



IEPSCF-TOURNAI

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

École d'Enseignement et de Promotion Sociale

De la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement secondaire supérieur de Transition

Section : Aide-soignant

**« Lors des soins, comment une aide-soignante
peut communiquer avec une personne aphasique ? »**

Présenté par : Rau Mélina
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignante
Année : 2021-2022

Remerciements

Je voudrais remercier mes professeurs Madame Père et Monsieur Vantomme qui m'ont aidée, guidée et soutenue tout au long de ce travail.

Je voudrais remercier aussi tous les autres professeurs de cette formation avec qui j'ai beaucoup appris.

Je tiens à remercier mes parents qui m'ont soutenue depuis le début de cette formation.

Je veux aussi remercier Aurore qui a pris du temps pour m'aider à me corriger sur ce travail de fin d'étude.

Et pour finir mes collègues de stages avec qui j'ai beaucoup appris sur le métier d'aide-soignante.

TABLES DES MATIÈRES

Introduction	1
I. Partie contextuelle	2
1. Qu'est-ce que le handicap ?	3
2. Qu'est-ce que l'invalidité ?	7
3. Qu'est-ce que la dépendance ?	8
II. Partie conceptuelle	11
1. Qu'est-ce que le langage ?	12
1.1 Comment se définit le langage ?.....	12
1.2 Quel sont les fonctions du langage ?	12
1.3 Quelles sont les différents troubles du langage ?.....	14
2. Qu'est-ce que la parole ?	17
2.1 Comment se définit la parole ?.....	17
2.2 Quel sont les fonctions de la parole ?.....	18
2.3 Quelles sont les différents troubles de la parole ?.....	18
3. Les aphasies	21
3.1 Comment décrit-t-on les aphasies ?	22
3.2 Comment apparaît une aphasie ?	22
3.3 Quels sont les deux types d'aphasie ?	24
3.4 Quels sont les conséquences sur le langage et la parole ?.....	27
3.5 Quels sont les conséquences psychosociales chez l'aphasique ?.....	28
4. La communication	31
4.1 Comment se définit la communication ?.....	31
4.2 Quels sont les types de communication ?	33
4.3 Qu'est-ce que la communication dans le domaine des soins ?	35
III. Partie pratique	38
1. Comment favoriser la stimulation lors des soins ?	39
2. Quels sont les mesures de prévention ?	40
3. Quels sont les rôles de l'aide-soignante ?.....	42
3.1 Au près du patient	42
3.2 Au près des familles	43
3.3 Au près de l'équipe pluridisciplinaire	44
4. Quels est la prise en charge d'une personne aphasique ?	44

4.1 Aphasie de compréhension	44
4.2 Aphasie d'expression	45
4.3 Aphasie totale.....	46
Conclusion	48
Bibliographie	50
Annexe.....	53

Introduction

Au cours de la formation, j'ai pu vivre différentes expériences qui ont été bénéfiques pour ma future vie professionnelle. Ces expériences ont été riches en émotions et cela m'a permis d'être plus forte mentalement.

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer différents stages en maison de repos et maison de repos et de soins. C'est lors de ces stages, que j'ai vécu des expériences qui m'ont demandé de la réflexion sur ma manière d'agir dans certaines situations avec des patients/résidents.

Il y a une situation en particulier qui m'a beaucoup touchée à cause de la situation médicale de la personne. Il s'agissait d'une personne présentant une aphasie d'expression. Cette personne pouvait comprendre les informations que je lui transmettais lors des soins mais elle ne pouvait en retour me répondre de manière cohérente. Cela m'a intrigué car je me disais qu'au niveau des soins, des difficultés s'imposent autant pour l'aide-soignante que pour la personne en matière de communication. C'est à ce moment là que je me suis posé cette question : « Quelles sont les stratégies à mettre en place pour arriver à communiquer avec une personne aphasique pendant les soins ? ».

Après plusieurs jours de réflexion concernant cette problématique, elle m'a semblé très intéressante à présenter pour cette épreuve intégrée. Ce sujet est très important pour nous car elle reflète l'importance de notre travail, c'est-à-dire le bien-être, avant tout, de nos patients/résidents.

Cette épreuve intégrée sera composée de trois parties :

Dans un premier temps, une partie contextuelle, qui va développer des mots clefs.

Dans un deuxième temps, une partie conceptuelle où nous allons nous consacrer à la communication en abordant le langage, la parole, l'aphasie, ainsi que la communication de manière générale et dans les soins. (Ce sont des étapes essentielles afin de comprendre comment aborder une personne aphasique.)

Enfin, une partie pratique qui sera consacrée aux moyens mis en œuvre pour répondre au questionnement de départ.

I. PARTIE CONTEXTUELLE

Dans cette première partie, nous allons développer ensemble les mots clés qui vont définir le contexte de notre sujet. Tout d'abord, nous parlerons du handicap qui mettra en avant les aphasies qui font partie de la catégorie handicap sensoriel. Ensuite, nous aborderons l'invalidité. Il s'agira des conséquences de cette invalidité dû au handicap. Et pour finir, nous terminerons par la dépendance. Nous développerons les différents niveaux de dépendance ainsi que les outils à utiliser pour la mesurer.

1. Le handicap.

Le terme handicap est l'incapacité de la personne d'interagir pleinement avec son environnement à cause d'une déficience, c'est-à-dire une altération importante et durable d'une fonction physique ou intellectuelle. Être atteint d'un handicap est parfois un sentiment de perdre une partie de son autonomie. En effet, un handicap peut limiter la participation active de la personne. Ce n'est pas toujours simple car ceux qui est handicapant ce n'est pas tant d'avoir une déficience, c'est qu'ils ne sont pas pris en compte par la société et donc les empêche d'intégrer pleinement une vie sociale. Il est important quand on s'adresse une personne porteuse d'un handicap, de s'adresser avec des termes avec lesquels la personne est le plus à l'aise. Nous devons être bienveillants avec ces personnes, ceux qui va nous aider à percevoir leurs forces ainsi que leurs fragilités pour les aider à retrouver une vie tout à fait normale.

Dans le domaine du handicap, il existe différentes formes que nous allons développer. Cela va nous permettre par la suite de comprendre l'essentielle de notre problématique.

1.1 Le handicap physique.

Le handicap physique est un trouble physique qui peut affecter la motricité¹. Le sujet à une capacité limitée à se déplacer, à réaliser des tâches manuelles ou à mouvoir certaines parties du corps. En ce sens, les personnes touchées par un handicap physique voient leur mobilité réduite de façon partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine. L'aide-soignante peut ainsi rencontrer par exemple des personnes souffrant de paralysie, d'amputation ou encore d'infirmité motrice cérébrale².

¹ Ensemble des fonctions nerveuses et musculaires permettant les mouvements volontaires ou automatiques du corps.

² Maladie congénitale du mouvement, de la tonicité musculaire ou de la posture.

1.2 Le handicap sensoriel.

Le handicap sensoriel voit l'un ou plusieurs de ses sens atteints. On retrouve parmi les handicaps sensoriels les plus connus : l'aphasie, la malvoyance³, la surdité⁴ ou encore le mutisme⁵. Ce type de handicap entraîne, presque automatiquement, des difficultés de communication et d'intégration sociale de la personne. C'est pourquoi, la personne handicapée est amenée à développer d'autres moyens de communication et d'information pour s'adapter à la société et à la vie quotidienne malgré le handicap comme par exemple les pictogrammes⁶, le braille⁷ ou encore la canne blanche⁸...

1.3 Le handicap mental.

Le handicap mental appelé aussi déficience intellectuelle correspond pour l'OMS à une capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences. Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante, un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement. Ainsi, les personnes atteintes présentent des difficultés de réflexion, de compréhension mais aussi d'expression et de communication. Les maladies génétiques, les anomalies chromosomiques, la trisomie 21⁹, l'autisme¹⁰, les virus¹¹ et les parasites¹² contractés durant la grossesse ou encore la prise de tabac ou d'alcool au cours des neuf mois peuvent être à l'origine d'un handicap mental. Un virus, un traumatisme crânien ou une maladie infectieuse contractés dans la petite enfance peuvent aussi faire partie des causes. Nous pouvons rencontrer dans la catégorie handicap mental, des personnes souffrant d'autisme, de la trisomie 21 ou encore de polyhandicap¹³.

1.4 Le retard mental.

Le retard mental selon l'OMS est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions

³ Réduction de la fonction visuelle sur les deux yeux permanente et non améliorable.

⁴ Diminution de la capacité à percevoir des sons.

⁵ Incapacité persistante à parler dans une ou plusieurs situations.

⁶ Dessin figuratif ou symbolique reproduisant le contenu d'un message.

⁷ Système d'écriture tactile à points saillants pour les personnes aveugles ou fortement malvoyante.

⁸ Canne de couleur pour se repérer dans son environnement spatial pour les déficients visuels.

⁹ Anomalie chromosomique provoquée par la présence d'un chromosome sur la 21^{ème} paire.

¹⁰ Trouble du développement qui réduit la capacité à communiquer et à interagir.

¹¹ Micro-organismes qui déclenchent des maladies virales plus ou moins graves et toujours contagieuses.

¹² Organisme qui tire profit de son hôte pour se nourrir, s'abriter ou se reproduire.

¹³ Handicap grave à expressions multiples.

cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément. Le retard mental survient lors du développement avant l'âge de 18 ans. Les causes d'un retard mental peuvent être dues aux mêmes causes que le handicap mental. Les causes sont un problème génétique dû au chromosome. Cela peut être aussi congénital. Le handicap mental varie d'une personne à l'autre suivant son origine, l'âge de début, les troubles associés mais aussi dus aux composantes personnelles, relationnelles et environnementales. Elle continue à apprendre, mais très lentement et a un besoin de stimulation afin que la personne ne régresse pas. Elle a besoin d'être accompagnée dans les actes de la vie et a gardé ses habitudes pour que la personne avance dans son apprentissage. Il existe différents degrés de retard mental selon l'OMS. Le retard léger : QI entre 50 et 69. Les personnes connaissent des difficultés scolaires mais ils sont capables de s'intégrer à la société de façon autonome. Le retard moyen : QI entre 35 et 49. Les personnes ont connues dans l'enfance des retards de développement importants mais ils ont de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle. Ils auront quand même besoin de soutiens aux niveaux de leur intégration dans la société. Le retard grave : QI entre 20 et 34. Les personnes ont besoins d'un soutien prolongé. Le retard profond : QI inférieur à 20. Les personnes ont peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elles-mêmes. Pour donner quelques exemples, nous pouvons rencontrer ces personnes ayant un retard mental sous l'appellation de syndrome de Prader-Willi¹⁴, syndrome Williams-Beuren¹⁵ ou encore syndrome Martin Bell¹⁶.

1.5 Le handicap associé.

Le handicap associé est une atteinte où la personne souffre de plusieurs handicaps en même temps. Il peut être à la fois sensoriel, intellectuel et physique. Ces personnes sont atteintes de grandes restrictions extrêmes d'autonomie. Ces problèmes atteignent la personne dans toutes les activités quotidiennes que ce soit la communication, la prise de repas, la toilette, les déplacements. La personne a besoin de professionnel qui l'aide à répondre le mieux possible à ses besoins et l'aide dans les actes de la vie. En voici quelques exemples que nous pouvons rencontrer : Cela peut être des personnes

¹⁴ Maladie génétique qui entraîne obésité, déficience intellectuelle et petite taille. (Voir annexe).

¹⁵ Association d'un retard mental, d'une cardiopathie congénitale, d'un faciès et d'un comportement hypersocial (Voir annexe).

¹⁶ Syndrome causant une déficience intellectuelle (Voir annexe).

souffrant du syndrome de la trisomie 21 avec de l'épilepsie¹⁷ ou encore de troubles de la motricité avec une cécité¹⁸ totale.

1.6 Le handicap sévère.

Le handicap sévère est un handicap complexe, intellectuel et souvent moteur. Les personnes concernées n'ont pas accès à la parole et expriment difficilement leurs besoins. L'entourage et même les soignants n'ont pas la certitude de savoir s'ils ont bien répondu à l'attente de la personne. La plupart des actes de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, communiquer, jouer et parfois marcher nécessite l'aide d'un accompagnant permanent. Voici quelques exemples de personne avec un handicap sévère que nous pouvons rencontrer souvent : Ce sont des personnes qui ont la sclérose en plaque¹⁹, la maladie de Charcot²⁰ ou encore la maladie de Huntington²¹.

En conclusion, la définition des différentes formes de handicap nous permet de mettre évidence que le terme handicap renvoie à une dimension sociale. Cela nous renvoie aux difficultés de la personne en situation de handicap face à un environnement en matière d'accessibilité d'expression, de compréhension ou d'appréhension, ce qui oblige à développer d'autres moyens de communication et d'informations pour s'adapter au quotidien malgré le handicap. À travers tous ces handicaps, nous nous intéresserons plus particulièrement au sensoriel. En effet, nous avons vu que les personnes souffrant d'aphasie faisait partie de la catégorie handicap sensorielle. Nous nous rendons compte qu'il y a une forme d'invalidité qui se répercute dans la communication et l'intégration sociale avec autrui. En effet, la personne va émettre beaucoup de difficultés à pouvoir tenir une conversation normale avec ses interlocuteurs. Nous allons voir que certains vont montrer que des incertitudes légères pour trouver leurs mots par exemple. Alors que d'autres vont avoir une perte totale de la faculté de s'exprimer par le langage, de comprendre ce qui leur est dit. Dans tout les cas, une personne souffrant de n'importe quel handicap a un sentiment de ne plus pouvoir agir comme il le désire à cause des difficultés qu'il rencontre. Ne pas pouvoir exprimer une opinion, un jugement, un avis, une demande, un désir ou encore de ne

¹⁷ Perturbations de l'activité des cellules nerveuses dans le cerveau provoquant des convulsions.

¹⁸ Absence de perception de la lumière.

¹⁹ Maladie inflammatoire qui attaque le système nerveux central entraînant des symptômes physiques et mentaux.

²⁰ Trouble du système nerveux qui se caractérise par un affaiblissement des muscles et qui impacte les capacités physiques.

²¹ Maladie héréditaire qui se caractérise par la dégénérescence des cellules nerveuses au fil du temps.

pas pouvoir savoir converser avec ses proches par peur ou par honte, voilà les difficultés qu'il peut rencontrer au quotidien. Cela reflète une partie de leur invalidité.

Dans le point suivant, nous allons développer ce concept d'invalidité qui mettra en évidence que l'invalidité et le handicap sont définis différemment mais qu'ils se sont tous les deux complémentaires.

2. L'invalidité.

Nous avons évoqués qu'une personne aphasique était une personne avec un handicap sensoriel et que ces activités de la vie quotidienne lui était parfois impossible, ce qui le rend invalide à pouvoir agir dans son propre environnement.

