

***Améliorer les stratégies de
communication chez un patient
atteint d'aphasie suite à accident
vasculaire cérébral***

Travail de Bachelor

Sampaio Perreira Barbara

N° matricule : 16872467

Farinha Pinto Alexandra

N° matricule : 16871246

Directrice : Terraneo Fabienne – infirmière, maître d'enseignement, HEdS
Genève

Genève, le 24 août 2020

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 24 août 2020

Alexandra Farinha Pinto & Barbara Sampaio Pereira



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Nous souhaiterions dans un premier temps remercier notre directrice de Bachelor, Madame Fabienne Terraneo ainsi que Madame Evelyne Boillat, pour leur disponibilité, leur implication et surtout pour leurs précieux conseils. Chacun de ces échanges nous a permis d'approfondir notre analyse. De plus, nous la remercions également pour les connaissances apportées lors des séminaires de recherche qui nous ont permises d'éclairer la construction de notre travail.

Nous tenons à nous remercier mutuellement pour le soutien et la bonne cohésion de groupe ainsi que l'implication de chacune lors de la rédaction de ce travail.

RÉSUMÉ

Problématique : Ce travail de Bachelor en soins infirmiers est une revue de littérature qui a pour objectif de rechercher les interventions infirmières qui soutiennent la communication chez les patients atteints d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral (AVC). La question de recherche poursuivie est la suivante. « Quelles sont les stratégies de communication mises en place par l'infirmier auprès des patients atteints d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral ? ». Pour répondre à cette question, les étudiantes ont choisi la théorie de Dodd et al. (2001) qui est la théorie de gestion des symptômes (TGS).

Méthode : La revue de littérature a été réalisée grâce à une recherche d'articles scientifiques sur les bases de données, à savoir PubMed et Cinhal. Ces recherches ont été effectuées entre septembre et décembre 2019. Des équations de recherche ont été créées à partir de la méthode PICOT, afin de mettre en évidence les articles répondant à la question de recherche.

Résultats : Quatre articles ont été analysés et synthétisés à l'aide de tableaux comparatifs dans le but de rédiger cette revue de littérature. Suite à la lecture de ces articles, les résultats ont été regroupés par deux thèmes : la stratégie de communication et la compétence relationnelle.

Discussion/Conclusion : Le premier objectif est de créer une relation de confiance entre soignant-soigné, afin que le patient puisse se sentir compris et s'exprimer durant les rencontres avec l'infirmier. Le deuxième objectif est que l'infirmier aide à la communication tout en laissant le patient prendre le lead de l'entretien. Il est important, tout au long du séjour hospitalier, qu'un partenariat se crée avec le patient et également d'intégrer la famille tout au long du processus de réadaptation.

Mots-clés :

AVC, Aphasie, Stratégie de communication, Infirmier, Qualité de vie
Stroke, Aphasia, Communication strategy, Nurse, Quality of life

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Heds	Haute Ecole de Santé - Genève
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire du Liège
OMS	Organisation Mondiale de la santé
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
SCVE	Société de Chirurgie Cardiovasculaire et Endovasculaire de langue française
Li Sat-11	Life Satisfaction Questionnaire 11
AAC	Communication augmentée et alternative
ASHA	American Speech-language Hearing Association
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
TGS	Théorie de gestion des symptômes
MIC	Echelle mesurant l'interaction de la conversation
MSC	Echelle mesurant la compétence dans la conversation assistée
GAS	Echelle Goal Attainment Scaling
GDS	Echelle de Dépression Gériatrique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Equation de recherche	24
Tableau 2. Equation de recherche sur PubMed et Cinhal.....	25
Tableau 3. Tableau synoptique des thèmes	28
Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Tiré de Dodd et al. (2001)	20
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	27

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Table des matières	6
Introduction.....	9
1. Problématique	9
1.1. Epidémiologie	9
1.2. Définitions	10
1.3. Répercussions de l'aphasie sur la personne atteinte	11
2. Etat des connaissances.....	13
2.1. Définitions et répercussions de l'aphasie sur la personne atteinte	13
2.2. Rôle infirmier	14
3. Modèle théorique.....	17
3.1. Modèle théorique retenu	17
3.2. Ancrage disciplinaire.....	19
3.2.1. L'expérience du symptôme	19
3.2.2. Les stratégies de gestion des symptômes.....	19
3.2.3. Les résultats obtenus sur l'état du symptôme.....	19
3.2.4. Méta-concepts	21
3.3. Question de recherche finale	22
4. Méthode.....	23
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	23
4.1.1. Méthode PICOT	23
4.1.2. Equation de recherche.....	23
4.2. Diagramme de flux	26
5. Résultats.....	27
5.1. Analyse critique des articles retenus	28
5.1.1. Stratégies de communication.....	28
5.1.2. Compétences relationnelles.....	30
5.2. Tableau comparatif	32

6.	Discussion	51
6.1.	Le patient expert de son symptôme	51
6.2.	Le partenariat	54
6.3.	La barrière de la langue	55
7.	Conclusion	58
7.1.	Apports et limites du travail	58
7.2.	Recommandations	59
7.2.1.	Clinique	59
7.2.2.	Recherche	60
7.2.3.	Enseignement	60
8.	Références	61

**« LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE EN COMMUNICATION, C'EST
D'ENTENDRE CE QUI N'EST PAS DIT »**

(Drucker, s. d.)

INTRODUCTION

Avez-vous déjà été confronté à devoir communiquer sans les mots ? Certaines personnes ne sont pas en mesure de faire usage de la parole pour communiquer. De ce fait, elles peuvent avoir du mal à se faire comprendre ou même à garder des interactions sociables convenables. Dans un contexte hospitalier, ces personnes peuvent être confrontées à l'incompréhension du personnel soignant, et dès lors, à des difficultés liées à la communication. Les patients non-communicants peuvent souvent être agacés quand ils ne sont pas compris. Cette situation entrave leur bonne prise en soin, car leurs besoins et leurs attentes n'ont pas été réellement compris par le personnel soignant.

Nous nous sommes donc penchées sur ce sujet afin de pouvoir trouver des stratégies de communication et des outils afin d'améliorer la communication entre le soignant et le soigné. Notre travail de Bachelor traitera des interventions infirmières mises en œuvre pour établir une relation de confiance, afin de soutenir la communication des patients souffrant d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral (AVC). De ce fait, comment pouvons-nous entrer en communication avec ces personnes tout en leur donnant des moyens de s'exprimer pour favoriser leur autonomie ?

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Epidémiologie

Les lésions cérébrales à l'origine de l'aphasie peuvent avoir plusieurs causes, tel qu'un traumatisme crânien lors d'une chute ou d'un accident, une tumeur cérébrale, des maladies infectieuses ou encore des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer (Boulin, Hugon, Le Bornec, s.d). L'aphasie peut engendrer d'autres problèmes cognitifs, comme la confusion ou des pertes de mémoire (Bastianetto, 2017). Si l'on tient compte de toutes les causes d'aphasie, par exemple suite à un AVC ou une tumeur cérébrale ainsi qu'aux démences, environ 5'000 nouvelles personnes sont concernées chaque année en Suisse (AphasieSuisse, s.d. ; Engelter et al., 2006).

Cependant, la plus fréquente des lésions cérébrales à l'origine de l'aphasie reste l'AVC (Boulin, Hugon, Le Bornec, s.d), puisqu'il est considéré

comme la deuxième cause de mortalité dans le monde et la quatrième cause de décès dans les pays industrialisés. Ainsi, une personne dans le monde est victime d'un AVC toutes les 6 secondes (Centre Hospitalier Universitaire du Liège [CHU], 2016).

D'après une étude épidémiologique Souza & Arcuri (2014), la prévalence de l'AVC est de 6.3 millions de personnes dans le monde en 2015. Il est rapporté qu'environ 21 à 38% des patients ayant eu un diagnostic d'AVC souffriront d'aphasie (Souza & Arcuri, 2014).

1.2. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un AVC est dû à une interruption de la circulation sanguine dans le cerveau (OMS, 2019). Quand il est caractérisé par un vaisseau sanguin qui éclate, il s'agit d'un AVC hémorragique (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019). Lorsqu'il y a une occlusion d'une artère cérébrale, cela est dû à la formation d'un caillot qui se crée et obture un vaisseau, ce qui induit un manque d'apport d'oxygène dans le cerveau : c'est alors un AVC ischémique. Dans ces deux cas, une partie du cerveau sera moins irriguée et il y aura des déficits neurologiques plus ou moins importants, correspondant à la zone cérébrale atteinte, comme par exemple une hémiplégie ou un trouble du langage (Société de Chirurgie Cardiovasculaire et Endovasculaire de Langue Française [SCVE], 2019).

Une des conséquences de l'AVC est l'aphasie. Ce terme médical est utilisé lorsqu'un individu perd totalement ou partiellement la capacité de communiquer (Bleau Lafond, Boisclair Papillon, Cyr Stafford, De Grandpré, Hubert, 2007). Cette dernière concerne plusieurs formes comme la conversation ou le langage et la lecture. Il se peut que la personne atteinte ne soit plus dans la capacité de nommer des objets. Elle peut également ne plus être capable de donner les noms des personnes de son entourage (Bleau Lafond et al., 2007). Le concept d'aphasie sera développé en détail plus loin dans ce travail.

1.3. Répercussions de l'aphasie sur la personne atteinte

Cela fait depuis plusieurs décennies que le concept de qualité de vie fait partie intégrante des soins (Grondin et al., 2004). Comme le mentionne Bruchon-Schweitzer (2002), la qualité de vie est souvent confondue avec la qualité de vie liée à la santé. Cependant pour une analyse complète de ce terme, il est nécessaire de l'appréhender à la fois en présence comme en absence de maladie. Il existe un grand nombre de définitions concernant ce concept. La plus couramment admise est proposée par l'OMS, qui l'intègre dans le concept de santé publique et la définit comme : « la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (OMS, 1984). Afin de permettre d'éclairer la notion de qualité de vie, l'OMS propose de l'étudier sous six aspects qui sont les suivants : physique, psychologique, indépendance de la personne, relations sociales, environnement, spiritualité et croyances personnelles (OMS, 1984).

L'aphasie est une des séquelles les plus invalidantes de l'AVC. Curieusement, malgré le handicap majeur qu'elle provoque, l'aphasie n'est pas toujours traitée avec l'importance qu'elle mérite. Elle est souvent reléguée en second plan après le déficit moteur. En raison du manque d'outils de mesure adaptés, les soignants rencontrent des difficultés à soigner les patients atteints d'aphasie post AVC qui souffrent de troubles de la compréhension orale lors d'une interview ou de difficulté de lecture, compréhension écrite, pour répondre à un questionnaire (Verstichel, 2001).

Les problèmes de communication liés à l'aphasie ne restent pas limités à l'aspect verbal. Ces problèmes sont aussi vecteurs d'isolement, de repli sur soi et de perte de l'estime de soi. Ils entraînent de lourdes conséquences sur la vie des personnes aphasiques tant dans leurs habitudes de vie que lors des interactions avec autrui (Alibert, 2010).

La plupart des personnes aphasiques ont une estime de soi affectée car elles perdent ce qui pouvait leur donner de l'importance tant sur le plan physique

que social. Ce qui peut les conduire à de l'isolement, par crainte d'être rejetées par leurs proches ou par honte de se montrer telles qu'elles sont devenues. C'est donc cette solitude qui favorise l'apparition des premiers signes d'une dépression (Alibert, 2010). Ces nombreuses sources de frustration font que certains patients peuvent devenir irritables, plus agressifs particulièrement envers leurs proches qui sont les premiers à subir ces comportements (Alibert, 2010).

Comme le précise Seron (1979), quand un membre de la famille est touché par une atteinte cérébrale, ce n'est pas seulement la personne qui est impactée mais toute la structure familiale qui est en déséquilibre profond. La place que la personne aphasique occupait dans les rapports familiaux change, son statut dans les relations d'autorité est remis en question, sa participation économique est péjorée, sa relation avec son conjoint est modifiée (Alibert, 2010).

Les patients atteints d'aphasie ont de la difficulté à participer pleinement à la vie familiale. Leurs troubles les empêchent d'interagir lors d'une discussion animée avec leurs proches et d'apporter leurs arguments. C'est donc pour cela que chaque membre de la famille doit apprendre à vivre avec et doit modifier sa manière d'interagir pour s'adapter aux nouvelles conditions. Cependant, les proches doivent laisser l'indépendance à la personne aphasique tout en se préservant et ils doivent apprendre comment ils peuvent la soutenir. Ils doivent trouver la meilleure forme de communication possible (Aphasie Suisse, s.d.).

Pour la personne malade, il sera compliqué d'entretenir une vie sociale avec ses amis et connaissances en raison de cette difficulté à communiquer. Les personnes de son entourage devront mettre en œuvre de nouveaux intérêts communs tels que la peinture, le dessin, la photo, les balades, la musique, les livres, etc. En effet, les personnes atteintes d'aphasie ne sont plus dans la capacité d'exercer les mêmes activités qu'auparavant pour lesquelles le langage était indispensable (Aphasie Suisse, s.d.).

Concernant la vie professionnelle, la possibilité de poursuivre leur carrière dépendra en premier lieu de la sévérité de leur handicap et en second lieu de l'activité exercée au sein de l'entreprise (AphasieSuisse, s.d.).

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. Définitions et répercussions de l'aphasie sur la personne atteinte

L'aphasie est un trouble du langage qui entraîne des perturbations tant au niveau de l'expression que possiblement dans la compréhension du langage. Plusieurs formes du langage peuvent être touchées comme l'écriture, la lecture ainsi que la conversation, cela va dépendre de l'ampleur de l'aphasie.

