



HAL
open science

Les effets d'une formation sur la communication pour les soignants exerçant avec des patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur en EHPAD

Pauline Prigent

► To cite this version:

Pauline Prigent. Les effets d'une formation sur la communication pour les soignants exerçant avec des patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02903004

HAL Id: dumas-02903004

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02903004v1>

Submitted on 20 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

**Préparé au sein du Département d'Orthophonie,
UFR Santé, Université de Rouen Normandie**

**Les effets d'une formation sur la communication pour les soignants
exerçant avec des patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur en
EHPAD.**

**Présenté et soutenu par
Pauline PRIGENT**

Mémoire professionnel

**Mémoire soutenu publiquement le 25 juin 2020
devant le jury composé de**

LELIEVRE Camille	Orthophoniste	Présidente du jury
PETITPAS-LEGER Gaëlle	Orthophoniste	Membre du jury
BARROIS Loïc	Psychologue Clinicien	Directeur de mémoire

Mémoire dirigé par Loïc BARROIS, Psychologue Clinicien



Table des matières

Liste des abréviations	6
INTRODUCTION.....	7
1. PARTIE THÉORIQUE.....	8
1.1. Les Troubles Neurocognitifs Majeurs (TNCM)	8
1.1.1. Définition des TNCM	8
1.1.2. Étiologie des TNCM	9
1.1.3. Atteintes cognitives au sein des TNCM.....	10
1.1.4. Prévalence des TNCM	11
1.1.5. Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer	12
1.2. Communication.....	13
1.2.1. Définition	13
1.2.2. Modélisation de la communication	13
1.2.3. L'approche pragmatique de la communication.....	14
1.2.3.1. Les cinq axiomes de la communication	14
1.2.3.2. Taxonomie des actes de langage.....	15
1.2.3.3. Classification des actes verbaux selon la Taxonomie de Dore	16
1.2.3.4. Classification des actes non verbaux selon Labourel	16
1.2.3.5. Détermination de l'adéquation du discours	16
1.3. Les troubles de la communication dans les TNCM.....	17
1.3.1. Facteurs influents des troubles de la communication	17
1.3.2. Atteinte des aspects généraux du discours.....	18
1.3.3. Atteinte des aspects spécifiques du discours	18
1.3.4. Influence du lieu de vie sur la communication	18
1.3.5. Maintien de la communication dans les TNCM	19
1.3.6. Communication des soignants en EHPAD	20
1.3.7. Interventions portant sur les troubles de la communication	21
1.3.7.1. Prise en soins médicamenteuse.....	21
1.3.7.2. Prise en soins non-médicamenteuse.....	21
1.3.8. Intérêt d'une formation portant sur la communication auprès des soignants intervenant en EHPAD	23
1.3.9. Contenu des formations existantes.....	24
1.3.10. Les stratégies de communication	25
1.4. Présentation de la structure d'intervention	26
1.4.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	26

1.4.1.1.	Présentation générale de l’EHPAD.....	26
1.4.1.2.	Concept <i>VITAE CLEMENTIA</i> ®.....	27
1.4.1.3.	Le Pôle d’Activités de Soins Adaptés (PASA).....	27
1.4.1.4.	Les Espaces Protégés	28
1.4.1.5.	La plateforme de répit.....	28
1.4.2.	Contraintes des soignants en institution gériatrique	29
1.4.3.	Place de l’orthophonie en EHPAD	30
	PROBLÉMATIQUE	31
	HYPOTHÈSE GÉNÉRALE	31
	HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES	31
2.	MÉTHODE.....	32
2.1.	Population.....	32
2.1.1.	Les résidents.....	32
2.1.2.	Les soignants.....	32
2.2.	Matériel.....	32
2.2.1.	Évaluation des résidentes	32
2.2.1.1.	Évaluation des capacités de communication.....	32
2.2.1.2.	Évaluation cognitive	33
2.2.2.	Évaluation des soignants.....	33
2.2.2.1.	Auto-évaluation des capacités de communication	33
2.2.2.2.	Questionnaire de communication aux soignants.....	34
2.2.2.3.	Questionnaire de satisfaction	35
2.2.2.4.	Enregistrements vidéo.....	35
2.2.2.4.1.	Observation du temps de repas au réfectoire.....	35
2.2.2.4.2.	Observation lors des soins techniques	36
2.2.2.4.3.	Observation d’une tâche de stimulation cognitive au PASA	36
2.2.3.	Outil de formation portant sur la communication.....	36
2.3.	Procédure	36
2.3.1.	Évaluations.....	36
2.3.1.1.	Évaluation des résidentes	36
2.3.1.1.1.	Évaluation des capacités de communication	36
2.3.1.1.2.	Évaluation cognitive	37
2.3.1.2.	Évaluation des soignants.....	37
2.3.1.2.1.	Auto-évaluation des capacités de communication.....	37

2.3.1.2.2.	Questionnaire de communication aux soignants	37
2.3.1.2.3.	Questionnaire de satisfaction.....	37
2.3.2.	Interventions au sein de l’EHPAD.....	37
2.3.2.1.	Présentation du projet de formation.....	38
2.3.2.2.	Déroulé de la formation	38
3.	RÉSULTATS.....	39
3.1.	Session 1 : Aspects théoriques portant sur les TNCM et la communication.....	39
3.2.	Session 2 : Présentation des stratégies générales de communication	39
3.2.1.	Retour sur les résultats des questionnaires d’auto-évaluation de la communication complétés par les soignants en amont de la formation.....	39
3.2.2.	Observation d’un enregistrement vidéo lors d’un temps de repas au sein du réfectoire de l’EHPAD.....	40
3.2.3.	Présentation des stratégies générales à mettre en place par les soignants en pratique clinique.....	40
3.2.4.	Comparaison des résultats aux questionnaires d’auto-évaluation en amont et à l’issue de la formation.....	41
3.3.	Session 3 : Présentation des stratégies de communication spécifiques	46
3.3.1.	Etude de cas n°1 - Madame D.....	46
3.3.1.1.	Anamnèse.....	46
3.3.1.2.	Évaluation cognitive	46
3.3.1.3.	Évaluation de la communication.....	46
3.3.1.4.	Observation et analyse d’un enregistrement vidéo	48
3.3.1.5.	Résultats des questionnaires de communication aux soignants – Madame D.	48
3.3.1.5.1.	Comparaison des résultats des soignants aux questionnaires de communication aux soignants – Madame D.....	48
3.3.1.5.2.	Comparaison des résultats obtenus par les soignants et par la formatrice aux questionnaires de communication aux soignants – Madame D.	49
3.3.2.	Étude de cas n°2 – Madame G.....	50
3.3.2.1.	Anamnèse.....	50
3.3.2.2.	Évaluation cognitive	51
3.3.2.3.	Évaluation de la communication.....	51
3.3.2.4.	Observation et analyse des enregistrements vidéos - Madame G.....	52
3.3.2.5.	Résultats des questionnaires de communication aux soignants – Madame G.	53

3.3.2.5.1.	Comparaison des résultats des soignants aux questionnaires de communication aux soignants – Madame G.....	53
3.3.2.5.2.	Comparaison des résultats obtenus par les soignants et par la formatrice aux questionnaires de communication aux soignants – Madame G.	54
3.4.	Questionnaires de satisfaction	55
4.	DISCUSSION.....	56
4.1.	Recontextualisation.....	56
4.2.	Mise en lien avec les recherches antérieures	56
4.2.1.	Bénéfices de la formation	56
4.2.2.	Niveau d’appréciation des soignants	58
4.2.3.	Analyse de la communication des résidentes par les soignants	59
4.2.4.	Mise en pratique des connaissances acquises lors de la formation dans leur pratique clinique quotidienne.....	59
4.3.	Limites et perspectives	60
4.3.1.	Contraintes institutionnelles.....	60
4.3.2.	Limites méthodologiques	62
4.3.2.1.	La population	62
4.3.2.2.	Les outils	62
4.3.2.2.1.	Le support de formation	62
4.3.2.2.2.	Enregistrements vidéo	63
4.3.2.2.3.	Questionnaires d’auto-évaluation	63
4.3.2.2.4.	Questionnaire de communication aux soignants	64
4.3.3.	Connaissances théoriques des soignants quant aux troubles de la communication	64
4.3.4.	Points à améliorer lors de la formation	65
4.3.5.	Niveau d’appréciation de la communication par les soignants.....	66
4.3.6.	Thématiques complémentaires.....	66
4.3.7.	Perspectives.....	67
	CONCLUSION	67
	BIBLIOGRAPHIE	68
	ANNEXES	72

Liste des abréviations

AMP: Aide Médico-Psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies

DTA: Démence de Type Alzheimer

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V

EHPA : Enquête auprès des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

GECCO : Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication

HAS: Haute Autorité de Santé

MMSE : Mini Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA: Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

QCA : Questionnaire de Communication aux Aidants

TNCM: Trouble NeuroCognitif Majeur

INTRODUCTION

Dans son ouvrage *Une logique de la communication*, le psychologue Paul Watzlawick déclare avec assurance qu'« on ne peut pas ne pas communiquer ». En effet, tout comportement a valeur de message. Même lorsque nous n'agissons pas, nous communiquons. Dans le cadre des troubles neurocognitifs majeurs, les atteintes cognitives évoluent progressivement et induisent inévitablement des troubles de la communication. Cependant, les échanges avec les patients présentant des troubles neurocognitifs majeurs sont possibles, même à des stades très sévères.

En 2007, l'enquête EHPA de la DREES recense que 42 % des résidents en EHPAD présentent un diagnostic de trouble neurocognitif majeur. À partir de ces résultats, publiés il y a maintenant plus de dix ans, on peut aisément constater que le taux de résidents présentant un TNCM est désormais supérieur. Cette hypothèse s'explique notamment par l'augmentation de la population vieillissante et le fait que des investigations plus limitées sont conduites auprès des patients hébergés en EHPAD. Cette augmentation a eu pour conséquence de modifier les missions des soignants qui se concentrent maintenant plus sur les tâches de soins que sur l'accompagnement relationnel et humain et/ou sur le maintien des habiletés préservées des résidents. Une formation sur les troubles de la communication dans le cadre d'un trouble neurocognitif majeur permettrait aux soignants d'apprendre à analyser de façon plus fine les troubles qu'ils rencontrent et d'adapter alors leur communication. Ainsi, les échanges avec les résidents seraient facilités et plus aisément maintenus. Si ce type de formation existe au sein des institutions gériatriques en France, peu d'études recensées mettent en évidence les bénéfices de ces interventions.

Au sein du présent mémoire, il s'agit d'une part, de rechercher si ce type d'intervention permet d'enrichir les connaissances et les compétences en communication des soignants auprès des résidents présentant des troubles neurocognitifs majeurs et d'autre part, de déterminer si ces interventions peuvent leur permettre de mettre en place une communication d'autant plus adaptée aux troubles de la communication des résidents en EHPAD.

Dans un premier temps, la littérature sur les troubles neurocognitifs majeurs, sur la communication, ainsi que sur les troubles de la communication rencontrés sont exposées et l'établissement d'intervention est présenté.

Dans un second temps, la démarche suivie dans le cadre de cette intervention est explicitée, avant que les résultats obtenus soient présentés et discutés au regard de la littérature existante.

1. PARTIE THÉORIQUE

1.1. Les Troubles Neurocognitifs Majeurs (TNM)

1.1.1. Définition des TNM

Les TNM font l'objet d'une définition qui peut varier sensiblement selon les autorités et les classifications.

D'abord, selon la Haute Autorité de santé (HAS), « 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 » (HAS, 2018c). La section « Troubles neurocognitifs » du DSM-V (American Psychiatric Association, 2016) cible les pathologies engendrant un déclin cognitif par rapport au fonctionnement antérieur du patient, c'est-à-dire des troubles acquis dont le déficit initial concerne les fonctions cognitives. « Elle comprend ainsi l'état confusionnel ou delirium, le trouble cognitif mineur (léger) et le trouble neurocognitif majeur. De cette définition sont donc exclues les pathologies développementales ainsi que les pathologies psychiatriques touchant les fonctions cognitives ».

Ensuite, selon le DSM-V, les critères diagnostiques pour l'atteinte neurocognitive majeure, sous l'appellation « démence » dans la version 4 du DSM, sont les suivants :

- « A. Evidence d'un déclin cognitif significatif, en comparaison avec le niveau de performance antérieur, dans un ou plusieurs domaines cognitifs, déclin observé par :
 1. La personne elle-même, un proche ou un intervenant qui rapporte un déclin cognitif significatif ;
 2. Une performance cognitive nettement déficitaire documentée par des tests neuropsychologiques standardisés ou, à défaut, à l'aide d'outils cliniques quantitatifs reconnus.
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'accomplissement autonome des activités quotidiennes (besoin d'aide pour les activités requérant les fonctions exécutives) ;
- C. Les déficits cognitifs ne sont pas observés dans le contexte d'un délirium ;
- D. Les déficits observés ne sont pas mieux expliqués par une atteinte du système nerveux central ou à la santé mentale.

Le diagnostic doit inclure la précision de l'étiologie (Alzheimer, vasculaire, corps de Lewy, *etc.*), la présence ou non de comportements perturbateurs et le niveau d'atteinte de l'autonomie (légère, modérée, sévère) ».

En outre, Rochoy et al (2019), dans leur étude épidémiologique des TNC en France, indiquent que les TNCM « sont définis comme un syndrome cérébral acquis, caractérisé par un déclin par rapport au niveau antérieur de fonctionnement cognitif, avec une déficience dans deux domaines cognitifs ou plus ». Le diagnostic de TNCM est clinique, tandis que le diagnostic étiologique repose sur des examens paracliniques (Rochoy et al., 2019) et le degré de sévérité est déterminé à partir du résultat au MMSE (*Mini Mental State Examination*). « En l'absence d'un marqueur direct de sévérité, le MMSE peut être utilisé comme un indicateur, les troubles cognitifs étant habituellement corrélés aux autres troubles : perte d'autonomie, troubles psycho-comportementaux. Une démence modérément sévère correspond à un MMSE entre 10 et 15 ; une démence sévère à un MMSE entre 3 et 9; une démence très sévère à un MMSE inférieur à 3 » (Vellas et al., 2005).

Enfin, dans la CIM-11, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les troubles neurocognitifs sont introduits dans la section des troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux (06). Dans sa version originale, on retrouve le terme de *dementia* au sein de la catégorie des troubles neurocognitifs, qui renvoie aux TNCM décrits dans le DSM-V. La définition proposée dans la CIM-11 peut permettre de comprendre le TNCM comme étant, ainsi, un « syndrome cérébral acquis caractérisé par une baisse par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement cognitif avec un déficit dans deux domaines cognitifs ou plus (tels que la mémoire, les fonctions exécutives, l'attention, le langage, la cognition et le jugement sociaux, la vitesse psychomotrice, les capacités visuoperceptives ou visuospatiales). Le déficit cognitif n'est pas entièrement attribuable au vieillissement normal et interfère de manière significative avec l'indépendance dans l'exécution par la personne des activités de la vie quotidienne. Sur la base des preuves disponibles, le déficit cognitif est attribué ou supposé être attribuable à une affection neurologique ou médicale qui affecte le cerveau, un traumatisme, une carence nutritionnelle, l'utilisation chronique de substances ou de médicaments spécifiques, ou l'exposition à des métaux lourds ou à d'autres toxines. » (OMS, 2018).

1.1.2. Étiologie des TNCM

Les TNCM peuvent avoir des origines diverses :

- les maladies primaires neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, démence lobaire fronto-temporale, maladie de Parkinson et maladies associées, démence à Corps de Lewy, Creutzfeldt Jacob, *etc.*),
- les pathologies vasculaires (troubles neurocognitifs vasculaires),

- les pathologies métaboliques/endocriniennes (thyroïdopathie, carence vitaminiques (folates, B12),
- les infections (syphilis, VIH, méningo-encéphalite herpétique),
- les processus expansifs intracrâniens (tumeurs, hématomes sous-duraux),
- les toxiques (alcool, médicaments, drogues),
- les traumatismes (encéphalopathie chronique traumatique),
- ainsi que d'autres étiologies (sclérose en plaque, psychiatrie, hydrocéphalie, *etc.*) (Annoni et al., 2016).

Au sein de la CIM-11, le type de démence est décliné en fonction de l'étiologie, c'est-à-dire, du fait de la maladie d'Alzheimer (6D80), d'une maladie cérébrovasculaire (6D81), d'une démence à corps de Lewy (6D82), ou encore d'une démence frontotemporale (6D83), *etc.* Dans la section de la démence due à la Maladie d'Alzheimer (6D80) se distinguent les démences dues à la Maladie d'Alzheimer avec début précoce (6D80.0), avec début tardif (6D80.1), de type mixte avec une maladie cérébrovasculaire (6D80.2), de type mixte avec une autre étiologie non-vasculaire (6D80.3) ou encore dont le début est inconnu ou non spécifié (6D80.Z)(OMS, 2019b).

1.1.3. Atteintes cognitives au sein des TNCM

Diverses altérations cognitives sont présentes dans les troubles neurocognitifs majeurs. Selon le DSM-V, les atteintes touchent les fonctions exécutives (inhibition, planification, flexibilité mentale, attention, mise à jour et récupération active d'informations en mémoire à long terme), l'attention complexe, les apprentissages et la mémoire, le langage (réception et/ou expression), les activités perceptivomotrices, ainsi que la cognition sociale.

Si le terme « communication » n'apparaît pas explicitement dans la définition du DSM-V ou dans celle de la CIM-11, les atteintes cognitives décrites (atteinte du langage, des fonctions exécutives, de la cognition sociale ou de la mémoire) jouent nécessairement un rôle sur la communication.

Dans le cadre d'un TNCM, d'importantes hétérogénéités inter et intra-individuelles sont présentes. Les patients ont des profils cognitifs et comportementaux spécifiques qui évoluent dans le temps, ce qui nécessite une adaptation constante des soignants qui les accompagnent. De plus, les professionnels sont confrontés à un nombre de plus en plus important de résidents présentant un TNCM.

1.1.4. Prévalence des TNCM

Selon l'OMS, les TNCM touchent majoritairement les personnes âgées. Ces troubles ne font toutefois pas partie du processus normal du vieillissement et doivent être reconnus à temps afin d'apporter un soutien adéquat le plus prompt aux patients les présentant (OMS, 2019b).

Dans le cadre du vieillissement, des modifications physiques, sociales et psychiques peuvent bien sûr influencer le langage, outil essentiel de la communication. Néanmoins, la distinction entre vieillissement normal et vieillissement pathologique réside dans le développement des troubles cognitifs (Rousseau, 2018). D'autant plus que le vieillissement de la population est en constante augmentation, ce qui induit inévitablement une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles neurocognitifs (Banovic et al., 2018). D'ailleurs, d'ores et déjà 50 millions de personnes sont atteintes de TNCM dans le monde et il y aurait près de 10 millions de nouveaux cas par an. La maladie d'Alzheimer serait la cause la plus courante des troubles neurocognitifs (60 à 70% des cas) (OMS, 2019a).

Selon Tran et al (2019), dont l'étude vise à analyser des corpus d'échanges conversationnels afin de comprendre les troubles de la communication verbale dans la maladie d'Alzheimer, la maladie d'Alzheimer touche en France plus de 850 000 personnes (Tran et al., 2019). Parallèlement, l'étude PAQUID met en évidence que les TNCM vasculaires sont estimés à 12% et celui des troubles mixtes à 11% des troubles neurocognitifs. Le suivi prospectif sur 10 ans de la cohorte PAQUID recense chez des sujets âgés de 75 ans et plus, 17% de démences très sévères (MMSE de 0 à 2), 9% de démences sévères (MMSE de 3 à 9) et 17% de démences modérément sévères (MMSE de 10 à 15). Ces chiffres permettent de mettre en évidence, qu'au total, 43% des cas de démences sont entre un stade modérément sévère à très sévère.

Une autre étude met en évidence que la prévalence des démences sévères après 75 ans est estimée à 7,5%, soit 370 000 malades en France. 60% de ces patients sont en EHPAD ou en institution gériatrique. Au sein des EHPAD, enfin, l'étude de Vellas et al. permet de constater qu'il y avait 50% de démence sévère chez les résidents (Vellas et al., 2005).

L'étude de Rochoy et al. (2019) indique que les troubles neurocognitifs touchent plus d'1,2 million de personnes en France, 2 cas sur 3 étant attribués à la maladie d'Alzheimer. Le taux de prévalence serait d'environ 40/1000 personnes au-delà de 60 ans et augmenterait progressivement à 180/1000 personnes après 75 ans, puis environ 1/2 personnes après 90 ans.

En 2010, l'OMS prévoit que, à l'échelle mondiale, en 2030, 65,7 millions de personnes présenteront un TNCM et plus de 115 millions, en 2050.

La prévalence des TNCM est, par ailleurs, difficile à estimer notamment en raison du sous-diagnostic, des facteurs de risque au sein d'un pays ou d'une région (âge moyen, génétique, niveau d'éducation, niveau socio-économique, *etc.*), des recueils de données, des interprétations des données et de l'évolution des critères diagnostiques. Puisque les cohortes PAQUID et Three-City, sur lesquelles les données épidémiologiques françaises se sont fondées, arrivent à leur terme, Rochoy et al (2019) préconisent de mettre en place de nouvelles cohortes prospectives en population générale, afin de suivre l'épidémiologie des TNC en France.

En définitive, les TNCM sont l'une des causes principales de handicap et de dépendance chez les personnes âgées, à l'échelle mondiale, et sont fréquents.

1.1.5. Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer

Les patients atteints de TNCM présentent des atteintes diverses, qui s'expliquent notamment par les lésions cérébrales retrouvées. L'examen cérébral peut se faire par le biais de l'imagerie cérébrale (Scanner X ou IRM) ou post mortem (examen neuropathologique). Cet examen permet d'observer l'atrophie sélective de certaines régions cérébrales. Les premières atteintes observées se situent dans le cortex cérébral, qui est constitué de nombreux réseaux neuronaux disposés en couches et en colonnes. Le système limbique, situé dans le lobe temporal, et les régions adjacentes, responsables de la mémoire et des émotions sont les premières régions lésées.

Par la suite, certaines aires associatives (les régions cérébrales reliant les aires primaires responsables du langage, de la vision, de la motricité, *etc.*) se trouvent atteintes progressivement. Plusieurs années après l'apparition des premières lésions, certaines aires primaires, notamment celles de la vision et du langage, sont touchées. Les noyaux gris centraux qui se situent plus en profondeur dans le cerveau, tels que l'amygdale (décodeur des émotions et du danger) ou encore le noyau basal de Meynert, (impliqué dans l'éveil et la vigilance) se trouvent, par ailleurs, de plus en plus atrophiés. Les lésions cérébrales s'étendent donc progressivement dans la maladie d'Alzheimer, ce qui explique l'évolution progressive des symptômes de la pathologie. Les analyses microscopiques du cerveau montrent deux types de lésions : « le dépôt anormal de peptide A β entre les cellules et de la protéine Tau anormalement phosphorylée dans les neurones, dont l'association est spécifique de la maladie d'Alzheimer. D'autres lésions (mort neuronale, dégénérescence granulo-vacuolaire, lésions des cellules gliales et atteinte de la substance blanche) sont la conséquence du dépôt de protéines anormales » (Hauw, 2019). Les modifications cérébrales observées chez les patients

présentant un trouble neurocognitif expliquent donc les atteintes cognitives décrites. Ces atteintes engendrent inévitablement des troubles de la communication.

1.2 Communication

1.2.1. Définition

La communication est définie de la façon suivante dans le dictionnaire d'orthophonie (Brin-Henry et al., 2011) : « Tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu ». En linguistique, on distingue le langage propre à l'Homme de la communication animale. Des systèmes de communication sont observés chez certaines espèces animales. Néanmoins, il n'y a que l'être humain qui possède le langage, outil essentiel de communication. Au sein de la communication, on distingue alors : la communication verbale, la communication non verbale et le paralangage. La communication verbale, orale ou écrite, sert à évoquer une réalité, composée de phonèmes, de mots et de phrases. La communication non verbale permet la transmission et le partage d'éléments signifiants (c'est-à-dire chargés de sens) sans avoir recours à la parole. Elle s'exprime par l'expression du visage, la direction du regard, la posture, les gestes, les mouvements du corps et la proxémie. Le paralangage, enfin, complète la communication verbale, puisqu'il inclut le timbre, le volume de la voix, le débit et les silences.

1.2.2. Modélisation de la communication

Roman Jakobson (1963), linguiste influent du XXe siècle, propose un schéma de la communication dans lequel un message est transmis par un destinataire vers un destinataire. Ce message inclut les notions de contact (canal physique de transmission et relation psychologique établie) et de contexte de communication. La notion de rétroaction (feedback) est alors entrée dans la linguistique de l'énonciation. Le feedback donne des informations à l'émetteur sur la façon dont son message est reçu, ce qui lui permet d'ajuster sa manière de communiquer. Jakobson a ainsi proposé six fonctions de communication :

- la fonction expressive (ou émotive) qui permet une expression directe des opinions du locuteur, ainsi que ses sentiments,
- la fonction conative, centrée sur le destinataire du message et dont l'objectif est de créer des réactions chez le récepteur,
- la fonction référentielle, centrée sur le monde (le contexte ou le référent), qui décrit une réalité objective en ce qu'elle permet d'orienter la communication vers le référent de la communication et de donner des informations sur ce dont on parle,

- la fonction phatique qui permet d'établir, de maintenir ou d'interrompre le contact avec l'interlocuteur,
- la fonction métalinguistique, relative au code employé pour communiquer,
- la fonction poétique, qui a pour but de soigner la forme du message (Jakobson, 1963).

Cette modélisation de la communication permet d'extraire les différents éléments mis en jeu lors d'une interaction.

1.2.3. L'approche pragmatique de la communication

1.2.3.1. Les cinq axiomes de la communication

Plus récemment, Paul Watzlawick, membre fondateur de l'école de Palo Alto, a élaboré cinq axiomes de la communication, s'inscrivant dans une approche pragmatique de la communication.

Le premier est « On ne peut pas ne pas communiquer ». En effet, tout comportement a valeur de communication : activité ou inactivité, parole ou silence, tout a valeur de message. Il y a communication même si elle n'est pas intentionnelle, consciente ou réussie, c'est-à-dire sans qu'il y ait compréhension mutuelle.

Le second axiome est « La nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication », autrement dit, la communication est un échange entre personnes et ce que fait l'un a une incidence sur les autres et *vice versa*. En ce sens, la communication est un système circulaire d'échanges.

Le troisième axiome est « Tout échange communicatif est symétrique ou complémentaire ». On entend par relation symétrique une relation fondée sur une relation d'égalité qui minimise la différence (l'un n'aura jamais le pouvoir sur l'autre). À l'inverse, la relation complémentaire est fondée sur la différence. Elle comprend deux positions : l'une haute et l'autre basse (par exemple, la relation parent-enfant).

Le quatrième axiome est « Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une métacommunication ». Le contenu renvoie à ce que l'on souhaite transmettre. Le second aspect, la relation, est l'aspect prioritaire pour Watzlawick, puisque si la relation est mauvaise, le contenu pourra être rejeté, déformé ou ignoré. La métacognition renvoie à ce qui se communique lorsque l'on communique, soit plus généralement à la communication non verbale.

