Formation ASHQ :

“La relation, la communication avec la PA, avec ou sans troubles cognitifs. La relation avec les résidents, les aidants et les membres de l’équipe”

Par Sabrina MAIGNAN, Infirmière

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. La relation de soins avec la PA
6. La relation avec les aidants
7. Relations professionnelles avec les membres d’une équipe

1. La communication



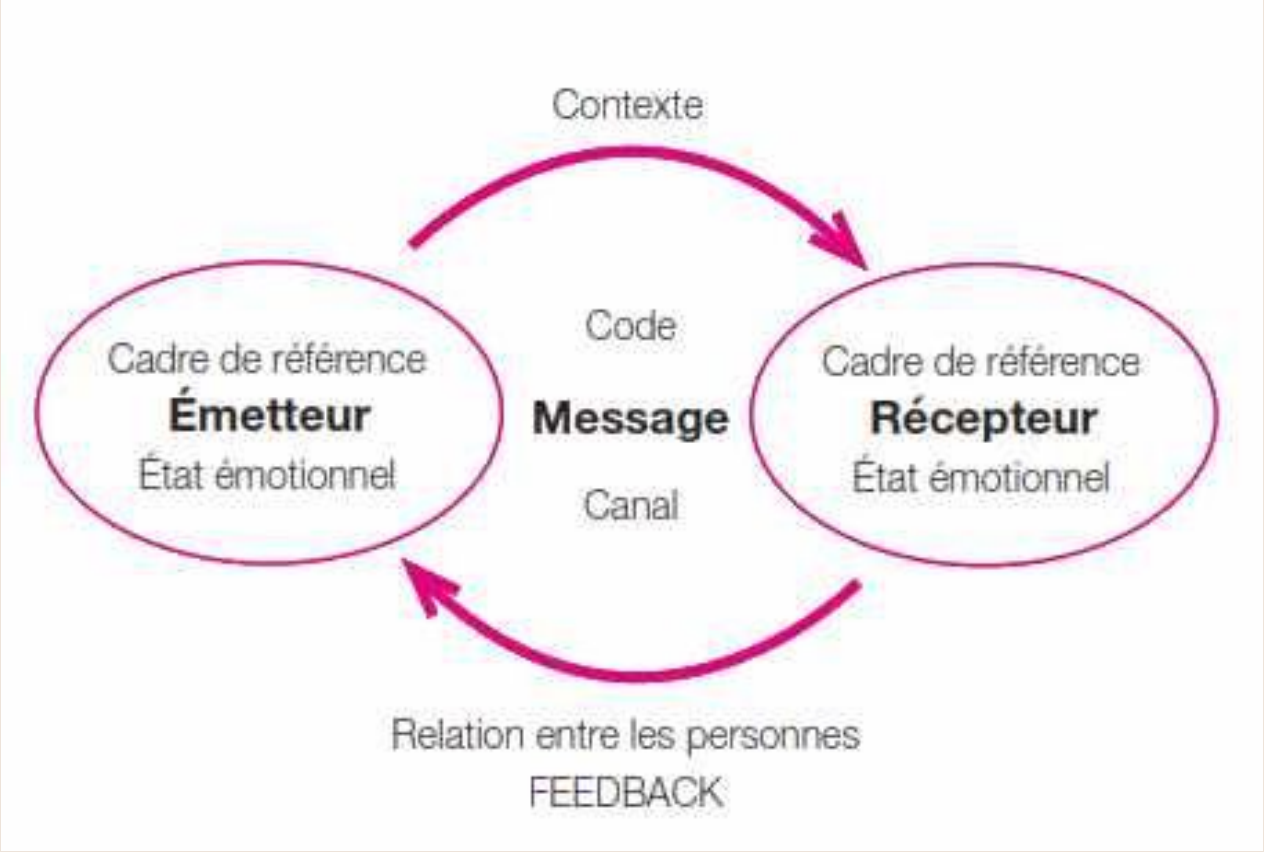
La communication est un besoin fondamental de l’être humain