Tout d'abord, il faut savoir que lorsque nous parlons d'invalidité, c'est le résultat d'une conséquence due à une maladie ou un accident qui va rendre cette personne dans une incapacité de subvenir à ses besoins. Cette incapacité rend souvent la personne à ne pas pouvoir exercer une vie professionnelle et va donc toucher une pension d'invalidité. Une personne invalide peut par la suite devenir une personne handicapée, c'est-à-dire que la personne qui est d'abord invalide dû à son accident ou à sa maladie peut passer dans la catégorie handicap car il n'y a pas d'amélioration dans ses capacités. Il faut faire attention à ne pas confondre avec la définition du handicap car il peut aussi comme l'invalidité être acquise durant l'existence.

Dans le cas d'une personne présentant une aphasie, le besoin principale qui rend invalide à pouvoir agir dans son propre environnement est la communication. Il est important de l'aider à communiquer. Que ce soit par le verbale, le non verbal ou le para verbal. Le contact avec le personnel soignants et les proches vont aussi permettre de satisfaire ce besoin et de pouvoir ainsi le faire évoluer. La communication dans les soins est une importance primordiale car elle nous donne en plus des signes objectifs, beaucoup d'informations sur le bien-être physique et psychique de la personne. Ainsi, nous avons une image plus complète, ce qui nous facilite la compréhension de la situation de la personne aphasique, ce qui va favoriser une approche plus personnalisée. L'approche du non verbal est très utile avec un aphasique dans le cas où il a du mal à s'exprimer. Nous devons porter toute notre attention à ces personnes qui sont dans cette situation d'invalidité. Il est important que nous les écoutions, les encourageons à s'ouvrir et à s'exprimer. Nous devons faire preuve de beaucoup de sensibilité en utilisant des techniques de communication qui vont rassurer et mettre en confiance la personne. Nous remarquons que lorsqu'une personne aphasique ne peut

pas agir dans son propre environnement, elle devient dépendante d'une tierce personne. De plus, si l'aphasique a d'autres problèmes de santé, cette dépendance s'agrandit de plus en plus.

Nous allons donc développer ensemble dans le point suivant, cette dépendance qui va pouvoir mettre en avant les différents niveaux existant et les outils nécessaires pour les identifier.

3. La dépendance.

La dépendance qui vient du verbe dépendre signifie ne pouvoir se réaliser dans l'action ou dans l'intervention. Dans les soins, elle est définie comme une incapacité pour un individu d'exécuter seul les gestes de la vie quotidienne, sans l'aide ou avec l'assistance d'une tierce personne. Il ne lui est ainsi plus possible de s'alimenter correctement, de se laver, de s'habiller ou se déplacer seul. Il existe de nombreux degrés de dépendance correspondant à un éventail de situations médicales observables. C'est ce qui peut rendre parfois la frontière un peu floue entre l'état de dépendance et l'état d'autonomie. C'est pour cette raison qu'il existe plusieurs critères d'évaluation de la dépendance. Cela peut aller d'une perte d'autonomie partielle à une situation de dépendance totale. Nous utiliserons alors des outils que l'on appelle des grilles d'évaluation de la dépendance. Nous allons prendre comme exemple l'échelle de Katz. Son rôle va nous aider à mesurer le niveau de dépendance de la personne dans les actes de la vie quotidienne qu'il est capable d'exécuter sans notre aide. L'échelle se présente sous forme de questionnaire concernant six critères de capacité des gestes du quotidien comme se laver, s'habiller, les actes de transfert et les déplacements ainsi qu'aller à la toilette, la continence et manger. Pour chacun de ces critères, nous devons noter de un à quatre allant d'une absence de nécessité d'aide à une aide totale. À ne pas oublier que nous devons ajouter la question de savoir si la personne est désorientée dans le temps et l'espace. À savoir que lorsque nous prenons en charge une personne, nous devons identifier tous les problèmes de dépendance. Pour nous aider à les identifier, nous nous référons aux quatorze besoins de Virginia Henderson²². Selon le nombre d'actes impossibles à effectuer pour la personne, un niveau de dépendance lui sera attribué. Elle est répartie sur six niveaux :

²² (Voir annexe).

Le niveau 1.

Elle regroupe les personnes complètement dépendantes.

Il s'agit des personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants.

Le niveau 2.

Elle regroupe les personnes dont la mobilité est également très réduite.

Ce sont des personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

Le niveau 3.

Elle concerne les personnes ayant une bonne autonomie physique et mentale mais qui ont besoin d'une aide pour les gestes de la vie quotidienne.

Il s'agit des personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver,...

Le niveau 4.

Concerne la personne capable de se déplacer seule dans sa maison mais a besoin d'aide pour se laver ou s'habiller.

Ce sont des personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Cela concerne aussi des personnes n'ayant pas de problèmes de déplacement, mais qui devant être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le niveau 5.

Elle est attribuée aux personnes qui ont besoin d'aide pour certaines tâches uniquement.

Les personnes sont relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette,...

Le niveau 6.

Concerne les personnes ayant une bonne autonomie générale.

Les personnes sont autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne.

Nous pouvons conclure que chez une personne aphasique, la dépendance doit être prise en charge de la manière la plus adaptée possible. Cela passe généralement par la mise en œuvre d'un dispositif multidimensionnel pour maintenir la personne dans une structure adaptée, que ce soit au domicile, dans une structure spécialisée, en revalidation ou bien dans une maison de repos. Notre rôle va consister à apporter une assistance sur des actes difficile à effectuer pour la personne. Nos objectifs sont le maintien, l'amélioration et le rétablissement de la santé et du bien-être de la personne. Nous veillons à communiquer sur l'état du patient chaque jour auprès de l'infirmière en consignnant nos observations dans un rapport écrit ou bien de manière orale lors des réunions d'équipe. Lorsque nous entamons des actions de soins sur une personne dépendante, nous devons respecter quelques principes généraux lors des soins. Tout d'abord, on ne fait pas à la place du patient mais nous l'aidons pour ainsi préserver son autonomie. Ensuite, il faut donner le temps à la personne d'agir elle-même malgré l'âge, l'état de santé et son autonomie. C'est pour cela que nous devons donner et créer les conditions pour qu'il puisse agir par elle-même. Pour finir, nous devons doser nos actions de soins, ce qui signifie qu'en faire de trop infantilise le patient et favorisera sa dépendance. En faire pas assez aura comme conséquences de ne pas satisfaire ses besoins et le mettra donc en danger. L'importance est d'être rassurant lors des soins et l'encourager à progresser par lui-même.

Pour résumé cette partie contextuelle, nous avons été amené à développer des mots clefs qui ont définis le contexte de notre sujet. Le handicap nous a permis de mettre en avant qu'une personne souffrant d'aphasie était considéré comme un handicap sensoriel et comme tous les autres handicaps, les actes de la vie quotidienne sont fortement impactés. Dans le cadre d'une personne aphasique, il s'agit de la communication. Il se dessine alors une forme d'invalidité car elle ne peut agir dans son propre environnement en matière de vie privée, sociale et professionnelle. Cela signifie aussi qu'une dépendance au autrui va s'installer. Notre rôle sera donc d'identifier tous les besoins impactée et donc de les satisfaire mais aussi de le faire évoluer pour qu'il puisse retrouver son autonomie propre.

Il est temps à présent d'aborder les thèmes fondamentaux de ce travail à savoir le langage, la parole, les différentes aphasies ainsi que la communication. Nous allons donc passer à la partie théorique de cette épreuve intégrée.

II. PARTIE CONCEPTUELLE

Dans cette partie conceptuelle, nous allons approfondir notre sujet. Tout d'abord, nous parlerons du langage ainsi que de la parole. Nous nous intéresserons au fait qu'ils sont deux éléments essentiels dans la communication. Il s'en suivra de développer les différentes aphasies en mettant en évidence trois types d'aphasies. Pour terminer, nous expliquerons à quoi sert la communication de manière générale et puis nous nous intéresserons à son importance dans le domaine des soins.

1. Qu'est-ce que le langage ?

1.1 Comment définit-on le langage ?

Le mot langage vient du latin lingua, qui désigne la langue en tant qu'organe mais aussi en tant que parole. Le langage est un système de signes qui a pour fonction de transmettre un message. On parlera ainsi du langage informatique ou bien du langage du corps : dans ces deux cas, il s'agit d'insister sur le fait que le langage est le support qui permet de transmettre une information. Mais la notion de langage peut aussi s'entendre en un sens plus restreint. Le langage renvoie à la capacité proprement humaine de constituer une langue, c'est-à-dire un mode de communication d'information partagé entre plusieurs personnes et rendant possible la communication et la compréhension. Lorsque l'on se réfère à ce sens du langage, on peut mettre en évidence deux éléments indispensables à sa constitution :

- **La pensée :** Pour qu'il y ait un langage, il faut un individu doué de conscience, c'est-à-dire qui puisse parler et faire un lien entre ce qui est dit et ce qui est exprimé.
- **La vie en société :** Pour qu'il y ait langage, il faut s'adresser à une autre personne. Une personne vivant seul ne développera pas de langage, puisque celui-ci suppose la communication d'une idée à autrui.

1.2 Quelles sont les fonctions du langage ?

Nous avons vu que le langage tient une place importante chez l'être humain. De plus, nous allons voir que chez les soignants, le langage que nous employons à des fonctions particulières auprès des patients que nous prenons en charge. Ces fonctions sont basées sur Roman Jakobson²³. Il nous donne les raisons pour lesquelles nous avons recouru au langage. Chaque fonction du langage est centrée sur un des éléments de la communication. Nous allons voir ensemble ces différentes fonctions :

²³ Penseur linguistique qui pose les premières pierres du développement de l'analyse du langage.

La fonction référentielle est une fonction liée au référent. Celui-ci a pour but de décrire objectivement, de transmettre une information. Ex : Lorsque nous allons effectués un soin, nous devons expliquer de manière simple et dans un langage cohérent à la personne aphasique, les informations nécessaires pour qu'il comprenne le déroulement du soin.

La fonction expressive est une fonction liée à l'émetteur. Il va exprimer un ressenti par rapport au sujet abordé. Il va exprimer un sentiment, une émotion ou une sensation. Ex : Transmettre notre ressentie à la personne aphasique lorsque nous observons une amélioration de son état de santé.

La fonction conative est une fonction liée au récepteur. Elle a pour but d'agir sur celui-ci, de le convaincre ou de le persuader, de provoquer un effet. Ex : Lorsqu'une personne aphasique refuse un soin qui est très important, nous devons lui fournir des arguments qui va le persuader de faire ce soin.

La fonction poétique est une fonction liée au message à faire passer. Elle a pour but de produire un effet esthétique grâce à la forme du message avec un travail sur les sons et le rythme de la voix. Ex : Lorsqu'une personne aphasique a peur ou à des craintes, nous allons lui répondre en adoptant une voix douce et bienveillante. Grâce à cette attitude, la personne se sentira en confiance.

La fonction métalinguistique est une fonction liée au code, c'est-dire le langage que nous allons utiliser. Son but est de veiller à l'intégibilité, à la compréhension du message, de définir, de donner une règle. Ex : Lorsque nous nous adressons à une personne aphasique, nous adopterons un langage adapté, c'est-à-dire utiliser des stratégies comme la reformulation pour savoir si le message a bien été compris.

La fonction phatique est une fonction liée au canal, qui signifie les moyens utilisé. Elle a pour but de créer ou maintenir le contact avec l'individu. Ex : Lorsque nous tentons de communiquer, nous allons utilisés différents moyens de communications existant telles que le verbal, le non verbal et le para-verbal.

Le langage traduit donc les mots de notre pensée. Il s'agit d'un moyen de communication mais aussi d'expression qui fait partie intégrante de la pratique soignante. L'aide-soignante parle avec les mots mais aussi avec le corps et les mains pour échanger et communiquer avec le patient et sa famille, pour transmettre des informations. À travers l'échange même le plus banal, l'aide-soignante doit mettre en œuvre son sens professionnel ainsi que ses aptitudes relationnelles. Le langage tient

une place importante dans la communication soignant-soigné car elles ne véhiculent pas seulement sur des informations ou des demandes. Elle sert aussi à communiquer des sentiments, des impressions ou des angoisses. Elle prend ainsi une part essentielle dans la relation soignant-soigné permettant de veiller au bien être physique et psychique du patient.

1.3 Quels sont les troubles qui existent dans le langage ?

Il existe deux grandes familles de troubles qui regroupent toutes les conditions dans lesquelles un adulte développe des difficultés de communication : les troubles du langage et les troubles de la parole. Chez l'adulte, les difficultés de langage ou de parole surviennent, le plus souvent, suite à un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale, un cancer, un traumatisme crânien ou dans le cadre d'une maladie neuro-dégénérative comme par exemple la démence de type Alzheimer. La personne ayant un trouble du langage présente des difficultés qui touchent les sphères réceptives du langage, c'est-à-dire les habiletés à comprendre les autres.

Par exemple, la personne peut avoir des difficultés à :

- Trouver les bons mots pour s'exprimer
- Formuler des phrases claires et complètes
- Raconter un évènement de façon claire et cohérente
- Lire et écrire
- Comprendre ou répondre aux questions
- Comprendre une conversation ou une émission de télévision

Les troubles du langage sont appelés aussi troubles « dys » et voici ce qu'une aide-soignante peut rencontrer fréquemment: La dyslexie, la dysgraphie, l'aphasie et la dysorthographe. Bien sûr, il en existe plein d'autres. S'ils ne sont pas pris en charge dès l'enfance, ces troubles peuvent perdurer et empirer à l'adolescence et à l'âge adulte. Cela peut gâcher la vie sociale et professionnelle de la personne.

1.3.1 La dyslexie.

La dyslexie est une pathologie qui touche plus de 10% de la population. En effet de nombreux adultes ayant des difficultés de lecture et d'écriture tout au long de leur vie ne savent pas qu'ils peuvent souffrir de dyslexie. Les adultes dyslexiques qui ne sont pas au courant de leur maladie constituent habituellement le pire scénario. Pour aider une personne dyslexique, l'aide-soignante doit mettre en place des stratégies pour

surmonter le handicap et vivre le plus sereinement possible. En effet, elle peut être confronté à des personnes qui ont des difficultés à lire à haute voix, prendre des notes, se concentrer sur une tâche précise et de pouvoir synthétiser un récit à raconter. Parfois, certains dyslexiques produisent eux-mêmes des stratégies pour contourner leurs difficultés. Cela peut par exemple être dans leurs attitudes. Pour ne pas mettre en évidence leurs difficultés face aux autres, ils adoptent parfois une attitude blagueuse, farceur pour éviter que l'entourage ne remarque quelque chose. Nos stratégies vont l'aider à montrer que nous sommes prêts à l'aider ou à le soutenir. Nous choisissons en sélectionnant les options les mieux adaptées. Par exemple, au niveau des soins, il est important lors des échanges de donner des instructions, des informations claires et précises. Il faut éviter les explications longues et détaillées. Nous devons faire des phrases courtes sans aller chercher des mots trop techniques. Lorsque c'est possible, nous pouvons inclure parfois des images pendant nos échanges.