Enfin, le cinquième axiome est « la communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique ». La communication analogique renvoie globalement à la communication non verbale. Elle définit la relation et est intuitive et

signifiante, mais peut s'avérer ambiguë puisqu'elle est liée au contexte. La communication digitale renvoie à la communication verbale, soit à la connaissance commune d'un code (par exemple, une langue). La communication analogique permet de lever l'ambiguïté induite par la communication digitale, soit de la traduire ou de parler sur la relation (métacommunication) (Watzlawick et al., 2014).

Cette approche pragmatique est élaborée, notamment, à partir d'observations thérapeutiques. Les axiomes décrits offrent une nouvelle vision des interactions.

1.2.3.2. Taxonomie des actes de langage

Dans son ouvrage *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*, Thierry Rousseau s'appuie sur la théorie des actes de langage, afin d'analyser les troubles communicationnels des patients atteints de Démence de Type Alzheimer (DTA). Cette théorie est impulsée par le philosophe anglais John L. Austin, en 1962, dans son ouvrage *Quand dire c'est faire*, publié de façon posthume. Il la décrit comme l'un des éléments fondateurs de l'approche pragmatique contemporaine. « Tout énoncé produit dans une situation de communication est une action sur le monde effectuée à l'aide du langage et toute communication initiée avec l'objectif de satisfaire un but ou une intention. La communication est donc vue comme un acte social » (Rousseau, 2018). Dans le cadre de l'élaboration de son outil d'évaluation de la communication, la GECCO, Rousseau met en évidence la nécessité d'un outil qui prenne en compte différents critères tels que l'hétérogénéité des troubles, les facteurs influents, le contexte et le non verbal. Selon Rousseau, l'approche linguistique, principalement « descriptive », et l'approche cognitive sont insuffisantes pour répondre à ces critères. Il a donc pris appui sur l'approche pragmatique de la communication.

Selon Austin, l'unité de signification de la langue est l'acte de langage. L'acte de langage se compose de trois types d'actes : l'acte locutoire, l'acte illocutoire et l'acte perlocutoire. L'acte locutoire renvoie à l'énonciation et est composé de l'acte phonétique (production de sons), de l'acte phatique (production de mots d'une langue donnée) et de l'acte rhétorique (articulation des mots selon la syntaxe). L'acte illocutoire renvoie à l'intention d'agir sous-tendue par l'acte locutoire. L'acte perlocutoire renvoie à l'acte effectivement produit, qui peut ne pas correspondre à l'intention du locuteur. De nombreuses taxonomies des actes de langage ont vu le jour depuis celle-ci. Afin d'élaborer la Grille d'Évaluation des Capacités de Communication (GECCO), Rousseau a pris appui sur la taxonomie de Dore (1977) (Annexe 1) pour les actes de langage verbaux et la taxonomie de Labourel (Annexe 2) pour les actes non verbaux, en ce qui concerne l'analyse qualitative de la communication.

1.2.3.3. Classification des actes verbaux selon la Taxonomie de Dore

Thierry Rousseau (2018) rapporte dans son ouvrage, que cette classification est retenue puisque les intitulés sont simples et donc plus accessibles pour les cliniciens. Au sein de cette taxonomie se trouvent, tout d'abord, des questions qui peuvent être de trois types : les questions oui/non, les questions « Wh » et les questions rhétoriques. Les réponses peuvent également être de trois types : les réponses oui/non, les réponses « Wh » et la qualification. Les descriptions peuvent, en outre, être de cinq types : l'identification, la possession, l'événement, la propriété et la localisation. Cinq types d'affirmations sont présentés dans cette classification : règles/faits, évaluation, état interne, attribution et explication. Les mécanismes conversationnels peuvent être les marqueurs de frontière, l'appel, l'accompagnement, le retour et les marqueurs de politesse. Sept types de performatives sont proposés : l'action, le jeu de rôle, la protestation, la blague, le marqueur de jeu, la proclamation, l'avertissement et la taquinerie. On trouve également une dernière catégorie « divers » qui renvoie aux actes non conventionnels et aux actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrasies sémantiques ou phonologiques) (Rousseau, 2018).

1.2.3.4. Classification des actes non verbaux selon Labourel

La classification de Labourel contient différents types d'actes non verbaux : les gestes, l'expression faciale, le regard et le silence. Il a décliné les gestes à fonction référentielle, à fonction communicationnelle et à fonction métalinguistique. L'expression faciale renvoie à la prise en compte de l'expressivité du visage. Le regard fait également partie des actes non verbaux. Toutefois, seuls sont pris en compte les aspects du regard considérés comme comportement de communication : le contact visuel, la mobilité du regard ou encore l'expressivité du regard. Enfin, les silences font aussi partie des actes non verbaux. En effet, ces pauses survenant au cours de l'échange signifiant peuvent exprimer la réflexion ou l'interaction.

1.2.3.5. Détermination de l'adéquation du discours

Thierry Rousseau indique également dans son ouvrage *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* que « pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat ». L'adéquation de l'acte au discours est influencée par deux facteurs : les règles sociolinguistiques (cohésion lexicale, cohésion grammaticale et feedback) et l'échange d'informations (cohérence du discours au niveau de l'organisation logico-sémantique). Rousseau retient quatre règles de cohérence : la continuité thématique (maintien du thème de conversation), la progression

rhématique (progression du discours et informativité), la relation (articulation des éléments du discours entre eux) et la non-contradiction.

1.3. Les troubles de la communication dans les TNCM

Les troubles de la communication dans les démences de types Alzheimer (DTA) constituent l'un des symptômes majeurs de la pathologie (Rousseau, 2009). Ils engendrent bien souvent des réactions de la part des proches, ainsi que des professionnels de santé qui interviennent. Lorsque la communication est rompue, notamment en institution, les troubles du comportement sont généralement majorés, puisqu'ils deviennent l'unique moyen pour les patients de communiquer leurs besoins et/ou leurs difficultés. Ces troubles comportementaux peuvent donc engendrer des difficultés communicationnelles entre les patients et les soignants (Rousseau et al. 2006). Ces mêmes troubles sont constatés par Tran (2019). L'auteur rappelle que la maladie d'Alzheimer se manifeste par « une apparition insidieuse et progressive de troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux conduisant à une perte de l'autonomie et un état de dépendance caractérisant la phase d'état de la maladie ». Ces troubles peuvent se retrouver, plus généralement, au sein des troubles neurocognitifs, toute étiologie confondue. Au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs, des troubles du langage, mnésiques et exécutifs s'installent et impactent la communication du patient. Les troubles de la communication engendrent des difficultés lors des interactions sociales et tendent progressivement vers l'arrêt des tentatives de communication, aussi bien pour le patient que pour son entourage familial et/ou professionnel. Si l'évaluation du langage est pertinente, les tâches proposées en bilan ne permettent pas de déterminer si la communication du patient est fonctionnelle ou non. L'évaluation langagière, telle qu'on la propose, est bien souvent peu écologique, d'où l'intérêt de proposer une évaluation quantitative et qualitative dans différentes situations d'échanges conversationnels (Tran et al., 2019).

1.3.1. Facteurs influents des troubles de la communication

Les facteurs influents des troubles de la communication dans le cadre des TNCM sont : le degré d'atteinte cognitive globale, le profil de l'atteinte cognitive, les facteurs personnels et environnementaux (âge, niveau socio-culturel, lieu de vie, réactions de l'entourage) et les facteurs contextuels (thème de discussion, situation de communication, comportement de communication de l'interlocuteur) (Rousseau, 1993). En effet, plus le patient est âgé, moins les habiletés communicationnelles sont de bonnes qualités. Plus le niveau socio-culturel est élevé, meilleures sont les habiletés communicationnelles sur du long terme. Plus l'évolution de la pathologie est sévère, moins les habiletés de communication sont

préservées. Enfin, le lieu de vie des patients influence également leurs habiletés communicationnelles. Les atteintes discursives sont générales et spécifiques.

1.3.2. Atteinte des aspects généraux du discours

Rousseau (2009) met en évidence qu'il existe, dans un premier temps, une atteinte des aspects généraux du discours chez les patients présentant une DTA. Dans leur cas, la transmission des informations est, en effet, moins efficace. Cela est observé lors de tâche de description d'images. En fonction de la sévérité du trouble, le nombre d'idées produites est moindre et le discours est moins cohérent. Les patients DTA présentent soit un déficit de la cohérence d'une manière globale, soit de la continuité thématique (lien entre une phrase avec le sujet de conversation). Dans ce contexte, le discours manque également de cohésion (Rousseau, 2009). Les patients présentent des « difficultés de spécification du référent requis dans une conversation ». Au total, on observe une diminution qualitative et quantitative des capacités de communication. Le nombre total d'actes émis est moindre. Les pronoms personnels sans référents sont alors sur-utilisés et les adjectifs et les mots de basse fréquence, sous-utilisés. Le discours est ainsi peu informatif et peu cohérent. Dans le chapitre « Maladie d'Alzheimer et langage : Un nouvel éclairage », de l'ouvrage *Maladie d'Alzheimer et communication*, Sylvie Moritz-Gasser indique qu'un rapport publié en 1987 par l'A.S.H.A (American Speech-Language-Hearing-Association) montre que « les relations étroites existant entre la cognition et le langage sont à la base d'une communication efficace, et qu'un déficit cognitif peut donc mener à un trouble de la communication » (Moritz-Gasser, 2013).

1.3.3. Atteinte des aspects spécifiques du discours

Rousseau (2009) observe également une atteinte des aspects spécifiques du discours. Ces aspects discursifs spécifiques sont : la compétence narrative, la gestion du tour de rôle et des actes de langage, ainsi que les procédures de réparation, soit l'augmentation de l'autocorrection avec l'évolution de la pathologie. En revanche, Rousseau indique que la communication non verbale est préservée dans les DTA. Elle permet de maintenir l'échange, tant au niveau réceptif qu'expressif. Ainsi, « les actes non verbaux sont majoritaires chez les patients DTA ».

1.3.4. Influence du lieu de vie sur la communication

Les atteintes discursives s'expliquent aussi par un autre facteur : le milieu de vie. Rousseau et Loyau (2006) montrent que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer préservent plus tardivement leurs habiletés communicationnelles, lorsqu'ils vivent à leur domicile, que les patients placés en institution, et ce, à tous les stades de la maladie. Les

patients placés en institution communiquent moins bien que ceux vivant à domicile, puisque leurs habiletés communicationnelles sont moins préservées. En effet, la communication des patients est impactée par la situation de communication, le comportement de l'entourage et les thèmes de discussion. Toutefois, cette étude expose que les capacités de communication des patients atteints de DTA restent efficaces tout au long de l'évolution de la pathologie. Les actes de communication adéquats restent majoritaires, ce qui appuie l'importance de considérer les patients en tant qu'individus communicants et de maintenir une communication (Rousseau et al., 2006).

1.3.5. Maintien de la communication dans les TNCM

Dans leur article portant sur l'efficacité de la thérapie écosystémique de la communication sur les troubles du comportement dans la DTA, Robert et al. évoquent la mise en place d'un cercle vicieux de la communication. Au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs, les troubles du langage et de la communication augmentent, induisant un renoncement progressif à communiquer et produisant un isolement. Par conséquent, les patients tendent à perdre leur statut d'individu communicant, ce qui entraîne l'apparition d'un mal-être psychologique et des troubles du comportement venant s'ajouter et entraver la communication, d'où la nécessité de rétablir le statut d'individu communicant au sein du milieu social et familial du patient. Afin de retrouver ou de maintenir ce statut, il est primordial que les soignants s'adaptent par rapport aux capacités résiduelles des résidents. Robert et al. mettent également en avant que les troubles du comportement sont finalement le seul moyen dont disposent les patients pour communiquer. Ils rappellent aussi la nécessité de sensibiliser les soignants aux troubles de la communication chez les patients atteints de troubles neurocognitifs (Robert et al., 2012). Une revue de littérature de Banovic et al., parue en 2018, montre l'importance du maintien de la communication au sein des troubles neurocognitifs. L'objectif de cette revue de littérature est de présenter les difficultés de communication, ainsi que les adaptations de la communication des interlocuteurs des patients atteints de TNCM. Les auteurs ont alors procédé à une analyse de la communication verbale des personnes atteintes de troubles neurocognitifs et ont ainsi montré que les patients présentent des résultats plus faibles dans les domaines de la compréhension, de l'expression verbale, de la répétition, de la lecture et de l'écriture. Si la syntaxe et la phonologie restent relativement intactes au début, les capacités sémantiques sont altérées (Banovic et al., 2018).

Les TNCM n'engendrent pas une perte ou un désapprentissage des fonctions langagières. Ce sont les fonctions cognitives impactées qui engendrent des troubles du langage : mémoire sémantique, mémoire procédurale, mémoire de travail, fonctions

exécutives et vitesse de traitement. Les personnes présentant des troubles neurocognitifs perdent leurs habiletés naturelles aux interactions langagières. Le langage est avant tout affaire d'interlocution, d'où l'importance de tenir compte de la communication plus généralement.

Afin de maintenir la communication avec les patients présentant des TNCM, la HAS recommande d'améliorer la communication, afin de limiter les troubles du comportement, de réduire le recours aux psychotropes et la culpabilité des aidants. Il est également recommandé d'encourager l'entourage dans ses efforts d'adaptation, notamment par le biais de programme d'éducation thérapeutique. De plus, il est nécessaire de maintenir une communication permettant au patient de s'exprimer et de conserver une position de sujet pensant et parlant. Enfin, il est recommandé de former les personnels de santé aux troubles du langage, ainsi qu'à la nécessité d'adopter un mode de communication fonctionnel (verbal et non verbal) (HAS, 2018b).

1.3.6. Communication des soignants en EHPAD

L'entourage des patients, familiaux et/ou professionnels, bénéficie généralement d'une formation en communication. La brièveté de leur formation entraîne néanmoins un frein dans les échanges communicationnels et ne permet pas à l'entourage de répondre aux besoins en communication des patients atteints de TNCM. Si différents soignants effectuent les soins de *nursing* en EHPAD, ils ne bénéficient pas tous de la même formation initiale et notamment dans le domaine de la communication. Or, la prise en soins des patients atteints de TNCM nécessite des compétences spécifiques en communication. Les aides-soignants (AS) bénéficient de deux semaines de formation, soit 70h, pour leur module 5 intitulé « Relation – Communication », ainsi que quatre semaines de stage clinique. La compétence ciblée dans ce module est la suivante : « établir une communication adaptée à la personne et son entourage » (Arr., 22 oct. 2005). Les Aides-Médico-Psychologique (AMP) bénéficient d'une formation théorique et pratique répartie entre quatre domaines : « Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale », « Accompagner la personne au quotidien et dans la proximité », « Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés » et « Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne ». Les Aides-Soignants, les AMP et les Auxiliaires de vie en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent suivre la formation préparant à la fonction d'Assistants de Soins en Gériatrie (ASG). La recherche de sens dans les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles,

ainsi qu'une communication adaptée sont les points à prioriser dans cette formation (140h) (Arr., 23 juin 2010).

Ces éléments démontrent l'intérêt de proposer une formation complémentaire aux soignants exerçant en institution gériatrique, puisqu'ils sont confrontés à un taux important de patients présentant un TNCM. D'autant que la prise en soins de ces patients nécessite une maîtrise importante des habiletés en communication.

1.3.7. Interventions portant sur les troubles de la communication

La prise en soins des TNCM peut être médicamenteuse et/ou non médicamenteuse. Ces deux types de prise en soins peuvent être complémentaires.

1.3.7.1. Prise en soins médicamenteuse

Les traitements médicamenteux spécifiques sont optionnels et sont instaurés et renouvelés par le médecin prescripteur qui évalue le rapport bénéfice-risque et prend compte des préférences du patient. Ils peuvent être indiqués dans le cadre de troubles du comportement ou avoir une indication spécifique pour le traitement de la pathologie. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ) ou la mémantine peuvent être prescrits, ou encore des médicaments psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs). Toutefois, les prises en soins non-médicamenteuses sont aujourd'hui privilégiées (Rousseau, 2018).

1.3.7.2. Prise en soins non-médicamenteuse

La prise en soins non-médicamenteuse des patients présentant des TNC vise la préservation d'une autonomie fonctionnelle du patient. L'action de l'orthophoniste ne consiste pas en un réapprentissage de capacités langagières altérées par l'évolution de la pathologie, mais de créer une relation thérapeutique de façon précoce. L'intervention orthophonique doit porter sur l'évaluation des moyens de compensation que le patient a mis en place et de les exposer à l'entourage, en vue de favoriser la poursuite de la communication. Cette intervention se veut précoce et systémique, afin que le patient puisse continuer à exprimer ses besoins, ses attentes et ses désirs, ainsi que ses difficultés. Ce maintien des habiletés communicationnelles permet aux patients de poursuivre leurs échanges, et prévient donc d'éventuelles incompréhensions familiales et/ou sociales qui peuvent mener les patients à s'isoler. L'intervention orthophonique peut également permettre à l'entourage et/ou aux soignants d'adapter leur discours au profil communicationnel du patient (HAS, 2018a). Il existe différentes approches thérapeutiques non-médicamenteuses, dans la littérature, pour les

patients présentant des TNCM. L'objectif de ces thérapies n'est pas de restaurer les fonctions cognitives, mais de stimuler les habiletés préservées en vue de les maintenir.

Une des thérapies existante est la thérapie écosystémique dont l'objectif est de prendre en soins le patient en incluant son entourage familial et/ou professionnel, dans son environnement naturel (Rousseau, 2007). Cette thérapie débute par une évaluation de la communication des patients par le biais de la grille d'analyse de la communication (GECCO). Cette évaluation se veut écologique et pragmatique et permet de dresser le profil communicationnel du patient et de proposer une thérapie écosystémique. La thérapie écosystémique est proposée dans l'environnement naturel du patient. Elle intervient sur les systèmes de vie du patient. La grille d'évaluation (GECCO) permet au thérapeute de cibler les types d'actes de langage adéquats et inadéquats des patients, ainsi que les thèmes de discussion, les situations et les interlocuteurs qui favorisent ou qui perturbent la communication du patient. L'objectif de cette thérapie est de mettre en place toutes les conditions favorisantes, dans le cadre d'un échange communicationnel, afin que le patient émette des actes adéquats et de limiter les conditions perturbantes ou inhibitrices qui favorisent l'émergence d'inadéquations discursives par le patient. Cette thérapie s'appuie sur deux interventions principales. La première intervention a lieu dans une approche de type cognitivo-comportementale en séances individuelles. Les thèmes, les situations et les actes proposés doivent permettre au patient d'utiliser des actes adéquats qu'il est encore en mesure d'émettre. Les actes généralement émis de façon inadéquate ne doivent pas être travaillés. La seconde intervention a lieu au niveau de l'entourage, familial et/ou professionnel, du patient. Cela est un point fondamental de la thérapie. En effet, le patient rencontre d'importantes difficultés d'adaptation. Il est nécessaire de demander à l'entourage de s'adapter aux modifications des capacités de communication du patient. L'entourage doit modifier son comportement communicationnel, afin de s'adapter au comportement communicationnel du patient dans son environnement. Il est donc important d'informer l'entourage sur le profil communicationnel du patient. Le thérapeute doit expliquer et démontrer les difficultés à l'entourage et proposer des supports écrits, afin d'étayer son intervention.

L'entourage a généralement une vision négative de la communication des patients, ce qui engendre un arrêt de la communication. Le questionnaire de communication aux aidants est conçu afin d'introduire la thérapie écosystémique. Ce questionnaire permet de rétablir l'appréciation des capacités communicationnelles réelles des patients par l'entourage. Thierry Rousseau, dans *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*, recommande que les

institutions prévoient d'informer l'ensemble du personnel sur le sujet et de cibler certains résidents (Rousseau, 2018).

1.3.8. Intérêt d'une formation portant sur la communication auprès des soignants intervenant en EHPAD

Morris et al. démontrent l'intérêt des interventions ciblées sur la formation de la communication des aidants familiaux et/ou professionnels des personnes présentant une démence, dans une revue de littérature parue en 2018. Les formations les plus bénéfiques sont celles qui nécessitent la participation active des aidants. Les auteurs avancent toutefois que des interventions plus ciblées sont plus pertinentes pour améliorer la qualité de vie et le bien-être, aussi bien des soignants que des aidants (Morris et al., 2018). En effet, ces patients présentent fréquemment des troubles de la communication impactant les échanges avec leur entourage, mais également avec le personnel soignant, en institution. Les professionnels de santé signalent régulièrement des difficultés communicationnelles avec les patients présentant une DTA. Ces difficultés mettent en évidence la nécessité d'une intervention auprès des soignants en vue d'améliorer leurs capacités de communication. Les interventions portant sur la communication verbale et la communication non verbale ont eu des effets positifs sur la communication des soignants (Machiels et al., 2017).

O'Brien et al., dans une étude de 2018, tentent de montrer l'intérêt d'une intervention portant sur la communication des soignants travaillant auprès de patients présentant des troubles neurocognitifs : « *The Voice Study* ». Les auteurs souhaitent proposer une formation sur la communication aux soignants intervenant en hospitalisation aiguë. Leur formation est élaborée à partir d'analyses d'enregistrements vidéo portant sur la communication soignant-soigné présentant un trouble neurocognitif. Ils prennent aussi appui sur une revue systématique de la littérature portant sur les formations en communication auprès de patients présentant des troubles de la communication dans le cadre de troubles neurocognitifs. La formation est proposée sur deux jours, avec un apport théorique ou encore divers ateliers comme l'analyse de la communication via des enregistrements vidéo et des ateliers de simulation de situations de communication. Les résultats de cette étude mettent en avant que les soignants ayant bénéficié de cette formation présentent des connaissances plus approfondies en communication. De plus, un mois après l'intervention, les outils de communication apportés lors de la formation sont repris par les soignants dans leur pratique (O'Brien et al., 2018).

Une étude de Small et al. portant sur le programme TRACED « *Training family care partners to communicate effectively with persons with Alzheimer's disease* » soit « *Former les*

partenaires de soins familiaux à communiquer efficacement avec les personnes atteintes de l'Alzheimer » montre l'intérêt de maintenir la communication chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, en vue de poursuivre la participation aux activités quotidiennes et limiter les difficultés communicationnelles pouvant entraver le déroulé de ces activités, et donc nuire à la qualité de vie des patients (Small et al., 2012).

Enfin, une revue de littérature parue en 2018, de Nguyen et al., recense de 17 études portant sur l'intérêt d'une intervention sur la communication auprès des soignants, ainsi que sur les soignés. Les plans d'intervention, les paramètres et les mesures de résultats sont variés. Les résultats de cette revue de littérature suggèrent que la formation en communication a un impact positif, à la fois sur le soignant et sur le soigné. Les effets de l'intervention se révèlent plus importants sur les capacités communicationnelles des soignants et les plus marqués portent sur les compétences, les connaissances et les attitudes communicatives, qui perdurent dans le temps. Les compétences non verbales dans les interactions de soins se sont développées. Cette revue de littérature met également en avant que le contenu des formations est également important. Les interventions qui se révèlent les plus efficaces se composent de démonstrations et/ou de la présentation des connaissances et des compétences à travers des vidéos ou des vignettes, suivies de discussion et de pratique, par le biais de jeux de rôle par exemple. De plus, les interventions les plus efficaces proposent des temps de rétroaction constructive, ainsi que des conseils sur les interactions réelles entre le personnel et les résidents (Nguyen et al., 2019).

1.3.9. Contenu des formations existantes

Thierry Rousseau (2018) rappelle dans son ouvrage que « comme le prévoit le plan Alzheimer gouvernemental, la formation des différents intervenants à la communication avec les malades Alzheimer est une action indispensable ». Le plan de formation proposé est le suivant : la représentation de la maladie d'Alzheimer par les soignants, le vieillissement normal (influence de l'âge sur le fonctionnement cognitif et sur le comportement, les facteurs influant sur le vieillissement cognitif), les démences, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (démographie, définitions, critères diagnostiques, classification, caractéristiques neurologiques, les troubles cognitifs et comportementaux, évolution, diagnostic différentiel), la communication (la communication et le vieillissement, la communication dans la maladie d'Alzheimer), l'évaluation des troubles du comportement et de la communication (par l'orthophoniste ou le psychologue, par l'aidant), les différentes thérapies de la maladie d'Alzheimer (les recommandations de l'HAS, médicamenteuses, non médicamenteuses) et la thérapie écosystémique des troubles de la communication (présentation, adapter son

comportement, adapter sa communication, maintenir la communication entre le malade et son entourage). La formation « former les soignants et les aidants à la communication avec le malade Alzheimer » est constituée d' une présentation d'activités, de techniques et de matériels permettant d'amener les soignants et les aidants à : comprendre leur propre représentation de la maladie d'Alzheimer et ses conséquences dans la prise en soins, comprendre (lire différemment) les troubles du comportement du malade privé des moyens habituels de communication, identifier et évaluer les difficultés de communication du malade, mettre en place les conditions favorables à une communication/relation qui implique le patient et à contribuer à maintenir et faciliter la communication de l'entourage avec le malade (Rousseau, 2018).

1.3.10. Les stratégies de communication

Selon Eggenberger, la formation aux stratégies de communication dans la prise en soins des TNC améliore considérablement la qualité de vie, ainsi que le bien-être des personnes atteintes de TNCM et augmente les interactions positives entre le soignant et le soigné. Ce type de formation a un impact significatif sur la communication des aidants professionnels et familiaux (Eggenberger et al., 2013). Dans l'étude de de Ripich et al. (1994), citée par Eggenberger, un questionnaire de satisfaction est proposé aux soignants à l'issue de la formation sur les habiletés communicationnelles. Les soignants ont tous indiqué être très satisfaits de la formation à laquelle ils ont participé. Ils ont le sentiment de mieux comprendre les problématiques rencontrées avec les patients et ils sont plus satisfaits de leur communication avec les personnes atteintes de TNCM.

Le programme de formation *MESSAGE* (Conway et al., 2016) est un programme de formation visant la mise en place de stratégies de communication dans le cadre de TNCM par le personnel soignant. Ce programme utilise un support vidéo de formation. L'objectif est d'optimiser la communication soignant-soigné. Les stratégies proposées sont les suivantes : maximiser l'attention (attirer l'attention, éliminer les distractions, proposer une chose à la fois), analyser son expression et son langage corporel (être détendu et calme, montrer son intérêt, rester simple), être succinct, simple et familier (proposer des choix clairs), maintenir la communication (laisser du temps, trouver les mots adaptés, répéter et reformuler, rappeler le sujet de conversation), assister la communication avec des aides visuelles (gestuelle et les actions, objets et photos), recevoir le message (écouter, regarder et proposer des tâches, comportement et messages non verbaux) et encourager et s'engager dans la conversation (des sujets de conversations intéressants et familiers, opportunités de communication).

Rousseau a élaboré un guide de communication à destination des partenaires sociaux, afin de les sensibiliser aux difficultés des patients atteints de DTA et de les aider à adapter leur communication et d'améliorer les échanges. Ce guide intitulé « Communiquer avec un malade atteint de démence de type Alzheimer » est disponible dans l'outil GECCO. Il se compose de neuf fiches proposant des stratégies : « De façon générale », « Si le discours est incompréhensible, du point de vue du vocabulaire ou de la grammaire », « Si le patient semble répondre “à côté” ou “ailleurs” », « Si le patient semble perdre le fil de la conversation », « Si le discours semble tourner en rond », « Si le discours est décousu », « Si des contradictions apparaissent », « Choisir des thèmes de discussion facilitateurs » et « Essayer de faire émettre au patient des actes de langage plus faciles pour lui ».

