :

- Rehausseur de WC
- Barre d'appui (fixée au mur)
- Rouleau de papier WC à côté de la toilette
- Tapis antidérapant à l'intérieur et l'extérieur de la douche ou de la baignoire
- Tapis antidérapant en dessous du lavabo

4.3. Dans les couloirs :

- Barres d'appui fixées le long des murs
- Veiller à ne rien laisser par terre dans les couloirs

Le rôle de l'aide-soignant peut être décisif dans ces aménagements parce qu'il est en contact étroit avec les résidents.

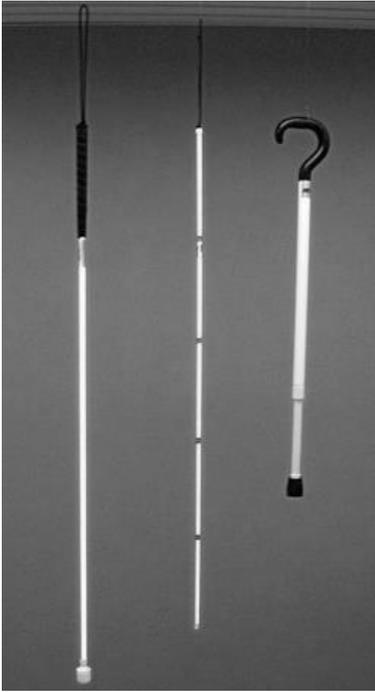
5. La canne blanche

La plupart des personnes malvoyantes souhaitent rester autonomes, c'est-à-dire ne pas dépendre de quelqu'un, c'est pourquoi la Ligue Braille²⁸ met des techniques d'aide à la disposition des personnes malvoyantes ou non-voyantes.

5.1. Définition :

La canne blanche est une aide technique proposée aux personnes déficientes visuelles. Il existe trois types de cannes blanches : la canne d'identification, la canne d'appui et la canne de locomotion. La canne d'identification a pour rôle de signaler que son détenteur souffre d'une déficience visuelle et d'éveiller ainsi la vigilance des personnes qui la côtoient, en particulier, à l'extérieur, des automobilistes, cyclistes et piétons. La canne d'appui est utilisée par les personnes qui ont des problèmes d'équilibre. Elle a la forme d'une canne ordinaire, d'une béquille, voire même d'un déambulateur, selon les besoins, mais est de couleur blanche pour assurer en même temps la fonction de canne d'identification. La canne de locomotion, plus longue que les précédentes, permet à son utilisateur d'explorer l'espace en « toquant » devant lui afin de détecter les repères et obstacles par l'ouïe et le toucher. La longueur est calculée pour donner à la personne un temps de réaction suffisant. Cette canne nécessite cependant l'apprentissage de techniques de locomotion particulières, qui sont enseignées à la Ligue Braille. Bien maîtrisée, la canne de locomotion peut devenir un véritable prolongement de la personne et accroître sensiblement ses capacités et sa sécurité de déplacement. À côté de la canne à embout standard ou fin cylindrique, utilisée en toquant, il y a la canne à embout en forme de roulette, qui se manie en balayant devant soi, par la technique dite du « balayage ». Par son contact permanent avec le sol, elle donne des informations tactiles plus précises que la canne sans roulette.

²⁸ Association belge qui a pour but de venir en aide aux personnes malvoyantes ou aveugles.



5.2. Comment se procurer une canne blanche ?

Depuis le 25 décembre 2006, toute personne atteinte d'une déficience visuelle de 60% au moins²⁹ ou ayant une prescription d'un ophtalmologue agréé en réadaptation ou du médecin généraliste traitant peut faire une demande pour une canne blanche.

On peut se la procurer en pharmacie, auprès des opticiens et auprès de certaines associations pour aveugles.

²⁹ Selon le barème officiel belge des invalidités.