1.3.2 La dysgraphie.

La dysgraphie est une difficulté d'apprentissage, parfois aussi appelée trouble ou différence d'apprentissage, qui affecte principalement les capacités d'écriture. Les adultes atteints de dysgraphie ont du mal à écrire à la main et peuvent avoir des difficultés avec la formation des lettres, l'espacement des lettres, des mots et des lignes, le respect des marges, la propreté, les règles de majuscules et de ponctuation, l'orthographe, le choix des mots et même la grammaire. Heureusement, il existe des aides qui peuvent aider les adultes atteints de dysgraphie à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent et à prendre des mesures positives pour réaliser pleinement leur potentiel. L'aide-soignante développe des stratégies d'adaptation pour les aider à s'en sortir dans la vie quotidienne. Ils seront basées sur la communication écrite puisque le verbale n'est pas atteint, c'est-à-dire qu'ils ont des difficultés pour lire à haute voix mais ils peuvent tenir une conversation banale. Nous pouvons faire appel à des objets par exemple comme des crayons, des stylos adaptés au dysgraphique et même dans les cas graves l'utilisation d'un ordinateur. Les solutions adaptées se font en fonction de la cause de la dysgraphie. La cause peut aller d'un simple trouble de l'apprentissage à des maladies plus importantes dont la maladie de Parkinson²⁴ et de Dupuytren²⁵. Notre rôle est très important puisque nous devons être patients. Il est inutile de le frustrer. Pour lui, écrire n'a rien d'agréable, cela nécessite une immense concentration. Il faut

²⁴ Trouble du système nerveux central qui affecte les mouvements et qui entraîne souvent des tremblements.

²⁵ Épaississement et rétrécissement progressifs des tissus sous la peau d'une main (Voir annexe).

donc éviter au contraire d'amoindrir sa motivation à écrire, et essayer au contraire de rendre cette activité agréable, ludique.

1.3.3 Les aphasies.

Il s'agit d'un trouble de la communication qui se manifeste dans la compréhension. La personne aphasique peut avoir des difficultés variables pour parler, comprendre, lire ou écrire. Les capacités de communication sont atteintes. Tout ce qui était naturel avant peut devenir difficile ou impossible : discuter, comprendre, téléphoner, regarder la télévision, lire le journal, écouter la radio, écrire une lettre, rédiger un mail ou encore faire les comptes... Les personnes âgées sont les plus touchées car le risque d'accident vasculaire cérébral, de tumeurs et de maladies neuro-dégénérative augmentent avec l'âge. Cependant, elle peut très bien affectée à des individus plus jeunes, voire des enfants. Une aide-soignante peut se retrouver par exemple avec des personnes présentant des difficultés à comprendre le langage écrit et oral. Elles parlent en général parfaitement et à un rythme naturel, mais les phrases sont des chaînes de mots confuses. Elles peuvent ne pas savoir que leurs propos sont insensés. La plupart des personnes touchées ne peuvent également pas lire. Elles écrivent comme elles parlent, de façon fluide mais incompréhensible. Ces causes sont provoquées par des dommages au cerveau dans la majorité des cas par un accident vasculaire cérébral. Pour faciliter nos échanges, nous allons utiliser différentes formes de communication mais pour les mettre en pratique, nous devons aussi adopter une attitude qui va en adéquation avec la manière dont nous nous adressons à la personne aphasique.

1.3.4 La dysorthographe.

La dysorthographe est un trouble inné et persistant de l'acquisition et l'assimilation de l'orthographe. Incapable de s'approprier les règles inhérentes à l'orthographe, l'enfant et l'adulte éprouveront de grandes difficultés dans l'utilisation du langage écrit ; qu'elle lui soit dictée ou qu'il écrive de manière spontanée. L'aide-soignante peut être confrontée à des personnes qui auront aussi des difficultés dans le langage oral, c'est-à-dire parler bien plus tard avec un vocabulaire pauvre et confond souvent les sons. Il y aura des difficultés pour la personne à se repérer dans l'espace. Nous devons privilégier l'oralisation des consignes que nous donnons au patient lors des soins. Nous devons nous assurer d'avoir toute son attention et les lire à haute voix. Il est important de prendre le temps de nous assurer que le patient a bien compris les consignes. Aussi,

après lui avoir dit les consignes, quitte à être redondant, nous pouvons lui demander de les répéter.

Pour conclure, le langage est un moyen de communication mais aussi d'expression qui fait partie intégrante de la pratique soignante. Le langage, quel qu'il soit, permet d'aller à la rencontre de la personne aphasique et de le soigner, tout en respectant pendant les soins, une juste distance permettant de poser le cadre, celui de la bienveillance, de l'authenticité et de la courtoisie. Nous découvrirons que pour communiquer, nous aurons besoin aussi d'un autre élément essentiel qui fait partie du processus de communication. Il s'agit de la parole.

2. Qu'est-ce que la parole ?

La parole a une place très importante dans la communication. Avec le langage, nous allons nous rendre compte qu'ils se complètent parfaitement, c'est-à-dire que ces deux éléments sont essentiels pour le bon fonctionnement du processus de communication de entre le soignant et le soigné.

2.1 Comment se décrit la parole ?

La parole correspond aux sons du langage. Il s'agit de la faculté d'articuler et de percevoir des sons pour communiquer. Le terme *parole* fait référence à la capacité que nous avons en tant qu'êtres humains d'exprimer nos pensées et de communiquer avec nos congénères à l'aide du langage articulé. Plus précisément, elle inclut les éléments suivants :

La voix : Elle réfère à la façon dont nous utilisons nos plis vocaux aussi appelés cordes vocales, dans le larynx, et notre respiration en particulier l'expiration pour produire les sons de la parole. Notre voix varie notamment en intensité et en hauteur, c'est-à-dire qu'elle peut être plus ou moins forte et plus ou moins aiguë. Ces paramètres sont déterminés par la contraction et l'extension des plis vocaux.

L'articulation : Il s'agit de la façon dont nous utilisons nos articulations, incluant nos lèvres et notre langue, pour produire les sons de la parole. Par exemple, nos lèvres sont arrondies pour produire le son /o/ alors qu'elles sont étirées pour produire le son /i/.

La résonance : Elle réfère à la modification du son généré par les plis vocaux lors de son passage dans les cavités formées par notre pharynx, ainsi que l'intérieur de notre bouche et de notre nez. La résonance influence la qualité du son de la parole et dépend

notamment de notre capacité à contrôler la quantité d'air qui est expulsée par le nez lorsque nous parlons. Pour empêcher l'air d'être expulsé par le nez, le voile du palais aussi appelé palais mou est élevé, alors que pour permettre à l'air d'être expulsé par le nez, le voile du palais est abaissé.

La fluidité : Elle concerne le rythme de notre parole et se caractérise entre autres par le nombre d'hésitations et de répétitions de sons lorsque nous parlons. Une parole peu fluide peut indiquer la présence de bégaiement.

La perception : L'habileté à détecter et percevoir de fines variations dans le signal acoustique de la parole, incluant des variations en termes d'intensité et de fréquence dans la voix d'une personne ou des variations dans son débit, sont aussi des éléments clés de la parole sur le plan réceptif.

2.2 Quel sont les fonctions de la parole ?

La parole est le langage articulé humain destiné à communiquer la pensée, et est à distinguer des communications orales diverses comme les cris, les alertes ou les gémissements. Articuler par la parole consiste à former des signes audibles, les syllabes formant les mots qui constituent de symboles. La parole est le langage incarné de l'homme. La parole est singulière et opère un acte de langage qui s'adresse à une ou plusieurs personnes, éventuellement soi-même, mentalement ou à un support par l'écrit par exemple. La parole permet d'exprimer des besoins, des pensées, des sentiments, des souffrances et des aspirations de la par de la personne. Dans les soins, la parole est d'une importance primordiale car elle nous donne en plus des signes objectifs et beaucoup d'informations sur le bien être physique et psychique de la personne. Ainsi, nous avons une image complète, ce qui nous facilite la compréhension de la situation de la personne et donc une meilleure approche plus personnalisé dans sa prise en charge. Dans certaines situations où la parole n'est pas exprimée de manière spontanée, nous allons privilégier l'observation du non verbale lors des soins. Nous devons leur donner toute notre attention. Il est important de les écouter, de les encourager à s'ouvrir et de s'exprimer. Les soignants doivent faire preuve de beaucoup de sensibilité et utiliser des techniques de communications pour réussir.

2.3 Quels sont les différents troubles de la parole ?

Nous avons vus que la parole représente la façon dont nous utilisons notre voix. Il nous faut donc faire vibrer les cordes vocales et bouger plusieurs muscles de la bouche et de

la langue pour produire la parole. La parole n'est pas nécessaire pour produire le langage : on peut utiliser le langage écrit et le langage des signes pour exprimer un nombre infini de choses. La parole nous permet d'exprimer nos pensées, nos émotions grâce à la coordination des muscles responsables de la prononciation. Les problèmes d'articulation ou de débit lorsque nous parlons sont des troubles de la parole. Nous les retrouvons le plus souvent chez les plus jeunes enfants mais dans certains cas, peuvent s'estomper en vieillissant. Voici une liste des troubles de la parole qu'une aide-soignante peut rencontrer :

2.3.1 Le bégaiement.

Le bégaiement est un trouble complexe de la parole qui affecte toute la personne, tant au niveau du comportement, de la parole, des sentiments, des croyances, des interrogations sociales que de la conception de soi. On parle généralement de bégaiement lorsqu'une personne hésite anormalement longtemps sur et entre les sons, ou lorsque celle-ci les répète ou les prolonge. Par contre, chaque personne atteinte de bégaiement est unique et se comporte différemment selon sa situation. En effet, la fréquence des mots dits en bégayant peut varier d'un individu à l'autre. De plus, le degré de bégaiement peut être lui-même très variable. Pour aider la personne qui bégaye à récupérer une parole aisée, voici quelques bons réflexes que nous pouvons utiliser lors des soins : se placer à la hauteur de la personne pour lui donner le mot sur lequel il butte ou bien l'amorcer pour lui. Lors d'un blocage, il est important de toujours garder le contact visuel pour l'encourager. Quand nous voulons avoir une discussion avec la personne, nous devons lui poser une question à la fois et il faut toujours l'écouter jusqu'au bout sans l'interrompre.

2.3.2 La dyspraxie verbale.

La dyspraxie verbale est un trouble du développement des sons de la parole qui affecte la planification et de la coordination des mouvements de la parole. Une personne dyspraxique a donc de la difficulté à bien planifié les séries de mouvements nécessaires pour parler. La dyspraxie verbale est un trouble développemental et neurologique, qui est présent dès la naissance de l'enfant. Souvent détecté durant l'enfance, ce trouble est persistant, de sorte que certaines difficultés peuvent demeurer jusqu'à l'âge adulte. La dyspraxie verbale se manifeste par une difficulté à prononcer les mots de manière précise et constante. Lors des soins, nous pouvons rencontrer des

difficultés à comprendre ce que la personne essaye de formuler car elle peut prononcer un mot d'une façon et le dire d'une façon différente quelques instants plus tard. Cela met une barrière dans la communication. Pour faciliter la compréhension avec la personne dyspraxique, il est important que nous utilisons des stratégies pour faciliter la communication comme la reformulation et l'observation et l'utilisation du non-verbale. Premièrement, dans la communication, la reformulation va nous aider à faire comprendre au patient que nous avons écouté ses propos mais que l'on désire en savoir plus. Sans que le patient ne le sache, cela nous permet de vérifier et de clarifier ses propos. L'atout principal de la reformulation chez une aide-soignante est que cela aide à enclencher ou alimenter le dialogue avec le patient. L'observation et l'utilisation du non-verbale sont aussi des atouts importants car c'est un outil de substitution à la parole et donc observer le comportement du patient et par la suite utiliser le non-verbale va nous permettre de faciliter nos échanges pendant les soins.

2.3.3 Les troubles de l'articulation.

Ce sont des troubles moteurs : La personne montre des difficultés pour combiner l'action de la langue, des dents et des lèvres. Cela rend difficile voire impossible la prononciation de certains sons comme S/Z/CH/J/T/D/N/L. Le son est déformé de façon permanente et systématique. L'aide-soignante qui est en charge de personne souffrant de troubles de l'articulation pendant les soins doit avoir beaucoup de patience. En effet, dans la communication c'est très compliqué de se comprendre mutuellement. Le patient n'arrive pas à prononcer certaines voyelles ce qui peut parfois porter à confusion lorsque la personne veut faire comprendre le sens d'un mot. Il est important vis-à-vis du patient de prendre le temps de s'exprimer. Ce que veut le patient souffrant de troubles d'articulations, c'est avant tout être écouté, nous devons prendre la peine de prononcer chaque mot complètement avant de passer au suivant. Ainsi, lors de nos échanges, chaque mot, chaque parole vont permettre au soignant et au soigné de se comprendre mutuellement.

2.3.4 Les aphasies.

Il s'agit d'un trouble de la communication qui se manifeste dans l'expression. La personne aphasique peut avoir des difficultés variables pour parler, comprendre, lire ou écrire. Les capacités de communication sont atteintes. Tout ce qui était naturel avant peut devenir difficile ou impossible : discuter, comprendre, téléphoner, regarder la télévision, lire le journal, écouter la radio, écrire

une lettre, rédiger un mail ou encore faire les comptes... Les personnes âgées sont les plus touchées car le risque d'accident vasculaire cérébral, de tumeurs et de maladies neuro-dégénérative augmentent avec l'âge. Cependant, elle peut très bien affectée des individus plus jeunes, voire des enfants. Pendant les soins, nous pouvons prendre en charge des personnes ont des difficultés à s'exprimer, parlent très lentement, tout en faisant de grands efforts, et s'interrompent parfois en jurant, mais pensent que ce qu'elles disent a un sens. Elles ont du mal à répéter des phrases. La plupart des personnes touchées ne peuvent également pas écrire. Les symptômes sont provoqués par des dommages au cerveau dans la majorité des cas par un accident vasculaire cérébral. Pour faciliter nos échanges, nous allons

En conclusion, nous nous rendons compte que le langage et la parole sont deux outils de communication différents. Le langage est l'outil par lequel nous écrivons, comprenons et la parole est l'outil de communication utilisé pour communiquer verbalement avec les autres. Nous avons vu qu'une aide-soignante pouvait prendre en charge des patients qui souffrent d'un ou plusieurs troubles qui concerne le langage ou la parole. Au niveau des troubles du langage majeurs, nous pouvons retrouver des personnes atteints d'aphasie, de dyslexie, de dysgraphie, de dyscalculie ou encore de dysorthographe. Au niveau des troubles de la parole majeurs, nous pouvons retrouver l'aphasie, le bégaiement, la dyspraxie verbale ou encore des troubles de l'articulation. Ce qui est intéressant dans ce chapitre sur langage et la parole, c'est que nous allons découvrir que l'aphasie fait partie des troubles du langage ainsi que de la parole. En effet, il en existe deux types. Le premier est l'aphasie de compréhension qui va faire référence au langage. Tandis que la deuxième aphasie qui est l'aphasie d'expression va faire référence à la parole. Nous allons le découvrir ensemble dans le point suivant.

3. Les aphasies.

Dans ce chapitre, nous aborderons l'aphasie selon sa description, son apparition, ses différentes formes et ses conséquences sur le langage et la parole. Connaître ces différents points permet de mieux comprendre l'aphasie et les conséquences qui en découlent dans la vie quotidienne du patient, surtout au niveau de la communication entre le soignant et le soigné.