La présentation des stratégies de communication peut donc permettre de transmettre des outils supplémentaires aux soignants, afin d'adapter leur communication avec les résidents présentant un TNCM.

1.4. Présentation de la structure d'intervention

1.4.1. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

1.4.1.1. Présentation générale de l'EHPAD

Un EHPAD est un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, qui nécessitent une aide et des soins quotidiens. Les résidents peuvent être partiellement ou totalement dépendants d'une aide dans les activités de la vie quotidienne, en raison de troubles physiques et/ou cognitifs. Ces établissements ont pour mission d'accompagner les personnes âgées dépendantes et de préserver leur autonomie par le biais d'une prise en soins globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation, ainsi que le soin.

Dans le cadre du présent mémoire, l'intervention a lieu dans la résidence Michel GRANDPIERRE. Cet EHPAD fait partie du groupe Maîtrise du Bien Vivre (MBV) qui réunit des institutions de l'économie sociale de portée nationale et régionale : Résidences-Retraite Médicalisées, Services de Maintien à domicile, Accueil de jour, Résidences-Séniors, Service de tutelle et un pôle interne recherche et formation. Au sein de ce groupe réunissant à ce jour plus de 1 000 salariés, la Mutuelle Nationale du Bien Vieillir MBV représente un potentiel autorisé de 1 601 places (21 EHPAD) dont 1 154 fonctionnent en 2011 (15 EHPAD) en Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Normandie et Provence Alpes Côte d'Azur. Le groupe MBV a été créé avec une double optique : mieux répondre à des besoins qualitatifs, d'une part, dans l'approche du grand âge et, d'autre part, développer une recherche

permanente sous l'angle psychosociologique. Le groupe MBV s'appuie sur le concept *VITAE CLEMENTIA*, présenté comme un nouvel art de vivre pour le grand âge, en institution. Le principe de ce groupe est « *Toujours mieux et plus, grâce à la créativité et à l'innovation permanente* ». La résidence a ouvert ses portes en août 2011 et est gérée par la MBV, organisme mutualiste privé à but non lucratif. De nombreux aménagements sont prévus pour favoriser les rencontres, les loisirs et la vie sociale. La capacité totale d'accueil de l'établissement est de 82 places, dont 76 places pour personnes âgées de plus de 60 ans, valides, semi-valides ou dépendantes pour des séjours de longue durée, 6 places en hébergement temporaire et 10 en accueil de jour. Un espace protégé de 24 places réparties en deux unités de vie, situé au rez-de-chaussée, est réservé aux résidents souffrant de troubles Alzheimer et maladies apparentées, nécessitant une attention et une prise en soins particulière.

1.4.1.2. Concept *VITAE CLEMENTIA*®

VITAE CLEMENTIA® est un concept issu d'une recherche psycho-sociale appliquée. Ce concept définit un univers à la fois protecteur et stimulant pour la personne âgée, ainsi qu'une philosophie comportementale pour l'ensemble des professionnels acteurs. L'objectif principal est de faire reculer les contraintes institutionnelles le plus loin possible sans pour autant en réduire les aspects économiques, de sécurité et d'obligations réglementaires de l'établissement. *VITAE CLEMENTIA*® est une philosophie comportementale fondée sur 8 piliers et déclinée dans chacun des établissements du groupe BMV. Les huit piliers de ce concept sont : placer le respect de la liberté des résidents et le recul des lourdeurs institutionnelles au cœur de l'organisation interne des établissements (1), proposer un éventail d'activités pour le bien-être et les plaisirs (2), préserver et encourager les liens familiaux et la vie sociale (3), développer une politique de prévention et maintenir l'autonomie physique et intellectuelle (4), favoriser le développement d'une culture médicale et paramédicale innovante (5), préserver le champ intime de la spiritualité et de la philosophie (6), reconnaître le bénévolat, valeur essentielle de la solidarité (7), créer un univers de droits et de devoirs qui favorise pour les collaborateurs plus de sérénité (8): *VITAE SERENA* ®. Ce concept est donc au cœur de la prise en soins proposée par l'établissement d'intervention. D'ailleurs, le pilier centré sur la favorisation du développement de la culture médicale et paramédicale innovante a permis d'appuyer l'intervention proposée dans le cadre du présent mémoire.

1.4.1.3. Le Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA)

Depuis le plan Maladie d'Alzheimer 2008-2012, le dispositif « Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA) » est développé au sein de certains EHPAD. Il définit un

accompagnement ciblé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'objectif de la prise en soins est d'améliorer les troubles psycho-comportementaux des résidents et de limiter le recours à une thérapie médicamenteuse (psychotropes, et notamment neuroleptiques) par le biais d'un accueil et d'activités adaptés. Ces pôles peuvent accueillir 12 à 14 résidents. Les soignants en charge du PASA proposent des activités individuelles et collectives visant le maintien des activités fonctionnelles préservées, au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives préservées, à la mobilisation des fonctions sensorielles et au maintien du lien social des résidents. Au 31 décembre 2014, 112 places de PASA sont installées sur les 25 000 places prévues et financées (HAS, 2016).

Le PASA de la résidence Michel Grandpierre a été créé en décembre 2012. Il permet d'accueillir jusqu'à 12 résidents de l'EHPAD ayant des troubles cognitifs avérés, ainsi que des troubles du comportement modérés, par jour. La professionnelle référente du PASA est une aide-soignante bénéficiant de la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG). Un suivi du PASA est assuré par le médecin coordinateur et la directrice de l'établissement lors des réunions. Le psychologue intervient afin de soutenir la démarche thérapeutique, d'évaluer et de contenir au mieux les troubles du comportement.

1.4.1.4. Les Espaces Protégés

Les unités protégées sont des espaces permettant d'accueillir et de prendre en soin de manière optimale des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ces espaces doivent répondre à des critères spécifiques tels que l'accueil d'une population spécifique, l'adaptation et l'ergonomie des lieux, la réalisation d'un projet personnalisé pour chaque résident, l'implication des familles et la présence d'un personnel qualifié. Ces espaces sont protégés par des digicodes, afin d'assurer la sécurité des personnes souffrant de pathologies qui affectent notamment les repères spatio-temporels.

L'Espace Protégé de la résidence Michel Grandpierre comprend aujourd'hui 24 lits. L'accompagnement en espace protégé est proposé à un instant précis de la maladie, notamment lorsque les résidents présentent une désorientation spatio-temporelle et qu'ils ont tendance à déambuler. À un stade avancé de la pathologie (perte d'autonomie), l'accompagnement proposé en espace protégé n'est, dès lors, plus adapté.

1.4.1.5. La plateforme de répit

Les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées pour accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie. L'objectif de ces dispositifs est d'apporter de l'information pour aider les proches à faire face à la prise en soins d'une

personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et de toute autre maladie entraînant une perte d'autonomie. L'objectif est de mieux comprendre la maladie et l'impact qu'elle peut avoir, ainsi que d'apporter un soutien aux proches aidants qui peut être de plusieurs formes : individuel (soutien psychologique, conseils...) ou en groupe pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, pour renforcer des liens entre les familles confrontées à la même situation. Ces dispositifs permettent également d'apporter des solutions de répit pour donner du temps libre aux proches, lui permettant de vaquer à ses occupations, de prendre soin de sa santé et de se reposer. L'objectif principal est de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants.

La résidence Michel-Grandpierre a développé une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou de sclérose en plaques. Cette structure nommée « La Bulle », et créée via un appel à projets et un financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS), offre aux aidants la possibilité de prendre du temps pour eux. Deux assistantes de soins en gérontologie interviennent au domicile des patients. Chaque famille suivie par « La Bulle » peut bénéficier de l'intervention d'une assistante de soins une demi-journée par semaine. De plus, l'EHPAD accueille tous les lundis après-midi, un groupe de 4 à 5 personnes pour permettre à leurs aidants de disposer d'un peu de temps personnel.

1.4.2. Contraintes des soignants en institution gériatrique

Les soignants exerçant en EHPAD sont soumis à diverses contraintes. Le dossier de la DREES, « *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* », montre que les conditions de travail des soignants en EHPAD sont déterminées par divers facteurs. Or, le niveau de dépendance des résidents ou encore la taille de l'établissement et leur statut juridique sont mentionnées de façon plus exceptionnelle par les professionnels. Ces derniers mettent en avant, en effet d'autres éléments : les moyens financiers dont dispose l'établissement, conditionnant l'effectif du personnel, l'encadrement et la charge de travail par individu ou encore l'impulsion et l'encadrement donnés par la direction. Cette étude met en évidence que la capacité de la direction de l'établissement à gérer, négocier, piloter et anticiper contribue à optimiser les moyens disponibles dans les établissements. De plus, la reconnaissance du travail effectué, le soutien face aux difficultés ou aux critiques, l'association aux projets transversaux et la responsabilisation des équipes sont des déterminants majeurs de la qualité des conditions de travail, selon les soignants. Ces éléments contribuent à donner du sens à l'action quotidienne, à favoriser l'investissement dans la vie de l'établissement et à se projeter dans le futur.

La qualité des relations de travail est un facteur important. Le travail soignant exercé en EHPAD apparaît par nature comme un exercice collectif. La qualité des liens avec les collègues, la solidarité dans le partage des tâches et l'organisation du travail, le sentiment d'aller dans la même direction en prodiguant un accompagnement cohérent et personnalisé aux résidents sont des facteurs de satisfaction et d'investissement dans le travail pour les professionnels soignants. Les aides-soignants et les AMP effectuent des tâches semblables en EHPAD et exercent dans les mêmes conditions, au sein de chaque établissement. Enfin, même si les conditions de travail sont objectivement difficiles, les professionnels semblent attachés à leur secteur d'activité, à leur établissement et à leurs missions auprès des personnes âgées. La majorité des soignants estime travailler en EHPAD par vocation, intérêt et sentiment d'utilité. Généralement, les soignants estiment que leur parcours en gérontologie n'est pas seulement motivé par la nécessité d'avoir un emploi proche de leur domicile et/ou accessible *via* un faible niveau de qualification. La profession de soignant en EHPAD n'est pas considérée comme étant un métier comme les autres, malgré des salaires plutôt modestes. Le sentiment d'importance de la mission accomplie auprès des personnes âgées pousse les soignants à poursuivre dans ce secteur (Marquier et al., 2016). Toutes ces contraintes institutionnelles sont donc susceptibles d'impacter les interactions entre les soignants et les résidents.

1.4.3. Place de l'orthophonie en EHPAD

Selon la DREES, 25 607 orthophonistes exercent en France au 1^{er} janvier 2019, dont 20 787 en activité libérale ou mixte (soit 81,1%), 1 876 en salariat hospitalier (7,32%) et 2 868 dans d'autres types de salariat (11,2%). Les orthophonistes susceptibles d'exercer en salariat en EHPAD sont donc peu nombreux. L'intervention des orthophonistes en EHPAD a majoritairement lieu dans le cadre de l'exercice libéral. Cela induit diverses contraintes organisationnelles pour les professionnels, qui sont finalement peu nombreux à se déplacer dans les institutions gériatriques. Toutefois, l'intervention portant sur la communication semble nécessaire afin de maintenir la communication des résidents présentant des TNCM. Le vieillissement de la population mondiale est en constante augmentation, ce qui engendre également une augmentation du nombre de personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs. Un article paru en 2010, de Reilly et al., montre que l'orthophonie peut permettre d'une part, d'apporter des éléments nécessaires au diagnostic différentiel des étiologies des TNCM, par le biais d'une observation clinique attentive et par l'identification des comportements cognitifs et linguistiques associés aux différentes formes de démence. D'autre part, la connaissance des profils cliniques des patients ouvre la voie à une guidance auprès des

patients, des aidants familiaux et professionnels, quant aux déficits cognitifs et communicationnels des patients (Reilly et al., 2010).

PROBLÉMATIQUE

Quel niveau d'appréciation les soignants ont-ils de leurs habiletés communicationnelles envers les résidents atteints d'un TNCM ? Quels seraient les bénéfices d'une formation sur les troubles de la communication dans le cadre des TNCM ? La présentation des stratégies générales et ciblées de communication aux soignants en EHPAD leur permet-elle d'ajuster leur communication ? Les professionnels parviennent-ils à mettre en pratique les connaissances acquises dans leur pratique clinique ? Évaluent-ils plus finement les habiletés communicationnelles des résidents à l'issue de la formation ?

HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

L'introduction d'une formation, abordant les aspects théoriques et l'analyse de la communication, pour les soignants travaillant auprès de résidents présentant un TNCM, favorisera l'analyse plus fine des troubles communicationnels des résidents par les professionnels, ainsi que des interactions plus adaptées entre le patient et le soignant.

HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES

- Les aspects théoriques, portant sur les TNCM et sur la communication, proposés en formation favoriseront une meilleure compréhension des troubles des résidents par les soignants.
- Les soignants ajusteront le niveau d'appréciation de leurs habiletés communicationnelles à l'issue de la formation.
- L'analyse plus fine des troubles de la communication des résidents présentant des TNCM améliorera la pratique clinique des soignants et la mise en pratique des stratégies générales et ciblées de la communication.

2. MÉTHODE

2.1. Population

2.1.1. Les résidents

Les critères d'inclusion des résidents sont les suivants :

- Présenter un TNCM de type maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée, établi dans le dossier médical du patient, et présenter des symptômes cognitifs confirmés par la passation d'un MMSE au moment de l'inclusion dans le protocole.
- Présenter des troubles de la communication : des observations sont menées au sein de l'établissement, en amont de l'intervention, et un recueil d'informations est effectué auprès du personnel en charge des résidents.

La consultation des dossiers des résidents de l'établissement a permis d'inclure deux résidentes. Elles participent toutes les deux aux activités du PASA.

2.1.2. Les soignants

Le critère d'inclusion principal est que les soignants soient titulaires de leur poste au sein de l'établissement d'intervention et qu'ils prodiguent des soins quotidiens aux résidents. Le critère d'exclusion est le suivant : ne pas effectuer de soins quotidiens auprès des résidents. Les lieux d'intervention des professionnels inclus dans la recherche sont les suivants :

- Deux soignants intervenant en Espace Protégé Alzheimer : l'un étant Auxiliaire de vie, l'autre Aide Médico-Psychologique (AMP).
- Deux soignants intervenant dans les étages : l'un étant Aide Médico-Psychologique (AMP), l'autre Aide-Soignant (AS).
- Une aide-soignante Assistante de Soins en Gériatrie (ASG) intervenant au PASA.

2.2. Matériel

2.2.1. Évaluation des résidentes

2.2.1.1. Évaluation des capacités de communication

La Grille d'Évaluation des Capacités de Communication (GECCO) élaborée par Rousseau est un outil permettant d'évaluer les troubles de la communication chez les patients présentant des démences de type Alzheimer (DTA). Les tests évaluant la communication des patients adultes sont généralement normés avec des patients aphasiques. Cet outil a pour objectif de mettre en lumière les capacités de communication des patients DTA, dans une perspective pragmatique et écologique (Rousseau, 2009). Il s'agit de déterminer les actes de langage encore utilisables par le patient (les actes verbaux, ainsi que les actes non verbaux et le type d'inadéquations discursives), de déterminer les thèmes et les situations qui favorisent

la communication (discussion libre, entretien semi-dirigé et/ou entretien dirigé) et de déterminer les actes de l'interlocuteur qui favorisent les échanges conversationnels. À l'origine, le but de cette analyse est de servir de base au thérapeute pour mettre en place une thérapie écosystémique. Elle doit permettre au patient, avec l'aide de l'entourage, d'utiliser le plus longtemps possible les actes de langage qu'il maîtrise encore. Dans cette étude, l'objectif est de permettre aux résidentes d'utiliser le plus longtemps possible les actes de langage qu'elles maîtrisent encore, avec l'aide de l'entourage professionnel.

L'analyse de la communication du patient est effectuée à partir de trois situations de communication (enregistrements vidéo analysés ultérieurement) se rapprochant des situations retrouvées dans la vie quotidienne : une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie, une tâche d'échange d'informations à partir de photo de type PACE (*Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness*, Wilcox, Davis, 1978) et une discussion libre à partir du moment présent. Pour l'ensemble des trois situations, une interlocution d'une durée de 15 à 20 minutes, environ, est préconisée. Toutefois, l'interlocuteur a toute liberté de faire varier cette durée. Les résultats sont ensuite exprimés en fréquence par minute.

À l'issue des entretiens, une transcription de corpus est recommandée en vue d'une analyse quantitative et qualitative, à l'aide du logiciel informatisé de la GECCO. Les actes de langage évalués comme étant adéquats sont cotés 1 et ceux évalués comme étant inadéquats sont cotés 0. Les résultats sont synthétisés, afin d'obtenir les profils communicationnels des patients.

2.2.1.2. Évaluation cognitive

Le *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975) est un outil de *screening* permettant d'évaluer les fonctions cognitives par le biais d'un questionnaire à réponses courtes. Ce test des capacités cognitives propose six sous-sections : orientation (5 points), apprentissage (5 points), attention et calcul (5 points), rappel (3 points), langage (8 points) et praxie constructive (1 point). Le score total est sur 30 points. Les études présentes dans la littérature mettent en évidence la fiabilité inter et intra-évaluateur, ainsi que la fidélité de ce test (Vertesi et al., 2001). Dans cette étude, le MMSE est utilisé, afin de suivre la démarche proposée par Rousseau.

2.2.2. Évaluation des soignants

2.2.2.1. Auto-évaluation des capacités de communication

Le questionnaire d'auto-évaluation des capacités de communication est élaboré à partir du guide de la communication auprès des patients atteints de DTA de Thierry Rousseau

(Annexe 3), puisque les questionnaires d'auto-évaluation trouvés dans la littérature ont tendance à s'éloigner de l'évaluation recherchée. Le guide « Communiquer avec un malade atteint de démence de type Alzheimer » est disponible dans la documentation de la GECCO. Pour rappel, ce guide se compose de neuf parties : « D'une manière générale », « Si le discours est incompréhensible, du point de vue du vocabulaire ou de la grammaire (notamment en cas de manque du mot ou de mot inadéquat) », « Si le patient semble être "à côté" ou "ailleurs" », « Si le patient semble perdre le fil de la conversation », « Si le discours semble tourner en rond », « Si le discours est décousu », « Si des contradictions apparaissent », « Choisir des thèmes de discussion facilitateurs » et « Essayer de faire émettre au patient des actes de langage plus faciles pour lui ». Pour chaque partie citée, des stratégies de communication sont proposées. L'objectif de ce questionnaire est de proposer aux soignants une auto-évaluation de leur communication auprès des résidents présentant des TNCM. Ce questionnaire se compose de 33 items. La cotation va de 0 à 5 selon la fréquence d'utilisation des actes, 0 étant relatif à la réponse « jamais » et 5 à « très souvent ». Les soignants doivent indiquer la somme du score pour chaque item. Les items 3, 4, 16, 25 et 26 de ce questionnaire présentent des cotations inversées.

2.2.2.2. Questionnaire de communication aux soignants

Le questionnaire adressé aux soignants est le Questionnaire de Communication aux Aidants (QCA) adapté aux soignants (Cavrois et al., 2008) (Annexe 6). Il est élaboré afin d'évaluer l'appréciation des capacités communicationnelles par l'aidant principal du proche atteint de la maladie d'Alzheimer. L'objectif de l'étude de Cavrois et Rousseau est de déterminer, par l'intermédiaire d'un questionnaire, si la famille apprécie de la même manière que la GECCO les capacités communicationnelles du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. À travers cette étude, ils mettent en évidence que l'appréciation de la communication est différente entre la famille et le thérapeute. Le questionnaire n'a pas vocation à soutenir l'évaluation de l'orthophoniste. Il s'inscrit dans l'introduction de la thérapie écosystémique. L'objectif est donc de déterminer la perception des capacités communicationnelles du patient par l'aidant, en vue de l'ajuster et/ou de l'étayer. Ce questionnaire est conçu en lien avec la GECCO. De la même manière, il est composé d'une évaluation de 20 actes de langages et de 8 causes d'inadéquation.

Dans la présente étude, il s'agit, comme Cavrois et Rousseau, de déterminer la perception des capacités communicationnelles du résident par le soignant, en vue de l'ajuster et/ou de l'étayer. Ce questionnaire se compose de 28 items. Le terme « votre proche » est remplacé par « le patient ». La cotation va de 0 à 5 selon la fréquence d'utilisation des actes, 0

étant relatif à la réponse « jamais » et 5 à « très souvent ». Des exemples sont indiqués pour chaque item, afin de faciliter la compréhension des items et d'aider les soignants à compléter le questionnaire. Les questionnaires de communication aux soignants présentent une cotation effectuée à partir de la somme des scores obtenus à chaque item. Les items 21 à 28 sont soumis à une cotation inversée. En effet, ces items renvoient aux causes d'inadéquation du discours et l'objectif de ce questionnaire est de mettre en lumière l'efficacité de la communication.

2.2.2.3. Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est élaboré afin de recueillir les avis des soignants quant à la formation proposée. Il se compose de 8 items visant à recueillir la satisfaction des soignants concernant : la satisfaction générale, l'accueil, les attentes, la durée de la formation, la qualité des échanges, le contenu de la formation, les apports et les compétences communicationnelles qui sont encore à renforcer selon les eux. Les soignants peuvent y répondre par le biais de QCM (« Pas du tout satisfait » à « très satisfait » et des QCM spécifiques), de questions ouvertes, ainsi que de questions fermées, avec une possibilité de complément de réponse (Annexe 8).

2.2.2.4. Enregistrements vidéo

En amont de la formation, des observations filmées sont effectuées dans différents contextes de communication soignant(s)-résident(s) au sein de l'EHPAD. Ces vidéos ont pour vocation d'analyser la communication des soignants en situation écologique, en complément des questionnaires, et de servir d'outils pour élaborer la formation. Lors de ces observations, il s'agit d'évaluer : la communication verbale (adaptée ou non au contexte et au résident et les objectifs du locuteur), la communication non verbale (regard, gestes, mimiques, posture, mouvements du corps et proxémie), ainsi que le paralangage (timbre, volume de la voix, débit et silences). Il est également nécessaire d'observer la présence ou non de feedback et de bruits environnants qui peuvent gêner la communication. Une adaptation du schéma de la communication de Jakobson (1963) est proposée aux soignants comme support d'analyse des enregistrements (Annexe 7).

2.2.2.4.1. Observation du temps de repas au réfectoire

Un enregistrement vidéo, d'une durée de 13 minutes, présente plusieurs soignants en interaction avec les résidents de l'EHPAD au cours d'un repas.

2.2.2.4.2. Observation lors des soins techniques

Une observation lors de la toilette est effectuée afin d'analyser la communication d'une soignante en relation duelle avec une résidente. Cette vidéo dure 16 minutes. Un enregistrement vidéo est également effectué lors de la mise aux toilettes avec une AMP. Il dure 4 minutes 30 secondes.

2.2.2.4.3. Observation d'une tâche de stimulation cognitive au PASA

Un enregistrement d'une tâche de stimulation cognitive est effectué avec l'aide-soignante ASG. Il dure 21 minutes. La soignante propose une tâche de stimulation cognitive (description d'images) à l'une des résidentes sélectionnées, en relation duelle.

2.2.3. Outil de formation portant sur la communication

La formation proposée est élaborée au regard de la littérature, ainsi que de la pratique clinique et des éléments recueillis à partir des observations et des questionnaires. L'objectif de cette formation est multiple. Elle doit permettre aux soignants de comprendre leur propre représentation des TNCM et leurs conséquences dans la prise en soins des résidents, de comprendre les troubles du comportement du résident privé des moyens habituels de communication, d'identifier et d'évaluer les difficultés de communication du résident, de mettre en place les conditions favorables à une communication/relation qui impliquent le patient et, enfin, de contribuer à maintenir et faciliter la communication des soignants avec les résidents. Cette intervention vise donc la mise en place de stratégies de communication générales et ciblées, verbales et non verbales, par les soignants, en fonction des profils cognitivo-linguistiques des patients. Une présentation powerpoint est élaborée. Elle est segmentée en trois parties, exposées lors de trois sessions d'une heure, proposées à deux semaines d'intervalle.

2.3. Procédure

2.3.1. Évaluations

2.3.1.1. Évaluation des résidentes

Afin d'évaluer les résidentes incluses, les passations ont lieu dans un bureau de l'EHPAD, dans un environnement calme.

2.3.1.1.1. Évaluation des capacités de communication

La Grille d'Évaluation des Capacités de Communication (GECCO), de Thierry Rousseau, est utilisée pour évaluer les troubles de la communication chez les résidentes sélectionnées. Les entretiens sont filmés, afin d'effectuer une transcription du corpus

(encodage des réponses du patient), en vue de l'analyse quantitative et qualitative, à l'aide du logiciel de la GECCO. Les résultats sont synthétisés, afin d'obtenir les profils communicationnels des résidentes. La durée des entretiens est variable, en lien avec les profils des patientes évaluées. Avec Madame G., la passation de la GECCO a duré 31 minutes. Avec Madame D., la passation a duré 16,30 minutes. Les corpus sont ensuite transcrits et analysés, afin d'effectuer la cotation informatique.

2.3.1.1.2. Évaluation cognitive

Le *Mini Mental State Examination* (MMSE) est effectué afin d'évaluer l'atteinte cognitive des résidentes, en amont de l'évaluation des capacités communicationnelles, pour s'assurer qu'elles présentent des TNCM. Il est proposé à la suite de l'évaluation de la communication.

2.3.1.2. Évaluation des soignants

2.3.1.2.1. Auto-évaluation des capacités de communication

Le questionnaire d'auto-évaluation des capacités communicationnelles des soignants est proposé à cinq soignants de la structure, afin de mettre en évidence leur ressenti quant à leur communication. Les soignants l'ont rempli seuls (Annexe 3).

2.3.1.2.2. Questionnaire de communication aux soignants

Cinq soignants sont sélectionnés pour participer à l'évaluation de la communication des deux résidentes, par le biais du Questionnaire de Communication aux Aidants (QCA) adapté aux soignants. Deux d'entre eux doivent évaluer la communication de la première résidente, deux autres sont chargés d'apprécier la communication de la seconde résidente. Une soignante avec spécialité Assistante de Soins en Gériatrie (ASG) doit évaluer le profil communicationnel des deux résidentes, qui participent aux activités proposées par cette aide-soignante ASG au sein du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

2.3.1.2.3. Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est proposé aux soignants ayant participé à la formation, afin de recueillir leurs avis quant à la formation proposée (Annexe 8).

2.3.2. Interventions au sein de l'EHPAD

S'agissant de l'intervention, un premier temps est consacré à la découverte du fonctionnement de l'EHPAD dans les différents secteurs de l'établissement (Espace protégé, étage et PASA). Ce temps permet de rencontrer les professionnels, ainsi que les résidents. Un

temps d'observation est également consacré à l'observation des transmissions de l'équipe, qui est constituée de deux infirmiers, d'un soignant de chaque secteur de l'établissement, de la cadre de santé, de l'ergothérapeute, ainsi que du psychologue clinicien.