6. Le rôle de l'aide-soignant

L'aide-soignant est une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier(ère) en matière de soins et d'éducation, sous son contrôle, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier(ère) au sein d'une équipe structurée. Le travail de l'aide-soignant implique de posséder les qualités humaines et professionnelles requises pour assurer le bien-être du patient. Il ou elle contribue au bien-être des personnes ayant des problèmes de santé au sens large, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne tout en veillant au maintien de leur autonomie. Pour remplir efficacement ce rôle face à une personne malvoyante, il est indispensable qu'il adapte sa communication en fonction de son handicap. Il veillera donc à appliquer les six astuces précédemment citées dans la partie théorique. Nous insisterons plus particulièrement ici sur un certain nombre de points plus spécifiques.

6.1. Toujours signaler sa présence : veiller à se présenter chaque fois que l'on pénètre dans la chambre du résident ou lors de toute interaction avec lui : garder à l'esprit en permanence que la personne ne nous voit pas, il est donc important de lui parler pour lui indiquer notre présence. Nous devons lui dire qui nous sommes, quel est notre rôle et lui expliquer les soins que l'on va effectuer, mais il peut aussi être utile d'amorcer le dialogue par le biais d'une question ouverte, telle que « Comment allez-vous ce matin ? » ou « Vous avez sonné, que puis-je faire pour vous ? ». Face à une personne déficiente visuelle, il est préférable de se placer devant elle ou sur le côté afin de lui permettre de nous identifier et de localiser notre voix. Nous devons tenir compte du type de malvoyance dont elle est atteinte et penser à tout lui expliquer verbalement. L'aide-soignant veillera à avoir une communication adéquate en fonction du résident et de l'environnement : par exemple, si une personne est malentendante, un problème très fréquent chez les personnes âgées, ou si la radio ou la télévision est allumée, on élèvera un peu la voix pour pouvoir communiquer avec elle.

6.2. Éviter les malentendus : nous devons évaluer les capacités du récepteur à entendre et à comprendre le message. Il est essentiel de veiller à utiliser un code commun : le message doit être compris, il faut que l'aide-soignant s'adapte à la personne déficiente visuelle en choisissant des mots simples, en évitant d'utiliser un vocabulaire professionnel, en faisant des phrases courtes. Nous ne pouvons pas laisser la personne déficiente visuelle s'imaginer des choses ou faire des suppositions. Pour cela le message doit être clair et sans ambiguïté. Nous devons recourir au feedback pour vérifier la bonne réception du message et réajuster ou reformuler tout message incompris ou mal interprété, qui devra alors être répété.

6.3. Description de l'environnement : à nouveau, cela fait partie du rôle de l'aide-soignant d'expliquer, par communication verbale, la disposition des lieux dans la chambre du résident, l'endroit où se trouvent la télévision, la radio, la sonnette d'appel, le frigo, la table de nuit, les différents objets personnels, ainsi qu'à l'extérieur de celle-ci : salle des infirmières, salon des résidents, salle à manger, emplacement des ascenseurs, ... Nous devons veiller à ce que la personne déficiente visuelle comprenne bien ce qu'on lui dit et qu'elle puisse visualiser intérieurement ce que nous lui décrivons. Ainsi, si un objet est placé à portée de main de la personne déficiente visuelle, on le lui signalera et, éventuellement, on lui fera toucher cet objet pour lui permettre de mieux le visualiser. Cette description orale de l'environnement contribuera également à améliorer l'autonomie du résident malvoyant.

6.4. Les déplacements : nous devons nous placer devant la personne et sur le côté, afin qu'elle puisse nous saisir le bras au-dessus du coude, ce qui constitue une communication par le toucher. Placés ainsi, nous précédon la personne dans son déplacement et la protégeons des obstacles et dangers qui peuvent se présenter sur le chemin. Nous gardons un pas d'avance (ce qui correspond à la longueur de notre avant-bras) pour qu'elle ressente les changements de direction, les directions et les ralentissements. Si, sur le chemin, on rencontre un passage étroit où la personne ne peut pas rester à côté de nous, nous devons nous mettre en « file indienne », le résident malvoyant ou non-voyant derrière, en plaçant notre bras guide derrière le dos pour lui indiquer de se placer derrière nous. Nous devons expliquer au résident comment utiliser les rampes installées le long des murs, nous devons veiller à ce que le mobilier soit stable et mettre à sa disposition des chaises avec des accoudoirs. On peut également lui proposer la canne blanche si le résident possède cet outil.

