

La Communication Intime.

Instaurer une relation de confiance avec les patients aux fonctions cognitives altérées.

Marie Line LAMARQUE
Infirmière, Formatrice
optisoinformation@gmail.com

Points clés :

Tout soin nécessite l'instauration rapide de la confiance pour permettre le toucher, elle s'établit par la communication verbale, comportementale, et l'intelligence. Lorsque les fonctions cognitives sont altérées le patient accepte difficilement d'être touché par un inconnu. La Communication Intime permet la création d'un lien de confiance au-delà du raisonnement, par la communication émotionnelle, dans le périmètre intime.

Mots clefs :

Relation /Confiance/ Altération fonctions cognitives /Communication Intime/ Adhésion aux soins

Toute relation implique la création d'un lien entre deux personnes au moins. Ce lien se crée de manière progressive. Les étapes tiennent compte de l'espace, du temps... Une relation s'établit sous différentes formes cependant il existe des étapes et des conditions similaires quelque soit le type de relation [1], notamment le respect d'une chronologie dans les distances : distance publique ; distance sociale ; distance personnelle ; distance intime.

La Relation de Soins débute par une rencontre avec comme spécificité la nécessité pour les deux protagonistes d'entrer rapidement en contact. Pour effectuer l'acte de soins, il faut établir la confiance qui permettra d'accepter le toucher.

Pour accepter le toucher intime, la confiance est fondamentale dans la relation soignant- soigné, sans elle, la relation ne peut pas se développer dans le partage et risque d'évoluer sous la forme de dominant/dominé, d'être vécue

comme « mal traitante » par le patient, et de favoriser l'épuisement professionnel. L'intimité c'est à la fois ce que la personne protège, « son jardin secret », et c'est aussi ce qui fait qu'elle est « elle » mais qui lui est inconnu. [2]. Dans la Relation de Soins, le Soignant peut être défini comme un professionnel qui pénètre l'espace intime d'une personne, pour accomplir un acte de soins.

Les mécanismes d'une relation

D'ordinaire dans une relation, la confiance s'établit progressivement à travers la communication verbale et non-verbale. Pour établir une relation l'homme utilise préférentiellement la parole, elle permet d'exprimer le désir d'entrer en relation. Le lien se crée si le désir et/ou le besoin existe aussi chez l'autre personne, s'il n'y a aucun problème organique, mécanique.

Bien que prévalent dans les relations interpersonnelles, le langage représente seulement moins de 7% du message perçu (règle des 3V selon les études du Pr Mehrabian) [3]. Après la communication verbale vient le paralangage, autrement nommée communication vocale, il représente 38 % de la communication humaine (Pr Mehrabian règle des 3V). Dans la Relation de Soins la communication verbale et vocale permettent au patient de se familiariser avec un inconnu (le soignant), et d'accepter le contact (l'acte de soins).

La communication non verbale (Visuelle selon Pr Mehrabian) désigne tout mode de communication n'ayant pas recours au verbe et représente 55 % des interactions, elle englobe les gestes, les attitudes (communication comportementale), mais aussi pour cette étude tout ce qu'une personne dégage et ressent selon les émotions qui accompagnent la relation (communication émotionnelle). Notre corps montre ce que nous ne nous voulons pas dire. La communication non verbale est spontanée, inconsciente, généralement le soignant est formé à la maîtrise et au décodage de l'expression corporelle. Les vêtements et accessoires (bijoux, coiffure...) ont une influence dans la communication comportementale. La vue d'une blouse soignante touche directement la mémoire émotionnelle, et peut gêner l'instauration de la confiance car l'hôpital est rarement un lieu neutre. La communication non verbale vient appuyer le discours ou le discréditer. Jean Watson, professeur de soins infirmiers, développe dans « Le Caring » [4] l'importance de la mise en place d'une relation d'aide et de confiance basée sur la congruence.

Dans le cas d'altération des fonctions cognitives

Dans certains cas la communication verbale et la communication comportementale ne

permettent la mise en place d'une Relation de Soins basée sur la confiance notamment lorsque les capacités cognitives sont en cours de dégradation comme dans le cas de la Maladie d'Alzheimer. Chaque fois qu'un acte de soins doit s'effectuer dans ce contexte, le soignant utilise les techniques de communication verbale et comportementale qu'il connaît.

Dans les interactions classiques, le raisonnement permet de contrôler les pulsions de défense, et en cas d'impossibilité de raisonner, la réaction devient instinctive. Dans une Relation de Soins avec un patient aux fonctions cognitives altérées, le mécanisme de la communication émotionnelle va donc prédominer.

Le soignant doit effectuer l'acte auprès d'une personne qui ne comprend pas la nécessité du toucher, qui n'est pas en confiance. Le soignant doit se rapprocher, les périmètres intimes des deux personnes vont se toucher, puis se mélanger. L'essence des émotions du soignant qui circulent dans sa bulle vont diffuser dans le périmètre intime du patient et inversement.