2.3.2.1. Présentation du projet de formation

Le projet de formation est présenté à l'équipe administrative lors d'une réunion d'encadrement au sein de l'établissement. Elle est composée de la directrice de l'établissement, de l'assistante de direction, du médecin coordinateur, de l'animatrice, de l'infirmière responsable des soins et du psychologue clinicien.

2.3.2.2. Déroulé de la formation

La formation se déroule au cours de trois sessions d'une heure. Lors de la première session, une présentation générale de la formation met en évidence les objectifs de la formation et introduit l'indication orthophonique dans le cadre des TNCM. Cette première session a pour objectif d'aborder les aspects théoriques portant sur les TNCM (définition : critères DSM-V et atteintes cognitives dans les TNCM), ainsi que sur la communication (représentation des soignants, définition de la communication, troubles de la communication dans les TNCM).

Lors de la seconde session, un bref rappel des notions abordées lors de la première session est effectué. L'objectif de cette session est d'observer et de dégager les compétences communicationnelles générales maîtrisées par les soignants et celles à renforcer. Les résultats des questionnaires d'auto-évaluation des soignants sont exposés. Un second temps est dédié à l'observation d'une vidéo enregistrée au réfectoire, lors d'un repas regroupant les résidents de l'étage de l'EHPAD. Suite au visionnage, un temps d'échange est proposé aux soignants afin de déterminer ensemble les éléments positifs et ceux à modifier. Ces observations permettent d'introduire les stratégies générales, issues du guide de communication de Rousseau, à mettre en place afin d'optimiser la communication avec les résidents.

Enfin, la troisième session consiste en une étude de cas des deux résidentes ayant effectué la passation GECCO. L'exposé est introduit par une brève présentation anamnestique des résidentes et les résultats des évaluations cognitives et communicationnelles, effectuées auprès d'elles par la formatrice, sont détaillés. L'objectif est que les soignants ciblent leur fonctionnement global et, ainsi, de leur permettre de percevoir concrètement les stratégies spécifiques pouvant être mises en place dans leur pratique clinique. Une analyse des enregistrements vidéo pour chacune des résidentes est proposée. Enfin, un temps est consacré à la comparaison des évaluations à partir des questionnaires de communication aux soignants.

Le but est de confronter les évaluations effectuées par les soignants et la formatrice, afin de mettre en lumière les éléments des profils cognitifs et communicationnels des résidentes auxquels il est nécessaire de prêter attention, en vue de mettre en place des stratégies de communication spécifiques aux troubles de la communication des résidentes. Lors de la formation, le graphique présenté aux soignants comporte uniquement les résultats des questionnaires complétés par les soignants en amont de la formation et les résultats obtenus au questionnaire par la formatrice, à l'issue de l'évaluation de la communication par le biais de la GECCO (Annexe 4). En dernier lieu, les soignants sont invités à compléter le questionnaire de communication aux soignants ciblant la communication des résidentes sélectionnées.

3. RÉSULTATS

3.1. Session 1 : Aspects théoriques portant sur les TNCM et la communication

La première session a pour objectif d'aborder les aspects théoriques portant sur les TNCM (définition : critères DSM-V et atteintes cognitives dans les TNCM), ainsi que sur la communication (représentation des soignants, définition de la communication, troubles de la communication dans les TNCM). Les résultats de cette session sont qualitatifs et s'appuient sur les retours des soignants. Globalement, ces derniers jugent la présentation intéressante et le contenu abordable.

3.2. Session 2 : Présentation des stratégies générales de communication

L'objectif de la deuxième session est d'observer et de dégager le ressenti des soignants quant à leurs stratégies communicationnelles. Dans un premier temps, un rappel des notions présentées en session 1 leur est proposé.

3.2.1. Retour sur les résultats des questionnaires d'auto-évaluation de la communication complétés par les soignants en amont de la formation

Dans un second temps, un retour sur les questionnaires d'auto-évaluation de la communication, complétés par les cinq soignants, est effectué. Ces questionnaires permettent de mettre en lumière que les soignants perçoivent leur communication comme étant efficace, avec une moyenne générale des questionnaires de 3,47/5.

3.2.2. Observation d'un enregistrement vidéo lors d'un temps de repas au sein du réfectoire de l'EHPAD

Un troisième temps est dédié à l'observation d'une vidéo enregistrée au réfectoire, lors d'un repas regroupant les résidents de l'étage de l'EHPAD, soit les résidents dépendants nécessitant une aide partielle ou complète pour l'alimentation (par exemple, pour effectuer les gestes d'alimentation, des stimulations, *etc.*). L'adaptation du schéma de communication de Jakobson est proposée comme support d'analyse aux soignants. Toutefois, aucun d'entre eux ne s'est appuyé sur ce support. Suite à l'observation de la vidéo, un temps d'échange est proposé aux soignants afin de déterminer ensemble les éléments positifs et ceux qui sont à modifier dans ce contexte. Les soignants indiquent, à juste titre, que l'environnement est relativement bruyant et que les sujets de conversation entre les soignants ne sont pas toujours adaptés au contexte (des discussions personnelles, par exemple). Suite à ce constat, l'analyse détaillée de la formatrice est présentée comme suit. Au niveau de la communication verbale, on constate que la majorité des soignants adoptent une communication appropriée. Ils sont en relation duelle et introduisent les propositions alimentaires aux résidents. Au niveau de la communication non verbale, ils adoptent une posture adéquate (en face du résident, à la même hauteur). Ils tentent pour la plupart de maintenir le regard des résidents et utilisent des mimiques. Sur le plan du paralangage, certains soignants présentent un volume vocal important, compte tenu du contexte. Ce partage d'observations permet finalement de montrer que les soignants ont tendance à analyser succinctement les échanges communicationnels exposés. Il est donc vraisemblablement pertinent de leur soumettre des axes d'analyse, par le biais des modes de communication existants (communication verbale, non verbale et paralangage).

3.2.3. Présentation des stratégies générales à mettre en place par les soignants en pratique clinique

Les observations formulées lors du visionnage du repas des résidents permettent d'introduire les stratégies générales, issues du guide de communication de Rousseau, en vue d'optimiser la communication avec les résidents. Celles-ci sont multiples : parler lentement, laisser au résident suffisamment de temps pour répondre, avoir une attitude pleine de réceptivité, de bienveillance, d'empathie, éviter de parler à la place du résident, discuter dans un endroit calme, ne pas utiliser un langage enfantin, préférer les situations duelles, éviter les circonstances de mise en échec, être clair et logique dans son discours et ses intentions communicatives, éviter l'emploi de mots non spécifiques ("trucs", *etc.*), ne pas hésiter à

segmenter les consignes, utiliser les mêmes mots et les mêmes phrases pour les mêmes situations (ritualiser), réagir avec bienveillance aux émotions exprimées par le résident, prêter attention aux messages non verbaux, ne pas hésiter à utiliser le langage non verbal et ne pas penser a priori que ce dit le résident est incohérent.

En parallèle de la présentation des stratégies générales de communication, un temps d'échange est soumis aux soignants. Dans l'ensemble, ils estiment être à l'aise avec les stratégies exposées. Un temps d'échange important est consacré à l'utilisation d'un langage enfantin. Le débat entre les professionnels porte notamment sur l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement avec les résidents. Certains soignants sont contre l'utilisation du tutoiement. D'autres, en revanche, indiquent que le tutoiement peut avoir des effets positifs sur la prise en soins de certains résidents : « Une résidente a besoin qu'on ait des comportements enfantins, pour effectuer les soins, et qu'on la tutoie ». Une autre soignante valide ces propos : « Quand je la vouvoie, elle refuse catégoriquement que je la prenne en soins, tandis que quand c'est K. qui le lui propose, en la tutoyant, elle est d'accord. ». La soignante qui utilise le tutoiement avec cette résidente indique également : « Il faut qu'on lui tire la langue pour l'accrocher ». Suite à cet échange, les propos sont synthétisés, en indiquant que dans le cadre de cas particuliers, le tutoiement semble en effet être une alternative, mais qu'il est nécessaire de voir dans quelle mesure il est bénéfique. Toutefois, ce peut être une stratégie tout à fait légitime d'un point de vue thérapeutique, afin de faciliter la communication avec certains résidents.

Concernant la ritualisation du discours, les soignants indiquent qu'ils ne rencontrent pas de difficultés, puisque leur pratique professionnelle est plutôt routinière.

S'agissant de la stratégie qui consiste à ne pas penser a priori que ce que dit le résident est incohérent, les soignants évoquent une situation récemment rencontrée au sein de l'EHPAD : « Nous avons eu le cas la semaine dernière, nous pensions qu'une résidence était incohérente. Elle se plaint régulièrement sans véritable raison, mais cette fois, c'était vrai. Elle avait une fracture à l'épaule ». Ils constatent qu'il est nécessaire d'être vigilant. En effet, même si le discours est décousu, ils doivent garder à l'esprit que le résident peut présenter un véritable besoin qu'il ne parvient pas à exprimer.

3.2.4. Comparaison des résultats aux questionnaires d'auto-évaluation en amont et à l'issue de la formation

À l'issue de la formation, les questionnaires d'auto-évaluation de la communication sont complétés une nouvelle fois par les soignants, afin de comparer leur ressenti avant et après la formation, quant à leur communication. On constate que les résultats généraux sont

relativement stables entre le T0 et le T1, avec une légère augmentation des résultats, suite à la formation. Les scores bruts des soignants ont tous augmenté entre T0 et T1, sauf pour un soignant : ils évaluent majoritairement leur communication plus positivement. Avant la formation, la moyenne des scores bruts est de 114,40 contre 116,2/165 suite à la formation, avec respectivement des médianes de 114 et 113/165. Cela révèle qu'en T0, les résultats des soignants sont moins étendus qu'en T1. Ces résultats s'expliquent notamment par la note obtenue par le soignant 3 (S3) dont l'évaluation est de 117 en T0 contre 99/165 en T1, soit de 18 points. Il a donc évalué sa communication plus négativement après la formation. La médiane des différences des scores bruts entre T0 et T1 est de 6,5 points (Annexe 5).

Le tableau ci-après met en évidence l'évolution des résultats aux questionnaires entre le T0 et le T1 (+ : évolution positive ; = : pas d'évolution ; - : évolution négative) (Annexes 4 et 5):

N°	Questions	Evolution entre T0 et T1
Généralités		
1	Adaptez-vous votre débit de parole lors des échanges avec les résidents?	+
2	Laissez-vous suffisamment de temps aux résidents pour répondre lors des échanges?	=
3	Vous arrive-t-il de parler à la place des résidents? Si oui, pouvez-vous préciser dans quelles situations ?	+
4	Vous arrive-t-il d'utiliser un langage enfantin avec les résidents? Si oui, pouvez-vous donner quelques exemples ?	-
5	Pensez-vous être clair et logique dans votre discours et dans vos intentions de communication avec les résidents ?	-
6	Pensez-vous à adapter la longueur des phrases que vous utilisez en fonction de la situation ?	-
7	Dans une même situation, avec un même résident, avez-vous tendance à privilégier les mêmes mots, les mêmes phrases ?	-
8	Pensez-vous être à l'écoute des émotions exprimées par les résidents ?	=
9	Prêtez-vous attention aux messages non verbaux des résidents ? Si oui, pouvez-vous préciser le type de messages non verbaux	+
10	Utilisez-vous le langage non verbal lorsque vous échangez avec les résidents ? Si oui, pouvez-vous préciser le type de messages non verbaux	+
Lorsque le discours des résidents est incompréhensible, du point de vue du vocabulaire et de la grammaire :		
11	Encouragez-vous le patient à produire d'autres phrases, qui lui sont plus accessibles ?	-
12	Proposez-vous des choix multiples, auxquels ils peuvent répondre par oui/non, afin de comprendre ce qu'ils souhaitent exprimer ?	-
13	Demandez-vous de donner un mot en rapport avec le mot que vous n'avez pas compris (synonyme, qualificatif...)?	+
14	Demandez-vous aux résidents de s'exprimer avec des gestes ?	+

15	Demandez-vous aux résidents de désigner, de montrer ce qu'ils souhaitent?	-
16	Vous arrive-t-il d'interrompre les résidents dans leur discours, lorsque celui-ci est confus, même si vous parvenez à en dégager le sens ?	-
17	Vous appuyez-vous sur le contexte pour comprendre ?	=
18	Utilisez-vous des supports alternatifs pour favoriser la communication, lorsque celle-ci est difficile (mots écrits, pictogrammes...) ? Si oui, lesquels ?	-
Lorsque les résidents semblent répondre "à côté" ou "ailleurs" :		
19	Essayez-vous d'établir et de maintenir le contact visuel ?	-
20	Utilisez-vous des gestes, des mimiques afin de faciliter la compréhension et attirer l'attention ?	+
21	Vous placez-vous face aux résidents, à la même hauteur ?	=
22	Faites-vous des pauses régulières dans votre discours ?	+
23	Lorsque la compréhension est difficile, apportez-vous des précisions, des descriptions, des définitions des termes employés ?	+
24	Lorsque vous échangez autour d'un thème, mais que vous constatez que le patient n'y adhère pas, changez-vous de thème ?	+
25	Essayez-vous de ramener les résidents à la réalité lorsqu'ils s'en écartent ?	+
Lorsque les résidents semblent perdre le fil de la conversation :		
26	Changez-vous de sujet de conversation ?	+
27	Prévenez-vous les résidents avec des phrases du type « Maintenant nous allons parler de... » lorsque vous changez de sujet de conversation ?	+
28	Laissez-vous les résidents revenir spontanément au thème de discussion s'il s'en écarte un peu ?	+
29	Utilisez-vous des phrases du type « Vous me parliez de... » lorsque les résidents s'écartent du thème de conversation ?	+
Lorsque le discours semble tourner en rond :		
30	Vous arrive-t-il de résumer ce qui a été dit ?	+
Lorsque le discours est décousu :		
31	Posez-vous des questions au patient afin de faciliter votre compréhension ?	=
Lorsque les résidents se contredisent :		
32	Vous arrive-t-il de leur demander « Vous m'avez dit ceci et vous m'avez dit cela. Est-ce ceci ou cela ? », afin de comprendre leurs propos ?	-
33	Vous arrive-t-il de demander aux résidents leur avis ou d'évaluer la situation (« Pensez-vous que ceci ou cela soit possible? »)	=

À l'issue de la formation, 16 items ont évolué positivement, 11 items négativement et 6 items n'ont pas changé.

Concernant les items portant sur des stratégies plutôt générales, les soignants estiment que leur débit de parole est plus adapté lors des échanges avec les résidents, qu'ils parlent moins à la place des résidents, qu'ils prêtent plus attention aux messages non verbaux des résidents et qu'ils utilisent eux-mêmes plus le mode de communication non verbal. En

revanche, ils estiment qu'ils utilisent plus le langage enfantin, que leur discours n'est peut-être pas toujours aussi clairs qu'ils le pensent, qu'ils n'adaptent pas nécessairement la longueur des énoncés en fonction des situations et qu'ils ne ritualisent peut-être pas autant leurs énoncés qu'ils le pensaient en amont de la formation. Leur évaluation reste stable au sujet de laisser le temps aux résidents de répondre lors des échanges et quant à l'écoute des émotions exprimées.

Quant aux items renvoyant à l'adaptation de leur discours lorsque le résident est incompréhensible sur les plans lexical et morphosyntaxique, les soignants estiment qu'ils effectuent plus de demandes de reformulation lexicale et qu'ils sollicitent plus la communication non verbale des résidents. En revanche, ils considèrent qu'il est moins aisé qu'auparavant de demander aux résidents d'effectuer des reformulations morphosyntaxiques, de leur proposer des choix multiples, auxquels ils peuvent répondre par des réponses fermées (oui/non), de désigner des objets et d'utiliser des supports alternatifs. De plus, ils soulignent qu'ils ont tendance à interrompre plus souvent le patient qu'initialement. Enfin, l'évaluation portant sur leur ressenti, quant au fait de prendre appui sur le contexte pour comprendre le résident, est inchangé.

Concernant les items portant sur la communication avec un résident qui semble répondre "à côté" ou "ailleurs", les soignants estiment qu'ils utilisent plus les gestes et les mimiques avec les résidents, qu'ils tâchent d'effectuer des pauses régulières dans leur discours, qu'ils tentent d'étayer leur communication verbale par le biais de précisions, de descriptions quand cela est nécessaire, qu'ils changent de thème de discussion lorsque le sujet ne semble pas y adhérer et qu'ils n'essaient pas de ramener les résidents à la réalité lorsqu'ils s'en écartent. Néanmoins, ils trouvent qu'ils utilisent moins le contact visuel qu'initialement. L'item portant sur leur posture (en face et à la même hauteur que les résidents) est inchangé.

Les résultats aux items portant sur la communication avec un résident qui semble perdre le fil de la conversation sont tous évalués plus positivement qu'au début. Les soignants considèrent donc qu'ils changent moins de sujet de conversation dans ce contexte, qu'ils avertissent les résidents lorsqu'ils le font, qu'ils les laissent revenir spontanément au thème de la discussion et qu'ils prennent appui sur des formulations de recontextualisation lorsque les résidents s'en écartent un peu. Ils estiment également qu'ils synthétisent plus les conversations lorsque le discours tourne en rond et que leurs questionnements en vue de faciliter leur propre compréhension sont similaires. Enfin, ils pensent qu'ils résumant moins les propos des résidents qu'auparavant lorsque ceux-ci se contredisent. Cependant, ils demandent autant leur avis aux résidents qu'initialement dans ce contexte discursif.

L'analyse par le biais des modes de communication (verbal, non verbal et paralangage) révèle qu'à l'issue de la formation, les soignants évaluent plus positivement les items renvoyant à l'utilisation du paralangage (adaptation du débit de parole, pauses régulières dans leur discours).

De plus, on constate que sur le plan de la communication non verbale, plusieurs items ont évolué favorablement (réception et production de messages non verbaux, demande d'utilisation de gestes aux résidents, utilisation de gestes et de mimiques par les soignants). Les échanges avec les soignants lors de la formation permettent de mettre en évidence une confusion terminologique qui semble persister au fil des sessions de formation : « Nous n'avons pas le temps de mimer ». Il est donc nécessaire de dédier un temps d'explication au concept de communication non verbale. Cela peut en partie expliquer ces résultats. En revanche, les items portant sur la demande de désignation d'objets et le maintien du contact visuel ont évolué négativement.

Enfin, sur le plan de la communication verbale, le nombre d'items évalués plus positivement est semblable au nombre d'items évalués négativement. Les soignants ont moins bien noté les items renvoyant à l'adaptation et la ritualisation du lexique et de la morphosyntaxe. Au cours de la formation, un échange a lieu à ce propos. Les professionnels expliquent qu'il leur semble difficile de mettre ce type de stratégies en place, en raison du manque de temps pour effectuer les soins techniques à l'ensemble des résidents. De plus, ils indiquent que la majorité des résidents ne sont pas nécessairement en mesure de reformuler leurs propos. En outre, on constate que l'item portant sur la demande de reformulation lexicale aux résidents a évolué positivement. Concernant la non-interruption du discours, les soignants indiquent que cela n'est pas toujours envisageable. En effet, en fonction du contexte, il est parfois nécessaire d'interrompre le patient afin de poursuivre l'activité : « Quand je suis au PASA avec plusieurs résidents, je suis obligée de couper Madame D., par exemple, sinon elle ne laisse pas de place aux autres résidents ». Cet échange se conclut en indiquant que, dans le cadre de cas particuliers, il peut être difficile de ne pas interrompre le patient. Toutefois, il est rappelé aux soignants que cette compétence est à mettre en place en relation duelle, afin de maintenir la communication. Ils évaluent plus négativement cet item à l'issue de la formation.

Du reste, concernant les supports alternatifs, ils expliquent qu'ils utilisent parfois une ardoise, afin de communiquer à l'écrit avec des résidents non verbaux, mais que ce support est difficile à mettre en place selon eux. Une discussion a également lieu à propos de l'utilisation éventuelle de pictogrammes. Une soignante déclare que : « Les résidents ont du

mal à comprendre les pictogrammes ». Les soignants révèlent que la mise en place de supports alternatifs est limitée par le manque de temps auquel ils sont confrontés lors des prises en soins. Finalement, l'usage de tels supports semble difficilement envisageable. Les résultats obtenus pour cet item, plus négatifs qu'en amont de la formation, en témoignent.

3.3. Session 3 : Présentation des stratégies de communication spécifiques

Lors de la dernière session, un temps d'échange est dédié aux retours concernant la mise en pratique des stratégies générales exposées en session 2. Trois professionnels sur cinq indiquent qu'ils n'ont pas l'impression d'avoir mis en pratique les stratégies proposées. Deux soignants expliquent qu'ils portent une observation plus ciblée sur la communication lors des échanges avec les résidents. À l'issue de cette discussion, l'ensemble des professionnels déclarent qu'ils sont finalement plus attentifs à leur communication depuis la dernière session, même s'ils n'ont pas l'impression de mettre spécifiquement en pratique les stratégies communicationnelles présentées. Une soignante a dit que « Cela reste dans un coin de la tête ». La session 3 consiste en une étude de cas des deux résidentes ayant effectué la passation GECCO. L'objectif est que les professionnels puissent percevoir concrètement les stratégies spécifiques pouvant être mises en place dans leur pratique clinique.

3.3.1. Étude de cas n°1 - Madame D.

3.3.1.1. Anamnèse

Madame D. est née le 23 octobre 1927 (92 ans). Elle est veuve et a trois enfants, huit petits-enfants et trois arrière-petits-enfants. Elle n'est pas sous tutelle. Avant d'entrer en EHPAD, elle vivait en appartement au neuvième étage. Elle était modiste et a exercé en vente. Dans son dossier, il est indiqué qu'elle présente une maladie d'Alzheimer. Elle est diabétique et souffre d'hypertension artérielle. Elle porte des lunettes, ainsi que des appareils auditifs bilatéraux et un appareil dentaire. Elle a été placée en soins de suite et réadaptation gériatrique en décembre 2018, suite à une chute au domicile. Elle est entrée en EHPAD en mars 2019. Madame D. a un GIR à 1 (Présence continue nécessaire).

3.3.1.2. Évaluation cognitive

Au MMSE effectué en octobre 2019, Madame D. a obtenu un score total de 9/30. Le domaine le plus préservé est le langage. Ce résultat est en faveur d'un TNCM sévère.

3.3.1.3. Évaluation de la communication

Madame D. présente une communication efficiente. La moyenne de la fréquence des actes adéquats au cours des trois situations est de 4.37 actes/minute. La moyenne de la

fréquence des actes adéquats et inadéquats au cours des trois situations est de 7.03 actes/minute. Les actes les plus nombreux ont eu lieu lors de la situation « Discussion libre » (10.00 actes/minute). Les actes adéquats les plus nombreux se manifestent lors de la situation « Entrevue dirigée » (7.33 actes/minute). Les actes inadéquats les plus nombreux ont eu lieu lors de la situation « Discussion libre » (5.00 actes/minute). La principale cause de l'inadéquation au cours de cette situation est l'absence de cohérence dans la progression rhématique (2.00 actes/minute). Les actes les plus utilisés sont l'affirmation explication (2,20 actes/minute) et les réponses Wh (1,49 actes/minute). Les actes adéquats les plus utilisés sont les réponses oui/non (1.33 actes/minute), les réponses Wh (1.05 actes/minute), l'affirmation explication (0.78 acte/minute) et les réponses qualification (0.44 acte/minute). Les actes inadéquats les plus utilisés sont l'affirmation explication (1.42 actes/minute), les réponses Wh (0.44 acte/minute) et les mécanismes conversationnels (0.38 acte/minute). Les principales causes de l'inadéquation sont l'absence de cohérence dans la progression rhématique (0.82 acte/minute), l'absence de cohérence dans la relation (0.69 acte/minute) et l'absence de cohésion grammaticale (0.39 acte/minute). Elle parvient à communiquer plus aisément lorsqu'elle doit répondre à des questions fermées (réponse oui/non) et elle est en mesure de produire des phrases qui complètent ou clarifient sa réponse. Toutefois, elle rencontre des difficultés pour rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédisant le dénouement, pour apporter des réponses à des questions ouvertes, pour amorcer ou achever la conversation et pour entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre. De même, elle peine à produire un énoncé accompagnant son action et cherchant à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur, à utiliser des actes qui reconnaissent les énoncés de l'interlocuteur visant à maintenir la conversation, ou à utiliser des formules de politesse. De plus, elle apporte difficilement des éléments informatifs nouveaux et ne parvient pas à articuler les informations de son discours. Lors de l'entretien, Madame D. s'interroge sur les raisons de l'évaluation. Elle a demandé à plusieurs reprises si cet entretien ne va pas lui coûter trop cher. La passation s'est bien déroulée. Cependant, lorsque nous rentrons au sein de l'espace protégé, Madame D. s'est montrée plus agressive.

En conclusion, Madame D. communique davantage lors d'une situation de type « discussion libre ». Toutefois, c'est lorsqu'elle est guidée dans la conversation par l'interlocuteur et qu'elle peut s'appuyer sur le discours du partenaire qu'elle produit le plus d'actes adéquats. De plus, elle produit plus d'actes inadéquats lorsqu'elle doit parler librement, sans aide ni support. Elle rencontre des difficultés à apporter des éléments informatifs nouveaux. Madame D. réussit à communiquer efficacement en apportant des réponses à des

questions ouvertes et fermées, en rendant compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédisant le dénouement en produisant des énoncés qui complètent ou clarifient sa réponse.

3.3.1.4. Observation et analyse d'un enregistrement vidéo

Suite à la présentation des graphiques comparatifs des résultats aux questionnaires en T0 et de l'évaluation de la formatrice, une observation est proposée à partir de l'enregistrement vidéo effectué entre Madame D. et l'AMP, lors de la mise aux toilettes. Les soignants analysent différents éléments. La professionnelle utilise une communication verbale importante avec la résidente, qui semble tout à fait adaptée au contexte. Le lexique et la morphosyntaxe sont globalement adéquats. Toutefois, on constate que la soignante a tendance à employer des mots peu spécifiques du type « ça », sans montrer l'objet désigné à la résidente, ce qui peut entraîner des incompréhensions. Elle utilise également la communication non verbale lors de son échange (maintien du regard, gestes pour accompagner son discours). La conversation a lieu dans un contexte de relation duelle dans un environnement calme. Toutefois, le volume vocal de la soignante est relativement important dans ce contexte. Les soignants indiquent qu'ils ont effectivement tendance à parler fort, en raison des troubles auditifs de certains résidents. Ce constat permet de leur indiquer qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter le volume et qu'ils peuvent privilégier une posture en face des résidents, dans un environnement calme, afin de transmettre leurs messages. Enfin, la soignante emploie l'humour de façon appropriée avec la résidente.

3.3.1.5. Résultats des questionnaires de communication aux soignants – Madame D.

3.3.1.5.1. Comparaison des résultats des soignants aux questionnaires de communication aux soignants – Madame D.

Les moyennes des items restent relativement stables entre T0 et T1. En effet, en T0, la moyenne est de 83,67, puis de 84/140 en T1. Il en est de même pour les médianes obtenues qui sont respectivement de 85 et 86/140. On note donc une légère évolution des résultats entre le T0 et le T1. Le soignant 1 (S1) a vu son évaluation diminuer d'un point et le soignant 3 (S3) de 16 points. En revanche, celle du soignant 2 (S2) augmente de 18 points. Ces résultats hétérogènes mettent en évidence des divergences d'évolution dans l'évaluation de la communication de Madame D. à l'issue de la formation. Toutefois, l'analyse détaillée des items permet de souligner que les évaluations des soignants ont progressé suite à la formation.