6.5. Les soins ou l'aide à la toilette : la personne déficiente visuelle est en général capable d'effectuer sa toilette seule. Il suffira donc, pour l'aider à préserver son autonomie, de veiller à ce que la trousse de toilette reste toujours au même endroit, de lui montrer l'emplacement du papier toilette et l'utilisation de la chasse d'eau dans les sanitaires.

Sachant que la personne déficiente visuelle ne nous voit pas, nous devons anticiper verbalement tout contact corporel : « je vous prends la main » ou « je soulève votre jambe. ». Expliquer très clairement les gestes en prenant délicatement les mains de la personne après l'en avoir avertie « Mme X, je prends vos mains et je vous montre ». Lors de la toilette et/ou de l'habillage, nous ne pouvons jamais faire à la place de la personne ce qu'elle est capable de faire seule. Nous lui expliquons verbalement qu'elle peut s'aider des barres de soutien installées dans les toilettes et au

niveau des baignoires. Nous lui proposons notre aide pour se couper les ongles³⁰, se raser, assortir ses vêtements. Pour s'habiller, nous pouvons lui demander si elle a besoin de notre aide, par exemple en lui préparant les vêtements sur le bord du lit, mais il est important de la laisser s'habiller elle-même si elle est capable de le faire. Nous devons proposer des vêtements adaptés, qui ne gênent pas le mouvement, et surveiller l'état des chaussures, vérifier qu'elles tiennent bien aux pieds et que les semelles ne soient pas lisses.

6.6. Les plateaux repas : la distribution des plateaux repas est aussi un moment d'échanges entre le soignant et les résidents. Beaucoup de résidents restent silencieux, ne sachant plus quoi dire ni comment entrer en communication avec leurs voisins de table. L'aide-soignant peut intervenir, par exemple, en suggérant des gestes d'entraide ou de partage qui seront l'occasion de communiquer, comme de servir à boire à son voisin qui des difficultés à le faire lui-même.

Dans le cas d'une personne malvoyante, il est important de veiller à ne pas encombrer le plateau. On lui décrira précisément le contenu de l'assiette (assiette creuse ou bol), ainsi que la disposition des aliments dans celle-ci, en lui indiquant par exemple que la viande se trouve à droite et les légumes à gauche. On lui proposera éventuellement de servir séparément les légumes et la viande. On peut également lui proposer de couper la viande, d'éliminer les arêtes de poisson, le gras ou les aliments non désirés.

Si le patient souffre de diabète, l'aide-soignant veillera au respect de son régime alimentaire dans le choix des desserts ou des collations.

En dehors des repas, on veillera à mettre à sa disposition un verre normal, un verre à bec de canard ou une bouteille d'eau afin d'éviter la déshydratation, en pensant à lui indiquer l'endroit exact où se trouvent le verre ou la bouteille, au besoin en les lui faisant toucher, pour lui permettre de les retrouver aisément par la suite.

6.7. Activités : nous devons inviter et encourager le patient à participer aux activités proposées par les éducateurs et ergothérapeutes. Si le résident est hésitant ou se sent mal à l'aise à l'idée de se joindre à des activités de groupe parce qu'il craint de paraître maladroit en raison de son handicap, l'aide-soignant peut lui apporter un soutien moral en le rassurant, lui expliquer que l'on est présent et prêt à intervenir à n'importe quel moment en cas de besoin. Comme expliqué dans la partie conceptuelle, l'aide-soignant peut, en fonction des possibilités pratiques, proposer diverses activités comme des travaux manuels encadrés, des concerts de musique, des livres audio, un espace

³⁰ L'aide-soignant peut seulement couper les ongles des mains, pour les pieds, il est obligatoire de faire appel à une pédicure médical.

balnéothérapie ou un espace snoezelen. Par beau temps, il ou elle peut proposer une promenade dans le jardin, qui constituera un moment privilégié de communication, ou même organiser, avec l'aide de ses collègues d'animation, un torball ou un cécifoot. L'aide-soignant peut également intervenir lors d'autres activités afin de venir en aide à ses collègues ergothérapeutes et éducateurs.