Cette dernière se distingue par deux types de troubles de la communication verbale. Dans le premier cas, il s'agit d'un trouble de la parole, connu sous le nom d'aphasie de Broca qui engendre chez l'individu une difficulté lors de l'articulation et de la formulation des mots. L'individu présentant une aphasie de type Broca parle peu, lentement et cherche ses mots. Il se peut également que la personne ait une absence de parole et qu'elle ne puisse plus communiquer par du langage verbal, mais la compréhension est généralement bien conservée (Bleau Lafond et al., 2007). Le deuxième cas constaté est l'aphasie de Wernicke, un trouble du langage qui provoque une difficulté pour choisir ses mots et les assembler pour en faire une phrase. Cela engendre une incompréhension de ce que la personne veut exprimer. Des troubles cognitifs peuvent être associés à l'aphasie de Wernicke (Bleau Lafond et al., 2007).

L'application de l'échelle *Life Satisfaction Questionnaire 11* (Li Sat-11) a montré que les personnes aphasiques sont considérablement insatisfaites de leur qualité de vie par rapport "aux personnes saines" ou aux patients atteints d'AVC sans symptôme aphasique. Ce questionnaire se base sur neuf paramètres importants pour l'évaluation de la qualité de vie. Ces paramètres sont les suivants : l'autonomie, les loisirs, les ressources, les relations avec le conjoint, la sexualité, le contact avec les amis, la santé physique et psychologique ainsi que la vie en général (Lucota et al., 2013).

Les conséquences de l'aphasie sur la personne ne se limitent pas seulement à la communication. Il se peut que cela engendre par moment un repli sur soi ainsi qu'un isolement. Selon Ménin & Hommel (2009), la majorité des manifestations psychiatriques les plus rencontrées suite à un AVC sont les troubles dysthymiques et la dépression. Benaim et al., (2007) soulignent que la prévalence d'une dépression post AVC varie de 25 à 75%. En 2003, Robinson a

démontré que les épisodes dépressifs post AVC sont plus fréquents à domicile avec un taux de 23.3%, contrairement aux patients hospitalisés qui ne représentent que 19.3% des cas.

Cette différence entre les patients hospitalisés et les patients à domicile pourrait s'expliquer par le fait que les uns évoluent dans un environnement de soins rassurant, tandis que les patients à domicile sont confrontés directement aux charges qui leur incombent ainsi qu'à leurs proches. C'est lors de leur sortie de l'hôpital qu'ils se rendent réellement compte des répercussions de leur maladie sur leur quotidien (Pringle et al., 2008).

Selon le type de relation et les réactions des membres de la famille vis-à-vis de ce changement, un resserrement, ou à l'inverse un éloignement des liens familiaux, peut être constaté. Ces modifications sont influencées par la durée de la rééducation, par le degré du handicap mais également par les changements émotionnels vécus par le patient et par les réactions qu'ils véhiculent (Alibert, 2010).

La plupart du temps, la personne aphasique a besoin d'aide et de soutien. Pour ce faire, il est important qu'elle apprenne à accepter les aides qui lui sont proposées et qui lui sont essentielles. Le patient doit faire le deuil de son ancienne vie afin de prendre conscience et de faire face aux nouvelles contraintes qu'imposent cette dernière (Aphasie Suisse, s.d.). C'est pour cette raison que le personnel infirmier va mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques.

2.2. Rôle infirmier

Selon Sundin & Janson (2003), l'aphasie suite à un AVC provoque un déficit de compréhension entre le soignant et le soigné, alors que cette compréhension est primordiale pour la qualité des soins. Le soignant devrait répondre aux attentes du patient. Comme l'équipe soignante rencontre des difficultés à comprendre les besoins des patients atteints d'aphasie (McGilton et al., 2011) cela rend les tâches des soignants plus difficiles, en particulier celles axées sur le soutien affectif pour traiter la tristesse et la dépression suite à un manque de communication (Tamilyn, Kroenke, Plue, Perkins & Williams, 2006). De plus, selon Hemsley et al. (2001), l'interaction entre le personnel infirmier et le patient est importante pour stimuler le soigné et permettre son rétablissement.

Il a été remarqué que pour favoriser la communication, il n'est pas nécessaire de parler fort au patient atteint de trouble grave de la communication.

Selon Morin (2016), l'infirmier doit établir un partenariat avec le patient mais également avec sa famille afin de les intégrer dans les soins quotidiens. La famille devient "un soignant naturel" à domicile. Cependant, ce n'est pas parce que la famille est partenaire des soins qu'elle devient pour autant le personnel soignant. L'infirmier doit aller au rythme du patient afin d'éviter un état dépressif chez la personne aphasique et lui parler de ses émotions, de ses inquiétudes et de son devenir. C'est pour cela qu'il est important de créer une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

De plus, il est essentiel que l'infirmier prépare avec le patient son retour à domicile en prévenant un sentiment d'abandon qui est souvent présent en fin d'hospitalisation (Morin, 2016). Pour ce faire, une mise en commun des objectifs et des attentes du patient et du soignant est primordiale. Souvent dans la pratique, ses derniers sont différents entre le soignant et le soigné. C'est pour cette raison qu'il est important d'aller plus loin dans la relation de confiance et de développer avec le patient un partenariat. Ce qui permet à ce dernier de partager sa connaissance de soi et d'être reconnu comme un partenaire à part entière avec l'équipe pluridisciplinaire, qui peut alors construire une prise en soin adéquate (Morin, 2016).

Selon Henderson, cité par Phaneuf (1978), le besoin de communiquer avec autrui est "une nécessité vitale que la personne doit satisfaire afin de conserver son équilibre physique, psychologique, social ou spirituel".

Le patient aphasique post-AVC peut perdre plusieurs fonctions, comme celle de la motricité mais surtout sa fonction de communication qui est généralement prise en soin en second plan. La personne atteinte d'aphasie peut être envahie de désespoir. "Il a le sentiment que l'aphasie l'a privé d'un attribut typiquement humain et a fait de lui un être inférieur, [...] son impossibilité à communiquer le déracine de la réalité et lui enlève une partie de son humanité" (Ponzio et al., 2013). Par ailleurs, la conscience de l'aphasie est très difficile à vivre pour le patient. L'altération de l'outil principal, la communication verbale, éveille chez lui de nombreuses émotions telles que le découragement, la frustration, la colère, la sensation d'être rejeté et surtout le fait d'être incompris

par les autres. L'infirmier doit tenir compte de toutes ces émotions afin d'aider au mieux le patient (Rame, 2007).

La relation soignant-soigné est un soin à part entière qui est complémentaire du soin technique et qui se focalise sur la globalité de la personne (Girel, 1979). Ainsi cette relation est basée sur le savoir être et savoir-faire du soignant. Elle se base également sur le concept de la relation d'aide qui est la capacité du soignant à aider le patient à vivre avec sa maladie (Manoukian et al., 2001).

Il existe différentes méthodes afin de faciliter la communication avec une personne qui a une absence de parole. Les différentes techniques de communication employées par les professionnels de la santé, pour permettre de communiquer avec les patients, peuvent être regroupées en deux catégories. La première consiste en une communication augmentée et alternative non-assistée/naturelle (=AAC naturelle) tandis que la deuxième catégorie se rapporte à une communication augmentée et alternative assistée (AAC assistée). L'American Speech-Language-Hearing Association (American Speech Language Hearing Association [ASHA], 2015), démontre que les stratégies AAC permet d'améliorer la communication et comprend toutes les formes de communication outre la communication orale, comme l'expression faciale, les gestes, le langage du corps, les signes, les symboles, l'usage d'images, l'écriture, des outils électroniques, etc. La méthode AAC dite naturelle correspond à la communication qui fait recours au langage du corps et non à celle de la parole. Elle repose sur les gestes, le toucher, les expressions faciales ou encore le regard. Contrairement à la communication par la méthode AAC dite assistée qui prend en compte tous les supports de communication tel que le papier-crayon, les tableaux d'images, les symboles, les pictogrammes et les appareils, comme les prothèses vocales, dispositif qui permet une production de la parole. Toutes ces techniques ont pour but d'améliorer la compréhension entre les deux interlocuteurs ainsi que de faciliter une bonne communication (ASHA, 2015).

Dans le cas où une personne aphasique n'a pas perdu la totalité de la communication verbale, il est important que le soignant utilise plusieurs techniques. Celui-ci va devoir poser des questions fermées ou même interpréter les onomatopées du patient pour guider la conversation et ainsi vérifier sa

compréhension, pour que le patient aphasique se sente compris (Bronken et al., 2012 ; Bronken & Kirkevold, 2013).

Selon le cadre de formation de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale [HES-SO] (2012), les compétences du rôle de communicateur des infirmiers requièrent de la part du soignant la capacité de « maîtriser les attitudes et les outils de communication spécifiques aux différentes problématiques et situations ». Cette compétence a pour but de cibler les besoins du patient en ce qui concerne la communication, afin de mettre en place des stratégies adéquates pour améliorer la communication (HES-SO, 2012)

Selon Sager Tinguely & Weber (2011), le partenariat contient huit attributs qui sont : le partage du processus de décision, la relation, les compétences professionnelles, le partage des connaissances, l'autonomie du patient, la communication, la participation du patient et finalement, le partage du pouvoir avec la personne soignée. Le rôle du soignant dans un partenariat a pour but de conseiller afin d'aider le patient à choisir les stratégies les plus appropriées à son fonctionnement personnel et interpersonnel. Ainsi, le professionnel comprendra les besoins du patient et ce dernier saura ce qui est bon pour lui (Sager Tinguely, Weber, 2011).

C'est pourquoi, dans cette situation, il est difficile de créer un partenariat, car en raison de la maladie, il y a souvent une mauvaise compréhension entre les deux interlocuteurs. Malgré ces difficultés de communication, ces patients ont fortement besoin d'être considérés et de travailler avec l'équipe soignante. C'est pour cela qu'il est intéressant d'utiliser les stratégies de soutien de la communication pour créer un lien de confiance et une relation de qualité.

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Modèle théorique retenu

En 1994, la théorie de gestion des symptômes (TGS) a été introduite par Larson, Carrieri-Kohlmann et al., qui se sont appuyés sur une analyse des modèles existants, comme la théorie d'auto-soin d'Orem, en 1991. En 2001 Dodd, Janson et al., ont peaufiné le modèle théorique de gestion des symptômes dû au manque du rôle des patients dans la pratique de l'auto-soin. La TGS se

trouve dans un niveau intermédiaire d'abstraction selon Fawcett, décrivant la gestion des symptômes comme un processus multidimensionnel. Cette théorie montre un intérêt pour le développement de la pratique clinique infirmière dans le cas d'une prise en soin des maladies chroniques (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl & Viens Python, 2013).

Selon Dodd et al., (2001), cité par Eicher, (2013), p.16 « un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions comme dans la cognition ou dans la cognition d'une personne ». Le symptôme est subjectif, c'est la personne qui va l'interpréter selon le vécu de ses expériences passées. Contrairement à un signe qui se définit quant à lui, comme une manifestation objective de la maladie, par exemple l'anémie qui sera décelée lors des résultats de la prise de sang avec la mesure de l'hémoglobine.

Cette théorie a pour but d'apporter les connaissances nécessaires au patient pour minimiser le symptôme et en diminuer la souffrance liée à l'expérience vécue de ce symptôme (Eicher et al., 2013).

Pour ce faire Dodd, et al., (2001), ont formulé six postulats qui sont les suivants :

- 1) « L'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'autoévalue ;
- 2) Cette théorie s'applique aux personnes qui vivent une expérience de symptômes mais elle peut être aussi utilisée pour les personnes susceptibles de développer des symptômes à cause de l'influence de variables contextuelles telles que les conditions de travail, par exemple. Dans ce cas, des stratégies d'intervention préventives peuvent être initiées ;
- 3) Lorsque les personnes ne peuvent pas s'exprimer verbalement, les soignants doivent tenir compte de l'interprétation de l'expérience des symptômes proposée par les proches ;
- 4) Tout symptôme gênant doit être géré ;
- 5) Les stratégies de gestion de symptômes peuvent s'adresser à la personne, une famille, un groupe ou un environnement de travail ;
- 6) La gestion des symptômes est un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations

entre la personne, la santé/maladie et l'environnement, trois notions capitales dans le domaine des sciences infirmières. » (Eicher, 2013, p.16).

3.2. Ancrage disciplinaire

La TGS s'appuie sur trois concepts clés que sont l'expérience du symptôme, les stratégies de gestion du symptôme et les résultats obtenus sur l'état du symptôme.

3.2.1. L'expérience du symptôme

Ce premier concept consiste à faire face aux altérations des ressentis habituels de la personne par une découverte, une analyse et une solution face à ce changement. Dans la problématique de notre travail, une personne atteinte d'aphasie, va trouver des stratégies individuelles pour pouvoir s'exprimer dans son environnement.

Lorsqu'un symptôme perdure dans le temps avec une récurrence et une sévérité suffisante, il est donc perçu comme un élément perturbateur qui interfère avec la vie quotidienne de la personne (Eicher et al., 2013).

3.2.2. Les stratégies de gestion des symptômes

Ce deuxième concept illustre les efforts fournis par la personne pour anticiper, retarder et atténuer l'expérience de ses symptômes. Les stratégies employées peuvent être efficaces de trois manières. La première stratégie permet de réduire la fréquence de l'expérience du symptôme. La deuxième stratégie, a pour but de minimiser la sévérité du symptôme et la dernière stratégie consiste à alléger le fardeau lié au symptôme (Portenoy, et al., 1994). Pour améliorer ses stratégies, le patient peut demander conseil à l'équipe soignante ainsi que de savoir s'autoévaluer pour minimiser le symptôme (Eicher et al., 2013). Les stratégies seront développées tout au long de ce travail.

3.2.3. Les résultats obtenus sur l'état du symptôme

Ce dernier concept nécessite d'être précis et mesurable afin d'évaluer avec pertinence la nouvelle stratégie mis en place. Les résultats incluent les changements objectifs de l'état du symptôme, par une diminution de la

fréquence, de l'intensité et/ou du désagrément engendré par ce dernier. Cette amélioration peut amener un meilleur fonctionnement physique et mental, une meilleure activité de vie, une réduction de la durée du séjour hospitalier, ce qui entraînerait une réduction des coûts pour la personne, sa famille et l'employeur d'une manière générale (Eicher et al., 2013).