Concernant les actes de langage, les soignants ont évalué plus positivement les items renvoyant aux descriptions, sauf pour la description – identification qu'ils ont évalué plus

négativement. Ils évaluent également plus positivement les items renvoyant aux questions rhétoriques, à la qualification et aux actes non verbaux. Enfin, ils ont évalué plus positivement les items renvoyant aux affirmations – évaluation et état interne, mais plus négativement l’affirmation de règles.

S’agissant des causes d’inadéquation, ils ont évalué plus négativement les absences de cohésion grammaticale et lexicale, de feedback à l’interlocuteur et à la situation, ainsi que de continuité thématique (Annexe 10).

3.3.1.5.2. Comparaison des résultats obtenus par les soignants et par la formatrice aux questionnaires de communication aux soignants – Madame D.

On constate que l’évaluation de la formatrice diffère modérément de celles des soignants. La moyenne des scores totaux des questionnaires remplis par les soignants est de 83,67/140 en T0 et 84/140 en T1, tandis que celle de la formatrice est de 72/140. La médiane était de 85 en amont et de 86/140 à l’issue de la formation. Les soignants évaluent tous plus positivement la communication de Madame D. que la formatrice en T0. En T1, un seul soignant apprécie la communication de Madame D. plus négativement que la formatrice. On observe donc une différence de 13 points entre la médiane des soignants et l’évaluation de la formatrice en T0 et une différence de 14 points en T1. L’analyse détaillée des résultats est présentée ci-dessous et en annexe (Annexes 9, 10 et 11).

En outre, il apparaît qu’en T0, pour les items renvoyant aux questions rhétoriques, aux réponses Wh, aux qualifications, aux descriptions – possession, évènement et localisation, ainsi qu’aux affirmations – attribution et explication, l’évaluation des soignants est similaire à celle de la formatrice. En T1, l’évaluation de certains items tend vers l’évaluation de la formatrice, comme pour les items renvoyant aux descriptions – identification et propriété. Les items relatifs aux réponses Wh (« le patient répond par des questions commençant par où, quand ? »), et aux affirmations – explication (« le patient explique et justifie en donnant les causes ») présentent une évaluation similaire à celle de la formatrice en T0 et en T1. Les évaluations des soignants s’éloignent de celle de la formatrice à l’issue de la formation pour certains items.

Concernant les actes de langage, ils apprécient plus positivement que la formatrice les items renvoyant à l’utilisation de questions rhétoriques par la résidente, la qualification, les descriptions – possession, évènement et localisation, les affirmations – état interne et attribution et des actes non verbaux. Lors de la passation de la GECCO par la formatrice, Madame D. utilise peu la communication non verbale. Les soignants expliquent que Madame D. communique souvent par le biais du regard et lève le doigt lorsqu’elle souhaite les

solliciter. Les habiletés communicationnelles de Madame D. semblent donc varier en fonction du contexte de communication.

Quant aux causes d'inadéquation discursive, les soignants s'éloignent de l'évaluation de la formatrice pour les items relatifs à l'absence de cohésion grammaticale, de cohésion lexicale et l'absence de continuité thématique. Les items portant sur l'absence de cohésion grammaticale et de cohésion lexicale sont évalué plus négativement. L'évaluation de certains items tend vers celle de la formatrice, tels que les items renvoyant à l'absence de feedback à la situation, ainsi qu'à l'interlocuteur. En T0, les soignants évaluent 10 items de la même manière que la formatrice. En T1, cela est le cas seulement pour 6 items. Les items relatifs aux réponses Wh, aux affirmations – explication et à l'absence de progression rhématique sont les seuls ayant été évalués similairement par les soignants et la formatrice en T0 et en T1.

Au total, ces résultats mettent en évidence que les soignants ont tendance à légèrement s'éloigner de l'évaluation de la formatrice suite à la formation en évaluant plus positivement les habiletés communicationnelles de Madame D. Toutefois, on constate qu'un plus grand nombre d'items sont évalués de la même manière que la formatrice.

3.3.2. Étude de cas n°2 – Madame G.

3.3.2.1. Anamnèse

Madame G. est née le 8 septembre 1933 (86 ans). Elle est entrée en EHPAD en août 2018. Elle vivait dans une maison avec étage, adaptée en plein pied avec un lit médicalisé. Elle a deux fils et une petite-fille. Un IRM cérébrale de 2015 met en évidence une atrophie bitemporale prédominant à gauche. Un scanner effectué en 2018 révèle une hypodensité périventriculaire et supraventriculaire bilatérale, ainsi qu'une calcification des noyaux gris centraux à gauche. Lors de la consultation mémoire de janvier 2018, Madame G. a un MMSE de 11/30, puis en octobre 2018, de 7/30. Le bilan neuropsychologique de janvier 2018 dévoile une compréhension orale altérée, ainsi qu'une atteinte de la mémoire autobiographique et de la mémoire sémantique. Une apraxie réflexive et une apraxie visuo-constructive sont découvertes également. Le bilan orthophonique de déglutition de juin 2018 n'a pas mis de trouble au jour. Madame G. a un GIR à 3 (Aide pour les soins corporels, plusieurs fois par jour). Dans son dossier, un diagnostic de « démence mixte » est indiqué, sans plus de précisions.

3.3.2.2. Évaluation cognitive

Au MMSE effectué en octobre 2019, Madame G. obtient un score total de 5/30. Le domaine le plus préservé est le langage. Ce résultat est en faveur d'un trouble neurocognitif majeur sévère.

3.3.2.3. Évaluation de la communication

L'évaluation des capacités de communication, à l'aide de la GECCO, a permis de mettre en évidence que Madame G. présente une communication efficiente. En effet, sur le plan de la communication globale, elle a montré que Madame G. produit en moyenne 2,62 actes adéquats par minute au cours des trois situations proposées. Toutefois, la moyenne de la fréquence des actes adéquats et inadéquats au cours des trois situations est de 6,40 actes par minute. Ce constat permet de souligner que Madame G. produit de nombreux actes inadéquats, ce qui contraint les échanges conversationnels. L'analyse quantitative de la communication montre que les actes les plus nombreux ont lieu lors de la situation « discussion libre » (10,00 actes/min). La situation d'« entrevue dirigée » est celle qui a permis le plus d'actes adéquats (3,67 actes/min). Les actes inadéquats les plus nombreux ont eu lieu lors de la « discussion libre » (7,00 actes/min). La cause principale de l'inadéquation au cours de cette situation est l'absence de feedback à l'interlocuteur (2,00 actes/min). Les actes les plus employés sont l'affirmation – explication (1,83 actes/min) et les réponses oui/non (1,62 actes/min). Les actes adéquats les plus utilisés sont les réponses oui/non (0,86 actes/min), les réponses qualification (0,75 actes/min), les actes non verbaux (0,38 actes/min) et les actes d'affirmation d'état interne (0,30 actes/min). Les actes inadéquats les plus utilisés sont l'affirmation explication (1,83 actes/min), les réponses oui/non (0,76 actes/min) et la description d'événement (0,67 actes/min). Ces inadéquations sont dues à des absences de feedback à l'interlocuteur (0,91 actes/min) et un manque de cohérence due à l'absence de continuité thématique (0,89 actes/min) et des contradictions (0,86 actes/min).

En conclusion, Madame G. communique davantage lors des discussions libres. Toutefois, lors de celles-ci, elle présente des difficultés à adapter son discours. Elle produit plus d'actes adéquats lorsque son discours est guidé (entretien dirigé) et qu'elle peut s'appuyer sur les propos de son interlocuteur. Sa communication est efficace lorsqu'elle répond à des questions fermées (réponse oui/non) et qu'elle se fonde sur la communication non verbale (utilisation de gestes, regards, mimiques...). Elle parvient également parfois à clarifier sa réponse et à exprimer son état interne (émotions, sensations). Les difficultés de

Madame G. se situent dans l'adaptation de son discours à la situation de communication et dans le maintien du thème de discussion (tendance à passer du coq à l'âne).

3.3.2.4. Observation et analyse des enregistrements vidéos - Madame G.

Suite à la présentation des graphiques comparatifs des résultats aux évaluations en T0 et de ceux de la formatrice, dont l'objectif est de mettre en évidence les divergences d'évaluation entre les soignants et la formatrice, deux observations vidéo sont proposées. La première vidéo présentée est celle de la toilette de Madame G. avec l'une des soignantes présentes lors de la formation. Suite à ce visionnage, les soignants indiquent que la professionnelle communique de manière adaptée avec la résidente. Ils disent également qu'il leur semble évident d'échanger avec les résidents lors des toilettes. Ils observent que la soignante utilise à la fois la communication verbale (par exemple en nommant les différentes parties du corps de la résidente lors de la toilette), ainsi que la communication non verbale (par exemple, en montrant les parties du corps en même temps). Enfin, ils constatent que la soignante utilise des gestes de réconfort lors de la toilette (par exemple, en posant sa main dans le dos de la résidente). Ces observations sont complétées par celles de la formatrice. En effet, la soignante utilise une communication adaptée lors de cet échange.

Sur le plan de la communication verbale, on constate qu'elle commente ce qu'elle fait et qu'elle demande son avis à la résidente lors de la toilette, en l'interrogeant régulièrement. Par exemple, elle lui demande si elle est d'accord pour porter la tenue choisie par la soignante (« on met ça aujourd'hui ? » en montrant la tenue).

Sur le plan du paralangage, le timbre, le débit et le volume de la voix sont adéquats. De plus, la soignante se conforme au rythme de la résidente et tâche de lui expliquer ce qu'elle fait tout au long de l'intervention. Elle aménage des temps de silences dans son discours.

Sur le plan de la communication non verbale, les mimiques, le contact oculaire, la posture, les gestes, ainsi que la proxémie sont tout à fait adaptés.

Sur le plan de la communication verbale, un élément est cependant à renforcer : la reformulation. En effet, la résidente peine parfois à comprendre les énoncés de la soignante. Par exemple, lorsque la soignante lui demande si : « c'est froid ou pas ? », en l'absence de réponse, l'énoncé pourrait être reformulé tel que : « c'est assez chaud ? ». De plus, on constate que la résidente produit parfois des énoncés auxquels elle n'obtient pas de retour. Il est donc nécessaire de ne pas hésiter à rebondir sur les productions des résidents dans ce contexte, afin de l'inciter à poursuivre les échanges communicationnels.

Une seconde observation est proposée aux soignants. Cette vidéo présente la soignante ASG en interaction avec Madame G. au PASA. La tâche proposée est une description d'images. Les soignants estiment également que la professionnelle a une communication adaptée lors de l'échange.

Sur le plan de la communication verbale, la soignante utilise un lexique adéquat et des énoncés relativement courts qui permettent une compréhension plus aisée par la résidente. Elle interrompt une fois la patiente lors de l'échange, cependant, elle l'invite ensuite à poursuivre.

Sur le plan du paralangage, le timbre, le débit et le volume de la voix sont appropriés.

Sur le plan de la communication non verbale, la soignante emploie des mimiques (de nombreux sourires), un contact oculaire, une posture (face à la résidente, à la même hauteur) et une distance qui sont convenables. On constate toutefois qu'elle utilise peu de gestes lors de l'échange. Après ces observations, les résultats de l'évaluation de la communication de Madame G. par le biais de la GECCO sont exposés aux soignants. Afin de privilégier des actes de communication adéquats avec cette résidente, il est nécessaire de guider les échanges, en proposant des questions fermées et en prenant appui sur la communication non verbale, très riche, de Madame G.

3.3.2.5. Résultats des questionnaires de communication aux soignants – Madame G.

3.3.2.5.1. Comparaison des résultats des soignants aux questionnaires de communication aux soignants – Madame G.

Les moyennes des items évoluent entre T0 et T1. En effet, en T0, la moyenne est de 74,67, mais de 54,33/140 en T1, soit une différence de 12 points. Il en est de même pour les médianes obtenues qui sont respectivement de 72 et 60/140. On note donc une évolution relativement importante des résultats entre le T0 et le T1. Le soignant 1 (S1) voit son évaluation diminuer d'un point, le soignant 2 (S2), de 34 points, et le soignant 3 (S3), de 26 points. Les évaluations des soignants ont donc toutes baissé entre T0 et T1. L'étendue de ces résultats est cependant de 33 points. Ces résultats hétérogènes mettent en évidence que les évaluations des soignants divergent à l'issue de la formation. Ils jugent la communication de Madame G. comme étant moins efficace qu'en T0. L'analyse détaillée des items permet d'appuyer ces variations d'évaluation.

Concernant les actes de langage, les soignants évaluent plus positivement qu'initialement les items relatifs aux questions fermées (oui/non), à la description – événements, aux performatives et aux mécanismes conversationnels. Ils évaluent plus

négativement les items renvoyant aux réponses « Wh », à la description – identification et aux affirmations – de règles, état interne et explication.

Quant aux causes d'inadéquation, ils évaluent plus négativement les contradictions, mais plus positivement toutes les autres, hormis l'absence de cohésion grammaticale qui est inchangée (Annexes 14).

3.3.2.5.2. Comparaison des résultats obtenus par les soignants et par la formatrice aux questionnaires de communication aux soignants – Madame G.

On constate que l'évaluation effectuée par la formatrice diffère massivement de celles des soignants en amont de la formation. En effet, la moyenne des scores totaux des soignants est de 74,67, tandis que celle de la formatrice est de 39/140. Ils jugent tous la communication de Madame G. plus positivement que la formatrice. Ces résultats mettent également en avant que les évaluations de la communication de Madame G. par deux soignants évoluent nettement, tandis que l'évaluation d'un soignant demeure relativement similaire entre le T0 et le T1. Cela explique notamment la différence observée entre la moyenne et la médiane à l'issue de la formation. On remarque également que la médiane a diminué entre T0 et T1, respectivement de 72 à 60/140. L'analyse détaillée des résultats est présentée ci-après, ainsi qu'en annexe, sous forme de tableaux (Annexes 15, 16 et 18).

Concernant les actes de langage, on découvre en T0 que les items évalués comme la formatrice sont les mêmes qu'en T1, sauf pour les mécanismes conversationnels. L'évaluation d'un certain nombre d'items tend vers celle de la formatrice en T1. Il s'agit des items relatifs aux réponses oui/non, aux descriptions – identification et localisation, ainsi qu'aux affirmations – évaluation et explication. Les évaluations des soignants qui s'éloignent de l'évaluation de la formatrice portent sur les items renvoyant aux questions fermées (oui/non), aux mécanismes conversationnels et aux contradictions.

Quant aux causes d'inadéquation, les items qui renvoient à l'absence de cohésion lexicale, de feedback à la situation et à l'interlocuteur, de continuité thématique, de progression rhématique et de relation progressent. En T0, 4 items sont évalués de la même façon par les soignants et la formatrice, contre 9 items en T1. Ces résultats permettent de souligner que les soignants évaluent plus précisément la communication de Madame G. suite à la formation. Seuls 3 items sont évalués similairement en T0 et en T1. Ces items se rapportent aux réponses oui/non, à la description – localisation et à l'affirmation – évaluation.

Au total, ces résultats mettent en évidence que les soignants ont tendance à tendre vers l'évaluation de la formatrice, suite à la formation, en évaluant plus négativement les habiletés communicationnelles de Madame G. en T1 qu'en T0.

3.4. Questionnaires de satisfaction

S'agissant de la satisfaction générale des soignants quant à la formation, trois soignants jugent qu'elle est très satisfaisante, deux soignants la trouvent plutôt satisfaisante. Tous les participants estiment avoir reçu un accueil très satisfaisant lors de cette formation.

Sur le plan des attentes qu'avaient les soignants, trois soignants attendaient de « recevoir de l'information », deux désiraient « avoir du soutien dans leur pratique », quatre souhaitaient « parler de leurs difficultés » communicationnelles avec les résidents, cinq ambitionnaient d'« améliorer leur communication avec les résidents », deux voulaient « échanger avec leurs collègues », et enfin, quatre aspiraient à « améliorer leurs capacités communicationnelles ».

Concernant la durée de formation, trois soignants estiment qu'elle est convenable et deux jugent qu'elle est trop courte. Tous les soignants pensent que les échanges lors de cette formation sont très satisfaisants.

A propos des thèmes que les soignants auraient également souhaité aborder lors de la formation, l'un des soignants a indiqué qu'il aurait aimé bénéficier d'une formation ciblant l'évaluation de la déglutition des résidents, puisque c'est un thème qui l'intéresse. Deux soignants ont indiqué qu'ils auraient souhaité aborder « l'adaptation du dialogue face à une personne agressive/ la communication en cas de crise de colère et/ou anxiété ; comment gérer au mieux les situations incompréhensibles à leurs yeux ». Les autres soignants ont indiqué qu'ils n'auraient pas voulu aborder d'autres sujets lors de cette formation.

Concernant les apports de la formation, les soignants ont des réponses diverses. Cet enseignement leur a permis d'effectuer « une auto-évaluation et une remise en question sur leurs pratiques, avec un ajustement bénéfiques pour leurs résidents », « de se remettre en question et d'améliorer le relationnel », d'avoir « une meilleure compréhension de la communication, notamment du langage non verbal », « d'enrichir le registre de la communication », ainsi que « de faire plus attention à leur dialogue, à leurs gestes et aux réponses des résidents et d'essayer de s'assurer qu'ils ont compris la demande ».

Enfin, interrogés sur les compétences à renforcer en communication, les soignants indiquent que « la communication avec mise en place de pictogrammes » et le « langage non verbal » sont à développer. De plus, un soignant explique : « Nous devons toujours revoir notre méthode de communication pour bien l'adapter ». Enfin, un soignant évoque qu'il est encore nécessaire de renforcer « l'attention, l'écoute, même si cela reste difficile, notamment en Espace Protégé ».

4. DISCUSSION

4.1. Recontextualisation

L'objectif du présent mémoire est d'analyser les effets d'une formation sur la communication destinée aux soignants exerçant auprès de patients présentant un TNCM en EHPAD. Les enjeux de cette intervention sont d'analyser les habiletés de communication des soignants et de mettre en place un enseignement visant à améliorer leurs compétences en communication. Cinq soignants, titulaires de leur poste au sein de l'établissement d'intervention et prodiguant des soins quotidiens aux résidents, participent à la formation portant sur la communication dans le cadre des TNCM. Elle se compose de trois sessions d'une heure.

La première session est dédiée à la présentation des aspects théoriques portant sur les TNCM, la communication, ainsi que les troubles de la communication.

La seconde session a pour vocation d'exposer les stratégies générales à mettre en place par les soignants dans le cadre des TNCM. Elles prennent appui sur les résultats des questionnaires d'auto-évaluation de la communication, complétés par les soignants inclus dans cette étude, ainsi que sur l'observation d'une vidéo enregistrée lors d'un repas au réfectoire de l'établissement.

Enfin, la troisième session a pour objectif de mettre en lumière des méthodes plus spécifiques. Deux études de cas sont donc proposées aux soignants, en prenant appui sur l'évaluation des habiletés cognitives et des capacités de communication des deux résidentes sélectionnées, sur les résultats des questionnaires de communication complétés en amont par les soignants, ainsi que sur l'observation de vidéos enregistrées lors d'échanges en relation duelle entre trois soignants et les deux résidentes. À l'issue de la formation, les participants sont invités à compléter de nouveau les questionnaires d'auto-évaluation et de communication, ainsi qu'un questionnaire de satisfaction concernant l'intervention, en vue d'analyser son efficacité.

4.2. Mise en lien avec les recherches antérieures

4.2.1. Bénéfices de la formation

Dans le cadre de ce mémoire, la présentation de la formation est très bien reçue par l'équipe administrative lors d'une réunion d'encadrement au sein de l'établissement. En effet, comme l'indiquent Machiels et al. en 2017, les soignants rencontrent régulièrement des difficultés communicationnelles avec les patients présentant des TNCM, ce qui induit la nécessité de leur proposer une intervention, afin qu'ils puissent prendre conscience des enjeux

et adapter leurs habiletés communicationnelles. La revue de littérature de Morris, et al., en 2018, met en évidence que les formations, dont le bénéfice est le plus important, sont celles qui nécessitent la participation dynamique des participants. La formation proposée dans le cadre de ce mémoire est élaborée en vue de proposer aux soignants d'être actifs lors des différentes sessions. Divers outils sont proposés en ce sens : l'observation d'enregistrements vidéo mettant en scène les participants, ainsi que leurs collègues au sein de l'établissement, comme dans l'étude portant sur la formation « *The voice Study* » (O'Brien, et al., 2018), et des questionnaires remplis par les participants, afin de discuter les résultats et de soulever les problématiques rencontrées au quotidien, qui impactent directement leur communication auprès des résidents.

Eggenberger (2013) indique que les formations portant sur les stratégies de communication dans la prise en soins des TNCM ont un impact significatif sur la communication des aidants professionnels. De plus, ce type d'interventions améliorerait considérablement la qualité de vie et le bien-être des patients, et augmenterait les interactions positives soignant-soigné. Il semble délicat d'affirmer que les résultats obtenus aux différents questionnaires sont significatifs. Cependant, sur les plans qualitatif et quantitatif, de nombreux éléments permettent d'indiquer, à l'issue de la formation, qu'une évolution plutôt positive a lieu.

En outre, les soignants confirment les éléments retrouvés dans la littérature : leur formation initiale est relativement courte et ne leur permet pas toujours de développer des habiletés communicationnelles spécifiques aux TNCM rencontrés dans leur pratique clinique. Les objectifs généraux de cette formation, exposés aux soignants, sont de réactiver et/ou de consolider les connaissances en communication avec les résidents présentant un TNCM, d'être en mesure d'analyser la communication des résidents et d'ajuster leur propre communication en fonction des différents contextes et de mettre en place de nouvelles stratégies dans leur pratique. Il semble, au vu des retours obtenus à partir du questionnaire de satisfaction, que les objectifs sont plutôt atteints, puisque les soignants indiquent notamment que cette formation leur a permis d'enrichir leurs connaissances, d'analyser plus finement leur communication et celle des résidents et de l'adapter en conséquence.

De plus, cette intervention s'inscrivait tout à fait dans la dynamique de l'établissement qui s'appuie sur le concept VITAE CLEMENTIA®, dont l'un des piliers est de favoriser le développement d'une culture médicale et paramédicale innovante. Bien que ces enseignements ne soit pas une innovation dans les institutions gériatriques, les représentants de l'établissement d'intervention semblent désireux de proposer de telles formations. Comme

dans l'étude citée par Eggenberger de Ripich et al., 1994, les soignants indiquent tous être très ou plutôt satisfaits de la formation. Ils ont également le sentiment de mieux comprendre les problématiques rencontrées avec les patients.

4.2.2. Niveau d'appréciation des soignants

Les questionnaires d'auto-évaluation permettent de mettre en évidence que les soignants perçoivent leur communication comme étant efficace, en amont et à l'issue de la formation. L'analyse détaillée des résultats révèle que plusieurs items ont évolué à l'issue de la formation, positivement ou négativement. L'un porte sur l'utilisation du langage non verbal, en réception et en expression. Rousseau (2009) indique que la communication non verbale perdure chez les patients présentant un TNCM et joue un rôle primordial dans le maintien des interactions. La présentation de cette compétence donne lieu à de multiples échanges. Cet aspect est vraisemblablement un point clé de l'intervention. Comme dans la revue de littérature de Machiels en 2017, on retrouve une amélioration de cette aptitude. Il apparaît, au vu des résultats, que le temps accordé à cette notion a impacté l'auto-évaluation des soignants. On peut donc penser que les soignants prêteront désormais plus attention à la communication non verbale des résidents, ainsi qu'à la leur, dans leur pratique quotidienne.

Les résultats obtenus aux questionnaires en T0 et en T1 permettent de mettre en avant que les soignants n'ont pas la même appréciation de certaines compétences à l'issue de la formation. Ces différences touchent notamment les items relatifs à la communication verbale. En effet, ils ont tendance à surévaluer leur communication verbale en T0. Il semble donc que cette intervention les a amenés à prendre conscience de leur propre communication verbale. Certains éléments ne sont peut-être pas aussi maîtrisés que ce qu'ils pouvaient penser, comme, par exemple, la clarté du discours ou encore l'adaptation lexicale et morphosyntaxique de leur discours.

Au total, les soignants estiment que cette intervention leur a permis d'effectuer une auto-évaluation de leur communication, de se questionner quant à leurs pratiques, et de s'ajuster par rapport aux résidents, d'améliorer leur sens relationnel, d'avoir une meilleure compréhension de la communication, notamment du langage non verbal et d'enrichir leur registre des interactions. Cette formation a donc permis aux soignants d'ajuster le niveau d'appréciation de leur propre communication envers les résidents présentant des TNCM et de prendre conscience des éléments maîtrisés et des éléments à renforcer dans leur pratique clinique.

4.2.3. Analyse de la communication des résidentes par les soignants

Le groupe évaluant Madame D. présente une évaluation relativement exacte en amont de la formation, contrairement au groupe évaluant Madame G. Ces résultats peuvent notamment s'expliquer par la différence de profils des résidentes évaluées. En effet, Madame D. présente généralement une communication plus adaptée à la situation que Madame G. De plus, les troubles phasiques de Madame G. limitent bien souvent la compréhension de ses productions par ses interlocuteurs (paraphasies phonémiques, sémantiques, jargon, *etc*). Il semble donc que l'évaluation de la communication de Madame D. soit moins contrainte que celle de Madame G. Suite à la formation, la tendance s'est inversée. En effet, concernant les soignants qui ont évalué la communication de Madame D., les résultats révèlent que les scores bruts obtenus sont relativement similaires en T0 et en T1, tandis que les soignants ayant évalué la communication de Madame G. présentent des scores bruts moindres suite à la formation et se sont donc rapprochés de l'évaluation de la formatrice. Même si les soignants qui ont évalué la communication de Madame D. ne montrent pas d'évolution sur le plan quantitatif entre T0 et T1, lors des sessions de formation, ils indiquent qu'ils prêtent plus attention à leur communication, ainsi qu'à celle des résidents. Ils analysent plus la communication non verbale. De plus, ils sont en mesure de rebondir par des exemples spécifiques de la communication de la résidente. Ils n'en avaient pas forcément conscience, lorsque le profil de Madame D. avait été présenté. Finalement, cette formation a vraisemblablement permis aux soignants d'accéder à une évaluation plus fine des habiletés communicationnelles des résidentes. De fait, les troubles de ces dernières sont difficiles à analyser, à la différence de ceux d'autres patients aux difficultés moins massives.

Globalement, les résultats mettent en avant que les soignants présentent une analyse plus précise des troubles de la communication dans le cadre des TNCM à l'issue de la formation, comme indiqué par Cavrois et al. (2008) pour les aidants familiaux. En revanche, les besoins auraient certainement été mieux comblés avec la mise en place d'une guidance auprès des soignants sur le terrain, suite à la formation.