6.8. Procurer une aide technique :

- a) Aide aux besoins fondamentaux : il faut respecter et veiller à ce que le résident conserve une certaine autonomie en lui permettant de localiser les ustensiles qui lui sont nécessaires : la sonnette d'appel, les couverts, le verre, le téléphone, la radio, la télécommande, afin de lui éviter des manœuvres dangereuses.
- b) Aide à la prise de médicaments par voie orale : l'aide-soignant ayant suivi la formation d'acte délégué pourra aider le patient à la prise de médicaments de différentes manières. Le soignant peut proposer au résident de l'aider à les prendre, par exemple en plaçant les médicaments un par un dans sa main, sans oublier de décrire ce que l'on fait : « Madame X, je vais mettre votre médicament pour le cœur dans votre main droite », ou encore en les mettant dans un petit pot en plastique pour en faciliter la prise.

Nous voici au terme de la partie pratique, où nous avons vu comment nous pouvons mettre en pratique la théorie. Nous avons pu constater que différents professionnels nous accompagnaient. Leur rôle et leur présence constituent un atout efficace pour une meilleure prise en charge de la personne déficiente visuelle. Nous avons pu développer la question des transmissions entre ces différents intervenants et ainsi démontrer que les transmissions orales et écrites sont primordiales pour une bonne prise en charge du patient et une bonne continuité des soins. Certaines mesures de précautions sont à prendre en compte pour éviter une complication ou une aggravation de la déficience visuelle. En ce qui concerne l'aménagement dans la chambre, ainsi qu'au sein de la maison de repos et de soins dans son ensemble, nous avons pu constater que le rôle de l'aide-soignant est primordial, tant pour assurer une meilleure prise en charge que pour préserver un maximum d'autonomie, ainsi que pour éviter les risques de chutes. Même si la personne déficiente visuelle apprend qu'elle souffre de cette maladie à un âge avancé, la canne blanche peut devenir un outil essentiel à mettre à sa disposition. Enfin, le rôle de l'aide-soignant est un atout important pour la personne déficiente visuelle car nous intervenons dans pratiquement tous les aspects de la vie des résidents. Nous veillerons à le faire avec discrétion, gentillesse et compétence et sans jamais nous imposer.

En conclusion de cette partie pratique, nous avons pu démontrer que nous pouvons apprendre à mieux communiquer avec une personne déficiente visuelle, en tenant compte de son handicap et en adaptant en conséquence nos interventions et notre communication. Pour communiquer efficacement avec une personne malvoyante, outre la communication verbale, qui joue bien entendu un rôle prépondérant, on aura recours à la communication par le toucher, tout en veillant à respecter sa proxémie, c'est-à-dire son espace intime. Nous avons pu démontrer qu'il existe différents moyens pour justement améliorer cette communication et, ainsi, contribuer à faire des soins un agréable moment d'échange.