La communication émotionnelle s'établit lorsque la distance entre deux personnes est inférieure à 75cm quand les présences physiques s'imposent l'une à l'autre, que les signaux (odeur du corps, chaleur, souffle, haleine, ...) se dégagent de chaque corps impliquent une relation d'engagement.

Deux types de réactions instinctives en cas de contact intime

La proxémie (ensemble de l'observation et des théories concernant l'usage de l'espace par l'homme) parle de périmètre intime, mode éloigné entre 15 et 45cm. Toute personne a un espace intime autour d'elle, vécu comme un prolongement de son propre corps, chacun choisit qui peut s'approcher à moins de 50cm de lui, et pénétrer dans cette sphère. Les seules

personnes que nous acceptons sereinement dans cette bulle sont des personnes aimantes car cet espace est le lieu de l'affection de la confiance.

Le choix se fait progressivement en commençant par la rencontre dans la distance relationnelle publique, pour permettre de réduire la distance au fur et à mesure que les personnes se familiarisent, se rassurent, que la confiance s'établit ...

Dans un contact rapproché, l'essence de chaque personne se mélange :

- Contact choisi : c'est un partage, qui nourrit de reconnaissance, d'amour... Exemple : lorsque les membres d'une famille s'enlacent.
- Contact imposé : la présence peut-être envahissante, menaçante, voir agressive. Exemple : lorsque nous sommes côte à côte dans un transport collectif.

Dans ce cas notre organisme est en danger car notre périmètre intime est pénétré par un inconnu. La situation impose la promiscuité avec un « non-intime », cela entraîne un état de stress. La musculature se contracte (pour réduire l'occupation de l'espace), le rythme cardiaque s'accélère, la respiration devient superficielle rapide, ... Ces réactions sont des réponses qui tentent de réduire les échanges avec le monde environnant, et qui mettent l'organisme sous tension en cas de menace. C'est un état d'alerte, la personne est prête à se défendre, à répondre à une attaque probable. L'agressivité fait partie intégrante de la vie animale, elle assure la survie en protégeant un espace suffisant aux fonctions personnelles et sociales.

Le mécanisme de la Communication Emotionnelle

L'émotion se véhicule au-delà de la conscience, par des réactions chimiques, qui modifient ce

qui émane de notre corps. Les émotions fortes telles que la peur, la colère, l'amour, ... ressenties créent des modifications biologiques. Selon E.T. Hall [1], l'humeur modifie l'odeur d'une personne et à moins d'un mètre l'âme d'une personne devient accaparante.

Virginia Henderson [5] appuie sa réflexion professionnelle sur une certitude : pour elle l'équilibre émotionnel est totalement lié à l'équilibre physiologique puisqu'une émotion représente des manifestations organiques (augmentation du rythme cardiaque, accélération de la fréquence respiratoire...) liées à des modifications des liquides chimiques intercellulaires.

Lors de l'entrée en contact avec un patient aux fonctions cognitives altérées, le soignant est dans un état de stress, la communication verbale, et comportementale ne lui ont pas permis d'établir un lien relationnel. Il n'a pas réussi à instaurer la confiance, il est en situation d'émotions intenses négatives et il doit se faire violence à lui-même pour effectuer le geste de soin.

Selon le Pr Ploton [6], les patients réputés « déments » sont très poreux à l'essence des relations. Le malade, dont le périmètre intime est en contact avec celui du soignant, ressent instinctivement ces émotions négatives, et naturellement répond par un comportement réflexe de défense. Le contact imposé dans le périmètre intime lors d'une situation engendrant des émotions intenses négatives amène la personne à devoir se protéger. Elle a trois solutions ; fuir, attaquer, s'immobiliser (réduire les agressions en verrouillant les entrées sensorielles).

Le lien essentiel

La **Communication Intime** utilise les échanges qui vont s'effectuer dans le périmètre intime (moins de 75cm entre les deux personnes) lors de la Communication Emotionnelle, par les

capteurs sensoriels répartis à la surface de la peau. Les émanations de chaque corps se mêlent, les récepteurs captent les humeurs qui se diffusent au-delà de la barrière cutanée.

Le « lien essentiel » est ce qui se tisse entre les deux personnes lorsque la Communication Emotionnelle s'établit. Il se nomme ainsi car l'échange se fait « d'âme à âme », « d'esprit à esprit », par des effluves, des humeurs, des fluides, des essences.

Dans notre corps, différents systèmes tentent de maintenir un équilibre, nous savons que la barrière de la peau n'est pas un système clos [7], des échanges se font de l'intérieur vers l'extérieur, et de l'extérieur vers l'intérieur. Les sécrétions diffusent tout autour de notre corps, forment une bulle qui nous enveloppe, et ainsi agissent sur la chimie corporelle des autres organismes. En général les émanations portent au-delà de 35cm tout autour de chaque individu. Le lien essentiel est ce qui se dégage naturellement de chaque être, c'est l'émotion brute non traitée par le raisonnement.