3.1 Comment décrit-t-on les aphasies ?

Il est question d'aphasies lorsqu'un individu a perdu totalement ou partiellement la capacité de communiquer, c'est-à-dire de parler et/ou de comprendre ce qui lui est dit. Si il éprouve des difficultés à combiner les sons pour faire des mots , il s'agira d'un trouble de la parole ; s'il éprouve des difficultés à choisir ses mots, à les combiner pour faire des phrases ou même à comprendre leur sens, il s'agira d'un trouble de la compréhension.

L'aphasie est un trouble du langage auquel s'ajoutent souvent des difficultés de parole; elle entraîne des perturbations tant de l'expression que de la compréhension du langage. Plusieurs formes du langage peuvent être touchées: la conversation, la lecture, l'écriture, etc. Souvent l'aphasique n'arrive plus à nommer des objets, ne retrouve plus le nom des personnes qu'il connaît surtout lorsqu'il a la volonté de s'en souvenir alors que ces mots ou ces noms peuvent réapparaître par automatisme au cours du discours ; il se peut même qu'il ne puisse répondre clairement par oui ou non.

L'aphasie est un trouble du langage acquis, c'est-à-dire qu'elle survient chez un individu qui avait auparavant un langage normal et se distingue donc des problèmes pouvant apparaître lors du développement du langage chez l'enfant par exemple, une dyslexie développementale ou un bégaiement. Elle est susceptible d'affecter autant les femmes que les hommes ; cependant, une étude de 1982 sur la récupération fonctionnelle à la suite d'une lésion cérébrale est publiée et conclut à une meilleure récupération chez les sujets féminins que chez les sujets masculins.

3.2 Comment apparaissent les aphasies ?

L'aphasie est toujours liée à un dommage au cerveau dans les zones du langage, généralement situées à gauche. Ce dommage résulte le plus souvent d'un accident vasculaire cérébral, d'une tumeur cérébrale, d'un traumatisme cranio-cérébral ou même d'une infection au niveau du cerveau. L'aphasie peut survenir à tout âge, tant chez les hommes que chez les femmes et sa fréquence augmente passé la cinquantaine, comme d'ailleurs le risque de maladie vasculaire, qui en est la principale cause. Nous allons donc ensemble, nous intéresser en détaille sur ces causes. Cela nous va nous aider pour la suite de notre travail, plus précisément dans la partie pratique.

L'accident vasculaire cérébral.

L'accident vasculaire cérébral correspond soit à l'obstruction, soit à la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau. C'est la première cause de handicap physique acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence. On distingue :

- **Les AVC ischémiques**, en rapport avec une ischémie artérielle, c'est l'obstruction d'une artère par un thrombus qui entraîne une réduction soit prolongée de l'apport sanguin, entraînant un infarctus cérébral avec des séquelles cliniques, soit transitoire, ne laissant pas de séquelles cliniques. Il peut y avoir une régression des symptômes en moins de 24 heures, mais il y a un haut risque de constituer un AVC dans les jours suivants.
- **Les AVC hémorragiques** résultant d'une rupture d'un vaisseau au niveau cérébral entraînant un hématome intracérébral. Ils sont causés par une hypertension artérielle, des malformations vasculaires, une angiopathie myéloïde cérébrale voire des anomalies de l'hémostase.
- **Les thromboses veineuses cérébrales** mais cela est très rare.

Les traumatismes crâniens.

Il s'agit d'un dysfonctionnement cérébral causé par une force extérieure, généralement un violent coup à la tête. Les lésions ont fréquemment pour origine une blessure sportive grave, un accident de voiture, une chute ou une agression. Les symptômes immédiats ou tardifs sont notamment un état de confusion mentale, une vision trouble et une difficulté à se concentrer.

Les tumeurs.

C'est une grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules. Elle peut être bénigne ou maligne et se localiser dans n'importe quelle partie du corps. Une tumeur est due à l'accumulation d'anomalies génétiques qui permettent aux cellules de se diviser de façon désordonnée au lieu de mourir comme elles le devraient.

Les infections.

Il s'agit d'une cause très rare. Une infection cérébrale fait référence à une infection causée par des virus, des bactéries, des champignons ou des parasites qui affectent le

cerveau, la moelle épinière ou la zone environnante. Les infections cérébrales sont graves et peuvent mettre la vie en danger. Les infections et les affections affectant le cerveau et la moelle épinière peuvent activer le système immunitaire, entraînant une inflammation. Ces maladies et l'inflammation qui en résulte peuvent produire un large éventail de symptômes, notamment de la fièvre, des maux de tête, des convulsions et des changements de comportement ou de la confusion. Dans les cas extrêmes, ils peuvent entraîner des lésions cérébrales, des accidents vasculaires cérébraux ou même la mort.

3.3 Quels sont les deux types d'aphasie ?

L'aphasie est un terme générique qui désigne une perte partielle ou totale de la compréhension du langage écrit ou oral ou de la faculté de parler. En effet, il n'existe pas une mais bien plusieurs formes d'aphasie. Si le trouble peut survenir à la suite d'un accident vasculaire cérébral, d'une rupture d'anévrisme ou encore d'un traumatisme, les atteintes dépendront de la zone du cerveau lésée. Nous allons donc ensemble faire un petit tour d'horizon des principaux types d'aphasie. Seulement trois types d'aphasie vont nous intéresser : L'aphasie d'expression, l'aphasie de compréhension et l'aphasie totale qui comprend l'aphasie de compréhension et d'expression.

L'aphasie d'expression également appelée aphasie de Broca est due à une lésion ou une perturbation du développement des régions antérieures du cerveau au niveau de l'aire de Broca²⁶. L'aire de Broca est une des deux principales zones du cerveau responsables du traitement du langage. Elle est découverte par le médecin français Paul Broca²⁷ en 1861. Elle est située dans le cortex cérébral au niveau de la partie inférieure de la 3^{ème} circonvolution frontale de l'hémisphère dominant, le plus souvent à gauche tant chez les droitiers que chez les gauchers. Classiquement, l'aire de Broca est la zone associée à la production des mots parlés alors qu'une zone différente du cerveau, l'aire de Wernicke est associée à la compréhension de ces mots. L'aphasie de Broca est la perte de la parole associée à une difficulté de transmission des idées. Elle se caractérise par des troubles oraux et écrits alors que la compréhension est à peu près bonne. Le patient présente généralement des problèmes d'articulation à des degrés divers, et utilise des phrases qui ne sont pas structurées Il a du mal à trouver le mot exact pour s'exprimer, et les mots utilisés ne sont pas adaptés. L'aphasie de Broca

²⁶ (Voir annexe).

²⁷ (Voir annexe).

se caractérise en particulier par une élocution toujours laborieuse et souvent dysprosodique. Le terme dysprosodie désigne les difficultés de contrôle tel que la hauteur et l'intensité du son. Ceci aboutit à un langage peu mélodique faisant place à des accentuations dans la phrase. Autrement dit la tonalité de la phrase est presque complètement perturbée. L'aphasie de Broca comporte également des troubles neurologiques à type hémiplégie²⁸ sensitivo-motrice droite, d'apraxie idéomotrice²⁹ de la main gauche et d'apraxie bucco-faciale c'est-à-dire l'impossibilité d'exécuter volontairement certains gestes de la bouche et du visage qui peuvent néanmoins être produits automatiquement ou de manière réflexe.

L'aphasie de compréhension également appelée aphasie de Wernicke est un trouble qui affecte principalement la compréhension du langage de la personne. Cet état pathologique est déterminé par une lésion cérébrale irréversible et plus ou moins profonde de l'Aire de Wernicke³⁰. Cette région du cerveau est située précisément au niveau du Gyrus supra marginalis³¹ qui lui-même se trouve dans le lobe pariétal au niveau des deux premières circonvolutions temporales. Cette lésion peut advenir à la suite d'un AVC, d'un traumatisme crânien ou d'une maladie neurodégénérative provoquant la mort des neurones circonscrits au sein de cette aire cérébrale dite de Wernicke. Cette aire est chargée d'éclairer le sens des mots reçus de l'extérieur, que ce soit à l'écrit ou à l'oral. En effet, une fois le cerveau lésé au niveau de l'aire de Wernicke, la qualité des conversations, du contact quotidien avec les autres s'en retrouve lourdement affectée. Plus communément, il serait juste de dire que les aptitudes d'un aphasique de Wernicke à dialoguer, échanger, à apprendre ou même à faire de l'humour sont gravement amoindries. Libre à chacun d'imaginer l'abrupt bouleversement que peut représenter la perte soudaine de la compréhension des phrases complexes formulées par les autres et l'état d'isolement ou plutôt d'exclusion conséquent à cette impuissance. L'aire de Wernicke représente donc une sorte de passage incontournable vers le tissage de relations interpersonnelles fructueuses. En effet, une fois la compréhension de l'autre entamée, il devient très difficile d'être soi aux yeux des autres.

²⁸ Définie comme une paralysie n'affectant qu'un seul côté du corps et pouvant se manifester au niveau de différentes parties du corps comme la jambe, le bras ou le visage.

²⁹ Les patients ne perçoivent pas le but d'une tâche complexe apprise antérieurement et ne peuvent donc pas planifier ou exécuter les mouvements volontaires requis en une séquence correcte. Par exemple, ils peuvent mettre leurs chaussures avant leurs chaussettes.

³⁰ (Voir annexe).

³¹ (Voir annexe).

L'aphasie totale va regrouper l'aphasie de compréhension et l'aphasie d'expression. Les personnes souffrant d'aphasie totale souffrent de troubles de la parole graves, notamment de problèmes de fluidité et de compréhension. La communication est donc affectée très strictement. Les cas les plus courants que nous pouvons rencontrer sont des personnes qui ne parviennent qu'à dire quelques mots et leurs compréhensions sont très limitées. Compte tenu de ces remarques, nous comprendrons qu'il est essentiel de reconnaître aux aphasiques, le droit d'être en manque de parole, même temporairement sans pour autant être dénués de toutes possibilités de communication. Il est important d'entretenir la communication chaque jour avec une personne souffrant d'aphasie car l'objectif est qu'il puisse récupérer pleinement sa propre communication. Dans certaines situations, nous devons respecter des moments où il y a une absence de communication. Nous ne devons pas considérer cela comme un échec mais plutôt comme du repos. En effet, nous travaillons en fonction du rythme de la personne.

Pour résumé, la fonction du langage est commandée par le cerveau. C'est l'organe qui permet l'expression et la compréhension du langage. Le cerveau se compose de deux parties : l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche. Chaque moitié ou hémisphère contrôle des domaines différents. Chez la majorité des personnes, le langage est localisé dans l'hémisphère gauche. Dans l'aphasie, c'est cette partie du cerveau qui est lésée. L'atteinte va perturber les diverses activités langagières qui composent le langage : l'expression, la compréhension, la lecture, l'écriture. La perturbation des différentes activités dépend de la localisation de l'atteinte : au sein de chaque hémisphère, on observe des zones bien spécifiques. Ainsi dans l'hémisphère gauche, on distingue des zones de langage avec notamment la zone de l'expression et la zone de la compréhension.

Maintenant que nous avons décrit de manière anatomique les différents types d'aphasies, nous allons ensemble découvrir les conséquences provoqués niveau du langage et de la parole. Ces conséquences vont nous montrer l'impact réel au niveau physique mais aussi au niveau psychologique car ne plus pouvoir agir dans son propre environnement que ce soit dans la sphère privée, sociale ou professionnelle est un profond mal être pour ces personnes aphasiques.

3.4 Quelles sont les conséquences sur le langage et la parole ?

Nous allons voir que les conséquences pour un aphasique de type Broca seront différentes d'un aphasique de type Wernicke. Le seul point commun sera que ces conséquences vont engendrer une grande détresse psychologique.

Chez un aphasique de type Broca, nous aurons deux atteintes physiques. L'une est au niveau de l'expression orale et l'autre au niveau de l'expression écrite. Dans l'expression orale, cette aphasie est aussi appelée aphasie motrice à cause du trouble de production du langage. La compréhension est variable en fonction de la complexité de la phrase : plus il y aura de mots, plus la compréhension sera mauvaise. Les personnes présentant une aphasie de Broca sont atteintes d'une incapacité à trouver leurs mots : ce manque du mot est constant. On observe des difficultés d'articulation, qui peuvent disparaître lorsque par exemple elle chante, récite ou énonce les jours de la semaine. De plus, l'aire de Broca est proche de l'aire motrice sur le plan anatomique qui contrôle la bouche. Ce trouble de l'expression n'est pas physiologique mais bien psychologique, la personne étant dans l'incapacité à contrôler intentionnellement les muscles interagissant dans la production de discours. Il est fréquent que les patients révèlent une apraxie bucco-faciale c'est-à-dire que cela affecte la motricité de la bouche, de la langue et des muscles du visage. Dans l'expression écrite, Des difficultés similaires à celles retrouvées à l'oral sont retrouvées. Le patient peut écrire énormément sans être forcément compréhensible. Parfois la compréhension écrite est un peu meilleure que la compréhension orale surtout lorsque le patient est atteint de surdité verbale.

Chez un aphasique de type Wernicke, il y aura aussi deux atteintes : dans l'expression orale et l'expression écrite. Dans l'expression orale, les personnes parlent avec abondance mais ne comprennent pas les autres ni non plus leurs propres paroles, de sorte que le langage parlé se détériore au fur et à mesure que le discours s'allonge. Contrairement à l'aphasie de Broca, la parole est fluide et compréhensible au début du discours mais la personne perd ensuite le fil de ce qu'ils racontent. Les troubles peuvent aller d'une anomalie de sa propre prosodie, c'est-à-dire une anomalie de ses traits oraux comme l'intonation de voix, le timbre de la voix ou encore son débit lorsqu'il parle jusqu'à un trouble dans la différenciation des mots comme par exemple le mot dehors devient d or. De plus, ces personnes utilisent aussi des mots pour d'autres, voire des mots insensés dans des phrases non-adaptées. Voici un exemple de discours d'un patient victime d'un AVC, atteint donc d'une aphasie réceptive :

« Ça alors, je suis en sueur, je suis terriblement nerveux, vous savez, de temps en temps, je me laisse rattraper, je ne peux pas être rattrapé, je ne dirai rien du gourcias, voilà un mois [...] il faut que je courre à droite à gauche, que je surveille, le narbot et tous ces trucs. »

Au niveau de l'expression écrite, le langage écrit est perturbé de plusieurs manières : L'expression écrite est perturbée, les phrases sont réduites, contiennent peu de mots ou alors les mots ne sont pas dans le bon ordre. La compréhension écrite est altérée notamment lorsque les énoncés sont longs. Et pour finir, la lecture à haute voix est perturbée voire impossible.