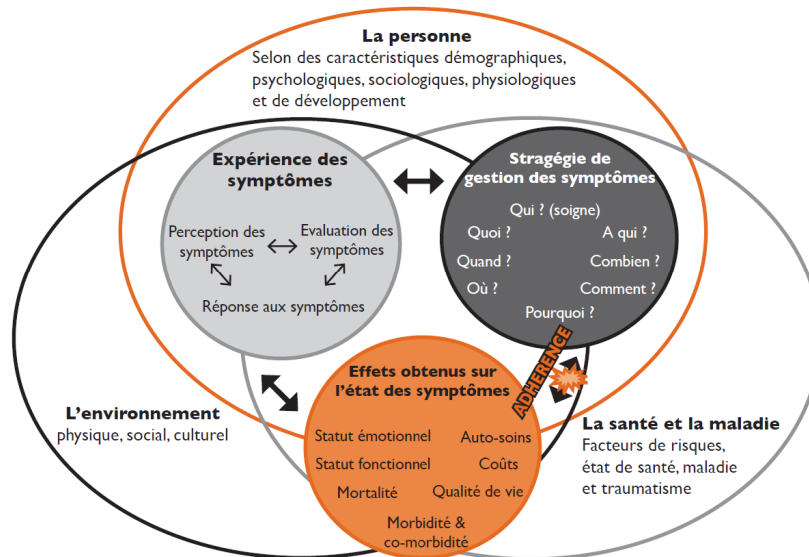


Figure 1. Tiré de Dodd et al., (2001), cité par Eicher, (2013), p. 17

Comme le montre l'image ci-dessus, les trois concepts sont inter-reliés, ce qui permet de voir qu'ils interagissent les uns avec les autres. L'expérience du symptôme influence et est également influencée par les stratégies de gestion des symptômes et par les résultats obtenus sur l'état du symptôme. En effet, quand le patient devient conscient de la perception d'un ou de plusieurs symptômes, il met en place des stratégies de gestion et évalue les résultats de l'état de ce dernier, sa perception en est modifiée (Eicher et al., 2013). Ce processus interactif doit se poursuivre jusqu'à ce que les symptômes disparaissent ou se stabilisent. Cependant, le processus de gestion des symptômes ne fonctionne pas si la personne n'est pas compliant aux stratégies mises en place. Il s'agira donc de non-adhérance qui est symbolisée dans l'image par une flèche brisée entre les stratégies de gestion des symptômes et les résultats obtenus sur l'état du symptôme (Eicher et al., 2013).

3.2.4. Méta-concepts

Dodd et al., (2001), ont déterminé trois méta-concepts issus du méta-paradigme infirmier (Fawcett, 1984) qui sont la personne, l'environnement et la santé/maladie.

3.2.4.1. La personne

Dodd et al., (2001), cité par Eicher, (2013), p.16, « Le concept de personne fait explicitement appel aux variables démographiques, psychologiques, sociologiques, développementales et physiologiques ». Ces dernières font partie de la manière dont l'individu distingue et répond à une expérience de symptômes. Cependant, des variables sont à prendre en compte dans l'application du modèle en fonction du ou des symptômes ainsi que la population ciblée en fonction de l'âge (Eicher et al., 2013).

3.2.4.2. La santé

Ce méta-concept englobe des variables telles que l'état de santé d'une personne et implique ses propres facteurs de risque, les accidents subis et ses handicaps (Eicher et al., 2013).

Dodd et al., (2001) se réfèrent à la théorie d'Orem qui fait partie de l'école des besoins. Comme la TGS n'est pas mentionnée dans les écoles de pensée, il est probable qu'elle fasse également partie de l'école des besoins. Dans tous les paradigmes rédigés par Fawcett, la théorie de Dodd et al., (2001) n'est pas inscrite dans un des paradigmes. Il est donc supposé qu'elle se situe dans le paradigme d'intégration comme l'est la théorie d'auto-soins d'Orem.

3.2.4.3. L'environnement

Le concept d'environnement englobe les conditions ou contextes externes à la personne dans lesquels le symptôme survient. Ce concept inclut des variables physiques, sociales et culturelles. L'environnement avec la variable physique va prendre en compte l'environnement privé, le milieu du travail et l'institution où la personne est soignée. L'environnement social comprend le réseau de soutien et les relations interpersonnelles. En ce qui concerne la variable culturelle, elle implique les croyances, les valeurs et les pratiques d'un groupe ethnique ou religieux (Eicher et al., 2013).

3.3. Question de recherche finale

Le terme de « communication » est généralement considéré avec l'acception de la communication verbale. Cependant, il existe d'autres sous catégories dans la communication comme la communication non-verbale. Face à une personne non-communicante¹, comment peut-on adapter nos interactions alors que celle-ci ne peut pas faire usage de la parole ?

La communication verbale fait partie intégrante dans notre société. Si nous étions privés ou limités de l'usage de cette dernière, la qualité de vie serait donc remise en question. Afin d'éviter des complications psychiques comme l'isolement chez le patient, il est important qu'une relation de confiance se fasse entre le soignant-soigné, pour permettre une bonne collaboration afin d'améliorer la qualité de vie du patient.

Pour améliorer sa qualité de vie, le patient doit travailler en collaboration avec l'équipe soignante et être acteur de ses soins. À la suite de ce constat la question de recherche suivante a émergé : Quelles sont les stratégies de communication mises en place par l'infirmier auprès des patients atteints d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral ?

Pour répondre à cette question, la théorie de gestion des symptômes a été choisie. Cette théorie infirmière a pour but d'apporter les connaissances nécessaires au patient sur son symptôme pour qu'il puisse le minimiser et ainsi diminuer la souffrance liée à l'expérience vécue. De ce fait, le patient aphasique va prendre conscience de son symptôme en l'évaluant pour faire face à l'altération qu'il produit et trouver des stratégies pour le réduire. Pour améliorer l'accompagnement dans ces différentes phases de la maladie, le patient peut demander conseil à l'équipe soignante. Il peut aussi s'appuyer sur son auto-évaluation pour gérer son symptôme.

¹ Une personne qui ne peut pas faire usage de la parole

4. MÉTHODE

Pour permettre de répondre à la question de recherche, un processus méthodologique a été utilisé. Dans un premier temps, des recherches ont été effectuées sur deux bases de données : PubMed et Cinhal. L'utilisation de ces bases de données a été choisie selon leurs spécificités. PubMed est une base de données qui regroupe l'ensemble des études spécifiques liées à la santé ainsi que qu'à la profession médicale, tandis que Cinhal est centrée sur les articles liés à la recherche dans les sciences infirmières.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

4.1.1. Méthode PICOT

La première étape afin de répondre à une question de recherche est de dégager les concepts clés qui permettent de cibler la recherche documentaire. Pour cela, la méthodologie PICOT a été utilisée. Le « P » de PICOT signifie la population ciblée dans la question de recherche, donc les patients atteints d'aphasie suite à un AVC. Le « I » correspond aux stratégies de communication. Le « C » représente le contexte ou comparaison. Le « O » est défini comme l'outcome, c'est-à-dire l'amélioration de la communication entre le soignant et le soigné. Le « T » est la temporalité. Toutefois dans cette question de recherche, l'axe du PICOT « T » et « O » ne seront pas explorés.

4.1.2. Equation de recherche

Afin d'améliorer les recherches d'articles pour ce sujet au niveau international, les mots-clés retenus pour ce travail ont été traduits en MESH Terms à l'aide de l'outil HeTop.

Les termes utilisés dans les bases de données sont les suivants :

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Meshterms PubMed	Mesh headings CINHAL
P	Aphasie	Aphasia, Aphasia,Broca	Aphasia OR Aphasia, Broca	Aphasia OR Broca's aphasia OR Brocas aphasia
I	Soins infirmiers Prise en soins infirmiers Communication verbale / non verbale	Nursing care Care nursing Nurse-patients relations Nurse role Verbal behavior Nonverbal Communication	Nursing care OR nurse-patient relations OR Nurse role Communcation OR nonverbal OR bahavior language	Nursing care OR nuring intervention OR nursing role Communication OR nonverbal communication OR verbal behavior
C	AVC	Stroke	Stroke OR Cerebrovascular accident	Stroke OR cerebrovascular accident
O	Favoriser les stratégies de communication	X	X	X
T	X	X	X	X

Tableau 1. Equation de recherche

Des équations de recherches ont été réalisées selon le tableau ci-dessus avec la méthode PICOT. Lors de la recherche documentaire, il est nécessaire de définir des critères d'éligibilité qui permettent de répondre à la question de recherche. Une période de publication de moins de 20 ans a été fixée afin de garantir des recommandations ainsi qu'une documentation actuelle sur le sujet. La sélection d'articles a été réalisée avec les langues comprises par les deux auteurs. De ce fait, les critères d'inclusion sont les suivants :

- Articles traitant des patients atteints d'aphasie de Broca

Base de données	Equations de recherches	Filtres	Résultats de recherche
PubMed	(((((stroke)) OR (aphasia, broca)) AND (((communication disorder) OR (nonverbal communication)) OR (behavior language)) OR (communication disability)))) AND (((nurse-patient relations) OR (nursing)) OR (nurse)) OR (nursing care))	Published in the last 20 years, English, French, Portuguese	20
CINHAL	Stroke OR cerebrovascular accident / communication OR nonverbal communication OR verbal behavior / aphasia OR broca's aphasia / nursing care OR nursing interventions	Published in the last 10 years, English, French, Portuguese	6

Tableau 2. Equation de recherche sur PubMed et Cinhal

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2. La sélection des articles s'est faite en quatre étapes.

- L'identification des articles par la recherche documentaire sur les différentes bases de données ;
- La sélection d'articles répondant aux critères de recherche avec la lecture des résumés pour identifier les articles à analyser ;
- La fiabilité des articles en les triant selon les critères d'exclusion qui sont :
 - Les articles ne répondant pas à la question de recherche ;
 - Les articles traitant uniquement des patients atteints de dysarthrie sans aphasie ;
 - Les articles traitant d'une population ayant une aphasie de Wernicke au lieu d'une aphasie de Broca. Les doublons entre les articles ont été retirés.
- L'Analyse des articles les plus pertinents pour la revue de littérature grâce aux fiches de lecture.

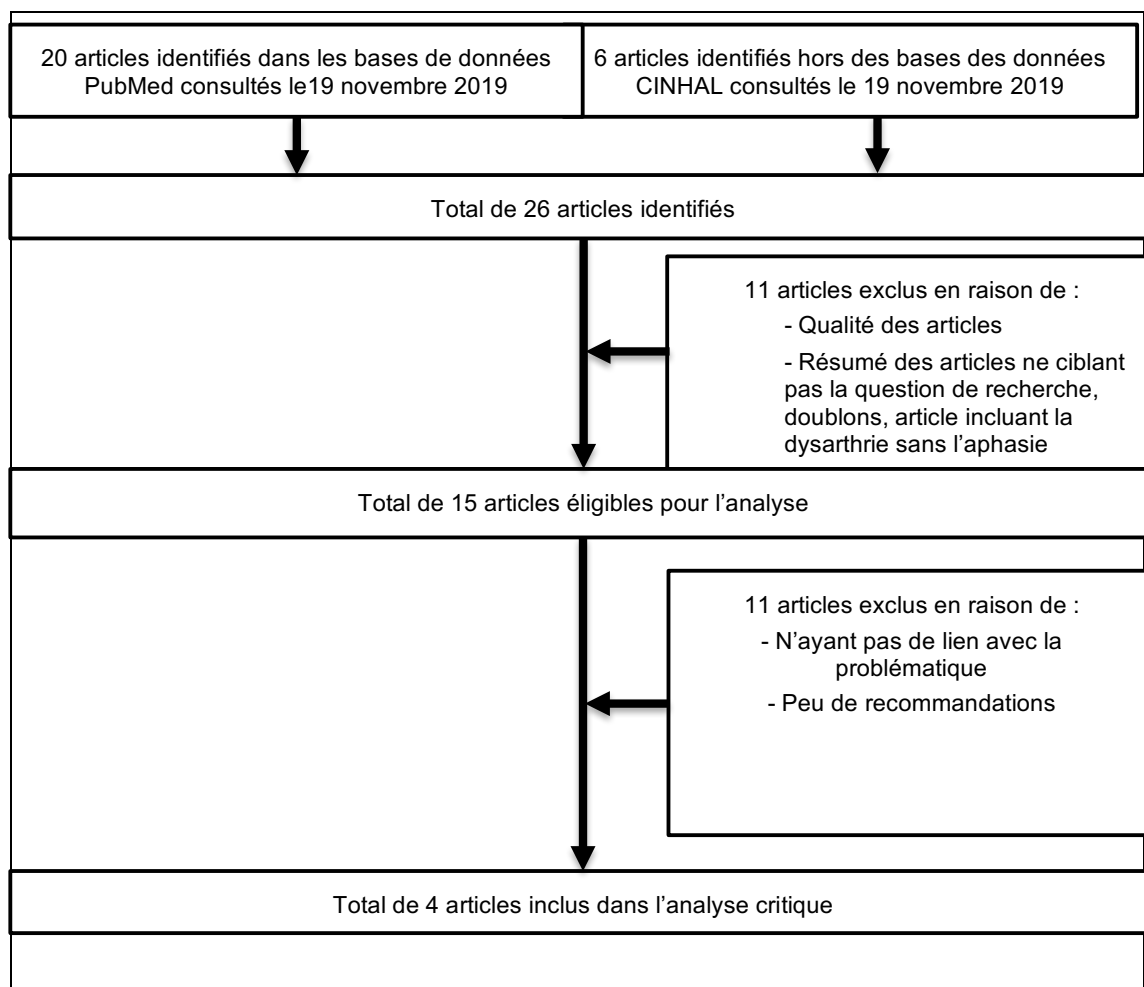


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5. RÉSULTATS

Suite à la recherche d'articles, quatre articles ont été sélectionné pour cette revue de littérature. Ce tableau ci-dessous regroupe les articles selon les thèmes choisis et la théorie de gestion des symptômes. Le « vu » ou ✓ représente l'article qui se trouve dans les thèmes et dans la TGS et la « croix » ou ✕ signifie à l'inverse, que lors de la lecture de l'article, il ne se retrouve pas dans les thèmes ou dans la TGS.