Communiquer : aperçu d'un vaste concept

"Ensemble des éléments et mécanismes qui permettent d'entrer en relation avec le monde extérieur, et ainsi d'échanger avec autrui. Dans le but de partager ses idées, sentiments, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage"

Cours IFAS CHGR – Module 5 du 08/11/10

Schéma de la communication (école de Palo Alto)



Caractéristiques du besoin de communiquer

Communication verbale

Ressources

-élocution claire
-débit verbal adapté
-langage compréhensible (langue, langage adapté et compréhensible)

Difficultés

-débit verbal inadapté
-trachéostomie
-barrière de la langue et/ou accent prononcé
-troubles du langage (aphasie, dysarthrie, dysphonie, bégaiement...)
-troubles respiratoires
-douleur, anxiété

Communication non verbale

Ressources

-posture adaptée
-gestes adaptés
-faciès et regard expressif

Difficultés

-posture non adaptée
-gestes non adaptés
-prostration
-troubles moteurs (paralysie)

Communiquer au quotidien :

-recueillir les informations primordiales auprès du dossier patient et des équipes (pathologie, ressources et difficultés en lien avec la communication, transmissions récentes)

-se présenter

-nommer la personne en la saluant

-se mettre à la hauteur de la personne

-établir un contact visuel

-utiliser un ton chaleureux

-utiliser un langage adapté à la personne

-utiliser un langage professionnel et le vouvoiement

-parler distinctement et calmement

-indiquer la raison de votre présence

-laisser à la personne le temps de répondre afin de créer un échange

Communiquer au quotidien :

-écouter

-respecter les silences (les silences peuvent amener à la parole)

-être empathique

-accueillir les émotions

-observer le langage corporel de la personne

-rassurer et encourager

-reformuler si besoin les dires de la personne afin de s’assurer de votre compréhension

Les erreurs du quotidien :

-infantilisation (attention au ton employé)

-utilisation excessive du “on”

-le tutoiement

-couper la parole

-communiquer sans contact visuel

-se tenir au dessus de la personne (sentiment de supériorité)

-mauvaise utilisation de l’humour (troubles psychiatrique, démences, …)

-répondre en fonction de notre avis (ne pas se mettre à la place de…)

-être autoritaire

-ne pas prendre en compte l’humeur, l’émotion, la plainte ou la préoccupation du jour

-ne pas laisser la personne choisir

-aller à l’encontre du consentement de la personne

Organes des sens

Organes des sens

Ressources

-acuité visuelle correcte ou correction adaptées
-acuité auditive correcte ou correction adaptée
-sensation olfactive
-sensation gustative
-sensation tactile

Difficultés

-cécité, altération partielle de la vue, appareillage non-adapté
-surdité, hypoacousie, otalgie, acouphènes, appareillage inadapté
-anosmie
-altération du gout
-hyper/hypoesthésie, paresthésie...

Rôle du soignant après avis médical

-s’adapter au dysfonctionnement et le comprendre
-avant tout soin, mettre à disposition les appareillages (fonctionnement, et propreté)
-veiller à la sécurité de la personne (barrières lit, déambulateur…)
-déficit visuel : se nommer, mettre les objets à portée de main et les remettre à la même place, nommer les aliments….
-déficit auditif : parler au plus proche des oreilles, si app auditif, ne pas parler trop fort, écrire si besoin
-aphasie : environnement calme, temps d’écoute, utiliser l’échange non verbal (lui demander de nous montrer ou écrire), ne pas faire semblant d’avoir compris

Facultés intellectuelles altérées, +/- demences, pathologies psychiatriques, déficience

Réactions affectives

Ressources

-attitudes de confiance en l'autre
-relation aux autres adaptées
-utilisation adéquate de ses émotions en lien avec le contexte

Difficultés

-paranoïa
-relation aux autres perturbée
-troubles du comportement (agressivité)
-pathologies psychiatriques
-démences, troubles cognitifs
-refus ou déni d'un problème de santé
-mutisme, hallucinations, repli sur soi, dévalorisation...