Si nous devons résumer l'ensemble des conséquences sur le langage et la parole chez un aphasique de type Broca et Wernicke, nous pourrions dire qu'ils ne touchent pas seulement le langage et la parole mais aussi la lecture et l'écriture. Les personnes aphasiques ont souvent des difficultés à s'exprimer spontanément par peur ou par craintes. En fonction du type d'aphasie, certains ne parlent plus que par une juxtaposition de syllabes, d'autres parlent très lentement et peinent à construire des phrases car ils ne trouvent plus les bons mots. Il y a aussi des personnes aphasiques qui parlent de manière fluide, mais mélangent certains sons et certains mots. En cas d'aphasie globale, c'est-à-dire d'aphasie sévère, les personnes ne comprennent plus que des mots isolés et interprètent la signification d'un message grâce au contexte et aux aspects non-verbaux. C'est aussi le cas pour la lecture et l'écriture dont les lettres peuvent être inversées, rajoutées, oubliées ou remplacées. Certains mots pourtant écrits correctement peuvent ne pas correspondre au sens voulu.

Nous venons d'évoquer à l'instant, les conséquences des différentes aphasies au niveau du langage et de la parole. Il nous paraît important d'évoquer aussi les conséquences au niveau psychosocial. En effet, une aphasie change la vie de la personne du jour au lendemain. Ne le voyant pas arriver, toute la sociale, professionnelle et privée sont chamboulées.

3.5 Quels sont les conséquences psychosociales chez un aphasique ?

Les aphasies amènent un profond bouleversement dans la vie des proches. Les mots employés par les participants sont clairs : « Ça change tout ! » « Ça a changé ma vie », quand ça arrive « C'est la fin du monde. (...) la terre arrête de tourner »,... Un des

premiers bouleversements est l'hospitalisation. La période suivant l'AVC est particulièrement chargée pour les proches : il y a le choc de l'AVC lui-même, l'hospitalisation, l'incertitude et la réadaptation. L'évènement de l'AVC et l'annonce que la personne ne parlera plus comme avant sont parfois des coups durs pour les proches. Les remarques entendues sont parfois décourageantes et les proches trouvent que le pronostic est prononcé trop vite et présenté trop brutalement à la personne aphasique. Tous ces changements exigent beaucoup d'adaptation pour les proches. Ils sont confrontés à un trouble inconnu : Les aphasies. Ils doivent faire de nouveaux apprentissages pour compenser les déficits de la personne aphasique, changer leur façon de vivre, et, de façon générale, leur façon de voir les choses. L'adaptation peut être tellement difficile que des problèmes de santé chez les proches peuvent survenir. Notre rôle est de pouvoir répondre à toutes les questions que le patient et les proches se posent, surtout lorsqu'ils ne connaissent pas cette maladie. C'est pour cela aussi que nous avons un rôle d'éducation pour préparer les proches aux rôles qui vont jouer auprès de l'aphasique. Même si elles ne sont pas prêtes par peur, nous sommes là pour les aider à évoluer afin qu'elles puissent apporter leur contribution.

Dans la vie privée, la communication entre le proche et la personne aphasique est évidemment très différente de ce qu'elle était auparavant. Dans les premiers jours, le proche essaie de parler à la personne aphasique sans savoir ce qu'est l'aphasie. Il ne sait pas comment s'y prendre et ne comprend pas les difficultés auxquelles elle fait face. L'aphasie amène des changements de rôle dans la communication entre les partenaires. La communication repose davantage sur le proche puisque la personne aphasique ne peut plus communiquer aussi facilement qu'avant. Le proche fait de nombreux efforts pour tenter de deviner ce que la personne aphasique veut dire et il essaie également de l'aider à mieux comprendre, ce qui peut rendre la conversation avec la personne aphasique plus épuisante. Parfois, le proche parle à la place de la personne aphasique, ce qui peut créer des tensions. Le proche doit malgré lui servir d'intermédiaire lorsque la personne aphasique ne peut exprimer ses besoins. Les malentendus causés par les difficultés de communication entraînent souvent des tensions et des discussions houleuses. Les échanges n'ont plus la même richesse qu'auparavant et finissent parfois même par être moins fréquents. En général, le trouble de communication suscite des sentiments plutôt pénibles: gêne, douleur, impuissance, malaise face aux difficultés vécues, colère et impatience. Suite à l'AVC, de nombreux changements peuvent survenir chez la personne aphasique, le proche la percevant

parfois comme une nouvelle personne. Cette dimension prend d'ailleurs beaucoup d'importance dans les entretiens. Premièrement, le proche trouve que la personne aphasique a changé de caractère ou de personnalité et cela semble difficile à vivre. Deuxièmement, le proche vit avec une personne qui n'a plus les mêmes capacités. Que la personne aphasique soit réellement diminuée ou qu'elle soit perçue comme telle, c'est difficile à accepter. C'est pour cela que notre rôle est donc de rester très attentif à ne pas passer à côté des conséquences psychologiques de l'aphasique. Et on a vu à quel point cette difficulté est sournoise. Ne pas vouloir s'en rendre compte c'est maintenir la personne aphasique dans l'à-peu-près, c'est renforcer son malaise intérieur, c'est la laisser s'isoler davantage. Communiquer c'est parler mais c'est aussi comprendre, et se comprendre mutuellement. L'aphasie éclate les capacités à communiquer. Un autre rôle aussi mais cette fois-ci au niveau des proches est d'abord d'avoir un bon contact pour faciliter la communication. Ensuite, il est important de les rassurer, les écouter sans juger, créer un lien de confiance, reconnaître leur rôle, remonter des informations sur des moments agréables vécus par la personne au sein de l'établissement, expliquer tout ce qui est mis en place au sein de l'équipe afin de reconforter, de déculpabiliser. Au niveau de la sphère sociale et professionnelle, ce qui frappe, c'est la perte de certains amis ou l'éloignement des proches. Les proches expliquent de diverses façons ce phénomène : Les gens ont peur, ils ne connaissent pas l'aphasie, ils ne peuvent plus parler à la personne aphasique, ils ont de la difficulté à voir la personne aphasique dans cet état. En contrepartie, il y a aussi parfois des liens qui se resserrent autour de la personne aphasique et de ses proches.

Pour conclure sur les aphasies, il est essentiel que nous tenions compte de l'atteinte langagière et cognitive mais également de ses aspects psychologiques, affectifs et sociaux. Les aphasies doivent être considérées comme un ensemble de symptômes à l'origine de certaines attitudes. En effet, les aphasies sont non seulement une rupture de la communication mais aussi des relations à plusieurs niveaux : personnel, conjugal, familial, social et environnemental. Nous nous rendons compte que les aphasies ont une influence sur toutes les relations, y compris celles établies entre l'aphasique et les soignants. Il est important que nous ayons une connaissance élémentaire sur ces aphasies pour parvenir en tant qu'aide-soignante à mettre en place des stratégies de communication accessibles et adaptées aux capacités résiduelles et aux difficultés de chaque aphasique. Des précautions de base sont à prendre en considérations comme les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires, pas de bruit parasites,...

pour s'assurer que les conditions de communication sont optimales. Un certain nombre d'attitudes sont à favoriser, ou au contraire, à éviter pour faciliter les échanges verbaux et non verbaux avec une personne aphasique. Nous allons ensemble partir à la découverte de la communication dans le point suivant, un des thèmes essentiels de cette problématique. Nous nous intéresserons à l'utilisation de la communication de manière générale puis petit à petit, nous allons nous centrer dans le domaine des soins.

4. La communication.

Pour ce savoir ce qu'est la communication, nous allons tout d'abord en parler de manière générale. Nous allons en faire un descriptif pour ensuite entamer sur la communication dans le domaine des soins. Nous mettrons aussi en évidence les différents types de communication existante et que l'on utilise dans la vie de tous les jours tels que le verbal, le non-verbal et le paraverbale. Pour finir ce chapitre, nous allons nous intéresser de manière détaillée à la communication dans les soins, c'est-à-dire l'importance du rôle de la communication dans le métier d'aide-soignante mais aussi le pouvoir que la communication exerce dans la relation soignant-soigné pendant les soins.

4.1 Comment se définit la communication ?

La communication est un mot dérivé du terme latin « communicare », qui signifie « partager, participer, rendre commun ». C'est le processus de transmission d'information d'une source émettrice vers un destinataire. C'est par de la communication que les humains partagent des informations entre les membres de leurs communautés, faisant de la communication une activité essentielle à la vie en société. Dès le début des temps, la communication était d'une importance vitale, en tant qu'outil d'intégration, d'instruction, d'échange et de développement. Le processus de communication consiste en la transmission d'informations entre un expéditeur et un destinataire qui interprète un message particulier. Le message est codifié dans un système de signes élaborés, pouvant être des gestes, des sons, des indices, une langue naturelle ou d'autres codes ayant une signification arrive sur le destinataire via un canal de communication, c'est-à-dire l'utilisation d'un support par lequel le message circule, que ce soit par lettre, téléphone ou encore à la télévision, etc.

Ce processus permet d'identifier les éléments suivants : émetteur³², récepteur³³, code³⁴ et canal³⁵ de communication. Un autre élément présent dans le processus de communication est le bruit, caractérisé par tout ce qui affecte le canal, ce qui perturbe la capture parfaite du message. Lorsque la communication a lieu à travers un langage parlé ou écrit, on parle de communication verbale. C'est une forme de communication exclusive des êtres humains et la plus importante dans les sociétés humaines. Nous avons d'autres formes de communication qui accompagnent la verbale comme le non-verbale qui est un système des signes non-linguistiques, telles que les gestes, les expressions faciales ou encore le toucher. Et pour finir le paraverbale, qui est associé à la communication verbale comme par exemple le volume ou le débit qui traduit surtout nos émotions.

La communication dans le domaine des soins constitue un des piliers majeurs des soins. Ce moyen est un élément clé dans la construction de la communication entre le soignant et le soigné pendant les soins. Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients. Nous communiquons avec des personnes soumises parfois à un stress intense. Notre rôle est d'assumer une double fonction : Notre première fonction est de veiller aux intérêts du patient et notre deuxième fonction est d'évoluer au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux idées parfois différentes sur les soins. Les objectifs généraux d'une communication efficace avec les patients sont d'assurer la qualité des soins, d'identifier les besoins spécifiques du patient afin de le soutenir dans les périodes difficiles, d'accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte, de rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage. Et pour finir, informer une personne sur les soins en recherchant son consentement. La communication ne fait pas seulement partie du soin, elle est un soin, elle est «prendre soin», «être avec». Elle a un pouvoir de soutien et d'accompagnement tout le long de la prise en charge du patient.

³² Celui qui va créer un message.

³³ Celui qui va recevoir le message.

³⁴ Il s'agit du langage utilisé pour communiquer.

³⁵ C'est le moyen pour lequel le message est transmis.

4.2 Quels sont les différents types de communication ?

Nous avons vu que la communication est un processus qui permet d'émettre et transmettre un message pour une personne ou un groupe, et le réceptionner par autrui. Pour transmettre un message, nous devons utiliser des moyens de communication. Nous allons donc parler de ces différents moyens qui sont utilisés dans la vie de tous les jours. Non seulement les mots aident à transmettre correctement notre message mais nous pouvons aussi les accompagner avec des gestes, des expressions faciales et des intonations de voix. Dans la communication, il existe trois formes. Ces formes font référence aux moyens que nous utilisons pour communiquer avec les patients. Il y a le verbal, le non-verbal et le para-verbal. Nous allons voir en quoi consistent ces niveaux de communication et comment les utiliser consciemment.

4.2.1 La communication verbale.

Nous allons commencer avec la communication verbale. Elle désigne toute forme de compréhension linguistique utilisée par deux personnes ou plus. Elle couvre aussi bien les expressions orales, les messages écrits et la langue des signes que l'ensemble des informations codées, renvoyant à un système linguistique défini. C'est l'aspect le plus superficiel de la communication, c'est-à-dire celui dont nous sommes le plus conscients, dont nous prenons soin des détails car il s'agit des mots que nous disons ou écrivons. Habituellement, nous essayons de choisir soigneusement les expressions que nous utilisons, en faisant varier le registre en fonction de la personne qui se tient devant nous. Si nous sommes dans un contexte formel, nous utiliserons un langage plus raffiné. Par contre, dans un contexte informel, nous utiliserons plutôt un jargon plus familier. L'objectif de la communication verbale est de construire le discours de manière à ce qu'il soit intéressant et persuasif, ainsi que compréhensible, pour les personnes auxquelles nous nous adressons. Ainsi, d'entrée de jeu, il est essentiel que nous nous exprimions de la manière la plus univoque pour éviter tous malentendus avec la personne aphasique. Nous devons avoir des qualités d'écoute respectueuses et une certaine dose d'empathie qui sont essentielles pour bien déchiffrer les signaux verbaux de l'aphasique. Ces deux moyens de communication, c'est-à-dire une expression claire et écoute attentive sont les piliers de la communication verbale.

Nous allons maintenant nous intéresser à un autre moyen de communication tout aussi important qui est le non-verbale.

4.2.2 La communication non-verbale.

Nous communiquons toujours, même quand nous ne parlons pas. Nous envoyons en effet avec notre regard et notre posture des signaux que l'autre personne interprète, sans qu'il faille de grands gestes et de beaux discours. Notre position debout ou assise face à d'autres personnes, l'établissement ou non d'un contact visuel et sa durée, ainsi que nos mimiques. Tout cela en dit beaucoup sur nos émotions et nos intentions. Dans les années 1960 déjà, le psychologue américain Albert Mehrabian³⁶ avait énoncé la thèse selon laquelle l'impact émotionnel d'un discours ne dépendait qu'à hauteur de 7 % de son contenu, contre 55 % du langage corporel et 38 % de la voix. En bref, la communication non verbale est décisive dans la façon dont nos mots sont perçus. Néanmoins, beaucoup sous-estiment aujourd'hui encore la signification de la communication non verbale. Or, la capacité à la repérer chez l'autre et à la mettre en pratique consciemment est un véritable atout, tant dans la sphère professionnelle que privée. La communication non verbale dans la relation de soins avec un aphasique doit permettre nous permettre de développer une relation de meilleure qualité avec l'aphasique, parce ce que nous acquerrons des outils pour mieux le comprendre. En effet, savoir décrypter la communication non verbale nous permet d'enrichir notre relation avec le soigné. Il n'y a pas de processus de soins abouti sans une bonne qualité de communication entre l'aide-soignante et l'aphasique. En effet, si la personne aphasique n'apprécie pas l'aide-soignante de part son attitude, il n'y aura aucune communication. Au-delà d'une attitude de façade, certains indices corporels, lisibles aussi bien dans l'attitude générale que dans des détails, nous permettra d'évaluer avec davantage cette qualité de communication. D'autre part, si une personne aphasique refuse de communiquer par peur mais nous voyons qu'il est en souffrance physique et psychologique, c'est le corps de celui-ci qui va nous alerter sur cette souffrance. Cela nous permettra d'appréhender la relation avec l'aphasique avec d'avantage d'objectivité sur sa souffrance. Et lorsque nous arrivons dans des cas plus graves, que la personne ait tendance à évaluer à la hausse sa souffrance, ces mêmes indices corporels nous permettent de posséder des indicateurs, permettant de mieux faire la part des choses.

Après nous être intéresser à la communication non verbale, nous allons voir un dernier moyens de communication qui à aussi son importance qui est le para verbale.