Conclusion

Pour conclure cette épreuve intégrée, nous avons pu démontrer qu'une communication adéquate est très importante face à une personne déficiente visuelle. Il est essentiel de garder en permanence à l'esprit que la personne ne nous voit pas, ou du moins pas distinctement, et que, par conséquent, tout échange doit passer par la parole. Lors de la communication verbale avec elle, nous devons nous exprimer de manière simple, de façon à ce qu'elle comprenne ce qu'on lui dit. Dans la communication non-verbale, la proxémie et le toucher sont deux outils fondamentaux pour une bonne continuité des soins tout en veillant à préserver l'intimité de la personne présentant une déficience visuelle. Dans le cadre de la communication lors des soins, nous devons informer le résident de manière cohérente, afin d'améliorer la qualité de sa prise en charge. Différents professionnels peuvent nous accompagner pour assurer à la personne déficiente visuelle une meilleure continuité de soins. Dans les transmissions orales et écrites, nous avons pu démontrer qu'une bonne communication entre les différentes équipes soignantes permet d'assurer au mieux la qualité de la prise en charge du résident. Les personnes déficientes visuelles peuvent souffrir d'un type spécifique de malvoyance, il est dès lors important de veiller au respect des mesures de précaution à prendre telles que le port de lunettes, protéger les yeux contre les UV, veiller à une bonne alimentation et à un bon suivi pour éviter une dégradation. Au sein de la maison de repos et de soins, nous devons faire en sorte de favoriser l'autonomie, bien expliquer les emplacements, que ce soit dans la chambre, dans les couloirs, dans la salle de bain et la toilette, éviter tout encombrement pour que le résident déficient visuel se sente en sécurité. Nous veillerons également à ce que les objets indispensables de la vie quotidienne ou des outils comme la canne blanche soient en permanence à la disposition du résident. Nous sommes aussi parfois amenés à accompagner nos collègues ergothérapeutes et éducateurs lors de diverses activités. L'aide-soignant joue donc un rôle essentiel vis-à-vis du résident déficient visuel, d'où l'importance de veiller à mettre en place une bonne communication afin d'établir une relation de confiance.

ANNEXES

Annexe I : Les besoins de Virginia Henderson

Annexe II : Les professionnels qui peuvent accompagner

Annexe III : La pyramide de Maslow

Annexe IV : Nos attitudes naturelles se voulant « aidantes » mais qui sont en réalité plus néfastes que bénéfiques

Annexe I : Les besoins de Virginia Henderson

- Respirer
- Boire et manger
- Éliminer
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Dormir et se reposer
- Se vêtir et se dévêtir
- Maintenir sa température
- Être propre, protéger ses téguments
- Éviter les dangers
- Communiquer
- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Se récréer, se divertir
- Apprendre

Annexe II : Les professionnels qui peuvent accompagner

- **L'ophtalmologue** : C'est le professionnel qui assure le suivi de la vision. Il dépiste la maladie et prescrit les traitements qui s'imposent. Si la déficience visuelle le nécessite, il accompagne le patient dans sa démarche d'adaptation en collaboration avec d'autres professionnels.

- **L'opticien** : Il évalue les capacités visuelles et les besoins afin d'aider à choisir un matériel adapté :

- Des aides optiques dont le but est d'améliorer la qualité et la taille de l'image reçue par la rétine (lunettes, loupes, téléagrandisseurs).
- Des aides techniques dont le but est de mieux adapter l'environnement à la déficience visuelle (éclairage, pupitre de lecture). Il vend ce matériel et informe des possibilités de prise en charge financière. Ces achats doivent se faire avec les conseils des rééducateurs.