Synthèse communication

Verbale :
-> Parole
-> Choix des mots
-> Intonation

Non-Verbale :
->Gestes
->Toucher
->Attitude
->Posture
->Le toucher

Autre :
->Les sens
->Les émotions

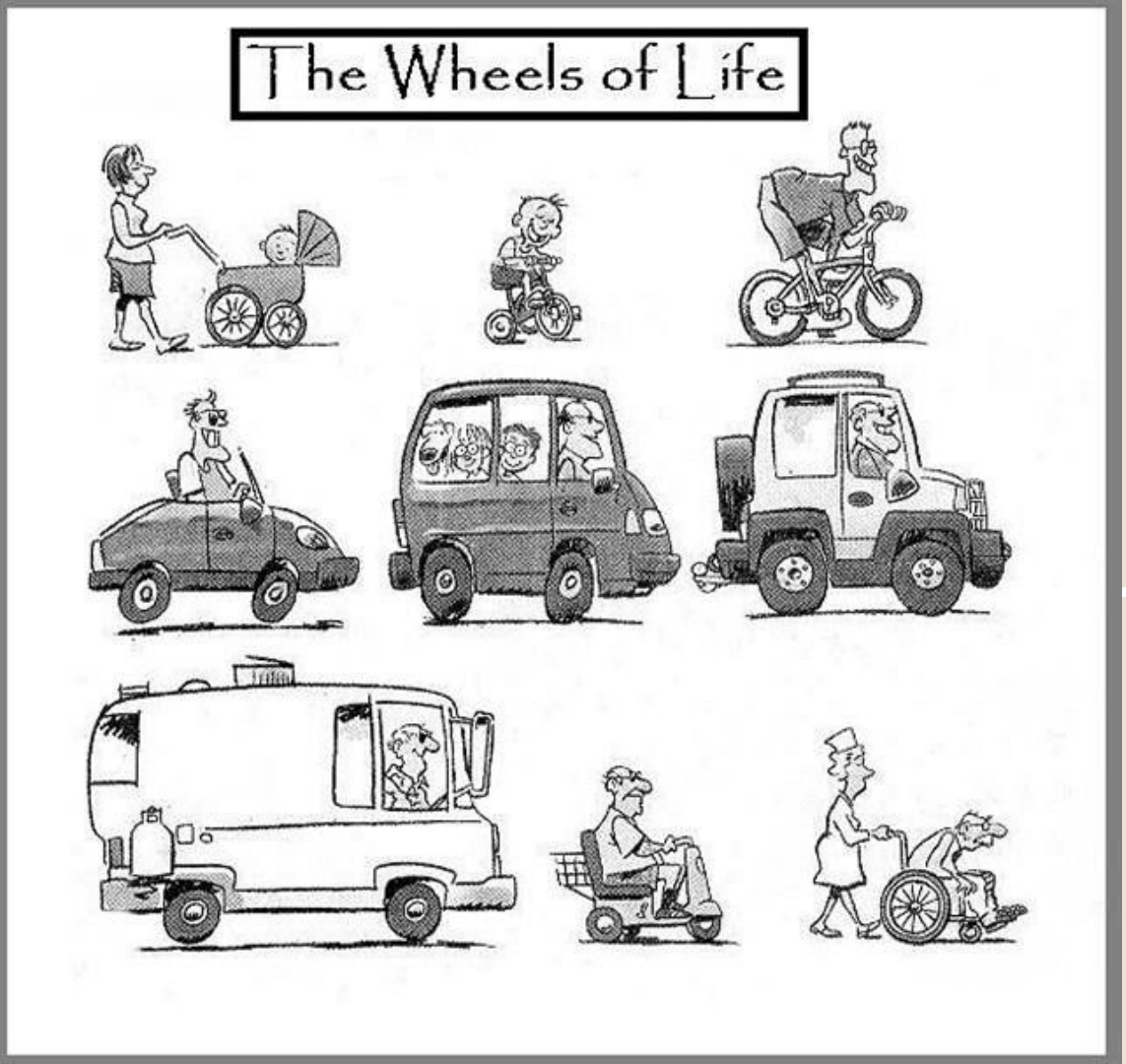
Plan

1. La communication
2. **La personne âgée**
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. La relation de soins avec la PA
6. La relation avec les aidants
7. Relations professionnelles avec les membres d’une équipe

2. La personne âgée

La personne âgée est avant tout un
être humain, un être unique,
avec sa propre histoire,
ses expériences
et des savoirs...