³⁶ Psychologue. Célèbre pour ses publications sur l'importance des éléments non verbaux face à la communication du visage.

4.2.3 La communication paraverbale.

Le para verbal englobe tout ce qui accompagne directement le langage verbal et qui a rapport avec la voix et l'expression vocale. C'est en fait l'utilisation qui est faite de la voix lors de la communication. Il ne s'agit pas ici des mots ou expressions utilisés et portés par la voix. Il est plutôt question du ton de la voix en communication, le timbre, le débit, la puissance, la diction et le temps de pause... Lorsque nous communiquons avec une personne aphasique pendant les soins, c'est en réalité l'ensemble de notre corps et de notre esprit qui s'implique. Toute expression verbale, gestuelle et vocale regroupée sous le terme communication, participe à l'expression de notre message. Ainsi, la communication para verbale devient une ressource importante utile pour cerner à travers l'usage de notre voix, le message que l'on veut faire passer durant les soins. Nous pouvons prendre comme exemple le début de soins d'un aphasique. Lorsque nous entrons dans sa chambre, la première chose que nous disons c'est « Bonjour ». Quand nous disons « Bonjour » avec une voix tendre et intéressé, l'aphasique va sentir que nous allons bien prendre soin de lui. La communication sera facile et l'aphasique va coopérer plus facilement. Mais lorsque le schéma est inversé et que nous le saluons de manière brusque et désintéressé, l'aphasique va adopter un comportement de repli et même peut-être agressif parce que ce comportement signifie pour lui que cela embête l'aide-soignante de venir s'occuper de lui. De ce fait, la communication est impossible, voire rompue et l'aphasique ne sera pas coopérant pour ces soins.

4.3 Qu'est-ce que la communication dans le domaine des soins ?

Communiquer dans le domaine des soins est un ensemble de processus physiques et physiologiques par lesquels nous effectuons une opération de mise en relation avec une ou plusieurs personnes. Cette définition met en avant l'aspect dynamique de ce processus. Communiquer pour une aide-soignante, c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir mais aussi tenter de le comprendre. Elle nous permet d'établir une relation de confiance, de clarifier, d'expliquer, de rassurer et de prévenir toutes situations de conflit. Tout soin est indissociable d'une communication avec le patient. Il s'inscrit dans une démarche globale du « prendre soin » de la personne qui répond à des besoins physiologiques, à ceux de sécurité, de reconnaissance, de lien social, d'appartenance. Mais la communication est parfois difficile, d'une part parce que le patient est souvent une personne inquiète, angoissée ou démunie... et d'autre part parce que la relation dépend du contexte, de la pathologie du patient, de la charge de travail, du niveau

d'entraide de l'équipe. Dans un contexte contraint, centré sur la recherche d'efficacité, la communication est parfois difficile, les professionnels étant moins disponibles mais elle est essentielle pour donner du sens aux actions, faciliter l'accompagnement et enrichir l'activité. Elle est basée sur l'empathie, la confiance, le soutien, la valorisation, la déculpabilisation, l'absence de jugement, les conseils et l'aide à la réflexion. Les enjeux de la communication dans les soins et plus particulièrement auprès des aphasiques est de pouvoir faire passer toutes les informations nécessaires au bon déroulement des soins, à la vie en institution ou encore au bien-être de son état de santé et le tout en étant certain de se faire comprendre. Le fait de mettre en place une discussion nous permet une meilleure compréhension des soins avec le patient. Chez une personne aphasique, c'est très problématique. En effet, un aphasique peut souffrir de difficulté de compréhension, d'expression ou les deux à la fois et donc dans ces cas là, cela engendre du stress ainsi que de la frustration à ne pas pouvoir comprendre et exprimer ce qu'on lui transmet. Il est donc nécessaire pour nous, en tant que professionnel de le rassurer et de faire en sorte que le message a bien été compris par n'importe quels moyens.

En conclusion de ce chapitre sur la communication et plus particulièrement dans le domaine des soins, nous pouvons affirmer que lorsque nous voulons transmettre un message, nous utilisons différents moyens pour le communiquer : Le verbal, qui désigne la communication par les mots. Ensuite, le non-verbal qui désigne la communication par le langage du corps. Et pour finir, le paraverbale qui désigne la façon dont nous allons communiquons. Ils sont tous des piliers fondamentaux de la communication aussi bien de manière générale que dans le domaine des soins. La communication dans les soins nécessite que nous soyons compréhensifs envers le patient aphasique sur ce qu'ils veulent exprimer. Cela demande des compétences d'écoute, d'observation et d'attention mais aussi une réelle intention de notre part à comprendre la personne aphasique. Pour réussir, nous devons comprendre ces besoins en les identifiant et ainsi transmettre à l'équipe. Pour parvenir à une meilleure communication avec un aphasique, nous devons être préparées à apprendre, à comprendre et à appliquer divers aspects de la communication. Pour communiquer avec une personne aphasique, cela comme au premier contact, un moment crucial pour l'aide-soignante. Cette communication dure toute la durée du cycle de soins. Pour en tirer le plus grand bénéfice, nous devons aider l'aphasique à se sentir à l'aise, ce qui nécessite un environnement paisible et privé. Le temps aussi est également un élément nécessaire à une communication de qualité entre le soignant et le soigné. Il faut du

temps pour créer la confiance nécessaire pour soutenir au mieux l'aphasique. La communication pour la personne aphasique a pour but d'avoir l'attention l'aide-soignante pour révéler son problème plus tôt, avec la satisfaction que nous l'avons écouté et observé.

Au terme de notre partie conceptuelle, nous avons pu voir que le langage, la parole, les aphasies ainsi que la communication sont autant d'éléments théoriques qui nous aideront à déterminer comment nous pouvons communiquer avec une personne aphasique lors des soins. Dans cette partie, nous avons mis en avant certains points tels que le langage et la parole pour ensuite les distinguer et comprendre l'importance de les utiliser pendant les soins d'une personne aphasique. Nous avons mis en avant, par la suite, les trois types d'aphasie les plus importantes : L'aphasie de compréhension, l'aphasie d'expression et l'aphasie totale qui regroupe les deux aphasies précédentes. Notre but a été de définir leurs profils tant sur le plan anatomique que langagier. Et pour finir, nous nous sommes intéressés à la communication, plus précisément, dans le domaine des soins. Nous avons donc énuméré et expliqué les différents niveaux de communication et comment les utiliser consciemment durant les soins. Nous allons à présent aborder la partie pratique de ce travail, où nous verrons comment l'aide-soignante peut mettre à profit ces différents éléments pour communiquer efficacement avec une personne souffrant d'aphasie.

III. PARTIE PRATIQUE

1. Comment favoriser la stimulation du langage et de la parole?

Avant de débiter les soins, nous devons savoir le type d'aphasie qu'a la personne. Cela nous permet d'adapter nos attitudes en fonction du type d'aphasie. Ensuite, lorsque nous entrons dans la chambre, la première chose est d'attirer l'attention de la personne sur notre présence. Par exemple, nous saluons la personne par son nom et prénom d'un ton calme et enjouée. Cette première attitude donne le ton de la communication, c'est-à-dire que la personne aphasique sentira qu'il pourra communiquer avec l'aide-soignante. Si nous observons que la personne est agitée, il est préférable que nous sortions de la chambre et ensuite de prévenir l'infirmière. Nous reviendrons lorsque la personne aura un comportement calme et réceptif. Lorsque nous avons capté l'attention de la personne aphasique, il nous faut adapter l'environnement pour qu'il soit propice à la communication en éliminant toute distraction comme éteindre la télévision, la radio ou encore mettre une séparation si la personne est dans une chambre double. Lorsque nous allons expliquer le déroulement du soin, nous utiliserons une communication alternative. Cette communication aura pour but de transmettre les informations nécessaires pour que le soin se passe bien et puisse être agréable. Par exemple, dans une aphasie d'expression, nous allons accompagner nos paroles par des gestes. Ces gestes montreront concrètement dans l'environnement, ce dont nous voulons parler. Pour savoir si la personne a compris nos informations nous allons lui demander par oui ou par non si elle a compris le message. Si elle a des questions, nous devons lui laisser le temps de s'exprimer, cela montrera que nous sommes attentifs à ces questions. Dans une aphasie de compréhension, nous adapterons la façon dont nous nous exprimons, c'est-à-dire ralentir le débit, faire des phrases simples et courtes, utiliser un langage concret et utiliser l'environnement et le contexte pour soutenir nos propos. Pour savoir si la personne a compris le message, nous lui poserons des questions sous la forme affirmative. Par contre, dans une aphasie globale, nous utiliserons des supports visuels comme des tableaux, des pictogrammes si la communication est très difficile, voire impossible. Pendant toute la durée du soin, il est important que nous stimulions la personne en permanence comme par exemple verbaliser les actions que nous faisons. Parfois, il est important de faire des pauses pour demander à la personne si tout va bien. Après chaque soin, il est important que nous félicitions et valorisons toutes les tentatives de communication de la personne aphasique. Cela permet de contribuer à maintenir chez la personne, l'envie de communiquer.

2. Quels sont les mesures de prévention ?

La cause la plus fréquente d'aphasie est l'AVC. L'accident vasculaire cérébral fait partie des maladies qui peuvent être prévenues. Leurs principaux facteurs de risques sont liés à des comportements sur lesquels la prévention est efficace. Les recommandations devraient être suivies avec la plus grande assiduité compte-tenu des conséquences dramatiques de ce type d'accident.

Avoir une alimentation équilibrée.

Il faut veiller en collaboration avec une diététicienne à ce que la personne ait une bonne hygiène de vie alimentaire : Préférer les viandes blanches, le poisson et les légumes. Évitez la consommation excessive de viandes rouges. Ne pas grignoter. Nous pouvons donner à la place un verre d'eau, un fruit ou encore un biscuit sans sucre et sans beurre. Manger à heure fixe pour éviter les grignotages. Consommer de l'alcool avec modération. Pas plus de deux verres par jour ou bien privilégier à la place des boissons sans alcools. Nous devons surveiller la prise de poids pour éviter qu'il ne tombe en dénutrition ou en obésité morbide.

Faire de l'exercice physique.

Pour réduire le risque d'AVC, nous devons inciter la personne à rester actif, c'est-à-dire : Faire de l'exercice sur des courtes distance comme aller faire un tour des les couloirs ou bien dans les jardins. Si la santé s'améliore, proposer de faire sur des plus longues distances et plus longtemps, maximum dix minutes. Pour épauler la personne, demander à la famille de participer. Cette activité permettra de resserrer les liens familiaux. Participer aux activités que propose l'ergothérapeute.

La consommation de tabac.

Faire arrêter de fumer est parfois très difficile car la personne est dépend du tabac. Pour cela : Nous pouvons lui proposer de voir un tabacologue qui est spécialisé dans l'addictologie du tabac. Lorsque la personne commence à arrêter de fumer, nous devons faire attention à ce que la personne ne remplace pas la cigarette par la nourriture. Il faut que nous surveiller le poids de la personne chaque jour pour éviter de tomber dans l'obésité morbide.

Surveiller le l'hypertension artérielle.

L'aide-soignante doit mesurer et surveiller la tension artérielle pour éviter qu'elle ne monte. C'est pourquoi nous devons la mesurer sur un patient allongé depuis au moins 15 minutes. L'hypertension est confirmée si la pression artérielle dépasse 14 pour la pression systolique ou 9 pour la pression diastolique sur plusieurs mesures. En effet, pour être certain qu'il ne s'agit pas d'une élévation temporaire due au stress par exemple, nous devons effectuer deux mesures car l'hypertension est souvent silencieuse. Pour mesurer la tension, nous devons l'effectués au niveau du bras. Nous devons le faire au calme. Nous demandons à la personne de placez son bras de manière détendu devant nous. Le bras doit être placé au niveau du cœur. Nous allons placer le brassard directement sur la peau selon le sens indiqué sur le tensiomètre. Nous oublions de placer le stéthoscope au niveau de l'artère brachiale. Nous demandons à la personne avant de commencer, la tension qu'elle fait habituellement. Nous ouvrons la molette et puis nous gonflons le brassard jusqu'au niveau de la norme indiquée. Par exemple, la personne fait habituellement 12,6 mmHg, nous allons alors gonfler à 120 mmHg. Nous allons par la suite desserrer la molette très lentement pour écouter le premier et dernier battement du cœur. Après, nous prenons note de la mesure pour la transmettre à l'infirmière.

Contrôler le diabète.

Avec l'aide de l'infirmière, il est important de contrôler le diabète car sans contrôle le risque d'AVC est très important. Pour mesurer le taux de sucre dans le sang d'une personne diabétique, nous devons tout d'abord le faire plusieurs fois par jour. Lorsque nous le faisons, il faut que la personne se lave les mains à l'eau pour éviter de faux résultat comme par exemple avoir un aliment sucré sur les doigts. Nous devons préparer l'appareil à glycémie. Ensuite, nous prenons une bandelette que nous plaçons dans l'appareil. Nous prenons le stylo et nous allons piquer sur le côté latérales du doigt. Il faut pour le bien ne jamais piquer au même endroit évité un engourdissement des doigts. Lorsque nous avons piqué, du sang va couler. Nous devons donc approcher le glucomètre pour que la goutte de sang tombe sur la bandelette. L'appareil va mesurer de lui-même. Si la mesure dépasse 1,26g/L alors la personne fait une hyperglycémie. Pour faire l'hyperglycémie, nous allons donner de l'eau pour que la personne puisse les éliminer dans ses urines .Si la mesure est en

dessous de 0,60g/L alors il s'agit d'une hypoglycémie. Pour faire augmenter le sucre, il est important de donner des sucres rapides.

3. Quelles sont les rôles de l'aide-soignante ?

Tout d'abord, le rôle de manière générale de l'aide-soignante est celle qui assiste l'infirmier dans l'octroi des soins aux malades ou aux personnes dépendantes. Que ce soit dans les hôpitaux, dans les MR/MRS ou encore à domicile, notre rôle est de veiller au bien-être et au confort des personnes fragiles. Nous sommes là pour faciliter la vie des malades en leur assurant un maximum d'autonomie ou en les aidant dans les tâches de la vie de tous les jours. Ainsi, nous avons la charge des soins d'hygiène en plus d'effectuer d'autres soins infirmiers auprès du patient, comme la prise de température ou de pouls. Nous devons aussi veiller à la logistique de son service. Nous sommes un appui fondamental pour les équipes de soins car c'est nous qui entretenons un contact privilégié avec les patients au quotidien. Véritable bras droit de l'infirmier, il est possible pour ce dernier de nous déléguer certaines activités infirmières déterminées. Il s'agit, entre autres, de veiller à l'hydratation et à l'alimentation des patients, ou encore de participer à l'information des patients et de leurs familles des plans de soins disponibles et autorisés. Auprès des personnes présentant une aphasie, notre rôle va se baser sur l'observation, l'éducation à la santé et la transmissions orales et écrites.

Auprès du patient.