Articles	Thème		Théorie de gestion des symptômes		
	Stratégie de communication	Compétences relationnelle	Expérience du symptôme	Stratégies de gestion des symptômes	Résultats obtenus sur l'état du symptôme
Souza & Arcuri, 2014	✓	✓	x	✓	✓
Sundin et al., 2000	✓	✓	✓	✓	✓
Gordon et al., 2009	✓	x	x	✓	✓
Eriksson et al., 2015	✓	✓	✓	✓	✓

Tableau 3. Tableau synoptique des thèmes

5.1. Analyse critique des articles retenus

5.1.1. Stratégies de communication

Deux études (Gordon et al., 2009 ; Souza & Arcuri, 2014) montrent un manque de connaissances du personnel infirmier au niveau de l'aphasie et des différentes techniques de communication. En effet, selon Gordon et al. (2009), la monopolisation de la conversation par les infirmiers lors de la communication face aux patients atteints d'aphasie montre que les patients sont obligés de suivre l'infirmier dans les sujets qu'il choisit. Ils ne peuvent pas aborder d'emblée par eux-mêmes les sujets qu'ils souhaiteraient. Ainsi, ils n'ont pas l'espace pour développer leurs capacités d'autonomie ce qui entrave leur réhabilitation. La collaboration entre soignants et soignés n'est pas optimale, à cause de deux lacunes présentes chez ces infirmiers : d'une part, un manque de connaissances théoriques concernant la communication, et d'autre part, des compétences relationnelles insuffisantes. De ce fait, la collaboration entre soignant-soigné n'est pas présente dans cet article, ce qui freine le partenariat. Dû au manque de connaissances théoriques face à ce problème, les infirmiers devraient se former

à la communication pour améliorer la prise en soin et la bonne collaboration entre soignant et patient (Gordon et al., 2009). Souza & Arcuri (2014) ont étudié les stratégies de communication des infirmiers débutants et ceux des infirmiers expérimentés. Dans cette étude Souza & Arcuri (2014), tous les infirmiers ont adopté le toucher lors des soins, mais seuls les infirmiers moins expérimentés ont fait usage de différents types de stratégies aidant à la communication, comme l'utilisation du papier et du stylo, d'un tableau et de l'alphabet. Néanmoins, dans les deux groupes (infirmiers expérimentés versus non expérimentés), tous rapportent que le toucher et les gestes permettent de faciliter la communication, et ainsi de créer une relation de confiance entre le soignant et le patient (Souza & Arcuri, 2014).

De plus, d'après l'article de Sundin et al. (2000), les soignants montrent aux patients qu'ils sont disponibles, ce qui va permettre de ne pas les heurter et ainsi de créer une interaction calme et une atmosphère détendue. En utilisant cette approche, les patients constatent que la communication vaut la peine et ne se sentiront pas stressés. Dans cet article Sundin et al. (2000), le toucher est mis en avant ce qui ouvre l'interaction entre le soignant-soigné. Les soignants utilisent la communication non-verbale comme les caresses sur la joue, tenir le patient, le langage corporel et principalement l'expression des yeux. Cette technique permet de créer une relation de confiance avec le patient, et de pouvoir interagir avec eux sans forcément faire usage de la parole, ce qui leur montre que la communication n'est pas forcément synonyme de parole mais peut être déclinée dans d'autres formes. Le fait de ne pas faire usage de la communication verbale permet également de se mettre à la place du patient atteint d'aphasie et de se mettre « au même niveau » que lui et lui montrer de nouvelles stratégies de communication (Sundin et al., 2000).

Toutefois, il est intéressant de constater que selon l'étude d'Eriksson, Forsgren et al. (2015), l'application d'échelles vise à mesurer les stratégies de communication afin d'aider l'interaction soignant-soigné, car elles participent au processus de formation offerte aux infirmiers et aux patients concernant la communication. En effet, l'infirmier et le patient ont été filmés une à deux fois par semaine durant leurs interactions (Eriksson et al., 2015). Entre chaque tournage, un entretien avec l'infirmier et l'orthophoniste était réalisé afin de visionner les vidéos et d'analyser les interactions, grâce aux échelles. L'étude des stratégies

de communication mises en place et analysées, permet l'amélioration des interactions soignant-soigné pour la session de tournage suivante. Chaque infirmier prenait le temps d'expliquer et de reformuler ses propos. Il vérifiait que le patient ait bien compris, tout en lui laissant les temps de pause nécessaires (Eriksson et al., 2015).

5.1.2. Compétences relationnelles

Selon Gordon et al. (2009), les infirmiers ne soignent pas les patients comme des êtres à part entière. D'après les infirmiers, tous les patients ayant le même problème sont soignés de la même manière. L'interaction est ciblée sur la tâche, c'est-à-dire que l'infirmier demande au patient s'il a fait son lit. Dans la conversation 1 de l'article de Gordon et al. (2009), le soignant n'utilise pas de salutation sociale. C'est-à-dire que le soignant, en rentrant dans la chambre du patient, ne lui dit pas « bonjour » mais commence directement à effectuer les soins de nursing. Dans la conversation 2, en plus de la difficulté de communiquer avec un patient aphasique, l'infirmier ne parle pas l'anglais et donc n'est pas en mesure de communiquer de manière adéquate avec le patient ce qui handicape la relation soignant-soigné. Cet infirmier utilise donc le toucher et des questions fermées. Néanmoins en raison du contexte l'infirmier interrompt l'échange en vérifiant le cathéter puisqu'il est en difficulté de poursuivre la relation (Gordon et al., 2009).

Contrairement aux résultats trouvés dans l'étude de Sundin et al. (2000), il faut comprendre les émotions de chaque patient de manière individuelle, les soigner comme une personne unique et les considérer comme des êtres humains compétents en passant outre leurs handicaps. En conclusion, grâce à la patience et l'empathie de l'équipe soignante, une amélioration des aptitudes de communication est observée ainsi qu'une bonne relation entre le patient et son infirmier (Sundin et al., 2000).

De même pour l'article de Souza & Arcuri (2014), qui considère les patients comme des êtres uniques en utilisant la communication non-verbale. L'utilisation du toucher est une approche relationnelle qui permet, dans une interaction, de créer une relation de confiance. Il ne s'agit pas d'aller toucher le patient et d'entrer dans sa sphère intime, ce qui risquerait de le brusquer. Au contraire, il est important d'adopter une posture d'écoute, de créer un climat de

confiance et de montrer une attitude empathique. Cela va permettre d'obtenir une bonne relation avec le patient. Par conséquent, la capacité de communication thérapeutique est essentielle pour le soignant, elle peut être une intervention clé pour améliorer la qualité de vie des patients (Souza & Arcuri, 2014).

Selon Eriksson et al. (2015), l'infirmier prend le temps et fait usage des temps de pause pour communiquer avec le patient. Le soignant trouve important de finir la relation en étant sûr que le patient ait compris ce qu'il dit. Ainsi, durant leur interaction, l'infirmier reformule les propos du patient et pose des questions fermées et ouvertes afin de permettre aux patients de s'exprimer au maximum, malgré le handicap important que représente l'aphasie (Eriksson et al., 2015).

5.2. Tableau comparatif

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteur, année, pays, titre	Souza, R. C. S., Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. <i>Revista Da Escola de Enfermagem Da USP</i> , 48(2), 292–298. Brésil
Devis et objectif	Étude quantitative, exploratoire et transversale Le but de cette étude était de décrire les stratégies de communication utilisées et reportées par les membres du personnel infirmier dans la prise en soin des patient après un AVC.
Population	La population de l'étude est de 27 (N=27) personnes soit 6 infirmiers, 11 techniciens et 10 assistants infirmiers.
Méthode/ intervention (si présent)	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique et le comité de recherche. L'échantillon se composait de 27 participants (6 infirmiers, 11 techniciens et 10 infirmiers auxiliaires), qui représentaient 69% du personnel infirmier des unités. Ont été exclus les personnes : qui ont eu des vacances, un congé maladie ou qui ont effectué des tâches administratives. Après le recrutement, des rendez-vous individuels ont été prévus pour organiser les entretiens et signer le formulaire de consentement. Le premier auteur de l'étude a effectué la collecte des données en deux phases : <ul style="list-style-type: none"> • Le premier entretien était semi-structuré avec chaque soignant en neurologie à une heure préalablement fixée pendant leurs heures de travail. Un formulaire a été utilisé qui contenait des données démographiques et des données professionnelles, ainsi que des questions fermées et ouvertes sur les stratégies. • Le deuxième entretien, les mêmes participants étaient observés sur le terrain lors de la prestation de soins infirmiers. Un journal de terrain a été utilisé, ainsi que le scénario de référence qui a été préparé et comprenait

	<p>les principaux aspects des stratégies. L'observation s'est faite principalement le matin, lorsque la plupart des soins infirmiers sont effectués. Les stratégies de communication et les attitudes des participants pendant ces soins ont été consignés dans le journal de terrain.</p>
Résultats	<p>L'âge moyen des 27 participants à l'étude était de 34 ans +/- 8,4 ans et 55,2% de l'échantillon avait moins de 35 ans. Parmi ceux-ci, 55,5% avaient plus de 5 ans d'expérience avec des patient ayant eu un AVC. En ce qui concerne le temps écoulé depuis le diplôme, il était en moyenne de 7.8 ans +/- 6,0 ans et le temps passé à soigner des patients souffrant d'un AVC était de 4,8 ans +/- 3,7 ans.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes professionnels ($p>0,05$) sur les stratégies mentionnées. L'absence de référence au toucher par les infirmiers est à noter. Le type de communication jusqu'à 5 ans d'expérience prédominant était les gestes (100% des participants), le stylo et le papier (33,3% des participants $p>0.999$), et la communication verbale (16.7% des participants $p=0.217$). Après 5 ans d'expérience, les types de communication les plus utilisés sont : Les gestes (100% des participants), la communication verbale (46,7% des participants $p=0.217$). L'utilisation du papier et du stylo (26.7% des participants $p>0.999$) et le toucher (20% des participants $p>0.999$) sont les types de communication les plus utilisés par les moins expérimentés.</p> <p>On peut voir que les stratégies rapportées par les participants par rapport à la durée de l'expérience professionnelle ne montrent pas de différences significatives entre les plus expérimentés et le moins expérimentés. Dans les deux groupes, tous les participants ont rapporté que le toucher a atteint les fréquences les plus élevées. L'utilisation de papier, de crayon et de dessin n'a été signalée que par des personnes ayant moins d'expérience.</p>
Commentaires	<p>Cette étude présente certaines limites qui peuvent avoir influencé les résultats. Le premier était que le chercheur ne faisait pas partie de l'équipe infirmier de l'étude, ce qui peut avoir influencé la collecte de données pendant la période de l'observation. Bien que les objectifs de l'étude aient été très clairs pour les participants et ils semblaient en sécurité</p>

	<p>et apparemment disponibles pour répondre aux questions lors de l'entretien. Cela pourrait les amener à ne pas utiliser des ressources qu'ils ont l'habitude d'employer dans la communication, dans leur pratique quotidienne auprès des patients.</p> <p>D'autres études pourraient être réalisées, notamment l'observation de l'interaction entre les professionnels et les patients en cas de renvoi à des examens pratiques et de préparation à la sortie ainsi d'autres situations non habituelles. Il est intéressant de faire des études avec une plus grande disponibilité de temps des chercheurs, et en associant les difficultés au degré de la pathologie, au déficit neurologique, au type d'aphasie et à l'évaluation de l'état émotionnel du patient après l'AVC.</p> <p>Malgré les limites susmentionnées, cette étude a permis de réfléchir au rôle des professionnels de la santé en ce qui concerne le manque d'instrumentation sur les stratégies de communication. La difficulté à communiquer avec les patients atteints d'aphasie après un AVC, reflète un manque de formation et d'éducation pour les professionnels de la santé quelque soit leurs niveaux de formation. Toutefois, elle est considérée comme un outil de base des soins infirmiers, la communication doit être considérée comme une capacité à développer par les infirmiers, quel que soit leur domaine d'expertise. Grâce à cette capacité, il est possible d'identifier, de comprendre et de contribuer à résoudre les problèmes des patients et de leurs familles.</p> <p>Dans la méthodologie, on se pose différentes questions qui malheureusement ne trouvent pas de réponse, comme par exemple : qu'est-ce qui a été observé ? Combien y avait-il de chercheurs ? Comment ont-ils analysé les données ? Quelles sont les variables quantitatives qui ont été employées ?</p>
--	--

Auteur, année, pays, titre	Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000). <i>Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words</i> . Suède
Devis et objectif	Etude phénoménologico-herméneutique Le but de cette étude est de montrer l'importance de la communication avec les personnes atteints d'AVC et d'aphasie.
Population	Les participants étaient des infirmiers âgés entre 27 et 64 ans. Ils avaient travaillé avec les patients atteints d'aphasie et d'AVC depuis 1 à 12 ans. Ils ont été sélectionnés par tous les soignants travaillant dans le domaine de la réhabilitation (N= 10). Il y a eu 26 sélectionnés
Méthode/ intervention (si présent)	10 prestataires de soins (5 infirmiers diplômés, 5 infirmiers inscrits) travaillant avec des patients souffrant d'AVC et d'aphasie dans un service de rééducation dans le nord de la Suède ont participé à l'étude. Ils ont été sélectionnés par tous leurs collègues. Tous les prestataires de soins travaillant dans le service ont reçu des informations sur l'étude du premier chercheur. Les personnes interrogées ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude et ont gardé l'anonymat et la confidentialité. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'université d'Umeå. Des entretiens narratifs d'une durée de 30 +/- 60 min ont été enregistrés avec chaque prestataire de soins dans une salle de conférence d'un service de réadaptation. Les entretiens ont été réalisés par le premier chercheur et ont été retranscrits mot à mot. Il a été demandé aux personnes interrogées de donner leur avis sur ce qu'ils leur semblaient difficile et facile, dans la communication et de dire comment elles comprennent et sont comprises par ces patients. Les interviews ont été retranscrits et analysés avec une approche phénoménologique herméneutique inspiré de la philosophie de Ricœur. Les entretiens ont été transcrits dans un texte dans lequel le sens de l'énonciateur (la personne interrogée) ainsi que le sens de l'énoncé (le sens du texte) pouvaient être interprétés. Le but de l'analyse dans cette

méthode est de découvrir et de décrire le sens des expériences vécues par le biais de l'interprétation. L'interprétation désigne l'ensemble du processus qui englobe l'explication et la compréhension, c'est-à-dire la dynamique de la lecture interprétative.