4.2.4. Mise en pratique des connaissances acquises lors de la formation dans leur pratique clinique quotidienne

Lors de la présentation des stratégies de communication plus générales, les soignants indiquent être à l'aise avec ces dernières. L'étude portant sur l'intervention « *MESSAGE* » (Conway et al, 2016) met en évidence que l'exposé aux soignants de telles tactiques est bénéfique dans leur pratique clinique. Cependant, lors de la troisième session, trois soignants

sur cinq indiquent qu'ils n'ont pas le sentiment de mettre en pratique les stratégies de communication générales exposées. Comme l'indique Morris et al, en 2018, les interventions générales sur la communication semblent moins pertinentes que les interventions ciblées. Ce constat peut nous amener à penser que les soignants sont effectivement à l'aise avec ces stratégies et qu'elles étaient déjà présentes dans leur pratique en amont de la formation. Toutefois, deux soignants indiquent qu'ils ont été plus attentifs suite à ce rappel. Les résultats des auto-évaluations permettent de soulever que certaines stratégies semblent délicates à mettre en place. C'est le cas, par exemple, de la demande de reformulation lorsque la compréhension du discours est difficile pour les soignants, en raison de la contrainte temporelle forte lors des soins effectués au sein de l'établissement. De plus, l'instauration de certaines tactiques, telle que la non-interruption du discours, est influencée par le contexte discursif. En effet, en situation groupale, le soignant intervenant seul est généralement contraint d'interrompre le discours de certains résidents lorsqu'il est logorrhéique. Toutefois, il est nécessaire de mettre en place cette stratégie, en relation duelle, afin de maintenir la communication des résidents. Cette stratégie peut être contournée avec bienveillance, en validant et en valorisant les propos des résidents, mais elle ne doit en aucun cas être effectuée brutalement. Enfin, la mise en place de supports alternatifs semble difficile pour les soignants, en lien avec diverses contraintes (temporelle, économique, la maîtrise des supports, *etc.*).

Au regard de la formation « *MESSAGE* » (Conway et al, 2016), il semble que la formation proposée a permis de développer, en grande partie, les compétences de cette intervention : analyser son expression et son langage corporel, être succinct, simple et familier, maintenir la communication, maximiser l'attention, recevoir le message et encourager et s'engager dans la conversation.

4.3. Limites et perspectives

4.3.1. Contraintes institutionnelles

Le dossier de la DREES, paru en 2016, qui aborde la question des conditions de travail en EHPAD, met en évidence que ces conditions de travail sont vécues difficilement par le personnel soignant, aussi bien physiquement que psychiquement. Comme indiqué dans ce dossier, les participants évoquent à plusieurs reprises qu'ils ont le sentiment de manquer de temps pour effectuer les tâches demandées. Cela s'explique notamment par une amplification des tâches sanitaires, en raison des effectifs parfois restreints, qui affecte le relationnel avec les résidents selon les soignants. De plus, les entrées dans les institutions gériatriques sont de plus en plus tardives. En effet, le maintien à domicile est de plus en plus fréquent lorsque les

personnes âgées présentent des pertes d'autonomie. De nombreux services à la personne sont mis en place pour répondre à ce désir de rester le plus tardivement chez soi. Ils sont généralement moins onéreux, pour les personnes âgées et leurs familles, qu'un hébergement en EHPAD. Dans ce contexte, l'entrée en institution gériatrique apparaît comme étant la dernière étape du parcours de vie de la personne âgée, lorsqu'il n'est plus possible de la maintenir à domicile. Les conséquences sont donc multiples : les résidents sont plus âgés, ils entrent plus tardivement en institution et le niveau de dépendance est plus élevé. Ainsi, les soignants voient leur charge de travail s'alourdir et leurs conditions de travail, se modifier. Leurs missions professionnelles évoluent donc progressivement. Elles portent aujourd'hui davantage sur les tâches de soins, telles que le nursing et l'hygiène de base, au détriment de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des habiletés préservées des résidents.

Les échanges avec les soignants lors de cette formation permettent notamment de montrer leur engagement professionnel et personnel, mentionnés dans le dossier de la DREES. En effet, ils justifient leur orientation professionnelle par deux raisons ; d'une part, la vocation, c'est-à-dire une profession qui s'impose à l'individu en raison de sa nature et de son destin et qui renvoie notamment aux valeurs de la personne, à l'engagement personnel dans son activité et à sa fidélité quant à son engagement ; d'autre part, au choix du soignant pour sa profession, qui est donc un mouvement délibéré de la personne et qui induit un investissement personnel important. Suite aux échanges lors de la formation, il semble que les professionnels ont tous une vision positive de leur profession. Toutefois, on constate que le manque de reconnaissance et la pénibilité qui caractérisent ces professions sont difficiles à vivre. Les professionnels indiquent que les relations avec les résidents ont tendance à être de moins bonne qualité, à cause de leur qualité de travail et des conditions contraintes dans lesquelles ils exercent. Finalement, ces difficultés ne leur permettent pas de s'adapter convenablement aux besoins des résidents, ce qui peut se ressentir au niveau de leur communication. Tous ces obstacles contextuels, évoqués par les soignants lors de la formation, peuvent expliquer leurs difficultés à mettre en place les stratégies au quotidien. Ils ont en effet tendance à justifier leurs propos par des facteurs externes sur lesquels ils n'ont pas de contrôle et dont ils ne sont pas responsables, qui influencent la qualité de leur communication auprès des résidents (les contraintes institutionnelles, le manque de temps dont ils disposent, les difficultés de compréhension des résidents, *etc.*). L'un des objectifs de cette formation est notamment de transmettre aux soignants l'idée que, même dans un contexte contraint et restreint, la mise en place des stratégies exposées est possible et que ces outils peuvent leur permettre de mettre en place une communication plus positive et de meilleure qualité.

4.3.2. Limites méthodologiques

4.3.2.1. La population

Les données présentes au sein des dossiers médicaux des résidentes évaluées dans le cadre de cette étude mettent en évidence la présence de TNCM, d'après les critères du DSM-V. De plus, la passation du MMSE met en avant que les TNCM des résidentes sont sévères, si l'on se rapporte aux degrés de sévérité exposés par Vellas et al, en 2005. Ces éléments permettent donc d'inclure les résidentes dans l'étude. Toutefois, force est de constater que les informations concernant les investigations étiologiques sont sommaires. Cela s'explique notamment par des investigations qui ne sont pas nécessairement poursuivies lorsque les résidents entrent en institution gériatrique et par l'absence d'un médecin au sein de la structure pendant un certain temps.

Les résidentes présentent des étiologies différentes. Madame D. présente une maladie d'Alzheimer avec début tardif (6D80.1 selon la CIM-11), tandis que Madame G. présente une démence mixte, avec une maladie cérébrovasculaire due à la maladie d'Alzheimer (6D80.2 selon la CIM-11). Cela explique notamment les profils communicationnels distincts.

Cinq soignants sont inclus dans cette étude, afin de participer à la formation. Il aurait été intéressant de proposer cette formation à un plus grand nombre de professionnels. Toutefois, les contraintes institutionnelles (organisation des plannings, présence des soignants auprès des résidents...) n'ont pas permis d'en inclure plus.

4.3.2.2. Les outils

4.3.2.2.1. Le support de formation

Le powerpoint de formation est élaboré à partir des données de la littérature, ainsi que des résultats obtenus lors des évaluations. Il s'agit de proposer un support dynamique et accessible pour les soignants. Lors de la première session, les concepts clés sont exposés. Il semble *a posteriori* que, même si les soignants estiment que les notions sont abordables, elles ne sont pas toutes acquises. En effet, les échanges révèlent, à plusieurs reprises, que les concepts ne sont pas toujours stables. La présentation de ces notions aurait très certainement dû être moins conséquente.

Concernant la présentation des stratégies générales, effectuée lors de la session 2, dans la littérature, on constate que les formations centrées exclusivement sur ces stratégies ne permettent pas aux soignants d'enrichir leurs habiletés communicationnelles. Toutefois, il semble important d'effectuer un rappel, afin que les soignants les réactualisent. De plus,

même s'ils indiquent être à l'aise avec ces stratégies, il aurait été intéressant d'observer l'ensemble des professionnels en situation, afin de s'en assurer.

4.3.2.2.2. Enregistrements vidéo

Trois enregistrements vidéo effectués en amont de la formation ont lieu en trinôme (une résidente, un soignant et la formatrice) et un enregistrement est effectué à l'écart du groupe, au réfectoire, par la formatrice. Lorsque les enregistrements ont lieu en trinôme, la communication des soignants est tout à fait adaptée. Les échanges avec les soignants permettent de soulever un biais prévisible lié à, d'une part, la présence d'une tierce personne lors des échanges, d'autre part, le fait d'être filmé, ce qui a un effet sur la communication. Ces situations sont finalement plutôt artificielles. Les soignants filmés indiquent qu'ils ont redoublé d'attention lors de la présence de la formatrice. En outre, les enregistrements vidéo présentent uniquement trois soignants sur les cinq participants. Il aurait été intéressant d'observer et d'analyser la communication de l'ensemble des soignants, en relation duelle, ainsi qu'en situation groupale.

Lors de la deuxième session, le schéma adapté de la communication de Jakobson (1963) (Annexe 7) est proposé en support d'analyse de la communication. Toutefois, aucun soignant ne s'est appuyé sur cet outil pour analyser les échanges entre les soignants et les résidents. En effet, il semblerait que cet outil ne soit adapté au public formé : la présentation du modèle de la communication de Jakobson est trop succincte, alors qu'elle aurait nécessité un temps de présentation nettement plus conséquent, au vu de la complexité des concepts exposés. *A posteriori*, il aurait très probablement été plus pertinent de proposer un outil sous une autre forme, reprenant plutôt les modes de communication, telles que la communication verbale, non verbale et le paralangage, en détaillant les items à observer.

4.3.2.2.3. Questionnaires d'auto-évaluation

Un seul soignant, sur les cinq ayant participé à la formation, obtient un résultat moindre à l'issue de la formation. Cela peut être dû à une surévaluation en amont et/ou une sous-évaluation à l'issue de l'intervention. La présentation des différentes stratégies a certainement impacté l'auto-évaluation de ce dernier. Des connaissances plus approfondies engendrent probablement une appréciation plus sévère de ses habiletés en communication. Une prise de conscience de la non-application, dans sa pratique, des tactiques discutées a peut-être eu lieu.

Certains items présentent une connotation positive et d'autres une connotation négatives (par exemple, l'utilisation du langage enfantin dont les soignants sont conscients

qu'il est à limiter). Ils ont donc certainement répondu sous l'influence de ces connotations, biaisant les résultats de l'auto-évaluation. De plus, le questionnaire est élaboré à partir des items du *Guide de la communication auprès de patients atteints de DTA* de Rousseau. Il ne présente pas de puissance sur le plan psychométrique. L'analyse quantitative est donc à manipuler avec précaution.

4.3.2.2.4. Questionnaire de communication aux soignants

Le questionnaire est une adaptation du questionnaire de communication aux aidants conçu par Cavrois et Rousseau, en 2008. Il reprend le même type d'items que la GECCO (20 actes de langage, 8 causes d'inadéquation). Les soignants indiquent avoir rencontré des difficultés à le compléter en amont de la formation. Il aurait été pertinent d'effectuer la complétion des évaluations en présentiel et d'étayer les items d'exemples, afin de faciliter cette tâche pour eux.

Concernant les résultats obtenus, on constate qu'en fonction des résidentes, les évaluations ne tendent pas toujours vers l'évaluation de la formatrice. Il semble que le contexte a joué un rôle dans ces variations d'évaluation, notamment pour Madame D. En effet, les soignants ont l'habitude d'avoir des échanges avec la résidente en situation groupale. Or, l'évaluation de la formatrice à partir de la GECCO se déroule en situation duelle. De plus, même si l'évolution de l'évaluation de la communication de Madame D. par les soignants change peu au niveau des scores bruts, les connaissances en matière de TNCM, de communication et de troubles de la communication semblent avoir évolué lors des trois sessions de formation et le détail des résultats aux questionnaires de communication montre des modifications entre le T0 et le T1. Peu d'items testent la communication non verbale et le paralangage des résidents. En outre, les items s'appuient sur les classifications de Dore et de Labourel qui, bien que simplifiées, présentent un nombre certain d'actes de langage et de causes d'inadéquation à analyser.

4.3.3. Connaissances théoriques des soignants quant aux troubles de la communication

Il apparaît que les soignants ont acquis et renforcé leurs connaissances concernant les TNCM, la communication et les troubles de la communication que l'on peut rencontrer dans ce contexte. Il aurait été pertinent de proposer une évaluation des connaissances théoriques portant sur les troubles de la communication dans le cadre des TNCM, en amont et à l'issue de la formation. Toutefois, en pratique, il est délicat de proposer un nombre trop important de questionnaires à remplir aux soignants, à cause des contraintes temporelles auxquelles ils se

heurtent. En outre, la formation s'appuie sur le partage d'expériences, en vue d'une prise de conscience des difficultés que peuvent rencontrer ou non les soignants et de leur permettre d'adapter leur propre communication. L'objectif n'est donc pas d'évaluer leurs connaissances à proprement parler.

4.3.4. Points à améliorer lors de la formation

La formation est relativement courte, comme l'indiquent certains soignants dans les questionnaires de satisfaction, complétés à l'issue de ce séminaire. Les interventions exposées dans la littérature sont généralement plus conséquentes, comme, par exemple, dans l'étude présentant la formation « *The Voice Study* » (O'Brien et al., 2018). Cette intervention a lieu pendant deux jours. Cependant, la durée de la formation dans la présente étude est, en partie, liée aux contraintes organisationnelles de l'établissement. Il est donc nécessaire d'adapter le contenu de la formation au temps imparti. En effet, les trois heures dédiées limitent l'impact de cette intervention. Une guidance aurait été nécessaire d'une part, pour accompagner les soignants dans la mise en place des stratégies exposées, d'autre part, pour évaluer l'intérêt de la formation sur le terrain.

L'intervention proposée est constituée d'apports théoriques, ainsi que d'analyses de la communication *via* des enregistrements vidéo. Il apparaît que le support vidéo est bénéfique pour approfondir l'analyse de la communication par les soignants en situation concrète. Toutefois, cette intervention est aussi limitée. Il aurait été pertinent de proposer des mises en situation aux soignants, soit sous forme de jeux de rôle, comme effectué par O'Brien et al., en 2018, ou encore Nguyen et al., en 2019, soit en interaction directe avec les résidents. Ce type d'interventions est intéressant, notamment au niveau de l'appropriation des concepts exposés et de l'analyse de la communication par les soignants.

De plus, la formation déclinée à l'EHPAD s'inscrit dans une approche écologique et pragmatique, issue de la thérapie écosystémique présentée par Rousseau. Elle propose de développer les habiletés de communications des aidants familiaux et/ou professionnels et de proposer une prise en soins individuelle aux patients présentant des TNCM, en vue de maintenir et/ou de compenser les habiletés de communications préservées et/ou altérées. Dans le cadre de cette étude, la mise en place d'une prise en soins individuelle apparaît difficile, en raison des contraintes institutionnelles évoquées. Les résidentes participant aux activités du PASA sont incluses, ainsi que la soignante ASG, afin de tendre vers cette approche. Les résultats auraient peut-être été différents si la thérapie écosystémique avait été introduite telle que présentée.

4.3.5. Niveau d'appréciation de la communication par les soignants

Les soignants apprécient positivement leur communication au travers des questionnaires. Toutefois, il aurait été intéressant de leur proposer des entretiens individuels en amont et à l'issue de la formation, afin de recueillir leur ressenti quant à leur communication. Il aurait pu être proposé, par exemple, de citer des situations de communication délicates ou aisées qu'ils auraient pu rencontrer récemment. Une analyse par modes de communication aurait pu être mise en avant, afin de souligner les compétences à renforcer, à titre individuel.

4.3.6. Thématiques complémentaires

Les soignants auraient souhaité aborder d'autres thématiques lors de cette formation. Certains indiquent qu'ils auraient voulu aborder des compétences spécifiques de communication telles que « l'adaptation du dialogue face à une personne agressive et la communication en cas de crise de colère et/ou anxiété » et « la façon de gérer au mieux les situations incompréhensibles à leurs yeux ». Les stratégies exposées doivent être des outils utilisables dans ce type de situations. Elles ont également pour objectif de limiter la survenue de troubles comportementaux réactionnels à une communication non-adaptée. Toutefois, dans la littérature, on constate que, même si les prises en soins non-médicamenteuses sont largement recommandées, elles ne permettent pas toujours de prévenir totalement les troubles du comportement, fréquemment rencontrés chez les résidents présentant des TNCM.

En outre, les soignants indiquent que les compétences qui sont encore à renforcer sont : la mise en place de supports de communication alternatifs, par le biais de pictogrammes notamment, et le développement de la communication non verbale. Suite à la formation, il semble qu'ils disposent des outils nécessaires pour adapter leur communication non verbale. Cependant, concernant l'utilisation de supports de communication alternatifs, une formation complémentaire est assurément nécessaire, afin qu'ils puissent développer et mettre en place ce type de supports, en fonction des profils cognitifs et communicationnels des résidents. Ils indiquent également qu'il est souhaitable de développer leur attention vis-à-vis des troubles des résidents et d'être plus à leur écoute, bien qu'ils soient confrontés à des contraintes dans leur pratique. Ils gardent aussi à l'esprit qu'il est important d'adapter leur communication au quotidien. Enfin, certains auraient aimé aborder d'autres thèmes tels que « les troubles de la déglutition », indiquant que la présence d'une étudiante en orthophonie dans l'établissement est une opportunité. Cela met en évidence la nécessité de renforcer la formation des soignants dans le cadre des troubles de la déglutition, qui sont très présents au sein des EHPAD et,

d'autre part, l'importance de l'intervention orthophonique au sein des EHPAD, pour accompagner les professionnels et les résidents dans le cadre des troubles de la communication et de la déglutition.

4.3.7. Perspectives

Cette formation est très bien reçue au sein de l'établissement d'intervention, aussi bien par l'équipe d'encadrement que par les soignants. De plus, les résultats obtenus sont plutôt encourageants et accentuent l'intérêt de proposer des formations sur la communication aux soignants intervenant en EHPAD et, plus largement, aux personnes interagissant avec patients souffrant de TNCM. Ce type de formation a lieu au sein des institutions gériatriques, en France. Toutefois, on recense relativement peu d'études mettant en évidence les bénéfices de ces d'interventions.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire est de mettre en évidence le niveau d'appréciation des soignants en EHPAD quant à leurs habiletés de communication envers les résidents présentant un TNCM et de souligner les bénéfices d'une formation sur les troubles de la communication dans le cadre de ces troubles.

À l'issue de cette intervention, les soignants ont modifié l'appréciation de leur communication vis-à-vis des résidents. Ils semblent avoir pris conscience que leur communication verbale peut être ajustée et que leur communication non verbale peut être un outil majeur lors de leurs échanges avec les résidents. La mise en pratique des stratégies générales et ciblées apparaît hétérogène, compte tenu des retours des soignants. Toutefois, il semble que cette formation a permis de réactiver et de consolider les connaissances des soignants, quant aux troubles de la communication. On peut donc penser qu'ils prêteront dorénavant plus attention à leurs interactions, aussi diverses soient-elles, avec les résidents. Une observation en situation de l'ensemble des participants aurait été nécessaire après la formation, afin d'observer ou non la mise en pratique des stratégies exposées et d'accompagner les soignants dans cette démarche.

Les résultats obtenus aux questionnaires de communication des résidentes révèlent une modification de l'analyse de la communication des résidents par les soignants. Finalement, ils ont été en mesure d'analyser plus finement les troubles communicationnels des résidentes, notamment dans le cadre de troubles massifs. Ces résultats encouragent donc la poursuite de la mise en place de ce type d'interventions en EHPAD, qui s'avèrent bénéfiques pour les soignants et, par conséquent, pour les résidents présentant des TNCM.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2016). Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Annoni, J.M., Chouiter, Démonet, J.-F. (2016). Troubles cognitifs liés au vieillissement : Évolution récente des concepts et stratégies diagnostiques. *Revue Médicale Suisse*. 12, 774-779. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-515/Troubles-cognitifs-lies-au-vieillissement-evolution-recente-des-concepts-et-strategies-diagnostiques>
- Banovic, S., Zunic, L. J., Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Materia Socio-Medica*, 30(3), 221-224. doi : 10.5455/msm.2018.30.221-224
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., et al. (2011). Communication. *Dans Dictionnaire d'orthophonie* (3^e éd.). Isbergues: Ortho Edition.
- Cavrois, A., Rousseau Thierry. (2008). Création d'un questionnaire dans le cadre d'un questionnaire de l'approche écosystémique. Comment l'aidant principal apprécie-t-il les capacités communicationnelles de son proche atteint de la Maladie d'Alzheimer? *Glossa*. 105, 18-34. Disponible sur : http://www.glossa.fr/pdfs/105_20090126141349.pdf
- Conway, E. R., Chenery, H. J. (2016). Evaluating the MESSAGE Communication Strategies in Dementia training for use with community-based aged care staff working with people with dementia : A controlled pretest–post-test study. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 1145-1155. doi: 10.1111/jocn.13134
- Eggenberger, E., Heimerl, K., Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care : A systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. doi: 10.1017/S1041610212001664
- Folstein, M. F., Folstein, S., McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State : A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- HAS. (2016). L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833747/fr/l-accueil-et-l-accompagnement-des-personnes-atteintes-d-une-maladie-neuro-degenerative-en-pole-d-activites-et-de-soins-adaptes-pasa

HAS. (2018a). Communiquer malgré les troubles de la mémoire ou du langage. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_14_communiquer_troubles_memoire_langage.pdf

HAS. (2018b). Maladies « apparentées » mais différentes. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_2_maladies_apparentees_differentes.pdf

HAS. (2018c). Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf

Hauw, J.-J. (2019). Les lésions (anomalies) du système nerveux et le mécanisme de la maladie. Dans *La Maladie d'Alzheimer*. Paris : Que sais-je?, 64-75.

Jakobson, R. (1963). Essais de linguistique générale. Paris: Les Editions de Minuit

Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P. H., et al. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 37-46. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., et al. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.5. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

Moritz-Gasser, D. (2013). Maladie d'alzheimer et langage : Un nouvel éclairage. Dans J. Touchon, V. Brun, A. Gabelle (Dir.), *Maladie d'Alzheimer et communication*. Montpellier : Sauramps Médical.

Morris, L., Horne, M., McEvoy, P., et al. (2018). Communication training interventions for family and professional carers of people living with dementia : A systematic review of effectiveness, acceptability and conceptual basis. *Aging Mental Health*, 22(7), 863-880. doi: 10.1080/13607863.2017.1399343.

Nguyen, H., Terry, D., Phan, H., et al. (2019). Communication training and its effects on carer and care-receiver outcomes in dementia settings : A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1050-1069. doi : 10.1111/jocn.14697

O'Brien, R., Goldberg, S. E., Pilnick, A., et al. (2018). The VOICE study – A before and after study of a dementia communication skills training course. *PLOS ONE*, 13(6), e0198567. doi : 10.1371/journal.pone.0198567

OMS. (2018). L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

OMS. (2019a). ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f199015879>

OMS. (2019b). La démence. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/dementia>

Reilly, J., Rodriguez, A. D., Lamy, M., et al. (2010). Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias : An overview. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 438-452. doi : [10.1016/j.jcomdis.2010.04.011](https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.04.011)

Robert, A., Vergnault, L., Rousseau, T., et al. (2012). Efficacité de la thérapie écosystémique de la communication sur les troubles du comportement dans la démence de type Alzheimer. *Glossa*, 111, 31-40. Disponible sur : <http://glossa.fr/userdata/2cfda2d128a5fcc0e8d3b89beda2ec27.pdf>

Rochoy, M., Chazard, E., Bordet, R. (2019). Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 17(1), 99-105. doi : 10.1684/pnv.2018.0778

Rousseau, T., Loyau, M. (2006). Influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(31), 43-49. doi : 10.1016/S1627-4830(06)75221-7

Rousseau, T. (1993). Communication et Maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 36, 44-48.

Rousseau, T. (2007). Approches thérapeutiques des troubles cognitifs et de la communication dans les démences. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitives*, 17(1), 45-52. doi : JTCC-03-2007-17-1-1155-1704-101019-200701184

Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 503(5), 429-444. Disponible sur :

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

Rousseau, T. (2016). Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication (GECCO). Isbergues : Ortho Edition.

Rousseau, T. (2018). Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Small, J., Perry, J. A. (2012). Training family care partners to communicate effectively with persons with alzheimer's disease : The TRACED program. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36, 332-350. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/publication/286029985_Training_family_care_partners_to_communicate_effectively_with_persons_with_alzheimer%27s_disease_The_TRACED_program

Tran, T. M., Boye, M., Mejias, S. (2019). Contribution de l'analyse de corpus d'échanges conversationnels à la compréhension des troubles de la communication verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Corpus*, 19. Disponible sur :

<https://journals.openedition.org/corpus/4203>

Vellas, B., Gauthier, S., Allain, H., et al. (2005). Consensus sur la démence de type Alzheimer au stade sévère. *La Revue de Gériatrie*, 13. Disponible sur :

http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/recos/2005_Consensus_sur_la_demence_de_type_Alzheimer_au_stade_severe.pdf

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. A., et al. (2014). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification des actes verbaux selon la Taxonomie de Dore

Annexe 2 : Classification des actes non verbaux selon Labourel

Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation de la communication

Annexe 4 : Comparaison des résultats médians des items aux questionnaires d'auto-évaluation de la communication des soignants en T0 et T1

Annexe 5 : Tableau des résultats détaillés des questionnaires d'auto-évaluation de la communication par les soignants

Annexe 6 : Questionnaire de communication aux soignants

Annexe 7 : Schéma de la communication de Jakobson adapté pour l'analyse des enregistrements vidéo

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction

Annexe 9 : Comparaison des résultats médians des questionnaires de communication aux soignants en T0 et T1 par rapport à l'évaluation de la formatrice – Madame D.

Annexe 10 : Tableau de synthèse des résultats des évaluations de la communication de Madame D.

Annexe 11 : Synthèse des résultats de la comparaison entre les médianes des soignants aux questionnaires de la communication de Madame D. en T0 et T1 et ceux de la formatrice

Annexe 12 : Détails des résultats aux questionnaires de communication de Madame D.

Annexe 13 : Comparaison des différences entre les médianes des items des questionnaires des soignants (S1, S2 et S3) et les résultats obtenus par la formatrice à l'issue de l'évaluation GECCO, en amont (T0) et à l'issue (T1) de la formation – Madame D.

Annexe 14 : Comparaison des résultats médians des questionnaires de communication aux soignants en T0 et T1 par rapport à l'évaluation de la formatrice – Madame G.

Annexe 15 : Comparaison des résultats aux questionnaires de la communication aux soignants ciblant l'évaluation de la communication de Madame G. en amont et à l'issue de la formation

Annexe 16 : Synthèse des résultats de la comparaison entre les médianes des soignants aux questionnaires de la communication de Madame G. en T0 et T1 et ceux de la formatrice

Annexe 17 : Détails des résultats aux questionnaires de communication de Madame G.

Annexe 18 : Comparaison des différences entre les médianes des items des questionnaires des soignants (S1, S2 et S3) et les résultats obtenus par la formatrice à l'issue de l'évaluation GECCO, en amont (T0) et à l'issue (T1) de la formation – Madame G.