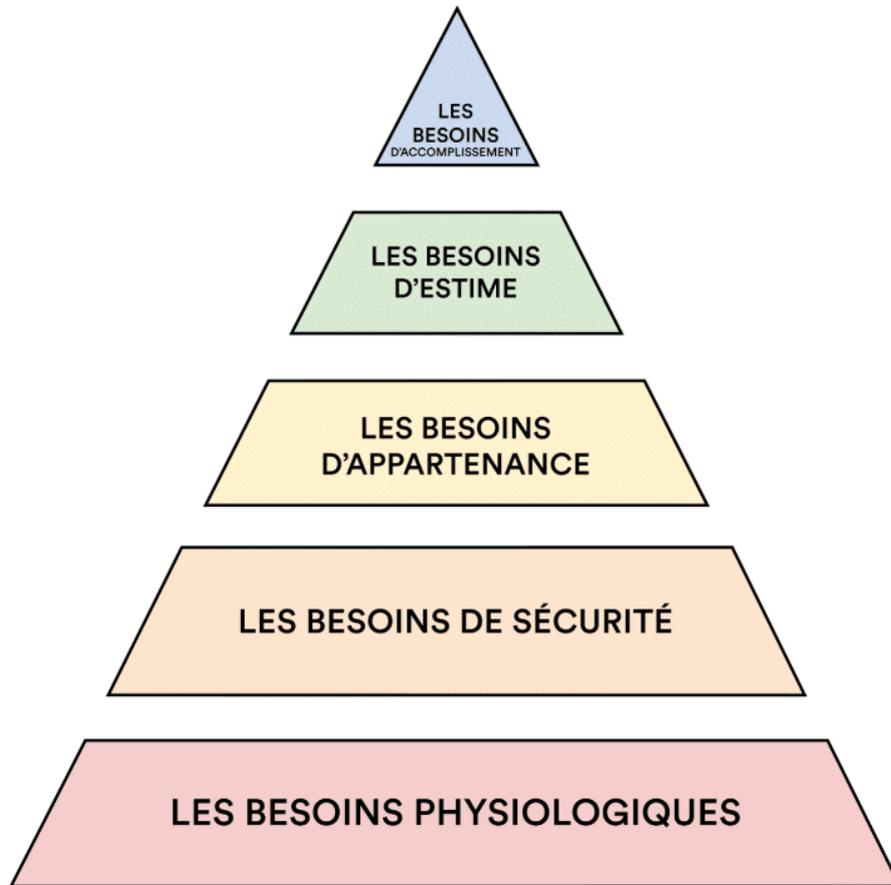
- **Les rééducateurs** : l'orthoptiste permet de réorganiser les possibilités visuelles en adoptant l'attitude corporelle la plus confortable possible en fonction de la capacité visuelle résiduelle du patient. Il recherche avec la personne concernée :

- Un éclairage adapté à ses besoins
- La maîtrise d'une nouvelle façon de voir et la capacité à orienter le contrôle visuel du geste
- La gestion de la vision fine par des exercices pour la lecture

Le choix de l'aide optique se fera en lien avec l'opticien.

- **L'éducateur/rééducateur en autonomie dans la vie journalière (AVJ)** : Il peut également aider à découvrir de nouvelles activités possibles et à maîtriser les aides techniques et visuelles préconisées.

Annexe III : la pyramide de Maslow



Annexe IV : Nos attitudes naturelles se voulant « aidantes » mais qui sont en réalité plus néfastes que bénéfiques

1. Donner des ordres ; commander :

« Tu dois..., tu devrais..., fais ceci..., fais cela..., ». Cette attitude suscite la crainte ou l'opposition. Elle incite à une épreuve de force, invite à la révolte, à la vengeance.

2. Avertir, menacer :

« Tu ferais mieux..., sinon..., ». Cette attitude suscite la crainte, la soumission ; elle oblige à vérifier les conséquences énoncées. Elle peut faire naître de la révolte et de la colère.

3. Faire la morale :

« Tu devrais..., c'est ta faute,... ». Cette attitude suscite des sentiments de culpabilité ou d'obligation. Elle peut inciter la personne à s'ancrer davantage dans sa position, à se défendre et à se justifier.

4. Donner des conseils, des solutions :

« Essaie donc..., Je te conseille de... ». Cette attitude sous-entend que l'individu est incapable de résoudre lui-même son problème. Elle l'empêche d'envisager des solutions et de les essayer. Elle peut amener la dépendance.

5. Argumenter, persuader :

« Voici pourquoi tu as tort..., oui mais..., ». Cette attitude oblige la personne à se fermer et à devenir moins réceptive envers les autres. Elle pousse l'individu à se sentir inférieur et incompetent.