L'analyse a commencé par une lecture naïve des interviews, qui a permis de se faire une première idée de l'ensemble et d'évoquer des idées sur la manière d'analyser le texte. La deuxième phase, l'analyse structurelle, était une analyse détaillée du texte, unité de sens par unité de sens, visant à identifier les parties et les modèles de cohérence significative et à chercher des explications au texte. La troisième phase, la compréhension globale, a consisté en une interprétation critique approfondie, prenant en compte les pré-compréhensions des chercheurs, la compréhension naïve et les résultats de l'analyse structurelle.

Ces données empiriques ont été comprises grâce aux travaux du psychiatre, psychanalyste et psychologue du développement Stern. Ces données ont aussi fait l'objet d'une réflexion plus approfondie, en utilisant les travaux de deux philosophes phénoménologues.

Les premières lectures du texte ont permis d'appréhender le sens des expériences réussies des prestataires de soins en matière de communication avec les patients atteints d'aphasie. Le texte a été lu à plusieurs reprises afin d'avoir une idée à la fois de chaque entretien individuel et du matériel dans son ensemble.

Le texte a été divisé en unités de sens conformément au but de l'étude et découlant du sens acquis lors de la lecture. Chaque unité de sens a été condensée et résumée, afin de donner une expression formulée du sens des expériences vécues par les soignants dans leur communication avec les patients atteints d'aphasie et d'AVC. Ils ont ensuite mis en relation les unes avec les autres en tant que liens significatifs pour former des thèmes et des sous-thèmes.

	<p>Chaque thème et sous-thème provient d'un processus d'analyse de chaque témoignage avec chaque personne interviewée. Le processus est le suivant : témoignage → résumé du témoignage → extrait de résumé → création d'un sous thème → création d'un thème.</p>
Résultats	<p>La communication verbale et non verbale était considérée comme difficile, tant de la part des patients que des prestataires de soins. Les prestataires de soins n'ont pas réagi en communiquant, mais ont été guidés presque automatiquement par leurs sentiments et leurs sensations.</p> <p>Les prestataires de soins parlent d'une relation sans exigences pour les patients. "Le moi" est responsable envers "l'autre" sans attendre de réciprocité. Les soignants s'engagent envers les patients comme s'ils avaient une responsabilité totale, une responsabilité plus grande que celle des autres êtres humains. Personne ne peut se substituer au soignant : seul le soignant est responsable.</p> <p>Enfin, deux thèmes principaux et sept sous-thèmes ont été identifiés et résumés.</p> <p>Thème 1 : faciliter d'ouverture / ouverture d'esprit</p> <p>1. La proximité créative en combinaison avec la distance</p> <p>La compréhension entre les soignants et les patient atteints d'aphasie présuppose une forme de proximité créative. Mais si cette proximité se transforme en proximité privée, la souffrance peut s'en suivre. Une telle proximité peut amener le patient et le soignant à avoir des attentes irréalistes sur la relation et leur intégrité sera mise en danger. Même si les soignants ont le courage et l'engagement d'approcher les patients, ils soulignent en même temps la nécessité d'une certaine prudence et un certain respect pour les patients en tant qu'être humain ayant une valeur égale à la leur. Il faut avoir une juste distance protectrice pour l'intégrité du patient et du soignant pour combiner la proximité créative et l'intimité. Les soignants savent où fixer des limites dans la relation de soins. <u>Un soignant a dit qu'il veut toujours une sorte de distance avec les patients, il ne veut pas être trop proches d'eux.</u></p>

2. La recherche de la satisfaction et la lutte contre l'épuisement et le désespoir

La motivation des soignants est d'être sensibles aux désirs des patients, ce qui permet de répondre à leurs attentes et leurs besoins. L'objectif des soignants est de pouvoir proposer des stratégies au patient pour qu'il puisse communiquer clairement. Les soins réussis sont décrits en utilisant des mots tels que satisfaction, bonheur, joie et soulagement. Les situations d'échec sont décrites par des mots tels qu'insatisfaction, malheur, chagrin, désespoir, insuffisance, épuisement, impuissance, travail et stress. Un soignant dit qu'il serait très heureux s'il pouvait le rendre satisfait, car ce patient était terriblement malheureux et affligé, lorsque le patient était allongé dans le lit et que personne ne le comprenait. Ce patient montrait le désespoir dans ses yeux. Le soignant ne se voyait pas quitter le patient comme ça.

3. Rencontrer le patient à mi-chemin pour le comprendre

Les soignants considèrent les patients comme des personnes uniques et les traitent comme des êtres humains qui sont égaux et dignes. Ils ne parlent jamais comme un groupe de patients atteints d'aphasie. Ils parlent plutôt de la personne spécifique. Les soignants s'adaptent à la personnalité unique des patients. Cette relation est sans exigences de la part des soignants et des patients. Les soignants ne se comportent pas de manière hautaine, ils se mettent à la place des patients et essaient de se comporter et d'agir comme ils pensent que les patients le souhaiteraient. Un soignant a dit que le patient et lui, sont au même niveau, et qu'ils ont la même valeur et la même dignité humaine. La seule différence est que le soignant peut aider le patient.

4. Faire preuve d'attention et d'accessibilité envers le patient

Les soignants doivent montrer aux patients qu'ils ont suffisamment de temps pour eux et leur ouvrir la voie de la paix, du calme et de la détente afin que les patients voient qu'essayer de communiquer vaut la peine. Il est important que les patients ne voient pas que les soignants sont stressés et irrités. Un soignant dit qu'il est important de prendre du

temps et de ne pas se presser, car on peut pas avoir un pied dehors et un pied dans la chambre. Il faut montrer au patient que nous avons du temps, car si on est pressé, le patient le sentira et il sera stressé et anxieux et n'osera pas essayer de communiquer. Il faudrait prendre une chaise et s'asseoir et prendre le temps.

5. Le besoin de confiance, tant pour les soignants que pour les patients

La communication est plus facile si les soignants ont confiance en leurs tâches et en leur équipe, avec un bon environnement de travail et de soins. Dans un bon environnement, les soignants osent être généreux et ils peuvent plus facilement faire confiance aux patients. Les patients ont besoin d'un sentiment de sécurité, de confiance, et de foi vis-à-vis des soignants. Les patients doivent avoir une certaine estime de soi et qu'ils puissent sentir que les soignants se soucient d'eux. La dignité et l'amour de l'humanité est important. Un soignant a déclaré que lorsque le patient lui fait confiance, s'ils peuvent plaisanter ensemble, se mettre dans la bonne humeur, ce n'est pas un problème si nous ne comprenons pas tout de suite. Il faut lui donner un autre essai pour que le patient puisse comprendre.

Thème 2 : être dans une communication non verbale

1. Médiation des sentiments avec l'aide du corps

Le toucher ouvre la possibilité de comprendre. Les sentiments sont transmis par le contact physique. Les soignants parlent notamment de tenir la main d'un patient et de lui caresser la joue. Ils parlent également des patients qui les touchent. Ils parlent également du langage corporel, en particulier de l'expression des yeux des patients. Lorsque les soignants ne trouvent aucune information dans les yeux, lorsque le regard semble vide et « mort », les soignants se sentent mal et ont l'impression que la communication est presque impossible. Un soignant a dit que lorsqu'un patient le touche, par exemple le bras, il se sent beaucoup plus lui-même, à l'intérieur de lui. Le patient peut m'embrasser et pleurer, alors il peut sentir qu'il fait ce qu'il faut pour aider le patient. Lorsqu'il tient la main du patient, les liens entre eux se renforcent et facilitent la communication.

	<p>2. Partager ses sentiments par les sens</p> <p>Les soignants ne rééduquent pas directement et activement pendant la communication avec un patient atteint d'aphasie. Ils sont surtout guidés par leur sentiment. Ils ressentent ce que le patient ressent et ils partagent les sentiments du patient, selon la façon et la manière que les soignants utilisent. <u>Un soignant a dit qu'il ressent ce que le patient ressent.</u></p>
Commentaires	<p>L'interprétation présentée dans cette étude phénoménologique herméneutique n'est qu'une des multiples approches possibles. Les résultats de ces analyses doivent être jugés en tenant compte de la base des connaissances des chercheurs. Le premier chercheur est un infirmier enseignant agréé ayant l'expérience des soins aux victimes d'AVC, et les autres chercheurs sont des (étudiants) universitaires connaissant bien la méthode de recherche. Pour ces chercheurs, les résultats représentent la manière la plus utile de comprendre la signification de la communication non verbale. Les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés mais ils peuvent être transférés à des situations similaires s'ils sont re-contextualisés. Les résultats de cette étude peuvent également constituer une base pour des réflexions ultérieures.</p>

Auteur, année, pays, titre	Gordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65 (3), 544-553. Royaume-Uni
Devis et objectif	Etude exploratoire descriptive Le but de l'étude était d'examiner comment le personnel infirmier et les patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie communiquent entre eux dans des interactions naturelles dans un service spécialisé dans les accidents vasculaires cérébraux.
Population	Un échantillon de convenance de cinq survivants d'accidents vasculaires cérébraux souffrant d'aphasie ou de dysarthrie a participé à l'étude (N=5). Les critères d'exclusion comprenaient : le problème de communication ne résultant pas de leur récente attaque d'apoplexie ; le patient n'était pas en réadaptation active ou était mourant ; et la langue maternelle du patient n'était pas l'anglais. Les 14 membres du personnel infirmier ont participé à l'étude (N=14). L'expérience professionnelle du personnel infirmier varie de 6 mois à 20 ans, et comprend tous les niveaux de rôles, de l'assistant de santé (ASS) à l'infirmier diplômé. Cinq patients ont été recrutés, l'un dans un service de rééducation et les autres dans une unité d'urgence. Leur âge variait de 43 à 84 ans, et trois étaient des hommes. Le délai entre le début de l'attaque et le recrutement allait de 12 à 197 jours. Trois patients souffraient d'aphasie et deux de dysarthrie sévère. Les personnes atteintes d'aphasie avaient toutes une aphasie expressive (Broca), et deux d'entre eux souffraient également d'aphasie réceptive (Wernicke).

Méthode/ intervention (si présent)	<p>Des enregistrements vidéo et des notes de terrain simultanées ont été utilisés pour collecter les données. L'enregistrement s'est déroulé sur des périodes de 1 à 3 heures, sur 4 mois, en 2005. L'heure et le jour ont varié afin de saisir les différentes atmosphères et routines des services. La caméra a été placée près du chevet, mais a été obstruée lorsque les rideaux du chevet ont été tirés. Les enregistrements vidéo ont capturé les éléments audio et visuels de l'interaction au fur et à mesure qu'elle se produisait, et ont permis d'explorer les influences non verbales, par exemple le corps et les objets physiques, pendant la conversation. Sur les 35,5 heures d'enregistrement, il y a eu 5 heures 43 minutes d'interaction entre l'infirmier et le patient, illustrant que les patients ont passé la majorité de leur temps seuls. Seulement deux fois les patients sont en interaction les uns avec les autres. Les patients cherchaient rarement à engager des conversations sociales avec quelqu'un d'autre que leurs visiteurs. Les personnes atteintes de dysarthrie ont parfois tenté d'entamer une conversation avec les patients ou le personnel soignant, mais cela n'a jamais été le cas pour les aphasiques. Les enregistrements ont fourni un large éventail d'interactions, allant de brefs passages avec un contact visuel et des conversations d'une durée maximale de 12 minutes. Au total, 24 interactions différentes ont été transcrites, 19 pour le premier patient, et une pour chacun des quatre autres patients. Vingt-sept modèles sont apparus, qui selon le type d'interaction entre l'infirmier et le patient, ont été choisis pour être analysés. L'interaction institutionnelle a eu une influence considérable sur les procédés utilisés. Il y avait une asymétrie dans les interactions, avec des contributions de patients très limitées. Les preuves peuvent être vues par le biais de deux éléments analytiquement distincts, mais sont liés entre eux par l'organisation de la conversation qui est : (a) prise de tour et (b) déroulement de la conversation. Malgré toutes les interactions entre soignant-soigné, seulement trois conversations ont été analysées.</p> <p>Toutes les interactions du premier patient ont été transcrites et analysées pour trouver des événements et des modèles significatifs. Un échantillon de 5 minutes d'interaction a été choisi pour les enregistrements des autres</p>
---	---

	<p>patients. Ces échantillons ont été choisis parce qu'ils étaient les plus riches en données, et ont été analysés pour voir s'ils pouvaient soutenir ou contester les modèles trouvés avec le premier patient. L'analyse a été limitée de cette manière en raison des contraintes de temps du chercheur. Une analyse séquentielle des interactions a été effectuée, y compris la transcription détaillée de la communication verbale et non verbale avec le regard et les mouvements du corps. Les conventions de transcription verbale utilisées ont été adaptées de celles développées par Jefferson (2004) et Psathas (1995), et sont couramment utilisés dans la recherche sur la méthodologie de l'analyse de la conversation.</p>
Résultats	<p>Dans l'ensemble des données, les membres du personnel infirmier ont commencé à 88% (N=20) à ouvrir le dialogue avec le patient. Aucun patient aphasique n'a commencé une interaction. 54% (N=9) des interactions étaient liées à une tâche infirmière, par exemple, entrer dans la chambre pour administrer les traitements ou faire les surveillances infirmiers. Cependant, 5 interactions soignant-soigné (19%) semblaient commencer de manière "sociale" et non dirigées par une tâche, mais n'ont été observées que lors d'interactions avec le premier patient du service de réadaptation. Par conséquent, l'infirmier a tendance à monopoliser le discours et le sujet de conversation car il a accès à la parole. Les résultats de cette étude montrent que ce n'est pas aussi thérapeutique que cela y paraît car le patient est obligé de suivre l'infirmier au lieu de faire l'effort d'engager la conversation. Ceci limite l'autonomie du patient, ce qui freine la réhabilitation. Le fait de poser des questions fermées ferme le dialogue et freine la conversation.</p> <p>Les difficultés liées à la conversation sont différentes d'une personne à l'autre à cause des différents type d'aphasie, de dysarthrie et le degré d'atteinte. La compréhension du dialogue est difficile à gérer pour le personnel soignant ce qui complique la réhabilitation. Les infirmiers doivent être formés à la communication adaptée aux patient atteints.</p>
Commentaires	<p>Limite de l'étude : la généralisation des résultats pourrait être limitée à cause du degré d'atteinte à la communication des patients. Le fait est qu'il y avait 2 différents types de population : réhabilitation et aiguë. Le faible échantillon est aussi une limite des études de cas, principalement à cause des ressources requises pour transcrire et analyser les</p>

données. La généralisation ne peut pas être faite, car chaque personne réagit différemment. Cependant, il n'est pas exclu que les réactions personnelles aient eu un impact sur la collecte de données. Cela dépend de l'humeur de chaque patient ce qui peut fausser les résultats.