Annexe 1 : Classification des actes verbaux selon la Taxonomie de Dore

1. Les questions

Trois types de questions sont exposés dans cette classification :

- 1) Les questions oui/non, soit les questions fermées, renvoient à la demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel (exemple : êtes-vous fatigué?) ou à la demande de permission (exemple : est-ce que je peux m'en aller ?).
- 2) Les questions « Wh », soit les questions ouvertes, qui renvoient à une demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment. La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation.
- 3) Les questions rhétoriques renvoient à une demande adressée à l'interlocuteur afin qu'il répète ce qu'il vient de dire (exemple : vous comprenez ?) ou une demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre (exemple : d'accord ?).

2. Les réponses

Trois types de réponses sont exposés dans cette classification :

- 1) Les réponses oui/non qui ont lieu suite à une question oui/non. L'interlocuteur répond en confirmant, en niant ou d'une autre manière le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord (exemple : non, je ne suis pas fatigué).
- 2) Les réponses « Wh » ont lieu suite à une question « Wh » (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment). L'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information attendue. (exemple : Pourquoi êtes-vous ici ? Réponse « Wh » : Je suis venu pour passer des examens.)
- 3) Enfin, le dernier type de réponse est la qualification. C'est un énoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message (exemple : non je ne suis pas fatigué, qualification : parce que je me suis reposé avant de venir)

3. La description

Dans cette classification, cinq types de description sont décrits :

- 1) La description – identification permet de nommer un objet, une personne, un événement ou une situation (exemple : c'est une table).

- 2) La description – possession sert à indiquer qui possède un objet ou une idée (exemple : l'homme a une voiture).
- 3) La description – événement permet de décrire un événement, une action ou une démarche (exemple : le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et l'a écrasé).
- 4) La description – propriété permet de décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'évènements ou de situations (exemple : c'est un bureau en bois, de couleur marron).
- 5) La description – localisation sert à décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un évènement (exemple : le vase est sur la table).

4. L'affirmation

Au sein de cette classification, il existe cinq types d'affirmations : règles/faits, évaluation, état interne, attribution et explication.

- 1) L'affirmation de règles sert à déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications (exemple : il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage).
- 2) L'affirmation – évaluation permet d'exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'évènements ou de situations (exemple : cette chaise n'est pas solide).
- 3) L'affirmation – état interne permet d'exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action (exemple : je me sens mal).
- 4) L'affirmation – explication permet d'exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions) des capacités, des intentions d'autrui (exemple : il est surpris).
- 5) L'affirmation – attribution permet de rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le dénouement (exemple : s'il ne m'écoute pas, je ne lui parle plus).

5. Mécanismes conversationnels

Les mécanismes conversationnels peuvent être les marqueurs de frontière, l'appel, l'accompagnement, le retour et les marqueurs de politesse.

- 1) Les mécanismes conversationnels – marqueurs de frontière servent à amorcer ou à achever l'interaction ou la conversation (exemple : comme je le disais hier...).
- 2) Les mécanismes conversationnels – appel servent à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'interlocuteur (exemple : écoutez-moi).

- 3) Les mécanismes conversationnels – accompagnement sont des énoncés accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur (exemple : ce que je lis devrait vous intéresser).
- 4) Les mécanismes conversationnels – retour mettent en évidence la reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou les insertions visant à maintenir la conversation (exemple : d'accord, ok,...)
- 5) Les mécanismes conversationnels – marqueurs de politesse renvoie à la politesse rendue explicite dans le discours du locuteur (exemple : je vous en prie allez-y).

6. Les performatives

Au sein de cette classification, il existe sept types de performatives :

- 1) La performative – action renvoie aux demandes adressées au récepteur en vue d'accomplir une action (ordres) (exemple : allez me chercher le livre).
- 2) La performative – jeu de rôle renvoie au jeu fantaisiste où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages (exemple : un enfant qui joue au marchand).
- 3) La performative – protestation renvoie aux objections au comportement prévisible de l'interlocuteur (exemple : ne faites pas ça).
- 4) La performative – blague renvoie aux messages humoristiques (toute plaisanterie ou humour). La performative – marqueur de jeu renvoie au fait d'amorcer, de poursuivre ou de terminer un jeu (concerne surtout les enfants, par exemple « allez, on joue à la marchande »).
- 5) La performative – proclamer renvoie au fait d'établir des faits par le discours (par exemple : celui qui dit cela est un menteur).
- 6) La performative – avertissement sert à prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non (par exemple : attention, vous allez glisser).
- 7) La performative – taquiner qui renvoie au fait de s'amuser à contrarier l'interlocuteur (par exemple : et vous croyez que ce que vous m'avez dit suffira pour deviner ce qu'il y a sur cette image).

7. Divers

Cette catégorie d'actes de langage renvoie aux actes non conventionnels et aux actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrasies sémantiques ou phonologiques).

Annexe 2 : Classification des actes non verbaux selon Labourel

Cette classification contient différents types d'actes non verbaux : les gestes, l'expression faciale, le regard et le silence.

1. Les gestes :

Les gestes obéissent à différentes fonctions. Labourel a décliné les gestes à fonction :

- Référentielle : ce sont les gestes à fonction illustratrice quand ils accompagnent ou remplacent le discours. Ils peuvent être : mimétique (relation d'analogie au référent, par exemple, positionner ses mains en forme de rond pour évoquer un ballon), déictique (relation spatiale précise ou vague au référent, par exemple, montrer du doigt une direction à suivre) ou symbolique (renvoie au code culturel ou personnel, relation arbitraire et conventionnelle au référent, par exemple, mettre le pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire).
- Communicationnelle : ce sont les gestes qui font référence à la situation et aux interlocuteurs. Ils sont plus ou moins volontaires et peuvent avoir différentes valeurs : expressive ou émotive (se rapporte à l'émetteur, par exemple porter la main à sa poitrine pour indiquer que l'on est vraiment impliqué dans nos propos), conative (se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose, par exemple, pointer son index sur l'interlocuteur en signe de mise en garde) ou encore phatique ou régulatrice (se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne continuité de l'échange, par exemple, tendre la main à l'interlocuteur pour lui signifier qu'il peut poursuivre).
- Métalinguistique : ce type de gestes peut également avoir différentes fonctions telles que : prosodique (fait partie du discours comme élément prosodique, par exemple, taper sur la main au rythme de syllabe pour marquer l'importance de ce que l'on dit), de redondance (geste redondant par rapport au discours, par exemple, faire le signe « non » de la tête et dire « non » simultanément) et de commentaire (le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé, par exemple, un mouvement oscillatoire de la main afin d'exprimer le doute par rapport à ce qui est dit).

2. L'expression faciale

L'expression faciale renvoie à la prise en compte de l'expressivité du visage (par exemple, une moue dubitative).

3. Le regard

Le regard fait également partie des actes non verbaux. Toutefois, seuls sont pris en compte les aspects du regard considérés comme comportement de communication : le contact visuel (par exemple, un regard soutenu apportant un feedback à l'interlocuteur), la mobilité du regard (par exemple, le regard s'oriente vers une direction, ce qui permet de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale) ou encore l'expressivité du regard (par exemple, les yeux qui s'ouvrent largement pour exprimer la surprise).

4. Le silence

Enfin, les silences font également partie des actes non verbaux. En effet, ces pauses survenant au cours de l'échange signifiant peuvent exprimer la réflexion (qui permet les opérations mentales, par exemple, interruption du discours pour mieux préparer ce qui sera dit par la suite) ou l'interaction (pauses à caractère social où l'interlocuteur manifeste sa reconnaissance du degré et du type de participation attendue (laisser la parole à l'interlocuteur

Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation de la communication

Auto-évaluation de la communication

Coter chaque question de 0 à 5 selon la fréquence d'utilisation des actes en entourant les étoiles :

0 = jamais 1 = rarement 2 = parfois 3 = assez souvent 4 = souvent 5 = très souvent

Ce questionnaire d'auto-évaluation de la communication vise le recueil de vos ressentis quant à la qualité de vos échanges avec les résidents.

Il n'a pas vocation à juger vos compétences soignantes en matière de communication.

Les réponses au questionnaire resteront confidentielles

N°	Questions	Note /5
Généralités		
1	Adaptez-vous votre débit de parole lors des échanges avec les résidents?	★ ★ ★ ★ ★
2	Laissez-vous suffisamment de temps aux résidents pour répondre lors des échanges?	★ ★ ★ ★ ★
3	Vous arrive-t-il de parler à la place des résidents? Si oui, pouvez-vous préciser dans quelles situations ?	★ ★ ★ ★ ★
4	Vous arrive-t-il d'utiliser un langage enfantin avec les résidents? Si oui, pouvez-vous donner quelques exemples ?	★ ★ ★ ★ ★
5	Pensez-vous être clair et logique dans votre discours et dans vos intentions de communication avec les résidents ?	★ ★ ★ ★ ★
6	Pensez-vous à adapter la longueur des phrases que vous utilisez en fonction de la situation ?	★ ★ ★ ★ ★
7	Dans une même situation, avec un même résident, avez-vous tendance à privilégier les mêmes mots, les mêmes phrases ?	★ ★ ★ ★ ★
8	Pensez-vous être à l'écoute des émotions exprimées par les résidents ?	★ ★ ★ ★ ★
9	Prêtez-vous attention aux messages non verbaux des résidents ? Si oui, pouvez-vous préciser le type de messages non verbaux ?	★ ★ ★ ★ ★
10	Utilisez-vous le langage non verbal lorsque vous échangez avec les résidents ? Si oui, pouvez-vous préciser le type de messages non verbaux	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque le discours des résidents est incompréhensible, du point de vue du vocabulaire et de la grammaire :		
11	Encouragez-vous le patient à produire d'autres phrases, qui lui sont plus accessibles ?	★ ★ ★ ★ ★
12	Proposez-vous des choix multiples, auxquels ils peuvent répondre par oui/non, afin de comprendre ce qu'ils souhaitaient exprimer ?	★ ★ ★ ★ ★
13	Demandez-vous de donner un mot en rapport avec le mot que vous n'avez pas compris (synonyme, qualificatif...)?	★ ★ ★ ★ ★
14	Demandez-vous aux résidents de s'exprimer avec des gestes ?	★ ★ ★ ★ ★
15	Demandez-vous aux résidents de désigner, de montrer ce qu'ils souhaitent?	★ ★ ★ ★ ★
16	Vous arrive-t-il d'interrompre les résidents dans leur discours, lorsque celui-ci est confus, même si vous parvenez à en dégager le sens ?	★ ★ ★ ★ ★

17	Vous appuyez-vous sur le contexte pour comprendre ?	★ ★ ★ ★ ★
18	Utilisez-vous des supports alternatifs pour favoriser la communication, lorsque celle-ci est difficile (mots écrits, pictogrammes...) ? Si oui, lesquels ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque les résidents semblent répondre “à côté” ou “ailleurs” :		
19	Essayez-vous d’établir et de maintenir le contact visuel ?	★ ★ ★ ★ ★
20	Utilisez-vous des gestes, des mimiques afin de faciliter la compréhension et attirer l’attention ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque les résidents semblent répondre “à côté” ou “ailleurs” :		
21	Vous placez vous face aux résidents, à la même hauteur ?	★ ★ ★ ★ ★
22	Faites-vous des pauses régulières dans votre discours ?	★ ★ ★ ★ ★
23	Lorsque la compréhension est difficile, apportez-vous des précisions, des descriptions, des définitions des termes employés ?	★ ★ ★ ★ ★
24	Lorsque vous échangez autour d’un thème, mais que vous constatez que le patient n’y adhère pas, changez-vous de thème ?	★ ★ ★ ★ ★
25	Essayez-vous de ramener les résidents à la réalité lorsqu’ils s’en écartent ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque les résidents semblent perdre le fil de la conversation :		
26	Changez-vous de sujet de conversation ?	★ ★ ★ ★ ★
27	Prévenez-vous les résidents avec des phrases du type « maintenant nous allons parler de... » lorsque vous changez de sujet de conversation ?	★ ★ ★ ★ ★
28	Laissez-vous les résidents revenir spontanément au thème de discussion s’il s’en écarte un peu ?	★ ★ ★ ★ ★
29	Utilisez-vous des phrases du type « vous me parliez de... » lorsque les résidents s’écartent du thème de conversation ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque le discours semble tourner en rond :		
30	Vous arrive-t-il de résumer ce qui a été dit ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque le discours est décousu :		
31	Posez-vous des questions au patient afin de faciliter votre compréhension ?	★ ★ ★ ★ ★
Lorsque les résidents se contredisent au sein de leur discours :		
32	Vous arrive-t-il de leur demander « vous m’avez dit ceci et vous m’avez dit cela. Est-ce ceci ou cela ? », afin de comprendre leurs propos ?	★ ★ ★ ★ ★
33	Vous arrive-t-il de demander aux résidents leur avis ou d’évaluer la situation (« pensez-vous que ceci ou cela soient possibles? »)	★ ★ ★ ★ ★

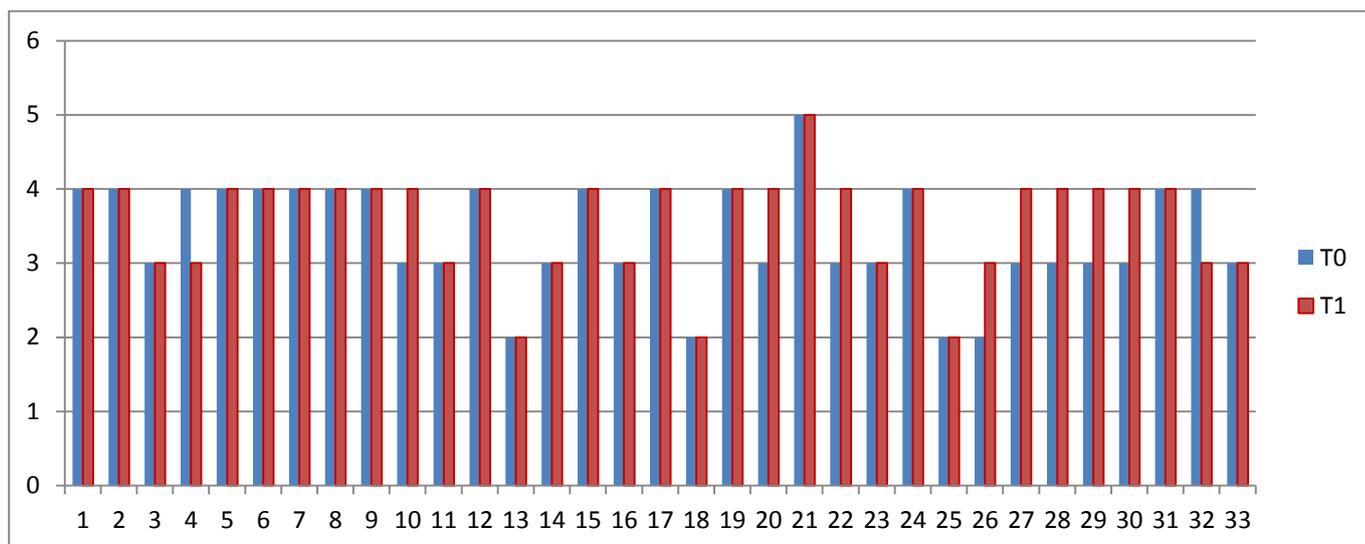
Autres remarques éventuelles non évoquées dans le questionnaire ci-dessus, portant sur les aspects communicationnels dans votre exercice quotidien :

.....

.....

.....

Annexe 4 : Comparaison des résultats médians des items aux questionnaires d'auto-évaluation de la communication des soignants en T0 et T1



Annexe 5 : Tableau des résultats détaillés des questionnaires d'auto-évaluation de la communication par les soignants

item	S1		S2		S3		S4		S5		Moyenne des items		Différence des moyennes de T0 à T1	Médiane des items		Différence des médianes de T0 à T1
	T0	T1	T0	T1		T0	T1									
1	3	4	4	4	3	4	5	5	4	4	3,80	4,2	-0,40	4	4	0
2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	3	3,80	3,8	0,00	4	4	0
3	1	1	5	2	3	5	2	3	3	4	2,80	3	-0,20	3	3	0
4	3	3	5	4	4	2	5	4	3	3	4,00	3,2	0,80	4	3	1
5	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4,00	3,8	0,20	4	4	0
6	4	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4,20	3,8	0,40	4	4	0
7	4	4	4	3	3	1	4	4	3	4	3,60	3,2	0,40	4	4	0
8	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4,00	4	0,00	4	4	0
9	4	4	4	5	4	3	5	5	3	4	4,00	4,2	-0,20	4	4	0
10	2	4	3	4	4	4	3	4	1	3	2,60	3,8	-1,20	3	4	-1
11	2	4	3	2	4	2	3	3	3	3	3,00	2,8	0,20	3	3	0
12	1	4	4	4	5	4	5	2	4	4	3,80	3,6	0,20	4	4	0
13	2	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2,40	2,8	-0,40	2	2	0
14	3	4	2	4	3	3	4	1	1	2	2,60	2,8	-0,20	3	3	0
15	4	4	4	5	5	3	5	4	4	4	4,40	4	0,40	4	4	0
16	3	3	3	1	4	2	5	5	3	3	3,60	2,8	0,80	3	3	0
17	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4,00	4	0,00	4	4	0
18	2	2	4	4	2	0	5	5	1	1	2,80	2,4	0,40	2	2	0
19	3	3	3	4	5	4	5	5	4	3	4,00	3,8	0,20	4	4	0

Item	S1		S2		S3		S4		S5		Moyenne des items		Différence des moyennes de T0 à T1	Médiane des items		Différence des médianes de T0 à T1
	T0	T1	T0	T1		T0	T1									
20	4	4	3	4	3	4	5	5	3	3	3,60	4	-0,40	3	4	-1
21	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4,60	4,6	0,00	5	5	0
22	3	3	2	4	5	3	4	5	3	4	3,40	3,8	-0,40	3	4	-1
23	3	3	3	4	3	2	1	5	3	3	2,60	3,4	-0,80	3	3	0
24	3	4	3	4	4	3	5	5	4	4	3,80	4	-0,20	4	4	0
25	3	2	2	1	2	4	3	4	2	2	2,40	2,6	-0,20	2	2	0
26	5	2	2	1	1	4	3	3	1	3	2,40	2,6	-0,20	2	3	-1
27	3	4	4	4	1	1	3	5	3	3	2,80	3,4	-0,60	3	4	-1
28	2	3	3	4	3	2	5	4	3	4	3,20	3,4	-0,20	3	4	-1
29	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3,40	3,8	-0,40	3	4	-1
30	3	2	4	5	3	3	3	5	3	4	3,20	3,8	-0,60	3	4	-1
31	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4,00	4,4	-0,40	4	4	0
32	4	3	4	2	4	2	5	5	4	4	4,20	3,2	1,00	4	3	1
33	3	3	2	3	4	2	5	5	3	3	3,40	3,2	0,20	3	3	0
Moyenne	3,12	3,33	3,45	3,64	3,55	3,00	4,09	4,21	3,12	3,42	3,47	3,52	-0,05	3	3,42	0
Somme /165	103	110	114	120	117	99	135	139	103	113	114,40	116,2	-1,80	114	113	4

Annexe 6 : Questionnaire de communication aux soignants

Questionnaire de Communication aux Soignants

Adaptation du Questionnaire de communication aux aidants de ROUSSEAU et CAVROIS (2008)

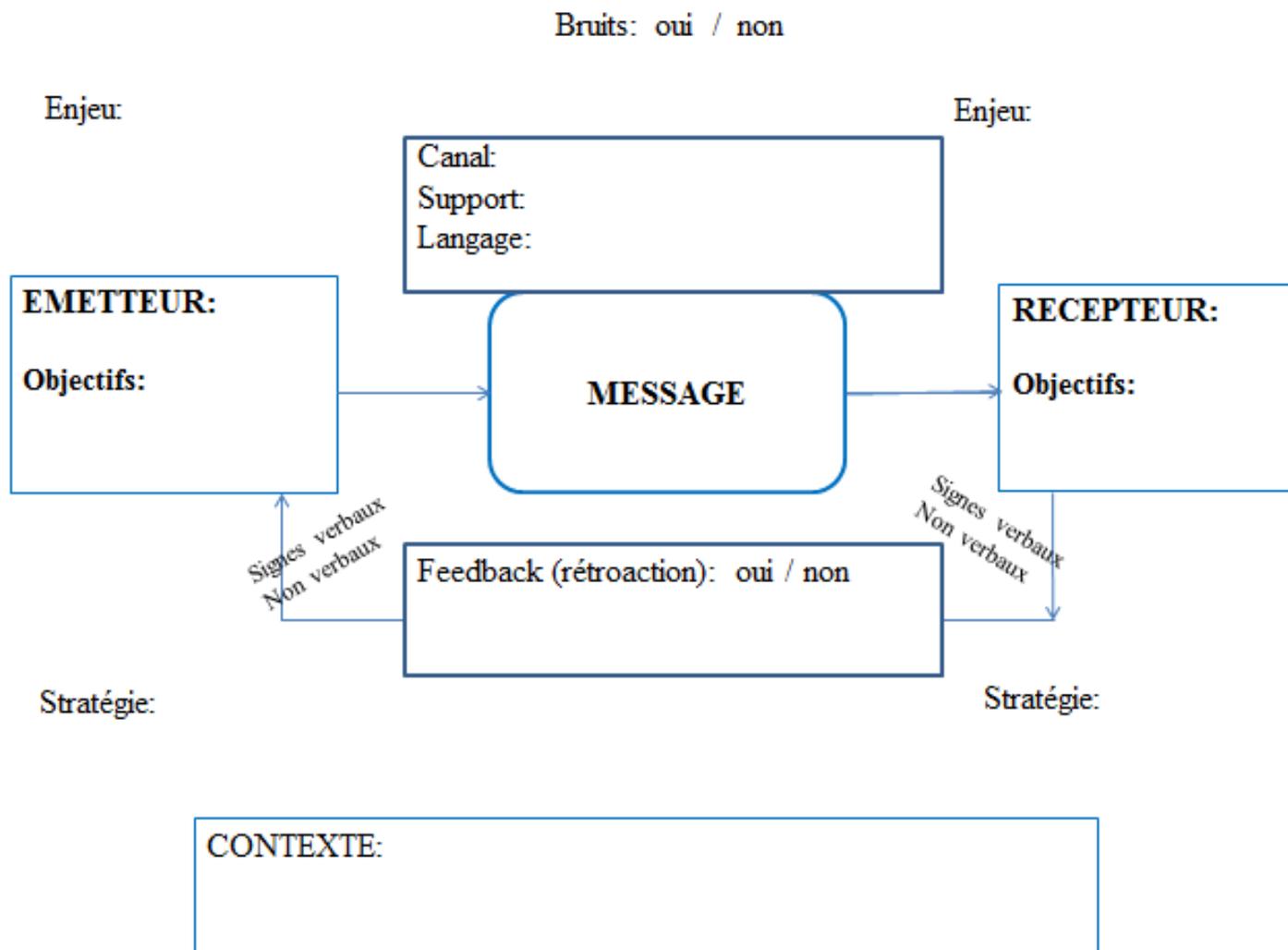
Coter chaque question de 0 à 5 selon la fréquence d'utilisation des actes en entourant les étoiles :

0 = jamais 1 = rarement 2 = parfois 3 = assez souvent 4 = souvent 5 = très souvent

N°	Questions	Note /5
1	Le patient pose des questions auxquelles on répond par oui/non (ex. : « Avez-vous des enfants ? »).	★ ★ ★ ★ ★
2	Le patient pose des questions commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Quelle heure est-il ? »).	★ ★ ★ ★ ★
3	Le patient s'assure de votre compréhension par une question (ex. : « D'accord ? »).	★ ★ ★ ★ ★
4	Le patient répond par oui ou par non à une question (ex. : « Non, je n'ai pas faim »).	★ ★ ★ ★ ★
5	Le patient répond à une question commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Il est dans la cave »).	★ ★ ★ ★ ★
6	Le patient répond à une question et justifie sa réponse (ex. : « Non. Je n'ai pas faim parce que je viens de manger un gâteau »).	★ ★ ★ ★ ★
7	Le patient nomme correctement : un objet, une personne, un évènement, une situation (ex. : « C'est mon fils »).	★ ★ ★ ★ ★
8	Le patient informe sur la possession d'un objet ou d'une idée (ex. : « Ma voiture est verte »).	★ ★ ★ ★ ★
9	Le patient décrit un évènement, une action, un déroulement... (ex. : « Chez le boulanger, j'ai acheté une baguette et un pain »).	★ ★ ★ ★ ★
10	Le patient décrit les caractéristiques : d'un objet, de situations... (ex. : « C'est un chat noir à taches blanches et aux yeux bleus »).	★ ★ ★ ★ ★
11	Le patient décrit le lieu, la direction... (ex. : « Le chien est sous la table »).	★ ★ ★ ★ ★
12	Le patient détermine des règles, des procédures (ex. : « Quand il pleut, mieux vaut sortir couvert »).	★ ★ ★ ★ ★
13	Le patient exprime ses impressions, ses jugements... (ex. : « Cet homme n'est pas honnête »).	★ ★ ★ ★ ★
14	Le patient exprime ses émotions... (ex. : « Je suis content »).	★ ★ ★ ★ ★
15	Le patient attribue des idées, des intentions, des émotions aux autres... (ex. : « Elle a l'air triste »).	★ ★ ★ ★ ★
16	Le patient explique et justifie en donnant les causes, les raisons... (ex. : « Elle sourit parce qu'elle a gagné au loto »).	★ ★ ★ ★ ★
17	Le patient manifeste sa présence au sein de la conversation en la débutant, en la poursuivant ou en l'interrompant... (ex. : « Comme je vous l'ai déjà dit », « regardez-moi », « tout à fait »).	★ ★ ★ ★ ★

18	<p>Le patient établit des faits par le discours (ex. : « Je vous déclare mari et femme »).</p> <p>Il prévient et avertit (ex. : « Attention ! »).</p> <p>Il donne des ordres (ex. : « Viens ici ! »).</p> <p>Il fait de l'humour, il taquine.</p>	★ ★ ★ ★ ★
19	<p>Le patient utilise des expressions toutes faites plus ou moins conventionnelles (ex. : « L'habit ne fait pas le moine », « ce n'est pas un perdreau de l'année »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
20	<p>Le patient utilise des gestes, des mimiques, des regards pour communiquer (ex. : Il pointe du doigt, il mime, son visage, son regard sont expressifs...).</p>	★ ★ ★ ★ ★
21	<p>Le patient utilise des mots ou des expressions qui n'existent pas et qui empêchent de le comprendre (ex. : « Ma femme est darumou » « le colchipan est rouge »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
22	<p>Le patient fait des fautes de grammaire qui empêchent la compréhension de la phrase (ex. : « Il a mangé pour que il n'avait pas faim »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
23	<p>Le patient répond à une demande par une phrase sans lien avec celle-ci (ex. : « Quelle est votre date de naissance ? Il répond : je m'appelle Henri »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
24	<p>Le patient n'agit pas ou ne s'exprime pas de façon adéquate par rapport à la situation (ex. : « On lui demande de signer un papier, il décrit ce qu'il a mangé ce matin »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
25	<p>Le patient passe du coq à l'âne (ex. : « J'attends le facteur. Mon pull est bleu »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
26	<p>Le patient tourne en rond, il n'apporte pas de nouvelle information dans ses phrases (ex. : « Je suis malade parce que j'ai une maladie »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
27	<p>Le patient n'utilise pas de lien entre ses phrases (ex. : « Elle pleure, elle dessine, elle va chez sa grand-mère »).</p>	★ ★ ★ ★ ★
28	<p>Le patient se contredit (ex. : « Je déteste les haricots. Ce midi, je vais manger des haricots »).</p>	★ ★ ★ ★ ★

Annexe 7 : Schéma de la communication de Jakobson adapté pour l'analyse des enregistrements vidéo



Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction

Date :

Statut :

Sexe : H / F

De manière globale, vous avez trouvé cette formation :

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Pas du tout satisfaisante | 3. Plutôt satisfaisante |
| 2. Plutôt pas satisfaisante | 4. Très satisfaisante |

Si insatisfaisante, pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....