Au début de la prise en charge, nous allons observer son propre environnement. Il est important que nous l'observions dans les actes de la vie quotidienne pour pouvoir évaluer son autonomie. Nous avons vu dans la partie contextuelle qu'il existait plusieurs grilles d'évaluation pour mesurer l'autonomie comme par exemple l'échelle de Katz. Cette évaluation va nous aider par la suite à réaliser un plan de soins adapter à son handicap avec l'équipe pluridisciplinaire. L'observation ne s'arrête pas là. Au contraire, l'observation se réaliser de manière quotidienne. Elle tient une place très importante lorsque nous communiquons avec la personne aphasique. Pendant les soins, elle nous permet de récolter des informations lorsque la personne change d'humeur, de comportement ou bien encore essaye de s'exprimer. Ces signes vont être observé sous trois formes : le verbal, le non-verbal et le paraverbale. Après les avoir identifié, nous devons adapter la situation comme par exemple un aphasique qui devient agressifs. À ce moment là, nous devons arrêter le soin, identifier la raison de

cette agressivité et ensuite trouver une solution. Toute observation après chaque soin doit être transmise à l'infirmière oralement et puis doit être mis par écrit. Nous avons un autre rôle auprès de la personne aphasique qui est l'éducation. La première chose est de lui en apprendre un peu plus sur sa maladie pour pouvoir mieux l'accepter par la suite. Faire accepter la maladie est un grand pas dans le processus de rétablissement. Cela prend du temps mais nous être patient. Après avoir accepté que sa vie ne soit plus pareille comme avant, il est primordial que nous lui expliquions comment éviter d'avoir de nouvelle aphasie. Pour cela, nous lui ferons de la prévention sur les attitudes à adopter pour éviter une nouvelle récurrence. En fonction des antécédents de la personne, nous avons vu qu'il fallait éviter/surveiller le tabac, l'alcool, une mauvaise alimentation, l'hypertension artérielle ou encore le diabète. En tant qu'aide-soignante, nous sauvons la santé de la personne. Nous allons parler d'un dernier rôle auprès du patient qui est la transmission de manière orale ou écrite. Transmettre, c'est faire passer un message par un écrit, des paroles. Lorsque nous transmettons des informations à propos de la personne aphasique, c'est permettre à chaque membre de l'équipe de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins adaptés en fonction de l'évolution de santé. Ces informations sont indispensables pour la continuité des soins. Elles ont pour but d'assurer la continuité des soins chez le patient aphasique, 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. Transmettre entre différentes équipes de soins permet également de tisser des liens et, ainsi, de s'entraider en cas de besoin.

Auprès des familles.

Il est important que nous apportions un accompagnement aux familles. Notre rôle sera de les accompagner dans ce moment difficile de l'acceptation de la maladie. Nous aurons un rôle de présence active. Nous ferons preuve d'écoute active et d'empathie en les rassurant sur les doutes qui les entourent. La famille jouera également un rôle clé dans le rétablissement de leur proche aphasique car elle pourra nous aider à répondre à nos questions concernant la vie de l'aphasique avant son apparition puisque celui-ci n'a plus les capacités pour nous répondre. Nous pouvons encourager la famille à venir passer du temps avec leur proche pour renforcer le lien entre eux. En effet, nous avons vu que l'aphasie peut provoquer des tensions, des malentendus et donc la famille n'ose plus venir par peur de frustrer leur proche. Nous pouvons mettre

en place des activités récréatives qui permettrait de stimuler la communication. Comme des activités de cartes, de scrabble ou encore des repas à thèmes. Cela va renforcer le lien avec la famille malgré la maladie.

Auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Nous avons un rôle auprès de la personne aphasique, de la famille mais également auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Notre rôle sera plus un rôle de relais, d'éducation et de prévention. L'équipe pluridisciplinaire travaille dans le seul but de satisfaire les besoins de la personne. Toutes les personnes autour de l'aphasique ont leur importance puisqu'ils interviennent à des niveaux différents de la prise en charge. Chacun va se baser sur ce que l'autre a fait. Il est donc dans l'intérêt de toute l'équipe d'avoir une cohésion de groupe et une communication, car chacun a sa place. La remise de service, d'après les différents postes dans l'institution, est un élément clé également pour transmettre des informations sur l'état de santé de la personne mais également sur ce qu'elle a pu faire. Sans cela, nous ne pourrions pas assurer le rôle relais auprès de la famille par exemple si la famille vient dans l'après midi et nous pose des questions sur ce qu'il s'est passé du matin. Pour arriver à satisfaire les besoins de l'aphasique, il est dans le bien de tous d'avoir des transmissions orales et écrites claires pour faciliter la continuité des soins. Les transmissions orales permettent d'apprendre des informations sur le résident sur ce qu'il a été fait et de rajouter des informations par les différentes personnes présentes lors de la remise de service. Les transmissions écrites permettent elles aussi d'apprendre des informations mais d'en garder une trace. C'est pour cela que les transmissions doivent être lisibles, claires, précises, complètes, objectives et pertinentes. Les transmissions orales ne remplacent pas les transmissions écrites et vice versa, elles se complètent.

4) Comment prendre en charge une personne aphasique?

L'aphasie de compréhension.

Pour effectuer la prise en charge d'une personne souffrant d'une aphasie de compréhension, il faut dans un premier temps consulter le dossier de soin du patient pour déterminer le type d'aphasie dont nous allons faire face. Il est important de respecter l'identité de la personne, ce qu'elle est et ce qu'elle a été avant son trouble. Il est important de considérer la personne aphasique, comme une personne. Cette personne possède toujours ses traits de personnalité, ses qualités ainsi que ses défauts, différentes envies et besoins. Il est important de préserver un maximum

l'autonomie de la personne ainsi que l'inciter à participer aux différentes activités qui favorise sa communication. Pour lutter contre le trouble aphasique, il est important en tant qu'aide-soignant et professionnel de la santé de stimuler et de laisser faire ce que la personne sait faire. Les activités quotidiennes rythment la journée de la personne, ils vont lui permettre de lutter contre l'isolement. Lors d'une activité, inclure des amis de la personne présentant un trouble aphasique, facilitera son intégration et sa participation aux activités. La visite régulière de ses proches va favoriser le bien-être de la personne. Il est important d'être patient avec la personne. Lorsque l'on souhaite communiquer avec une personne, ayant des troubles de la mémoire. Il faut dans un premier temps : Il est de se placer à la hauteur de la personne, afin de favoriser la communication. Il est nécessaire de réduire le débit de notre parole, utiliser des phrases courtes et simples, il faut aller droit au but. Lorsqu'on pose une question, il est préférable que ce soit une question fermée, afin d'éviter de perdre la personne dans nos explications. Il est important de manifester de l'intérêt envers la personne de lui montrer qu'on l'écoute, malgré qu'elle nous comprend pas. Il ne faut pas utiliser de langage rabaissant ou humiliant, ni interrompre la personne lors de ses explications en revanche. Il faut faire ça avec respect et patience. Pour aider la compréhension de la personne, on peut ajouter des gestes pour l'aider à comprendre ce que l'on dit, le sens de l'humour n'est pas à négliger.

L'aphasie d'expression.

Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie conceptuelle. L'aphasie d'expression altère les facultés de formulation d'un message, qu'il soit sous forme écrite ou oral. Le type de communication optimale choisi, sera en fonction de l'atteinte et des capacités du patient. Le langage est utiliser mais il lui faudra abaisser son seuil de complexité : débit plus lent, phrases simples etc. Il faudra prêter attention à ce que le langage gestuel et facial soit en harmonie avec le message que l'on souhaite transmettre à la personne. Pour communiquer avec une aphasie d'expression, il existe plusieurs méthodes. La première est une stratégie qui est susceptible de fonctionner. Pour cela, il suffit de poser à la suite des questions fermées. Si un message demeure incompris et qu'il semble d'une importance haute, il peut être intéressant de prendre le temps de le décortiquer. À noter que cette méthode demande un engagement de la part du soignant, c'est une technique qui prend du temps mais qui permet de fonder un lien avec la personne aphasique. Lorsque nous communiquons avec une personne aphasique, il est très important de reformuler nos phrases. La personne sentira que

nous sommes concernés par ce qu'elle dit et cela l'encouragera. Reformuler permet de s'assurer de la justesse de notre interprétation et invite le patient à préciser si besoin. Cela permet de détecter les erreurs de communication. Pour que la personne aphasique puisse s'exprimer, nous pouvons utiliser un carnet de communication. Ce carnet de communication ne sera en effet pas un carnet comme les autres, il n'y aura aucun mot ni phrase mais une suite de pictogrammes ou d'image. La personne aphasique s'exprimera en montrant l'image qu'elle souhaite, par exemple la personne souhaite aller au toilette elle désignera alors l'image du toilette dans son carnet de communication.

L'aphasie totale.

L'aphasie totale est le fait que la personne ne peut s'exprimer que par des mots et à une compréhension limitée. Le risque accru d'isolement et de mutisme est très important. La stimulation va être plus difficile car nous seulement la personne doit nous comprendre mais aussi en même temps exprimer ses besoins. À savoir que pour n'importe quelle aphasie, le patient va lui aussi va mettre en place, consciemment ou non, des stratégies afin de contourner son déficit pour pouvoir communiquer. Il semble important de prendre en considération ces stratégies pour appréhender les capacités de communication du patient dans la vie quotidienne. Des outils de communication augmentative et alternative pourront également être proposés. Ils visent à favoriser la réadaptation du patient dans son environnement et à limiter l'impact des troubles aphasiques dans la vie quotidienne. En effet, il s'agit de contourner les difficultés langagières en mettant en place des stratégies de communication fondées sur les capacités résiduelles de la personne aphasique. Ces moyens de communication peuvent être mis en place de façon provisoire, le temps que le patient retrouve certaines capacités d'expression ou de façon définitive dans les cas les plus sévères. Mais certains patients refusent d'utiliser ces techniques car la blessure narcissique qu'entraîne l'abandon du langage oral est trop importante.

En conclusion de cette partie, nous avons pu démontrés que nous pouvons apprendre à mieux communiquer avec une personne aphasique lors des soins en tenant compte du handicap et en adaptant notre communication lors des interventions. Pour communiquer efficacement avec une personne aphasique, nous aurons recours à différentes stratégies adaptés en fonction du type d'aphasie : Faire des phrases simples et courtes, respecté les moments de silences, laisser un temps de parole, utiliser des supports en cas de communication difficiles voire impossibles ou encore

faire des tentatives de communication par le verbal, le non-verbal et le paraverbale. Tous ces exemples, nous démontrant qu'ils existent différents moyens pour justement améliorer cette communication et ainsi contribuer à faire des soins un moment d'échange agréable.

IV. CONCLUSION

Conclusion.

Pour conclure cette épreuve intégrée, nous avons pu démontrer qu'une communication adéquate est très importante chez une personne aphasique. Il est essentiel de garder en permanence à l'esprit que la personne aphasique n'est pas une personne qui a perdue ces facultés mentales. Au contraire, il s'agit d'une personne tout à fait normale sauf qu'elle a une panne de communication. Lors de la communication pendant les soins, chaque aphasie à sa communication spécifique. Chez une personne atteinte d'aphasie de compréhension, nous devons exprimer de manière simple, de façon à ce qu'elle comprenne ce que nous lui disons. Dans une aphasie d'expression, nous devons éviter de trop long discours pour éviter que la personne ne se perde dans nos explications en accompagnent le tout par du non-verbal. Les gestes, les mimiques et la posture vont donner un outil de soutien à la personne. Tandis qu'une personne qui souffre d'une aphasie globale, il faut continuer la stimulation de la compréhension et de l'expression mais lorsque la communication devient difficile voire impossible alors nous opterons pour des supports en cas de dernier recours. Dans le cadre de la communication au niveau des soins, nous devons toujours informer la personne de manière cohérente dans le déroulement du soin, cela permet d'améliorer la qualité des soins lors de sa prise en charge. Différents professionnels peuvent accompagner pour assurer la continuité des soins comme le médecin, l'infirmière, l'orthophoniste, l'ergothérapeute, la diététicienne ou encore le psychologue. Les transmissions orales et écrites ont toutes leurs importances dans la continuité et la qualité des soins. Une personne aphasique n'est pas à l'abri d'une récurrence. Pour cela, nous devons appliquer les mesures de prévention qui étaient mise en place, c'est-à-dire avoir une meilleure hygiène de vie, ne pas fumer, ne pas boire ou encore surveiller la tension artérielle. Au sein, de l'établissement, nous devons favoriser l'autonomie en le faisant participer aux différentes activités proposer par l'ergothérapeute, en le laissant participer au soin. L'aide-soignant joue donc un rôle essentiel vis-à-vis de la personne aphasique, d'où l'importance de veiller à mettre en place une bonne communication afin d'établir une relation de confiance.

V. BIBLIOGRAPHIE

Site Internet :

<file:///C:/Users/User/Downloads/5384bb0922c97.pdf>

[https://www.univ-usto.dz/faculte/fac-](https://www.univ-usto.dz/faculte/fac-snv/images/Graduation_snv/Cours_en_Ligne/2017_2018/M1Communication_VE.pdf)

[snv/images/Graduation_snv/Cours en Ligne/2017 2018/M1Communication VE.pdf](https://www.univ-usto.dz/faculte/fac-snv/images/Graduation_snv/Cours_en_Ligne/2017_2018/M1Communication_VE.pdf)

https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/commun/15656-aphasie.htm

<http://www.afasie.nl/aphasia/pdf/5/brochure1.pdf>

<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance#:~:text=Donner%20sa%20confiance%20au%20soignant,demande%20de%20soins%2C%20la%20respecter.>

<https://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/prise-en-charge-dun-patient.pdf>

<http://alexis.vinceneux.free.fr/1niveau/conseil.htm>

<https://aphasie.ca/>

<https://www.chuv.ch/fr/neuropsy/npr-home/patients-et-familles/associations-de-patients/laphasie-cest-quoi#:~:text=C'est%20un%20trouble%20de,les%20gestes%20peuvent%20%C3%Aatre%20perturb%C3%A9s.>

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/dysfonctionnement-c%C3%A9r%C3%A9bral/aphasie>

<https://www.le-ccom.fr/aphasie-et-communication>

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsuinfirmer/limagier-pour-communiquer-avec-un-patient-aphasique>

<http://www.inpfp.dz/revue/2020/10/17/savez-vous-que-la-communication-est-la-cle-de-la/>

<https://www.em-consulte.com/article/221293/communication>

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Langage>

<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-parole.html>

<https://pro.guidesocial.be/articles/echos-du-terrain/article/la-relation-soignant-soigne>

https://www.avig.be/handicap/pdf/documentation/publications/informations_particulieres/fiches_deficiences_emploi/Fiche07-Aphasie.pdf

Livre :