Il y a un besoin de réaliser des études supplémentaires qui décrivent l'interaction entre le personnel infirmier et les patients atteints d'aphasie ou de dysarthrie. Ces études devraient utiliser un échantillon plus grand que simplement les patients en phase aiguë ou en réhabilitation. Ceci améliorerait la validation et la pertinence des résultats. Cela pourrait être utile de visionner les interviews avec les infirmiers et les patients pour éviter les mauvaises compréhensions et l'évaluation des stratégies éducatives de communication pourraient être utile pour différencier le degré d'asymétrie entre les soins aigus et la réhabilitation.

Auteur, année, pays, titre	Eriksson K., Forsgren E., Hartelius L., Saldert C. (2015). <i>Communication partner training of enrolled nurses working in nursing homes with people with communication disorder caused by stroke or Parkinson's disease.</i> Institute of Neuroscience and Physiology of Gothenburg, Sweden
Devis et objectif	Reproduction d'une étude avec plusieurs bases de références chez les individus. Le but de cette étude était d'améliorer la communication quotidienne pour les personnes ayant des troubles de la communication avec une approche individualisée et d'évaluer le programme de communication en utilisant le programme de formation qui est de soutenir les partenaires des personnes atteintes d'aphasie dans leurs relations et conversations (SPPARC).
Population	Pour cette étude, les participants se composaient de 5 dyades ² recrutées dans 5 maisons de retraite différentes. Chaque dyade se composait d'une personne ayant des difficultés de communication (patient) causée par une aphasie induite par un AVC ou par la maladie de Parkinson idiopathique, et de son interlocuteur (soignant), qui était un infirmier qui était inscrit dans une institution de soins. L'apparition de l'aphasie variait de 10 mois à 8 ans. Le 5 ^{ème} (patient) avait été diagnostiqué de la maladie de Parkinson environ 8 ans plus tôt. Les patients avaient entre 72 et 93 ans, et les infirmiers inscrit avait entre 36 et 55 ans. Elles avaient toutes 11 à 12 ans d'expérience. Ces infirmiers avaient travaillé avec le patient ayant un trouble de communication pendant 5 mois à 3 ans, et seule la dyade 1 se connaissait avant l'apparition du trouble de la communication. <u>Critère d'inclusion</u> : présence de troubles de la communication post AVC (n= 4) ou Parkinson (n=1), contact régulier avec le patient pendant le travail. Les infirmiers devaient avoir une bonne connaissance du suédois parler et écrit. Tous les participants étaient de langue maternelle suédoise. <u>Critère d'exclusion</u> : la déficience visuelle ou auditive non compensées par des appareils.

² Une dyade est un groupe composé de deux personnes.

Méthode/ intervention (si présent)	<p>Le programme a consisté en 8 sessions de formation, à l'exception de la dyade 1, qui n'a participé qu'à 7 sessions. Les sessions ont été menées dans les maison de retraite par deux des auteurs, tous deux orthophonistes et doctorants. Les sessions ont été programmées une ou deux fois par semaine de préférence avec l'interlocuteur (infirmier) travaillant au moins une fois entre les sessions pour avoir le temps d'essayer les stratégies discutées pendant la formation. Le programme de formation est basé sur les principes de l'analyse des conversations. Il vise à accroître les connaissances des participants sur la conversation en général, à les sensibiliser à leur propre modèle de communication et à soutenir le développement de stratégies fonctionnelles. Chaque session durait environ 30 minutes et consistait toujours en une analyse supervisée de l'interaction filmée lors de la session précédente. Le nombre d'enregistrements vidéo variait d'un individu à l'autre en fonction de la conception de l'étude. La routine du matin ou du soir a été choisie pour les dyades 1 à 4 y compris les soins du haut de corps, changement de vêtements, brossage de cheveux et distribution de médicaments. La routine quotidienne de promenade dans le couloir de la maison de retraite, a été choisie pour la dyade 5. Tous les enregistrements vidéo ont été analysés par l'orthophoniste pour comprendre la communication entre chaque dyade, toujours du point de vue des besoins (patient) et de la manière dont ce dernier pouvait potentiellement être soutenu dans la conversation. Deux des trois orthophonistes participant ont fait des évaluations en notant l'impression générale de soutien de l'interaction et de la transaction de la communication pour chaque dyade. Ils ont utilisé l'échelle d'évaluation mesurant l'interaction de la conversation (MIC). Cette échelle est une adaptation de la mesure de la compétence dans la conversation assistée (MSC). Celle-ci mesure la capacité de l'interlocuteur (soignant) à créer une conversation naturelle et la capacité à s'assurer que le patient comprend et trouve une solution pour répondre. La différence entre ces deux échelles est que à l'aide de MIC chaque minute de l'enregistrement de la vidéo est notée, tandis que l'utilisation de MSC sera de noter l'ensemble de</p>
---	--

l'enregistrement de la vidéo. L'échelle MIC évalue de 1 à 4 points (1 = insatisfaisant, 2 = bien mais non satisfaisant, 3 = satisfaisant et 4 = très satisfaisant) au lieu de MSC qui est sur 9 points.

Cette étude s'appuie sur une récolte de données en trois étapes.

1. La 1^{ère} étape est le moment de référence qui sert à comparer et à voir les bénéfices de l'intervention avant l'intervention. Lors de cette étape, des séquences vidéos sur les interactions entre soignant-soigné ont été enregistrées.
2. La 2^{ème} étape est l'intervention faite par les chercheurs. Lors de cette étape, chaque dyade est en entretien avec l'orthophoniste qui va leur montrer les enregistrements vidéo des autres groupes afin qu'ils puissent déterminer les problèmes de communication. Suite à cela, leur propre vidéo sera dévoilée pour permettre de les analyser avec le chercheur.
3. La 3^{ème} étape est le suivi post-intervention. Cela consiste à avoir un retour de leur auto-évaluation et de déterminer s'ils ont répondu à leur objectif formulé en début d'expérience.

Lors de la 2^{ème} session, l'échelle *Goal Attainment Scaling* (GAS) ainsi que la notion d'objectif communicatif ou interactif a été introduit. L'échelle GAS est une méthode thérapeutique qui fait référence à l'élaboration d'un journal de bord entre l'infirmier et l'orthophoniste, afin de suivre les progrès de chaque dyade. L'infirmier a été informé que au cours de la session 5, deux ou trois comportements perçus comme bénéfiques pour la communication devraient être choisis et définis comme des objectifs en lien avec l'échelle GAS. Cette échelle se divise en 5 étapes allant des résultats les plus faibles aux plus favorables. Les stratégies devaient être testées par l'infirmier avant la session suivante. Le GAS a été utilisé comme un outil dans l'intervention et comme une mesure des résultats des changements de comportement perçu.

Lors de chaque session, deux échelles ont été utilisées pour l'infirmier et pour le patient. L'échelle *Carer-COAST* qui correspond au résultat de la communication des soignants. L'échelle *COAST* qui permet de mesurer les troubles de la communication après un AVC. Celle-ci est utilisé par le patient. Les échelles originales contiennent 20 questions. Dans l'étude actuelle, les échelles ont un total de 11 questions. Les questions ont été présentées oralement et dans un texte imprimé, illustré par des images et les réponses ont été données oralement ou en pointant vers des alternatives écrites, illustrées par des symboles, tant pour le patient que pour le soignant. Les échelle *COAST* et *Carer COAST* ont toujours été utilisées séparément.

Les résultats des évaluations de l'atteinte des objectifs dans l'interaction enregistrée par vidéo ont été évalués en utilisant le pourcentage de données. En d'autres termes, le pourcentage d'enregistrements vidéo pendant la phase d'intervention ayant obtenu une note supérieure à celle de l'enregistrement vidéo le mieux classé dans la base de référence a été calculé. Un test de randomisation a été effectué pour explorer plus avant les résultats des évaluations en aveugle. Cela permet d'estimer la probabilité que toute différence observée dans les évaluations de la phase d'intervention par rapport à la phase de référence soit due au hasard. Le test est effectué en réorganisant les résultats de manière aléatoire en 1000 échantillons différents et donne une mesure de la probabilité que les différences ne soient pas aléatoires, c'est-à-dire un niveau de signification. Les niveaux p inférieurs à 0,05 sont considérés comme significatifs pour les besoins de cette étude. Les tailles d'effet ont été calculées à l'aide de l'indice D en utilisant les résultats des évaluations en aveugle de la réalisation des objectifs dans les enregistrements vidéo. Lors du calcul de la moyenne des notes dans la phase d'intervention, seules les trois dernières sessions ont été utilisées. La raison en est que les cinq premières sessions visaient essentiellement à sensibiliser les participants au comportement communicatif des infirmiers et à appliquer et essayer différentes stratégies. Les objectifs ont été décidés à partir de la cinquième session, et les trois autres sessions visaient essentiellement à consolider les comportements cibles. Les

	<p>résultats de l'auto-évaluation de l'atteinte des objectifs à l'aide de l'échelle GAS sont présentés séparément pour chaque objectif au lieu de calculer une moyenne pour tous les objectifs pour chaque interlocuteur. Cela permet de comparer les résultats de l'échelle GAS avec les évaluations de la réalisation des objectifs dans les enregistrements vidéo de l'évaluateur. Les mesures de la communication fonctionnelle perçue, les questionnaires <i>COAST</i> et <i>Carer-COAST</i>, sont dues au nombre limité de questions qui ne sont pas présentées en pourcentage de la note totale comme dans sa forme originale. On utilise plutôt des scores bruts, ainsi que des moyennes pour les scores de groupe, car une dyade n'a pas participé à la phase de suivi et un patient a refusé de répondre à deux questions dans la phase de référence.</p>
Résultats	<p>Les résultats des évaluations à l'aveugle de la réalisation des objectifs dans les conversations naturelles filmées. Deux dyades avaient deux buts et trois dyades en avaient trois, ce qui donne un total de 13 buts distincts. Les calculs du pourcentage de données ne se chevauchant pas pendant la phase de traitement par rapport à la situation de référence qui ont montré que les objectifs avaient été atteints à la fin du traitement. La moyenne des notes était plus élevée dans la phase d'intervention que dans la phase de référence pour 12 objectifs. Pour le 13^{ème} but, la moyenne des deux phases était la même. Le test de randomisation montre que dans huit de ces objectifs, le passage à une moyenne de notes plus élevée était statistiquement significatif.</p> <p>Tous les rapports des interlocuteurs sur l'échelle GAS reflètent les améliorations perçues dans l'atteinte des objectifs à la fin de la phase de traitement. Lors du suivi, les échelles de deux participants reflétaient de nouvelles améliorations, tandis qu'une troisième indiquait une détérioration perçue pour tous les objectifs de l'infirmier-5 (3.4/1.9). Une dyade n'a pas pris part à la phase de suivi (dyade 4) et les données du suivi n'ont jamais été obtenues pour un interlocuteur en raison d'un malentendu (infirmier-3). Toutes les patients sauf un, la patient-3 (3.3/2.9), ont signalé une amélioration de la communication fonctionnelle perçue dans l'échelle <i>COAST</i> après l'intervention, lorsqu'elle est calculée sur le</p>