L'accueil que vous avez reçu était :

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. Pas du tout satisfaisant | 3. Plutôt satisfaisant |
| 2. Plutôt pas satisfaisant | 4. Très satisfaisant |

Si insatisfaisant, pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....

Quelles attentes aviez-vous de cette formation ?

- | | |
|---|--|
| 1. Recevoir des informations | 4. Améliorer la communication avec les résidents |
| 2. Avoir du soutien dans votre pratique | 5. Echanger avec vos collègues |
| 3. Parler de vos difficultés | 6. Améliorer vos capacités communicationnelles |

Autre(s) attente(s) :

.....
.....

La durée de la formation était :

- | | | |
|----------------|---------------|----------------|
| 1. Trop courte | 2. Convenable | 3. Trop longue |
|----------------|---------------|----------------|

Les échanges lors de cette formation vous ont semblé :

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Pas du tout satisfaisants | 3. Plutôt satisfaisants |
| 2. Plutôt pas satisfaisants | 4. Très satisfaisants |

Si insatisfaisants, pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....

Auriez-vous souhaité aborder des thèmes en plus ?

.....
.....

Quels sont selon vous les apports de cette formation portant sur la communication ?

.....
.....

Pensez-vous avoir encore certaines compétences à renforcer en communication ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Annexe 9: Comparaison des résultats médians des questionnaires de communication aux soignants en T0 et T1 par rapport à l'évaluation de la formatrice – Madame D.

Actes de langage – Madame D.				
n°	Production	Ecart médian S/F T0	Ecart médian S/F T1	Evolution S/F
1	Question oui/non	+1	+1	=
2	Question “ Wh ”	+1	+1	=
3	Question rhétorique	0	+2	-
4	Réponse oui/non	-1	-1	=
5	Réponse “ Wh ”	0	0	=
6	Qualification	0	+1	-
7	Description-identification	+1	0	+
8	Description-possession	0	+1	-
9	Description-événement	0	+1	-
10	Description – propriété	-1	0	+
11	Description - localisation	0	+1	-
12	Affirmation de règles	+1	+1	=
13	Affirmation – évaluation	+1	-1	=
14	Affirmation – état interne	+1	+2	-
15	Affirmation - attribution	0	+1	-
16	Affirmation - explication	0	0	=
17	Mécanismes conversationnels	-1	-1	=
18	Performative	-1	-1	=
19	Divers	+2	+2	=
20	Actes non verbaux	+2	+3	-

Causes d'inadéquation – Madame D.

N°	Production	Ecart médianes S/F T0	Ecart médiane S/F T1	Evolution S/F
21	Absence de cohésion grammaticale	-1	-2	-
22	Absence de cohésion lexicale	-1	-2	-
23	Absence de feedback à l'interlocuteur	+2	0	+
24	Absence de feedback à la situation	+3	+2	+
25	Absence de continuité thématique	0	-1	-
26	Absence de progression rhématique	0	0	=
27	Absence de relation	+2	+2	=
28	Contradiction	1	1	=

Annexe 10 : Tableau de synthèse des résultats des évaluations de la communication de Madame D.

	S1	S2	S3	Moyenne S1, S2, S3 (Ecart-Type)	Médiane	Formatrice	Différence entre la moyenne S1, S2, S3 et la formatrice	Différence entre la médiane S1, S2, S3 et la formatrice
En amont de la formation (Score/140)	87	79	85	83,67	85	72	14,67	13
A l'issue de la formation (Score/140)	86	97	69	84	86		12	14
Différence entre Q1 et Q2	-1	-18	+16	-0,33	-1			

Annexe 11 : Synthèse des résultats de la comparaison entre les médianes des soignants aux questionnaires de la communication de Madame D. en T0 et T1 et ceux de la formatrice

	T0			T1		
Similaires (= 0)	10			6		
Différent d'un point (+1/-1)	13	+1	7	14	+1	9
		-1	6		-1	5
Différent de deux points (+2/-2)	4	+2	4	7	+2	5
		-2	0		-2	2
Différent de trois points (+3 / -3)	1	+3	1	1	+3	1
		-3	0		-3	0

Annexe 12 : Détails des résultats aux questionnaires de communication de Madame D.

item	S1		S2		S3		Moyenne des items		Différence des moyennes de T0 à T1	Médiane des items		Différence des médianes de T0 à T1	Formatrice	Comparaison médiane T0 /formatrice	Comparaison médiane T1/formatrice	Différences comparaisons médianes /Formatrice
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1		T0	T1					
1	4	4	2	5	4	4	3,33	4,33	-1,00	4	4	0	3	1	1	0
2	4	4	4	4	4	3	4,00	3,67	0,33	4	4	0	3	1	1	0
3	0	3	1	4	4	2	1,67	3,00	-1,33	1	3	-2	1	0	2	-2
4	4	4	4	4	2	3	3,33	3,67	-0,33	4	4	0	5	-1	-1	0
5	3	3	0	3	4	2	2,33	2,67	-0,33	3	3	0	3	0	0	0
6	2	1	2	4	2	3	2,00	2,67	-0,67	2	3	-1	2	0	1	-1
7	4	3	4	4	3	3	3,67	3,33	0,33	4	3	1	3	1	0	1
8	0	1	3	4	2	3	1,67	2,67	-1,00	2	3	-1	2	0	1	-1
9	0	3	2	3	2	1	1,33	2,33	-1,00	2	3	-1	2	0	1	-1
10	3	4	2	3	2	2	2,33	3,00	-0,67	2	3	-1	3	-1	0	-1
11	4	4	3	4	2	3	3,00	3,67	-0,67	3	4	-1	3	0	1	-1
12	3	2	2	4	2	1	2,33	2,33	0,00	2	2	0	1	1	1	0
13	3	1	4	3	3	1	3,33	1,67	1,67	3	1	2	2	1	-1	2
14	3	4	4	4	3	3	3,33	3,67	-0,33	3	4	-1	2	1	2	-1
15	3	2	2	4	2	3	2,33	3,00	-0,67	2	3	-1	2	0	1	-1
16	2	2	0	3	2	0	1,33	1,67	-0,33	2	2	0	2	0	0	0
17	2	4	3	3	4	3	3,00	3,33	-0,33	3	3	0	4	-1	-1	0
18	2	2	3	4	2	2	2,33	2,67	-0,33	2	2	0	3	-1	-1	0
19	2	1	1	3	2	2	1,67	2,00	-0,33	2	2	0	0	2	2	0
20	3	4	2	4	4	4	3,00	4,00	-1,00	3	4	-1	1	2	3	-1
21	5	4	4	1	4	3	4,33	2,67	1,67	4	3	1	5	-1	-2	1
22	5	4	4	1	4	3	4,33	2,67	1,67	4	3	1	5	-1	-2	1
23	5	4	4	2	4	1	4,33	2,33	2,00	4	2	2	2	2	0	2
24	5	4	4	3	4	2	4,33	3,00	1,33	4	3	1	1	3	2	1
25	2	3	4	3	4	2	3,33	2,67	0,67	4	3	1	4	0	-1	1
26	5	3	3	4	3	2	3,67	3,00	0,67	3	3	0	3	0	0	0
27	4	4	4	4	4	4	4,00	4,00	0,00	4	4	0	2	2	2	0
28	5	4	4	5	3	4	4,00	4,33	-0,33	4	4	0	3	1	1	0
Total	87	86	79	97	85	69	83,67	84	-0,33	85	86	-1	72	13	14	-1

Annexe 13 : Comparaison des différences entre les médianes des items des questionnaires des soignants (S1, S2 et S3) et les résultats obtenus par la formatrice à l'issue de l'évaluation GECCO, en amont (T0) et à l'issue (T1) de la formation – Madame D.

N°	Questions	Actes de langage	T0	T1	Evolution
1	Le patient pose des questions auxquelles on répond par oui/non (ex. : « Avez-vous des enfants ? »).	Question oui/non	+1	+1	=
2	Le patient pose des questions commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Quelle heure est-il ? »).	Question « Wh »	+1	+1	=
3	Le patient s'assure de votre compréhension par une question (ex. : « D'accord ? »).	Question rhétorique	0	+2	↓
4	Le patient répond par oui ou par non à une question (ex. : « Non, je n'ai pas faim »).	Réponse oui/non	-1	-1	=
5	Le patient répond à une question commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Il est dans la cave »).	Réponse « Wh »	0	0	=
6	Le patient répond à une question et justifie sa réponse (ex. : « Non. Je n'ai pas faim parce que je viens de manger un gâteau »).	Qualification	0	+1	↓
7	Le patient nomme correctement : un objet, une personne, un évènement, une situation (ex. : « C'est mon fils »).	Description-identification	+1	0	↑
8	Le patient informe sur la possession d'un objet ou d'une idée (ex. : « Ma voiture est verte »).	Description – possession	0	+1	↓
9	Le patient décrit un évènement, une action, un déroulement... (ex. : « Chez le boulanger, j'ai acheté une baguette et un pain »).	Description – évènement	0	+1	↓
10	Le patient décrit les caractéristiques : d'un objet, de situations... (ex. : « C'est un chat noir à taches blanches et aux yeux bleus »).	Description – propriété	-1	0	↑
11	Le patient décrit le lieu, la direction... (ex. : « Le chien est sous la table »).	Description - localisation	0	+1	↓
12	Le patient détermine des règles, des procédures (ex. : « Quand il pleut, mieux vaut sortir couvert »).	Affirmation de règles	+1	+1	=
13	Le patient exprime ses impressions, ses jugements... (ex. : « Cet homme n'est pas honnête »).	Affirmation – évaluation	+1	-1	=
14	Le patient exprime ses émotions... (ex. : « Je suis content »).	Affirmation – état interne	+1	+2	↓
15	Le patient attribue des idées, des intentions, des émotions aux autres... (ex. : « Elle a l'air triste »).	Affirmation - attribution	0	+1	↓
16	Le patient explique et justifie en donnant les causes, les raisons... (ex. : « Elle sourit parce qu'elle a gagné au loto »).	Affirmation - explication	0	0	=

17	Le patient manifeste sa présence au sein de la conversation en la débutant, en la poursuivant ou en l'interrompant... (ex. : « Comme je vous l'ai déjà dit », « regardez-moi », « tout à fait »).	Mécanismes conversationnels	-1	-1	=
18	Le patient établit des faits par le discours (ex. : « Je vous déclare mari et femme »). Il prévient et avertit (ex. : « Attention ! »). Il donne des ordres (ex. : « Viens ici ! »). Il fait de l'humour, il taquine.	Performative	-1	-1	=
19	Le patient utilise des expressions toutes faites plus ou moins conventionnelles (ex. : « L'habit ne fait pas le moine », « ce n'est pas un perdreau de l'année »).	Divers	+2	+2	=
20	Le patient utilise des gestes, des mimiques, des regards pour communiquer (ex. : Il pointe du doigt, il mime, son visage, son regard sont expressifs...).	Actes non verbaux	+2	+3	-
		Causes d'inadéquation			
21	Le patient utilise des mots ou des expressions qui n'existent pas et qui empêchent de le comprendre (ex. : « Ma femme est darumou » « le colchipan est rouge »).	Absence de cohésion grammaticale	-1	-2	-
22	Le patient fait des fautes de grammaire qui empêchent la compréhension de la phrase (ex. : « Il a mangé pour que il n'avait pas faim »).	Absence de cohésion lexicale	-1	-2	-
23	Le patient répond à une demande par une phrase sans lien avec celle-ci (ex. : « Quelle est votre date de naissance ? Il répond : je m'appelle Henri »).	Absence de feedback à l'interlocuteur	+2	0	+
24	Le patient n'agit pas ou ne s'exprime pas de façon adéquate par rapport à la situation (ex. : « On lui demande de signer un papier, il décrit ce qu'il a mangé ce matin »).	Absence de feedback à la situation	+3	+2	+
25	Le patient passe du coq à l'âne (ex. : « J'attends le facteur. Mon pull est bleu »).	Absence de continuité thématique	0	-1	-
26	Le patient tourne en rond, il n'apporte pas de nouvelle information dans ses phrases (ex. : « Je suis malade parce que j'ai une maladie »).	Absence de progression rhématique	0	0	=
27	Le patient n'utilise pas de lien entre ses phrases (ex. : « Elle pleure, elle dessine, elle va chez sa grand-mère »).	Absence de relation	+2	+2	=
28	Le patient se contredit (ex. : « Je déteste les haricots. Ce midi, je vais manger des haricots »).	Contradiction	+1	+1	=

Annexe 14 : Comparaison des résultats médians des questionnaires de communication aux soignants en T0 et T1 par rapport à l'évaluation de la formatrice – Madame G.

Actes de langage – Madame G.				
n°	Production	Ecart médiane S/F T0	Ecart médiane S/F T1	Evolution S/F
1	Question oui/non	+1	+3	⬇️
2	Question “ Wh ”	+2	+2	=
3	Question rhétorique	+1	+1	=
4	Réponse oui/non	0	0	=
5	Réponse “ Wh ”	+2	+1	⬇️
6	Qualification	-1	-1	=
7	Description-identification	+1	0	⬇️
8	Description-possession	+1	+1	=
9	Description-événement	-2	-1	⬆️
10	Description – propriété	+1	+1	=
11	Description - localisation	0	0	=
12	Affirmation de règles	+2	+1	⬇️
13	Affirmation – évaluation	0	0	=
14	Affirmation – état interne	+2	+1	⬇️
15	Affirmation - attribution	+2	+2	=
16	Affirmation - explication	+1	0	⬇️
17	Mécanismes conversationnels	0	+2	⬆️
18	Performative	+3	+2	⬇️
19	Divers	+1	+1	=
20	Actes non verbaux	-1	-1	=

Causes d'inadéquation – Madame G.

n°	Production	Ecart médiane S/F T0	Ecart médiane S/F T1	Evolution S/F
21	Absence de cohésion grammaticale	+2	+2	=
22	Absence de cohésion lexicale	+2	0	+
23	Absence de feedback à l'interlocuteur	+3	+1	+
24	Absence de feedback à la situation	+2	0	+
25	Absence de continuité thématique	+2	0	+
26	Absence de progression rhématique	+3	+1	+
27	Absence de relation	+2	0	+
28	Contradiction	+1	+2	-

Annexe 15 : Comparaison des résultats aux questionnaires de la communication aux soignants ciblant l'évaluation de la communication de Madame G. en amont et à l'issue de la formation.

	S1	S2	S3	Moyenne S1, S2, S3 (Ecart-Type)	Médiane	Formatrice	Différence entre la moyenne S1, S2, S3 et la formatrice	Différence entre la médiane S1, S2, S3 et la formatrice
En amont de la formation (Score/140)	63	72	89	74,67 (0,78)	72	39	35,67	33 (23,57%)
A l'issue de la formation (Score/140)	62	38	63	54,33 (0,73)	60		15,33	21 (15%)
Différence entre Q1 et Q2	-1	-34	-26	-20,34	-12			

Annexe 16 : Synthèse des résultats de la comparaison entre les médianes des soignants aux questionnaires de la communication de Madame G. en T0 et T1 et ceux de la formatrice

Evaluation	T0		T1		
Similaires (= 0)	4		9		
Différent d'un point (+1/-1)	10	+1	8	+1	9
		-1	2	-1	3
Différent de deux points (+2/-2)	11	+2	10	+2	6
		-2	1	-2	0
Différent de trois points (+3 / -3)	3	+3	3	+3	1
		-3	0	-3	0

Annexe 17 : Détails des résultats aux questionnaires de communication de Madame G.

item	S1		S2		S3		Moyenne des items		Différence des moyennes de T0 à T1	Médiane des items		Différence des médianes de T0 à T1	Formatrice	Différence médiane T0/formatrice	Différence médiane T1/formatrice	Différence des différences médianes /Formatrice
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1		T0	T1					
1	2	4	2	3	4	4	2,67	3,67	-1,00	2	4	-2	1	1	3	-2
2	3	3	3	2	2	3	2,67	2,67	0,00	3	3	0	1	2	2	0
3	1	2	2	0	4	3	2,33	1,67	0,67	2	2	0	1	1	1	0
4	0	3	3	2	4	3	2,33	2,67	-0,33	3	3	0	3	0	0	0
5	2	3	4	0	4	3	3,33	2,00	1,33	4	3	1	2	2	1	1
6	2	2	1	1	4	2	2,33	1,67	0,67	2	2	0	3	-1	-1	0
7	3	2	4	1	3	2	3,33	1,67	1,67	3	2	1	2	1	0	1
8	1	2	2	1	3	2	2,00	1,67	0,33	2	2	0	1	1	1	0
9	1	2	1	0	3	2	1,67	1,33	0,33	1	2	-1	3	-2	-1	-1
10	2	2	1	1	2	2	1,67	1,67	0,00	2	2	0	1	1	1	0
11	2	2	2	1	4	2	2,67	1,67	1,00	2	2	0	2	0	0	0
12	1	1	2	0	4	3	2,33	1,33	1,00	2	1	1	0	2	1	1
13	3	3	2	0	3	3	2,67	2,00	0,67	3	3	0	3	0	0	0
14	4	5	4	2	4	3	4,00	3,33	0,67	4	3	1	2	2	1	1
15	1	3	3	2	3	3	2,33	2,67	-0,33	3	3	0	1	2	2	0
16	0	1	2	0	4	2	2,00	1,00	1,00	2	1	1	1	1	0	1
17	0	4	1	0	2	3	1,00	2,33	-1,33	1	3	-2	1	0	2	-2
18	3	2	2	2	4	3	3,00	2,33	0,67	3	2	1	0	3	2	1
19	0	1	1	0	2	1	1,00	0,67	0,33	1	1	0	0	1	1	0
20	3	4	5	2	4	4	4,00	3,33	0,67	4	4	0	5	-1	-1	0
21	5	2	2	2	2	1	3,00	1,67	1,33	2	2	0	0	2	2	0
22	3	1	5	2	2	1	3,33	1,33	2,00	3	1	2	1	2	0	2
23	3	0	3	1	3	3	3,00	1,33	1,67	3	1	2	0	3	1	2
24	3	1	4	3	3	1	3,33	1,67	1,67	3	1	2	1	2	0	2
25	2	1	4	1	3	1	3,00	1,00	2,00	3	1	2	1	2	0	2
26	3	1	2	4	3	1	2,67	2,00	0,67	3	1	2	0	3	1	2
27	5	1	2	1	3	1	3,33	1,00	2,33	3	1	2	1	2	0	2
28	5	4	3	4	3	1	3,67	3,00	0,67	3	4	-1	2	1	2	-1
Total	63	62	72	38	89	63	74,67	54,33	20,33	72	62	10	39	33	23	10

Annexe 18 : Comparaison des différences entre les médianes des items des questionnaires des soignants (S1, S2 et S3) et les résultats obtenus par la formatrice à l'issue de l'évaluation GECCO, en amont (T0) et à l'issue (T1) de la formation – Madame G.

N°	Questions	Actes de langage	T0	T1	Evolution
1	Le patient pose des questions auxquelles on répond par oui/non (ex. : « Avez-vous des enfants ? »).	Question oui/non	+1	+3	-
2	Le patient pose des questions commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Quelle heure est-il ? »).	Question « Wh »	+2	+2	=
3	Le patient s'assure de votre compréhension par une question (ex. : « D'accord ? »).	Question rhétorique	+1	+1	=
4	Le patient répond par oui ou par non à une question (ex. : « Non, je n'ai pas faim »).	Réponse oui/non	0	0	=
5	Le patient répond à une question commençant par : où, quand, comment, pourquoi, qui, que... (ex. : « Il est dans la cave »).	Réponse « Wh »	+2	+1	+
6	Le patient répond à une question et justifie sa réponse (ex. : « Non. Je n'ai pas faim parce que je viens de manger un gâteau »).	Qualification	-1	-1	=
7	Le patient nomme correctement : un objet, une personne, un évènement, une situation (ex. : « C'est mon fils »).	Description-identification	+1	0	+
8	Le patient informe sur la possession d'un objet ou d'une idée (ex. : « Ma voiture est verte »).	Description – possession	+1	+1	=
9	Le patient décrit un évènement, une action, un déroulement... (ex. : « Chez le boulanger, j'ai acheté une baguette et un pain »).	Description – évènement	-2	-1	+
10	Le patient décrit les caractéristiques : d'un objet, de situations... (ex. : « C'est un chat noir à taches blanches et aux yeux bleus »).	Description – propriété	+1	+1	=
11	Le patient décrit le lieu, la direction... (ex. : « Le chien est sous la table »).	Description - localisation	0	0	=
12	Le patient détermine des règles, des procédures (ex. : « Quand il pleut, mieux vaut sortir couvert »).	Affirmation de règles	+2	+1	+
13	Le patient exprime ses impressions, ses jugements... (ex. : « Cet homme n'est pas honnête »).	Affirmation – évaluation	0	0	=
14	Le patient exprime ses émotions... (ex. : « Je suis content »).	Affirmation – état interne	+2	+1	+
15	Le patient attribue des idées, des intentions, des émotions aux autres... (ex. : « Elle a l'air triste »).	Affirmation - attribution	+2	+2	=
16	Le patient explique et justifie en donnant les causes, les raisons... (ex. : « Elle sourit parce qu'elle a gagné au loto »).	Affirmation - explication	+1	0	+
17	Le patient manifeste sa présence au sein de la conversation en la débutant, en la poursuivant ou en l'interrompant... (ex. : « Comme je vous l'ai déjà dit », « regardez-moi », « tout à fait »).	Mécanismes conversationnels	0	+2	-

18	Le patient établit des faits par le discours (ex. : « Je vous déclare mari et femme »). Il prévient et avertit (ex. : « Attention ! »). Il donne des ordres (ex. : « Viens ici ! »). Il fait de l'humour, il taquine.	Performative	+3	+2	+
19	Le patient utilise des expressions toutes faites plus ou moins conventionnelles (ex. : « L'habit ne fait pas le moine », « ce n'est pas un perdreau de l'année »).	Divers	+1	+1	=
20	Le patient utilise des gestes, des mimiques, des regards pour communiquer (ex. : Il pointe du doigt, il mime, son visage, son regard sont expressifs...).	Actes non verbaux	-1	-1	=
		Causes d'inadéquation			
21	Le patient utilise des mots ou des expressions qui n'existent pas et qui empêchent de le comprendre (ex. : « Ma femme est darumou » « le colchipan est rouge »).	Absence de cohésion grammaticale	+2	+2	=
22	Le patient fait des fautes de grammaire qui empêchent la compréhension de la phrase (ex. : « Il a mangé pour que il n'avait pas faim »).	Absence de cohésion lexicale	+2	0	+
23	Le patient répond à une demande par une phrase sans lien avec celle-ci (ex. : « Quelle est votre date de naissance ? Il répond : je m'appelle Henri »).	Absence de feedback à l'interlocuteur	+3	+1	+
24	Le patient n'agit pas ou ne s'exprime pas de façon adéquate par rapport à la situation (ex. : « On lui demande de signer un papier, il décrit ce qu'il a mangé ce matin »).	Absence de feedback à la situation	+2	0	+
25	Le patient passe du coq à l'âne (ex. : « J'attends le facteur. Mon pull est bleu »).	Absence de continuité thématique	+2	0	+
26	Le patient tourne en rond, il n'apporte pas de nouvelle information dans ses phrases (ex. : « Je suis malade parce que j'ai une maladie »).	Absence de progression rhématique	+3	+1	+
27	Le patient n'utilise pas de lien entre ses phrases (ex. : « Elle pleure, elle dessine, elle va chez sa grand-mère »).	Absence de relation	+2	0	+
28	Le patient se contredit (ex. : « Je déteste les haricots. Ce midi, je vais manger des haricots »).	Contradiction	+1	+2	-



Les effets d'une formation sur la communication auprès des soignants exerçant avec des patients atteints d'un trouble neurocognitif majeur en EHPAD.

Présenté et soutenu par
Pauline PRIGENT

Résumé

Contexte : Les troubles de la communication dans le cadre des TNCM ont un impact sur la prise en soins des résidents en EHPAD. Les soignants sont confrontés à des situations communicationnelles spécifiques qui nécessitent des habiletés communicationnelles robustes. Une formation écologique a été proposée en EHPAD, afin d'étayer leurs compétences en communication, en prenant appui sur des situations de leur pratique clinique.

Méthode : La formation incluait cinq soignants prodiguant des soins techniques en EHPAD. Elle s'est déroulée en trois sessions d'une heure. Les concepts théoriques clés et des stratégies de communication générales et ciblées ont été exposés, afin que les soignants puissent les mettre en place dans leur pratique clinique, en prenant appui sur deux études de cas de résidentes évaluées préalablement, par le biais d'observations vidéo.

Résultats : Les résultats de cette étude mettent en évidence que la formation proposée a permis aux soignants d'ajuster leur auto-évaluation de la communication et d'analyser plus finement les troubles de la communication dans le cadre de TNCM. Les soignants semblent avoir pris conscience de l'importance de la communication non verbale dans leurs échanges avec les résidents.

Conclusion : Une formation sur la communication dans ce contexte s'est révélée bénéfique pour les soignants. Cette intervention leur a permis d'ajuster l'appréciation de leurs habiletés communicationnelles et de développer une analyse plus fines des troubles communicationnels des résidents auxquels ils sont confrontés quotidiennement dans leur pratique clinique.

Mots clés : Trouble neurocognitif majeur – Communication – Soignant – EHPAD

What effects does a communication's formation for caregivers have on patients in nursing home who suffer from dementia.

Summary

Background : Communication disorders as part of dementia have an impact on the care of residents in nursing homes. Caregivers face specific communication situations which require robust communication skills. Therefore, ecological training has been offered in nursing homes to support their communication skills, based on situations in their clinical practice.

Method: The training included five caregivers providing technical care in nursing homes. It took place in three one-hour sessions. The theoretical key concepts and general and targeted communication strategies were set out, so that caregivers could implement them in their clinical practice, based on two case studies of residents who were previously assessed, through video observations.

Results: The results of this study showed that the training enabled caregivers to adjust their communication self-assessment and to analyze more precisely communication disorders as part of dementia. Caregivers seemed to have realized the importance of non-verbal communication in their interactions with residents.

Conclusion: Training in communication in this context turned out to be beneficial for caregivers. This intervention enabled them to adjust the assessment of their communication skills and to develop a more detailed analysis of the residents' communication disorders they encounter daily in their clinical practice.

Key words: Dementia – Communication – Caregiver – Nursing home

Mémoire dirigé par Loïc BARROIS, Psychologue Clinicien