Attention aux préjugés



le vieillissement,
une étape
naturelle de la vie

L’homme âgé est une personne âgée de plus de 65 ans.

Mais,
attention,
il n’est pas forcément
dépendant et/ou malade

Approche globale de la PA :
-dimension biologique
-dimension psychique
-dimension sociale
-dimension culturelle...

Risque pour la PA :
isolement social et psychique
(dépression, synd de glissement,
agressivité, colère...)

Fragilité / Vulnérabilité

La vulnérabilité ou fragilité peut résulter de l'âge, la maladie, l'infirmité, une déficience…

Le soignant se doit d'être vigilant à ces personnes vulnérables et a un devoir de protection et de sécurité

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. **Alzheimer et troubles apparentés**
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. La relation de soins avec la PA
6. La relation avec les aidants
7. Relations professionnelles avec les membres d’une équipe

Alzheimer et démences apparentées (vasculaires, corps de Lewy, Korsakoff…)

Alzheimer,
principale cause de démence chez le sujet âgé

Alzheimer

-maladie neurodégénérative (perte progressive des neurones)

-maladie incurable

-entraîne perte progressives des facultés mentales et de la mémoire

-engendre des troubles du comportement et troubles cognitifs

-pas de traitements curatifs

-différents stades

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. **Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement**
5. La relation de soins avec la PA
6. La relation avec les aidants
7. Relations professionnelles avec les membres d'une équipe

Les troubles cognitifs

“Un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d’une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse, etc.” Définition de l’HAS

Les troubles cognitifs

-atteinte mnésique (atteinte de la mémoire ou plutôt des mémoires) : 1ère manifestation de la maladie mais souvent banalisé (oublis associées au grand âge)

-désorientation temporo-spatiale

-troubles du langage : perte des mots, lecture, écriture…

-troubles des praxies : difficultés à réaliser des actions complexes puis des actions simples de la vie quotidienne (ex : brossage de dents)

-troubles de la gnosie : difficultés à la reconnaissance de personnes ou d'objets puis de soi-même

Les troubles cognitifs

-troubles des fonctions exécutives : difficultés à faire des projets, s'organiser, à décider

-troubles de la cognition sociale : difficultés à reconnaître les émotions chez les autres. La personnalité de la personne peut-être perçue comme modifiée. Les codes sociaux sont modifiés, comportement hors normes (désinhibition)

Les troubles affectifs et émotionnels

-dépression

-anxiété

-apathie (manque d’énergie)

-exaltation de l’humeur

-perturbation des émotions

-conduite régressive

Les troubles comportementaux

-agitation

-agressivité

-instabilité psycho-motrice

-gestes répétitifs

-troubles psychotiques (idées délirantes, hallucinations)

-troubles des conduites élémentaires (sommeil, alimentation, sexualité…)

Communication du soignant en fonction de l’avancée de la démence alzheimer :

“Grandes généralités”

(les signes et symptômes des démences se présentent de manière très diversifiés et uniques en fonction des personnes)

Au début de la démence Alzheimer :

-la personne s'accroche à la réalité
-le sens de l'humour est intact
-la personne a le plus souvent conscience de ses troubles
-tendance paranoïde (on m'a volé...) = système de défense
-déteste l'intrusion dans leur vie, bulle, dans leur espace (attention éviter le toucher)
-la colère est l'une des émotions utilisée
-lors d'épisodes de confusion, peut être dans le déni

Communication du soignant : l'objectif n'est pas de confirmer ou infirmer mais juste faire comprendre à la personne que nous la comprenons. Ne surtout pas confronter la personne à ses pertes ou à sa maladie et ne pas rentrer dans son délire !!! Ne pas chercher à raisonner la personne. Attention de pas infantiliser ni utiliser un ton rude. Si besoin détourner l'attention .