	<p>score total. Lors du suivi, trois des quatre patients restants ont signalé des améliorations par rapport au niveau de référence ; là encore, le patient-3 (3.3/2.9) n'a pas signalé d'amélioration.</p> <p>Seuls deux infirmiers ont fait état d'une amélioration de leur score total après l'intervention dans le <i>Carer-COAST</i>, à savoir infirmier-1 (1.4/2.3) et infirmier-4 (1.7/2). Lors du suivi, l'infirmier-3 (3.3/3.6) a également signalé des améliorations par rapport au niveau de référence, tandis que l'infirmier-2 (2.7/2.6) et l'infirmier-5 (3.4/1.9) sont restés à des niveaux inférieurs.</p> <p>Des résultats encourageants ont été observés avec trois mesures de résultats, le principal résultat étant une utilisation accrue et appropriée de stratégies de soutien individualisées dans l'interaction conversationnelle. Les évaluations en aveugle de l'atteinte des objectifs dans les enregistrements vidéo des infirmier-1 et infirmier-2, qui n'avaient que deux objectifs, ont montré un résultat positif dans les deux cas. Pour tous les autres infirmiers, qui avaient trois objectifs, au moins un objectif était majoritairement positif, tandis qu'au moins un autre ne montrait aucune amélioration. Quatre des cinq patients ont fait état d'une amélioration de la communication fonctionnelle après l'intervention. Seuls deux rapports de l'infirmier dans le <i>Carer-COAST</i> y correspondaient.</p>
Commentaires	<p>Cette étude a montré des résultats positifs pour l'utilisation de la formation de l'infirmier à communiquer avec les patients ayant des troubles de la communication. Pour ce faire, plusieurs dyades ont été composées d'un patient et d'un infirmier. Les différentes mesures renforcent les résultats obtenus lors de cette étude. Des test objectifs aveugles ont été utilisés avec une mesure subjective. Tous les types de mesures ont montré une augmentation des stratégies de communication pratiquées lors de l'étude. Ces stratégies ont eu un effet positif sur la conversation naturelle et l'approche individualisée.</p>

6. DISCUSSION

Pour répondre à la question de recherche de ce travail, à savoir : « Quelles sont les stratégies de communication mises en place par l'infirmier auprès des patients atteints d'aphasie à la suite d'un accident vasculaire cérébral ? », les auteures ont pris l'option d'établir des liens entre les résultats des articles scientifiques composant la revue de littérature et le cadre théorique choisi pour ce travail, à savoir la TGS de Dodd et al. (2001). Afin de lier la méthodologie de la pratique selon la TGS et les résultats tirés des articles de recherche, nous avons décidé de les combiner en trois thèmes principaux : 1) le patient expert de son symptôme ; 2) le partenariat et 3) la barrière de la langue

6.1. Le patient expert de son symptôme

La TGS affirme que le patient doit se situer au centre de la dynamique thérapeutique. Le patient est expert de son symptôme. Il l'évalue tout au long de sa maladie en cherchant des solutions pour pallier son symptôme. Il va donc se trouver dans une boucle itérative, c'est-à-dire, il va commencer à découvrir son symptôme, à l'évaluer pour ensuite chercher des solutions. Si les résultats ne sont pas bénéfiques à sa réadaptation, il va devoir repasser par ce même processus jusqu'à avoir les résultats attendus. Cette boucle itérative est composée de trois étapes qui sont : l'expérience du symptôme, la stratégie de gestion du symptôme et les résultats obtenus sur l'état du symptôme. Dans le deuxième volet du modèle, qui est la gestion du symptôme, la TGS montre bien que le patient peut demander de l'aide à l'équipe soignante s'il en ressent le besoin mais que cette dernière ne doit pas s'imposer dans les choix du patient.

L'infirmier mène la communication selon les besoins du patient. En effet, selon la vision de la TGS, ce dernier doit être au centre de la thérapie et la tournure de l'interaction dépend de lui. En effet, il est expert de son symptôme, et lui seul connaît sa maladie et sait ce dont il a besoin. L'infirmier est un appui et une ressource pour le patient dans le processus de soin. Au contraire, les quatre articles sélectionnés pour cette revue de la littérature positionnent les infirmiers au centre de la thérapie. Dans ces articles, c'est donc l'infirmier qui trouve les meilleures stratégies à adopter afin d'aider au mieux le patient.

Pourquoi donner la parole à l'infirmier, alors que c'est le patient qui est expert de son symptôme ? L'infirmier a plusieurs objectifs lors d'une prise en soin, comme par exemple, soutenir le patient dans n'importe quelle situation ou l'accompagner dans les meilleures conditions possibles. Malgré ces objectifs en place, il peut rencontrer des difficultés dans la posture infirmière. En effet, l'infirmier peut prendre le rôle de leader dans la relation et cela peut avoir une influence sur les dires du patient. Les sentiments ou les interprétations que peut éprouver un infirmier durant un échange peut avoir des conséquences négatives sur la communication, les entretiens et sa prise en soins. Bien que les articles sélectionnés ne le mentionnent pas, nous postulons, en accord avec la vision de la TGS, qu'il est important que le patient soit au centre de la conversation, il va mener l'interaction, mais aussi exposer les problèmes qu'il ressent, dans le but de partager ses émotions. L'infirmier durant l'échange va favoriser la communication et les émotions au travers de questions et de reformulations. En réalisant cela, l'infirmier va pouvoir aider, accompagner et valider les propos du patient qui est atteint d'aphasie. Il est important de ne pas oublier, que le patient aphasique se connaît, c'est-à-dire qu'il sait lorsqu'il a de la difficulté ou quand il est bloqué lors d'un échange. Le patient vit et connaît sa maladie, c'est pour cela qu'il est primordial que l'infirmier écoute activement le patient. Les infirmiers vont avoir un rôle important durant les échanges, car ils vont faciliter la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. En effet, Sundin et al. (2000) expliquent que les soignants sont une source de soutien émotionnel et qu'ils sont présents pour les patients afin de leur donner la possibilité d'exprimer leurs propres pensées et leurs sentiments. Le fait d'aider les patients à exprimer leurs émotions est avant tout pour limiter le risque de dépression. En effet, elle peut vite s'installer surtout si le patient ne se sent pas écouté et soutenu en passant par ce changement de vie qu'est la maladie. Mais comment l'infirmier pourrait aider le patient à s'exprimer sans induire ses réponses ou être le leader de l'entretien ? Comment le soignant peut être son soutien ?

Selon Gordon et al. (2009), les infirmiers monopolisent la discussion lors des entretiens avec le patient. Nos hypothèses sont que les infirmiers ont l'habitude de prendre le leadership dans la relation soignant-soigné, ou alors que, face à un patient ne parlant pas, ils veulent combler les silences puisque que la gestion du silence est compliquée. On peut également supposer que les

infirmiers ne mettent pas en pratique la théorie apprise durant leur formation probablement en raison du malaise occasionné par les silences. De même, le fait que les infirmiers monopolisent la discussion pourrait sûrement retarder le processus de guérison et peut-être même augmenter les risques de dépression ou d'isolement qui pourrait être dû au manque d'écoute des infirmiers. Il est vrai que les soignants connaissent de nombreuses stratégies de communication et ont des compétences afin d'améliorer leurs interactions. Néanmoins, cela devrait être le patient lui-même qui développe ses propres stratégies de communication. L'infirmier devrait se montrer à l'écoute et soutenir le patient pour qu'il puisse avoir l'aide nécessaire pour développer ses compétences.

Dans l'article d'Eriksson et al. (2015), l'utilisation d'enregistrements vidéo lors des entretiens est intéressante pour enrichir l'expertise du patient. En effet, le fait que le patient se voit à l'écran, qu'il ait un esprit critique sur cet enregistrement et qu'il cherche à comprendre les difficultés de communication, peut aider ce dernier à se positionner au centre de la thérapie et à rechercher activement des stratégies à l'amélioration de ses difficultés. Il pourra compter sur l'aide de l'infirmier et de l'orthophoniste afin de l'aider au mieux dans sa gestion du symptôme. Cependant, est-ce un outil thérapeutique réellement nécessaire ? L'image projetée sur l'écran peut avoir un impact négatif sur l'image de soi du patient. Si le patient n'est pas dans une approche d'adhésion thérapeutique, celui-ci ne sera pas en mesure de faire face à la vidéo qui projette sa maladie et donc ses difficultés. Le fait d'être confronté à l'image de soi pourrait engendrer un retrait de la part du patient, sûrement pour ne pas y faire face. Cet outil thérapeutique peut s'avérer bénéfique à la réadaptation du patient dans sa pathologie ainsi qu'à l'amélioration de son aphasie, mais sous réserve que le patient soit prêt à faire face à l'image de lui que lui renvoie l'écran. Pour se faire, il est important de sélectionner les patients afin qu'ils ne soient pas dans un épisode dépressif ou en dépression, et d'utiliser l'échelle de Dépression Gériatrique (GDS) qui est importante pour diagnostiquer celle-ci.

De plus, comme mentionné plus haut, le patient doit avoir apprivoisé son trouble aphasique comme le suggère la TGS. Il doit donc développer son rôle d'expert de son symptôme pour initier l'interaction et qu'il devienne leader de son soin, cela va donc créer un partenariat entre le soignant et la personne soignée.

6.2. Le partenariat

Pour favoriser le partenariat entre un soignant et un soigné, il est nécessaire d'établir un lien de confiance avec le patient et d'avoir une bonne connaissance sur lui et ses antécédents. Dans l'article d'Erikson et al. (2015) des dyades stables ont été construites afin de mener au mieux cette expérience. De plus, une des dyades se connaissait avant l'apparition du trouble aphasique. Cette dyade a obtenu de meilleurs résultats à la fin de l'expérience que les autres. Comme mentionné dans la TGS, Dodd et al. (2001) accordent une grande importance à la collaboration soignant-soigné et trouvent efficace de travailler *avec* le patient et non pas *pour* le patient. Le fait de bien se connaître facilite la communication sans forcément faire usage de la parole. En effet, les gestes et le regard ont un rôle tout aussi important dans une relation. Dans l'article de Sundin et al. (2000), les infirmiers trouvent pertinent d'interagir avec le patient à l'aide des gestes, du toucher et avec le regard. Cela va créer une proximité entre soignant-soignés. Mais cela peut surement être une stratégie de la part du soignant pour se mettre à la place du patient afin de lui montrer qu'il est possible de communiquer sans les mots. Mais dans tous les établissements de soin, est-il possible de former des dyades « stables », tout en prenant en compte les horaires des infirmiers ? Selon des contextes hospitaliers, il existe des infirmiers référents qui s'occupent du même patient. Cependant, ceux-ci ont des horaires de travail variables et irréguliers qui ne leur permettent pas d'être tous les jours avec le patient. Lors de leur absence, le patient sera contraint de travailler avec un autre soignant et donc d'adopter une nouvelle approche thérapeutique. Est-ce que le fait que le patient doive s'adapter à chaque soignant et inversement pourrait améliorer ses stratégies de communication ? Quelles seraient les stratégies à adopter pour faciliter la communication ? Le fait que le patient interagisse avec plusieurs soignants fait que ses stratégies sont variées, ce qui peut conduire à une difficulté supplémentaire à la communication par le fait que celui-ci n'a pas l'habitude du soignant et que le lien de confiance ne s'est pas instauré.

Les points positifs à une dyade stable sont que cela entraîne une relation de confiance ainsi qu'une proximité. Cela peut occasionner une identification de la part du soignant ou du soigné vis-à-vis de l'autre. Il est donc important que le

soignant réussisse à prendre du recul sur la situation pour ne pas être submergé par les problèmes du patient. Ce recul peut être négatif au sein de la dyade, car il peut engendrer un sentiment d'abandon de la part du patient. Ce dernier peut même ressentir un sentiment de culpabilité parce que le soignant s'éloigne. Ainsi, il ne serait pas étonnant d'observer que le patient se referme sur lui-même, ce qui produirait comme conséquence une rupture du lien de confiance entre celui-ci et l'équipe soignante. De même que si l'infirmier prend ses distances, dans le but de se protéger, il est possible également que celui-ci ne s'investisse plus dans cette relation thérapeutique, ce qui pourra la briser. Il faut donc que le soignant trouve la bonne distance thérapeutique pour que le lien de confiance ne se rompe pas. Cette distance a pour but d'apporter un équilibre émotionnel et psychique tout en maintenant une proximité à la collaboration. Le soignant doit être en mesure d'apprendre à gérer ses émotions et à les comprendre pour identifier les impacts que cela peut avoir sur sa personne et que cela ne se répercute pas dans la relation avec le soigné. Il est donc important que le soignant sache déléguer si la situation atteint un seuil émotionnel qui lui est difficile à gérer.

6.3. La barrière de la langue

Dans l'étude d'Eriksson et al. (2015) le critère d'inclusion consistait à ce que la langue maternelle des patients et des soignants soit le suédois. Cet objectif était intéressant afin de pouvoir analyser les stratégies de communication face à un patient aphasique et de se focaliser sur les moyens mis en œuvre pour améliorer le trouble de communication. Néanmoins, cet aspect est un inconvénient pour le retranscrire dans un pays multilingue. En effet, dans un canton comme celui de Genève, les patients ne parlent pas tous la même langue, ce qui va être un problème pour les soignants d'interagir avec ce dernier qui en plus d'être allophone, souffre d'aphasie. De ce fait, quelles seraient les stratégies qui pourraient être mises en place pour communiquer au mieux avec ces patients ? Dans l'étude de Gordon et al. (2009), un infirmier fait justement face à un problème d'interaction avec un patient aphasique et allophone. Il est donc notable que malgré les stratégies proposées dans les études, quand le soignant se retrouve face à une telle situation, il va adopter des stratégies d'évitement probablement pour ne pas se retrouver en « échec ». De ce fait, il serait

intéressant de rechercher les stratégies qui pourraient être mises en place pour communiquer au mieux avec ces patients à la fois allophones et aphasiques. Par exemple, serait-il intéressant d'adopter les mêmes stratégies de communication comme dans les différentes études, c'est-à-dire faire usage de papier et un crayon, filmer les entretiens et les faire analyser par le soignant et le patient ainsi que faire usage du toucher et utiliser les gestes ?

Face à un patient à la fois allophone et aphasique, le plus judicieux serait de faire des phrases courtes, de faire usage des gestes ainsi qu'utiliser des pictogrammes et surtout de s'adapter aux ressources de la personne. En effet, Sundin et al. (2000) utilisent le toucher et le geste dans leurs stratégies de communication. Cette méthode serait intéressante à utiliser face à un patient aphasique et allophone. Le toucher est une approche relationnelle qui permet d'interagir avec les patients. Cependant, il est nécessaire de connaître, de créer un lien de confiance avant d'utiliser cette stratégie pour ne pas bousculer le patient et qu'il puisse partager sa sphère intime avec le soignant. Il est donc nécessaire que le soignant adopte une posture d'écoute active, de créer un climat de confiance et montrer une attitude empathique. L'objectif est de favoriser une bonne communication pour créer une relation authentique.