Les aphasies, évaluation et rééducation – Sophie Chomel-Guillaume

De l'aphasie et de ses diverses formes – Désiré Bernard

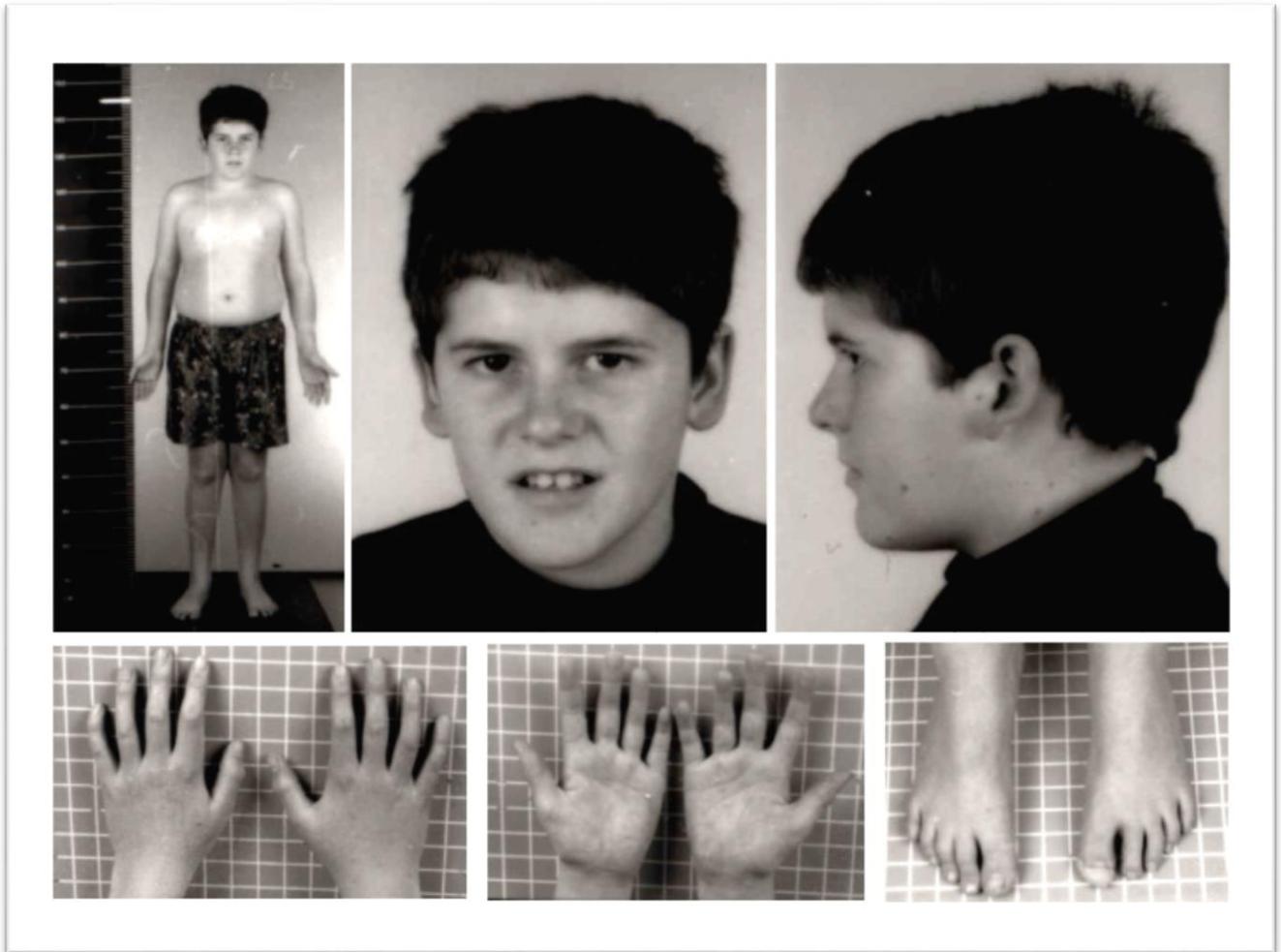
Langage et aphasie – Jean-Louis Signoret

Unité de formation :

UE9 : Cours d'anatomophysiologie – Monsieur Patrick Vantomme

VI. ANNEXE

Annexe 1 :



Le syndrome de Prader-Willi est une maladie génétique causée généralement par la suppression d'une partie du chromosome 15 transmis par le père.

Les symptômes les plus courants du syndrome de Prader-Willi sont des problèmes de comportement, une déficience intellectuelle et une petite taille. Les symptômes hormonaux se caractérisent, quant à eux, par un retard de puberté et une faim constante menant à l'obésité.

Il n'existe aucun remède au syndrome de Prader-Willi, mais un régime supervisé peut être efficace dans de nombreux cas. Certains symptômes peuvent être traités par une thérapie hormonale.

Annexe 2 :



Le syndrome de Williams (ou syndrome de Williams et Beuren) associe un retard psychomoteur, un profil comportemental particulier caractérisé notamment par une hyper sociabilité, des manifestations cardiovasculaires et quelquefois, chez le nourrisson, des perturbations du taux de calcium dans le sang (hypercalcémie).

Annexe 3 :



Le syndrome de l’X fragile ou Martin Belle entraîne une déficience intellectuelle légère à importante. Il touche aussi bien les hommes que les femmes, bien que celles-ci présentent généralement des symptômes plus bénins.

Les symptômes sont un retard de la parole, de l’anxiété et une hyperactivité. Certaines personnes présentent également des convulsions, mais aussi des caractéristiques physiques particulières comme de grandes oreilles, un visage allongé, une mâchoire et un front proéminents, ainsi que des pieds plats.

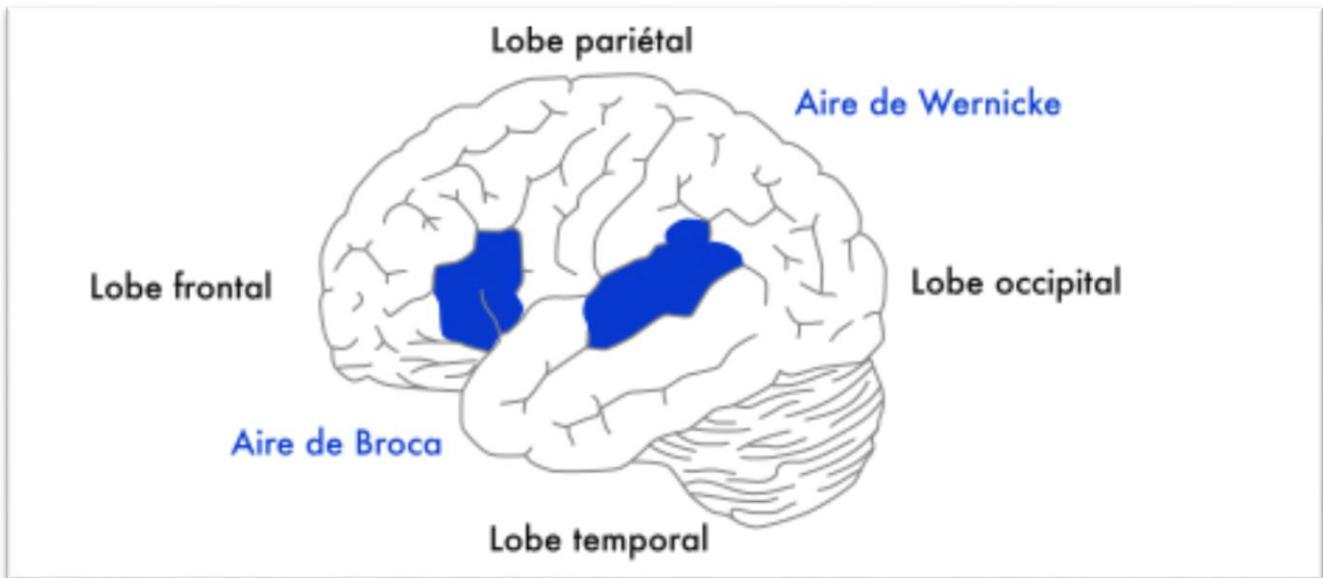
Le traitement peut comprendre une thérapie pour les troubles d’apprentissage et la prise de médicaments pour l’anxiété et les troubles de l’humeur.

Annexe 4 :



La maladie de Dupuytren est une affection bénigne d'origine inconnue qui touche une membrane se trouvant entre la peau et les tendons fléchisseurs au niveau de la paume de la main (aponévrose). Avec cette maladie, l'aponévrose devient plus dense et plus épaisse.

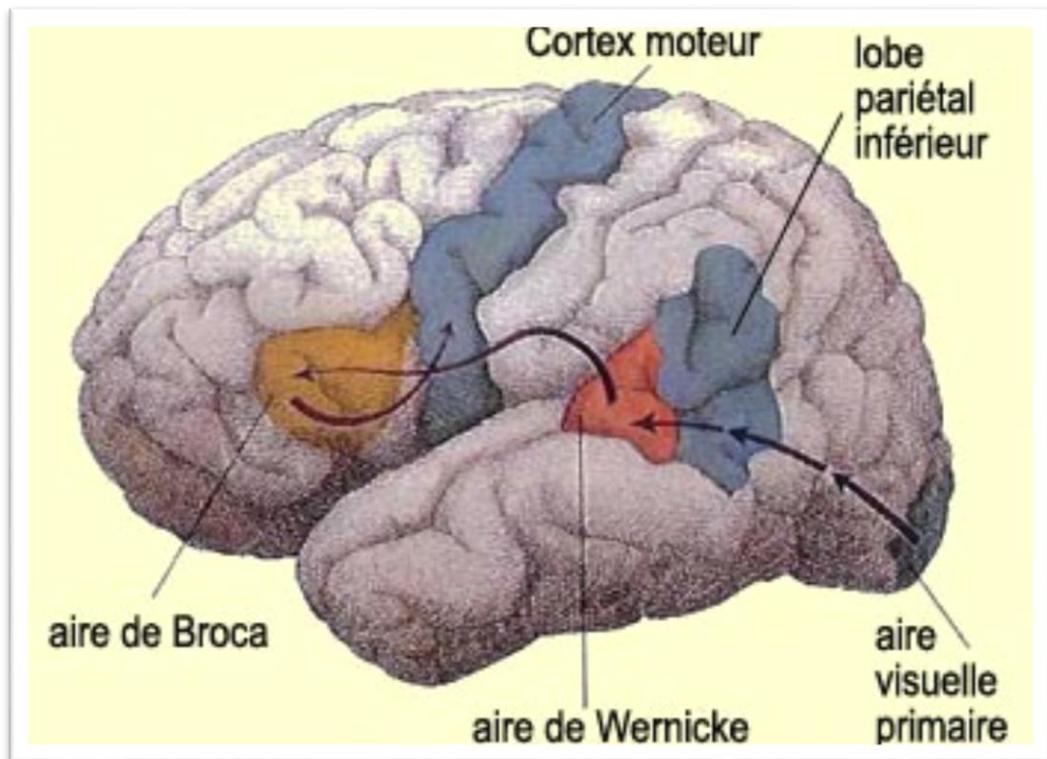
Annexe 5 :



L'aire de Broca ou aire motrice du langage selon la nomenclature officielle est l'une des deux principales zones du cerveau responsables du traitement du langage.

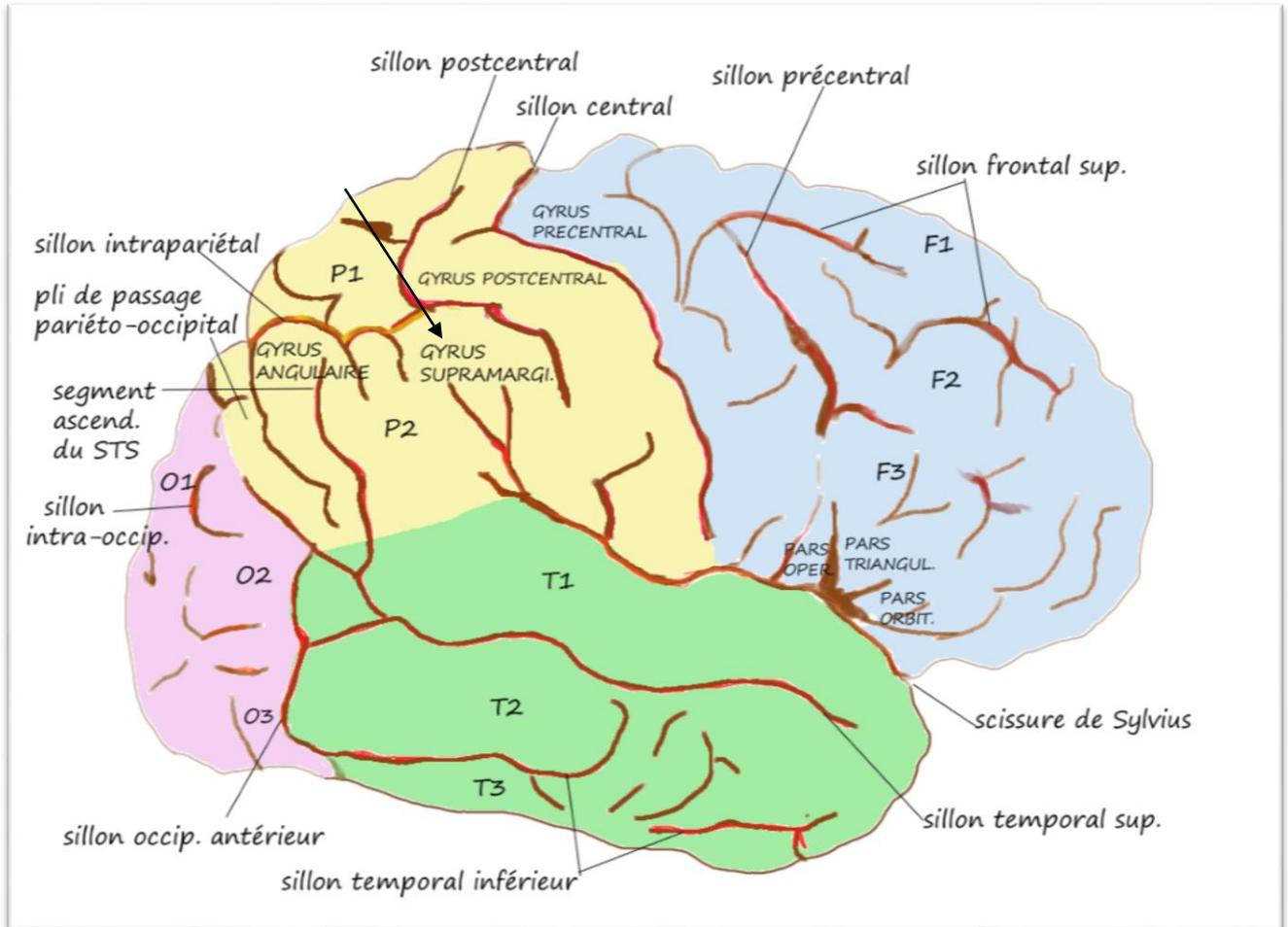
Découverte par le médecin français éponyme Paul Broca en 1861.

Annexe 6 :



Carl Wernicke, né le 15 mai 1848 à Tarnowitz, Silésie, actuelle Pologne et mort le 15 juin 1905 à Gräfenroda, Allemagne est un neurologue et psychiatre allemand. Il est, avec Paul Broca, un précurseur de la recherche sur les localisations cérébrales par l'aphasiologie, une figure de la neurologie en général, et de la neuropsychologie en particulier.

Annexe 7 :



Le gyrus supramarginal GSM est un gyrus du lobe pariétal du cortex cérébral.