Stade de la confusion de la démence Alzheimer :

-déclin de la pensée
-perte de vocabulaire
-altération de la conscience de soi
-perte du sens de l'humour
-altération de la notion du temps
-regard perdu, demande son chemin
-parole ralentie et ton monocorde
-capacité d'imitation souvent intact

Communication du soignant : insister sur la communication non verbale (montrer l'action ou le geste), utilisation d'un ton chaleureux et rassurant, utilisation de l'imparfait, orienter la personne dans son environnement. Attention au ton autoritaire -> risque d'opposition ou d'agressivité !!! Phrases simples et courtes, action par action.

Stade des mouvements répétitifs de la démence Alzheimer :

-stade de l'isolement
-déambulation "angoissée"et excessive avec une perte de sensation de fatigue
-perte du besoin de parler
-perte des capacités sensorielles
-impatience
-désorientation temporospatiale
-capacité d'imitation encore possible
-retentissement de problèmes somatique de plus en plus important

Communication du soignant : communication non verbale (montrer le geste ou l'action), ton chaleureux, accrocher le regard, marcher auprès d'eux, +/- le toucher. Utiliser des phrases simples et courtes, action par action

Stade de l’état végétatif de la démence Alzheimer :

-fermeture au monde extérieur
-absence totale de reconnaissance de leurs proches
-désorientation temporo-spatiale
-position foetale
-yeux clos

Communication du soignant : poursuite de la communication non verbale et verbale, essayer d’accrocher le regard, continuer à parler et expliquer ses gestes. Douceur dans le ton et les gestes. Soins de conforts et bien-être. Utilisation de la stimulation sensorielle et de la musique comme canal de communication

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. **La relation de soins avec la PA**
6. La relation avec les aidants
7. Relations professionnelles avec les membres d’une équipe

5. La relation de soins avec la personne âgée

La relation de soins avec la personne âgée

La relation se définit comme : “Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles” Dictionnaire Le Larousse

La relation de soins se veut de nature :

-professionnelle et respectueuse

-unique et singulière

-soutenante et non-jugeante

La relation de soins avec la personne âgée

-rechercher la juste proximité afin de répondre aux besoins de la personne tout en prenant soin de soi.

-s’investir dans la relation en reconnaissant chaque personnes comme être unique

-connaître l’histoire et les habitudes de vie de la personne

-connaître son diagnostic

-le soignant n’est pas là pour “sauver” ou “guérir” la personne

La relation de soins avec la personne âgée

-accompagner la personne âgée dans la vie quotidienne en lui apportant une qualité de vie

-écouter les souhaits et besoins de la personne

-attitude bienveillante et respectueuse

-la relation de soins avec la personne âgée, c’est aussi accepter la fin de vie et la mort

La relation de soins avec la personne âgée présentant des troubles cognitifs

-non-jugement

-respect de la dignité

-relation sécurisante

-relation chaleureuse

-respect des valeurs et besoins de la personne

La relation de soins avec la personne âgée présentant des troubles cognitifs

Objectifs précis :

-apporter une sécurité

-prévenir les troubles du comportement

-ralentir le déclin

-favoriser la la qualité de vie et le bien être

-maintenir un lien social

-maintien des capacités restantes

-maintenir une forme de communication

La relation de soins avec la personne âgée présentant des troubles cognitifs

Ne pas être en attente d’une reconnaissance…

Attention au sentiment d’épuisement,

de découragement ou de culpabilité

Le secret de la relation: se fixer de “petits” objectifs réalisables

Qualités du soignant auprès de la PA avec +/-tbles cognitifs

-patience

-douceur

-bienveillance

-ne pas prendre personnellement les dires ou la colère de la personne

-capacité à prendre du recul

-être créatif

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. La relation de soins avec la PA
6. **La relation avec les aidants**
7. Relations professionnelles avec les membres d'une équipe

6. La relation avec les aidants

La relation avec les aidants

Les aidants sont les personnes entourant la personne âgée (famille, voisins, amis, proches). Ils peuvent être en situation de stress, de colère, de déni, de rejet, d' épuisement, de dépression, ressentir un sentiment de culpabilité...