Concernant l'utilisation de papier et de crayon comme dans l'étude de Souza & Arcuri (2014), serait-il pertinent d'en faire usage ? Imaginons que le patient soit illettré, quelle serait la stratégie la plus adaptée pour interagir avec lui ? Les pictogrammes seraient un bon moyen pour contrer les difficultés. Cette stratégie peut être utilisée pour un patient avec des troubles de la communication de même que pour un patient allophone.

L'utilisation de vidéos requière des moyens, comme la disponibilité de l'équipe soignante ainsi qu'une faisabilité dans la revisualisation des entretiens pour adopter de nouvelles stratégies de communication. Il serait intéressant d'appliquer cette méthode dans un établissement ayant la disponibilité et les moyens de la réaliser. La stratégie qui consiste à filmer les interactions entre un soignant et le soigné est développée dans l'étude d'Erikson et al. (2015). Elle a été utilisée parce que les soignants prenaient en soins un seul patient du début à la fin, toujours est-il que les soignants et les patients étaient de même langue maternelle. Qu'en serait-il s'ils ne parlaient pas la même langue ? Est-ce que faire appel à un traducteur serait possible afin d'améliorer la communication ?

Mais avec un trouble de la communication sera-t-il plus compliqué de faire appel à une personne qui ne connaît pas ce trouble ? Supposons que le traducteur aide à la communication et que celui-ci arrive à avoir une bonne collaboration avec le soignant : est-ce que le patient arrivera à garder ce lien de confiance avec le soignant ou sera-t-il mal à l'aise à l'idée de devoir révéler son symptôme à une personne étrangère ?

La famille du patient pourrait être une ressource au soignant pour communiquer ainsi que pour le soignant pour être une aide à la relation avec le soigné. Il serait donc intéressant de faire participer la famille lors des entretiens afin de faciliter le dialogue. Cependant, il est possible que le patient s'isole à cause du fait de devoir montrer à ses proches sa maladie ainsi que ses difficultés. Le fait de devoir le révéler à ses proches, peut signifier que la personne a compris son symptôme et a donc passé l'étape de l'expérience du symptôme comme il est mentionné dans la TGS. Cette étape, suggère que le patient a un symptôme qui perdure dans le temps avec une sévérité qui interfère et perturbe la vie quotidienne de ce dernier. Le patient sera donc amené à comprendre son symptôme afin de trouver des stratégies pour minimiser la sévérité de celui-ci. Pour se faire, en plus des soignants, la famille pourrait être une ressource non négligeable à la réadaptation du patient.

7. CONCLUSION

Pour conclure ce travail de Bachelor, les apports et limites du travail seront mentionnés dans un premier temps. Ensuite pour répondre à la question de recherche qui, pour rappel, s'intéresse à la question de savoir « quelles sont les stratégies de communication mises en place par l'infirmier auprès des patients atteints d'aphasie à la suite d'un accident vasculaire cérébral ? ». Nous pouvons relever que l'analyse des articles scientifiques et la mise en lien des résultats avec la théorie de gestion des symptômes permettent d'établir des recommandations pour la pratique, pour la recherche ainsi que pour l'enseignement.

7.1. Apports et limites du travail

Ce travail de Bachelor a été bénéfique car il nous a permis l'usage, et donc l'appropriation des bases de données. Cela nous a permis de nous adapter et de nous familiariser avec plusieurs bases de données comme PubMed, Cinhal, Lissa, Google Scholar, etc. Dès le début de ce travail, nous avons eu la chance de pouvoir bénéficier de l'aide et du soutien des bibliothécaires de notre école. De plus, les connaissances acquises dans ce travail nous ont particulièrement sensibilisées à la communication face à un patient non-communicant, ce qui a favorisé notre propre réflexion sur l'adoption de nouvelles stratégies qui peuvent être à la fois adaptées au patient et efficaces dans le contexte des soins. Tout au long de ce projet, un travail en binôme a été réalisé, ce qui non seulement nous a appris à travailler en collaboration, mais cela nous a, d'une certaine manière, préparé au monde professionnel infirmier qui sollicite constamment un travail d'équipe et un soutien permanent pour créer les meilleures conditions de travail possibles.

Néanmoins, nous avons été confrontées à certaines limites notamment sur la recherche d'articles scientifiques qui s'est avérée restreinte concernant notre question de recherche. Cela a impliqué de transformer notre question de recherche en l'orientant sur les stratégies mise en œuvre par les soignants et non orienté vers le patient comme le suggère la TGS.

Nous avons rencontré des difficultés à la lecture des articles car ils étaient souvent en anglais. Les termes scientifiques et spécifiques utilisés dans cette langue ont fait que nous avons rencontré des difficultés de compréhension.

Par ailleurs, l'interprétation des résultats de l'article d'Erikson et al. (2015) s'est avéré complexe en raison des nombreux tableaux et abréviations omniprésents dans l'article. Ce qui nous a posé des problèmes lors de l'élaboration des tableaux des résultats d'articles. De plus, n'ayant pas réalisé les fiches de lectures, cela nous mis en difficulté du fait que nos résultats devaient être bien développés.

Sans compter le contexte sanitaire actuel relatif au COVID-19 qui a fait que nous avons tout de même été limitées dans les cours de Recherche 6 qui auraient été un appui à la réalisation de ce travail de Bachelor. De même, cela nous a contraint à le réaliser à distance et de partager avec la directrice de Bachelor via un support vidéo.

7.2. Recommandations

7.2.1. Clinique

Ce travail a permis d'établir des recommandations pour la pratique infirmière, notamment avec l'article d'Eriksson et al. (2015) où les entretiens vidéo ainsi qu'une collaboration stable entre soignant-soigné permettent d'obtenir de meilleurs résultats à la réadaptation du patient. Il serait donc intéressant d'adopter cette stratégie lors de la pratique et de pouvoir former des dyades stables pour obtenir un meilleur résultat. Il serait également pertinent d'utiliser les différentes échelles comme *carer-COAST* et *COAST*, afin d'apporter des outils à la communication. Lors de la pratique, il est intéressant de mettre en place des stratégies de communication, comme l'utilisation de papier et crayon comme dans l'article de Souza & Arcuri (2014), de favoriser l'utilisation de pictogrammes et des dessins.

Si on se réfère à la TGS, le patient est au centre des soins. Ce dernier sait ce qu'il lui arrive ainsi que la meilleure stratégie à adopter pour sa réhabilitation. Lors de la pratique, il est important pour les soignants de laisser le lead au patient pour qu'il devienne expert de ses symptômes. Il est donc nécessaire que

l'infirmier évite d'avoir le monopole de l'interaction, et qu'il se concentre plutôt sur l'écoute des besoins de ce dernier.

7.2.2. Recherche

Concernant la recherche, il serait intéressant de réaliser une étude où l'on introduit la famille dans la thérapie du patient afin de voir les effets sur la communication. En effet, « incorporer » la famille peut être pertinent à l'amélioration du symptôme et peut également être un appui à la relation de confiance et devenir une source de soutien.

Il serait convenable de réaliser une étude où le patient est expert de ses soins et qu'il soit le leader des interactions. C'est-à-dire, lors de cette étude, l'infirmier serait un soutien et accompagnera le patient dans sa réadaptation selon ses besoins.

7.2.3. Enseignement

Il serait pertinent de pouvoir communiquer avec des personnes non-communicantes ou en situation de handicap pour pouvoir élargir les connaissances des étudiants sur la communication. Des cours pourraient être mis en place sur les différents outils de communication, comme par exemple « BDsanté » qui explique les soins de manière simplifiée. En effet, il serait intéressant de travailler avec ces outils pour optimiser et améliorer la qualité des soins. Il serait également bénéfique d'instaurer un atelier destiné au personnel soignant pour les former à la communication face aux patients non-communicants afin de leur apporter des stratégies de communication.

8. RÉFÉRENCES

Alibert, P. (2016). *Enquête sur le vécu des troubles de la communication par la personne aphasique, son entourage et l'équipe soignante: Élaboration de documents d'information* (Travail de Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste). Accès : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01301656/document>

Ossou-Nguet, P. M. et al. (2012). Qualité de vie des aphasiques post-AVC à Brazzaville. *African Journal of Neurological Sciences* Vol.31, N°1. Accès : <https://ajns.paans.org/qualite-de-vie-des-aphasiques-post-avc-a-brazzaville/>

Alligood, M.-R. (2014). *Nursing Theorists and their work: 8^{ème} ed.* St. Louis : Elsevier.

Alligood, M.-R. (2014). *Nursing Theory : utilization & application : 5^{ème} ed.* St.Louis : Elsevier.

American Speech-Language-Hearing Association. (2015). *Augmentative and Alternative Communication (AAC)*. Accès : <https://www.asha.org/public/speech/disorders/AAC/>

Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L. D., Perkins, S. M., Williams, L. S. (2006). Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabilitation Nursing*. Vol 31(1), 33-42. <https://do.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00008.x>

Bleau Lafond, D., Boisclair Papillon, R., Cyr Stafford, C., De Grandpré, F., Hubert, M. (2007). *Vous connaissez une personne aphasique ?*, (5^{ème} ed). Accès : <https://www.aphasie.ca/image/Vousconnaissiezunepersonneaphasique.pdf>

Chinn, P.-L. & Kramer, M.-K. (2018). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (10^{ème} ed.). St. Louis : Elsevier.

Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke : Incidence, Severity, Fluency, Etiology and Thrombolysis, *Stroke* 37,1380-1384.

<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>

Eriksson K., Forsgren E., Hartelius L., Saldert C. (2015). Communication partner training of enrolled nurses working in nursing homes with people with communication disorder caused by stroke or Parkinson's disease. *Disability and Rehabilitation*. Vol 38(12), 1-17 <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1089952>

Groupe suisse de travail pour les maladies cérébrovasculaires et Fondation suisse de cardiologie. (2000). *Epidémiologie de l'accident vasculaire cérébral*, N°37, 2082-2085. Accès :

https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2000.07606/fe66fd8b9684db28954a42de26c86d9eed10e641/saez_2000_07606.pdf/rsrc/jf

Aphasie Suisse. (s.d.). *Famille et proches*. Accès : <http://www.aphasie.org/fr/personnes-aphasiques-et-proches/famille-et-proches>

Fawcett, J., De Santo-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3^{ème} ed.). Philadelphia : F.A. Davis Compagny.

Gordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009). The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), 544-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>

Gremaud, O., Pires Martins, C. (2018). *Soutenir la communication chez les personnes souffrant d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral en soins aigus* (travail de Bachelor. Haute Ecole de Santé de Fribourg). Accès : http://doc.rero.ch/record/323423/files/Travail_de_Bachelor_Gremaud.O_PiresMartins.C.pdf

Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A., Parmenter, T. (2001). Nursing the Patient with Severe Communication Impairment. *Journal of Advanced Nursing* 35(6), 827-835. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01920.x>.

Bastianetto, S. (2017). *L'aphasie qu'est-ce que c'est ?*. Accès : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=aphasie>

Groupe des Aphasiques d'île de France. (2020). *Types de l'aphasique*. Accès : <http://a.vinceneux.free.fr/wordpress/index.php/types-de-laphasique/>

Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers*, N°88(1), 4-17.

Lucot, C., Koleck, M., Laurent, K., Darrigrand, B., Bordes, J., Joseph, P.-A., ... Mazaux, J.-M. (2013). La qualité de la vie des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, N°56, 43-44. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.011>

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M. (2010). *Focus on communication : increasing the opportunity for successful staff-patient interactions*. *International Journal of Older People Nursing*, N°6(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00210.x>

Meyer, K., Simmet, A., Arnold, M., Mattle, H., Nedeltchev, K. (2009). Stroke events, and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Med WKLY*, N°139(5-6), 65-69. Accès : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.574.5443&rep=rep1&type=pdf>

Parker, M.-E., Smith, M.-C. (2015). *Nursing theories and Nursing Practice* (4^{ème} ed.).

Philadelphia : F.A. David Compagny

Pepin, J., K  rouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e   d.). Montréal: Cheneli  re   ducation.

Pepin, J., Ducharme, F. & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4  me ed.). Montréal : Chenelière   ducation.

Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française. (2020). *Qu'est-ce qu'un accident vasculaire cérébral ischémique ?* Accès : <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Stenose-Carotidienne/Qu-est-ce-qu-un-accident-vasculaire-cerebral-ischemique>

Hôpitaux Universitaire de Genève. (2019). *Qu'est qu'un AVC et un AIT*. Accès : <https://www.hug-ge.ch/accident-vasculaire-cerebral/qu-est-qu-avc-ait>

Aphasie Suisse. (s.d.). *Répercussions*. Accès : <http://www.aphasie.org/fr/l-aphasie/repercussions>

Souza, R. C. S., Arcuri, E. A. M. (2014). Communication Strategies Of The Nursing Team In The Aphasia After Cerebrovascular Accident. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(2), 292–298. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000014>

Sundin, K., Jansson, L. (2003). "Understanding and being understood" as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 107–116. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x>

Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A. (2000). *Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words*. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 481 – 488. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00379.x>

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Evaluation des compétences de stage*. Accès : <https://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>

Centre Hospitalier Universitaire de Liège. (2016). *L'AVC : deuxième cause de mortalité mondiale*. Accès : https://www.chuliege.be/jcms/c2_17302906/fr/neurologie/l-avc-deuxieme-cause-de-mortalite-mondiale

Grondin, M. A., Letonturier, R., Maire, A., Gerbaud, L., Antoniotti, S., Auquier, P., ... Glanddier, Y. (2004). Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés mesure de la qualité de vie des patients. *Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne*. 1-75. Accès : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/119_SatisfactionQdV_VIH_MD.pdf

Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, N°112(1), 14-25. Accès : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-1-page-14.htm>

Drucker, P. (s. d.). « *La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit* ». Accès : <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/65597>