6. Critiquer, juger :

« Tu ne raisones pas avec bon sens..., tu es paresseux,... ». Cette attitude amène la personne à se sentir incompetent, stupide, incapable de se servir de son jugement. Elle coupe la communication car la personne redoute d'être mal jugée.

7. Humilier, ridiculiser :

« Tu ne fais jamais rien de bon..., tu es nul ! ». Cette attitude peut amener la personne à se sentir rejetée, inférieure. Elle peut détruire l'estime qu'a la personne d'elle-même, elle provoque souvent des ripostes verbales.

8. Interpréter, analyser :

« Ton problème à toi, c'est..., tu dois être fatigué pour dire ça,... ». Ces réponses sont parfois menaçantes et frustrantes. La personne peut se sentir coincée, mise à nu, incomprise. La communication est alors coupée par crainte d'incompréhension.

9. Complimenter, approuvé :

« Oui, tu fais bien..., tu as raison, tu es mieux que lui... ». Ceci peut faire naître de l'anxiété lorsque l'image que la personne a d'elle-même ne correspond pas au compliment.

10. Rassurer, consoler :

« Ne t'inquiète pas, ça ira mieux..., allons courage... ». Par cette attitude, la personne peut se sentir incomprise, elle peut ressentir de forts sentiments d'hostilité : « c'est facile à dire ! »

11. Enquêter, questionner :

« Pourquoi ?..., Qui a dit cela ?..., et qu'est-ce que tu ... ». La personne peut devenir anxieuse, craintive car elle ne sait pas où son auditeur veut en venir, ce qui peut l'engager sur de fausses pistes.

12. Esquiver :

« Parlons de choses plus agréables..., oublions cela... ». Cette attitude suggère d'éviter les difficultés au lieu de les affronter et laisse croire que les problèmes que la personne expose sont banals, insignifiants.

BIBLIOGRAPHIE

Internet :

- Extrait de Jean-Pierre Claris de Florian « L'aveugle et le paralytique »
https://poesie.webnet.fr/lesgrandsclassiques/Poemes/jean_pierre_claris_de_florian/laveugle_et_le_paralytique (page consultée le 26/04/2020)
- Le schéma de la communication <https://jetudielacom.com/schema-de-communication/> (page consultée le 12/03/2021)
- Carl Rogers https://fr.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers (page consultée le 19/04/2021)
- Comment communiquer avec une personne déficiente visuelle ?
<https://webzine.okeenea.com/conseils-communiquer-aveugle/> (page consultée le 29/08/2020)
- Walter Hesbeen <http://www.albatros-petite-chapelle.be/colloque/les-soignants.pdf> (page consultée le 03/02/2021)
- Patrick Verspieren <https://www.revue-etudes.com/auteurs/patrick-verspieren-23959> (page consultée le 03/04/2021)
- La DMLA <http://www.packshotmag.com/films/dmla-docteur/?fbclid=IwAR0XS4fmvRR916GLyDRJInt90JtrqQJ2D9KnE7QLOq1D4ejWksnImpgyEzE> (page consultée le 25/08/2020)
- La DMLA <https://www.doctissimo.fr/sante/bien-voir/dmla/grille-amsler?fbclid=IwAR332tepqvHcLXLPAatYAG0LLZOJPEd7GuBeT1IJBZo6toLD0eWVMKeG8cY> (page consultée le 29/08/2020)
- La rétinopathie diabétique <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/ophtalmologie/retinopathie-diabetique-symptomes-traitement/?fbclid=IwAR332tepqvHcLXLPAatYAG0LLZOJPEd7GuBeT1IJBZo6toLD0eWVMKeG8cY> (page consultée le 29/08/2020)
- La rétinite pigmentaire
<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=retinite-pigmentaire> (page consultée le 29/08/2020)
- Les quatre grands types de malvoyance <https://deficientsvisuelsnumerique.wordpress.com/2016/04/26/les-differents-types-de-deficiences->