Rôle de l'équipe :

-soutenir, rassurer, écouter

-non jugement

-transparence (attention au secret professionnel : tuteur, curateur, personne de confiance)

La relation avec les aidants

Allez vers les aidants :

-se présenter

-être souriant et chaleureux

-les accueillir

-être à l’écoute

Si questions, ne pas se mettre en difficulté, rediriger vers l’infirmier ou le cadre de service

Plan

1. La communication
2. La personne âgée
3. Alzheimer et troubles apparentés
4. Troubles cognitifs /// troubles affectifs et émotionnels /// troubles du comportement
5. La relation de soins avec la PA
6. La relation avec les aidants
7. **Relations professionnelles avec les membres d'une équipe**

7. Relations professionnelles avec les membres d’une équipe

Les membres de l’équipe de proximité

-Médecin traitant

-Cadre de service

-Infirmier

-Aide-soignant

-AES (AVS/AMP)

-ASG

-ASH

Relations :

-Supérieur hiérarchique : cadre de service

-Responsabilité dans les soins : infirmière

-Collaboration : AS et autres membres de l’équipe

Relations :

Devoirs :

-connaître votre fiche de poste afin de savoir quelles missions et actes vous sont autorisés

-transmettre vos observations et actes réalisés oralement et dans le dossier de soins

-alerter en cas de danger pour la personne, ou pour vous-même

Droits :

-refuser de réaliser un soin auquel vous n’êtes pas formé ni couvert par votre fiche de poste

-droit à la formation

Infirmier : Rôle en services de PA

-assure la prise en charge globale et personnalisée de la personne soignée

-assure la qualité des soins (de nature technique, relationnel ou préventif)

-exécute les prescriptions médicales en s’assurant de leurs surveillances et traçabilité

-délègue son rôle propre, sous contrôle effectif, aux aides-soignants avec lesquels il collabore

-coordonne l’ensemble des soins et acteurs autours de la PA

Infirmier : Rôle en services de PA

Rappel, en règle général, en personne âgée, l'infirmier se retrouve à avoir entre 40 et 100 résidents/patients en charge. Il se retrouve donc en position de déléguer, en particulier son rôle propre.

Mais, il reste garant légalement de la réalisation des soins.

Il existe du glissement de tâche, à vous de vous positionner et d'en assumer les responsabilités.

Attention, dans certaines situations, il en va de la mise en danger pour la personne soignée et de votre responsabilité pénale.

Infirmier :

Cadre référentiel : code de santé publique / décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004

-rôle propre = missions, soins, surveillances, pouvant en partie être délégués au AS (ex: surveillance de l’état cutané, effleurage…)

-rôle prescrit = missions, soins, actes prescrits par le médecin ne pouvant pas, pour la plupart être délégués aux AS/ASHQ, AES (ex : lavement rectal, préparation de médicaments en gouttes…)

Transmissions :

-> Transmissions écrites :

-l’ensemble des observations et soins doivent être transmis dans le dossier de soins du patient

-obligation légale : ce qui n’est pas écrit = soins et surveillances non réalisés

-elle permettent d’assurer la continuité des soins

-> Transmissions orales : cibler les informations principales ou indiquer les missions restantes

Toutes les informations et observations doivent être transmises à l’IDE.

Synthèse

Communication = moyen d'entrer en relation

-relation professionnelle, respectueuse et sécurisante

-écoute

-reformulation

-négociation

Soyez vigilent à un comportement inhabituel, tel que de l'agressivité ou de l'opposition… ce sont des moyens de communication, qui peuvent traduire un mal-être comme une :

-douleur

-angoisse

-réaction à la communication du soignant

FIN

Avez-vous des questions