- [visuelles/?fbclid=IwAR1JPd4VvfOARKF7fyFQYHj03dIVW0BpoCaieTB252IMjgnxVGg6SGPflcg](https://www.handisport.be/content/uploads/2017/08/TC-APSA-D%C3%A9ficiency-visuelle.pdf) (page consultée le 31/08/2020)
- La perte de la vision centrale <http://www.detective-sante.com/maladies/3356.html> (page consultée le 31/08/2020)
 - La perte de la vision périphérique ou tubulaire <http://www.handisport.be/content/uploads/2017/08/TC-APSA-D%C3%A9ficiency-visuelle.pdf> (page consultée le 31/08/2020)
 - La vision floue <https://gunnars.fr/8-signes-annonceurs-de-problemes-de-vision/> (page consultée le 31/08/2020)
 - La vision avec des taches <https://deficientsvisuelsnumerique.wordpress.com/2016/04/26/les-differents-types-de-deficiences-visuelles/> (page consultée le 31/08/2020)
 - Les différentes étapes de l'autonomie <https://www.pythonon.be/news/10/21/Les-quatre-etapes-vers-l-autonomie> (page consultée le 1/09/2020)
 - Espace snoezelen <https://fr.wikipedia.org/wiki/Snoezelen> (page consultée le 1/09/2020)
 - Espace snoezelen <http://onaya.eklablog.com/creer-un-espace-sensoriel-a113395344> (page consultée le 1/09/2020)
 - Balnéothérapie https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=balneotherapie_th (page consultée le 1/09/2020)
 - Balnéothérapie <https://www.bloghoptoys.fr/les-bienfaits-de-laquatherapie> (page consultée le 1/09/2020)
 - La canne blanche <https://www.braille.be/fr/services-et-aides-techniques/se-deplacer/canne-blanche> (page consultée le 1/09/2020)
 - Selon l'O.M.S. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2895/B124_7-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2t1QFf4d8WYvpA9QJsGkmOwVK-gPOGSGfaq_Lms5jU0eE1wKQI_3bq1Kk (page consultée le 23/12/2020)
 - Les dimensions de soin <http://quesnel.stephan.free.fr/Dimsinf.htm> (page consultée le 15/01/2020)
 - La pyramide de Maslow <https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/> (page consultée le 15/01/2020)

- La communication <https://www.place-communication.com/communiquer-avec-les-personnes-atteintes-de-deficience-visuelle-quelles-possibilites/> (page consultée le 25/01/2020)

- La canne blanche <https://www.braille.be/uploads/assets/4989/1608022169-Canne%20Blanche%20-%20-%202020.pdf> (page consultée le 26/01/2020)

- Impact relationnel

<https://www.amidesaveugles.org/images/sitefr/edit/communication%20scientifique/qualite-de-vie-et-vieillesse-des-personnes-deficientes-visuelles.pdf?fbclid=IwAR2ygtgFPwB7xf9yixG1wltwqHb1v95G7xr-NkFtLggNZgRpNknOUffgJTJE> (page consultée le 27/01/2020)

Sites régulièrement consultés :

<http://lereservoir.eu/>

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

<http://www.synonymo.fr/synonyme/synonyme>

Cours :

- Cours de communication appliquée de Madame Père Y.
- Cours de communication appliquée de Madame Defraeye S.
- Cours de déontologie et législation de Madame Père Y.
- Cours d'anatomophysiologie de Monsieur Vantomme P.
- Cours d'infirmiers en soins généraux à la Condorcet à Tournai de Monsieur Truc P.
- Cours de psychologie à la Condorcet à Tournai de Monsieur François.
- Cours de psychologie de Monsieur Lallemand.

Livres :

- Gerard J Tortora, Bryan Derrickson, *Manuel d'autonomie et de physiologie humaines*, 2^{ème} édition ; Deboeck supérieur, 2016, page 223

Divers :

- Le personnel soignant du home les Bruyères à Grandglise

- Le docteur Thierry Grumbers à Ellezelles
- La pharmacie Pharmuny à Ellezelles