Technique de la Communication Intime

Pour mettre en place une Communication Intime par la Communication Emotionnelle le soignant doit interférer sur son Etat Central Fluctuant en utilisant l'Intelligence Emotionnelle. Jean-Didier Vincent [8], neurobiologiste développe le concept d'état central fluctuant (ECF) pour définir les « états d'âme », pour Jean Delay [9] l'humeur est l'état du moment qui oscille selon nos émotions entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la souffrance. L'humeur est fluctuante : elle définit un état qui précède les actes. L'état dans lequel le soignant est lorsqu'il se prépare à une action et qu'il imagine la satisfaction ou le déplaisir qu'il va ressentir, influence la manière dont il va se mettre en action. Le « Je » sujet ressent et conditionne l'humeur.

Dans la technique de la Communication Intime, la réflexion éthique élabore des raisonnements que le soignant utilise pour influencer ses humeurs lorsqu'il réalise des soins auprès de personnes aux fonctions cognitives altérées. Daniel Goleman [10] parle d'intelligence émotionnelle fondée sur cinq composantes : la conscience de soi, la motivation, la maîtrise de soi, l'empathie et la maîtrise des relations humaines. Ainsi le soignant contrôle les messages émotionnels qui diffusent dans sa bulle avant d'entrer dans le périmètre intime du soigné.

Roger-Pol Droit [11], philosophe écrit : « L'éthique, c'est d'abord la question des autres, le souci que nous avons de leur existence, de leur présence, de leurs attentes, de leurs désirs, de leur dignité et de leur liberté ».

Dans cette technique, le soignant est acteur initialement sur l'intention, l'état d'âme, l'esprit dans lequel il veut être et qui détermine l'acte. Le soignant doit intégrer le fait que l'acte de soin s'effectue toujours en pénétrant le périmètre intime de la personne et que dans cette distance relationnelle l'intention n'a par nature que deux vecteurs : la tendresse ou l'agression. Le soignant doit également mener une réflexion sur le concept de distance thérapeutique.

Concernant cette technique, dans la Relation de Soins, la distance est impossible puisque le soignant doit se rapprocher pour effectuer l'acte et qu'alors les périmètres intimes vont fusionner.

Avec la Communication Intime, la relation de soins devient possible et se déroule dans de bonnes conditions, car par le lien essentiel la personne a-cognitive comprend notre intention. Elle n'est plus en défense, l'amour que nous lui transmettons lui prouve l'importance que nous

lui accordons, et le respect que mérite tout homme.

Mise en garde, contre indications

Le soignant doit lui être très attentif lors d'une Communication Intime. Il va être ému et doit permettre le passage d'émotions, tout en veillant à ne pas s'épuiser. Il doit se concentrer sur son corps, et doit être vigilant en présence de quelques signes qui peuvent se manifester (au début lorsqu'il maîtrise mal ses capacités et ses limites) comme une fatigue physique brutale, des tensions musculaires, des bouffées de chaleur, des bâillements, une baisse de réactivité, une lenteur idéo-motrice....

La Communication Intime ne peut pas se mettre en place lorsque le patient est en grand état de souffrance physique ou psychique, ou lorsqu'il est en surdosage morphinique. D'autre part le soignant doit éviter d'instaurer une Communication Emotionnelle (d'autant plus une Communication Intime) avec des personnes présentant une pathologie psychiatrique.

Conclusion

La pratique de la Communication Intime entraîne une modification fondamentale de notre savoir être soignant. La Communication Intime dans le cadre professionnel permet l'installation de la confiance dans toute relation de soin avec des personnes aux fonctions cognitives altérées. La confiance est indispensable dans le soin et capitale dans la réhabilitation, l'éducation, et le maintien de l'état de santé.

La Communication Intime peut apporter une réponse efficace pour tous les intervenants professionnels ou familiaux face au problème du maintien du lien, de sa reconstruction avec les patients aux fonctions cognitives altérées. La connaissance de la Communication Emotionnelle nous amène à prendre

conscience des interférences qui entrent en jeu dans toutes les relations humaines.

Le soignant a tout intérêt à se sensibiliser et à réfléchir sur le lien essentiel, car quelque soit le mode de communication instauré, l'essence de tout être émane et diffuse autour de lui. Cette prise de conscience et cette réflexion sont une aide fondamentale dans la pratique quotidienne. Cette réflexion permet d'associer un savoir être à un savoir faire.

Références

1. HALL E.T. La dimension cachée. Editions du Seuil ; 1971.
2. FORMARIER M. et JOVIC L. Les Concepts en Sciences infirmières. Editions Mallet Conseil; 2009.
3. Mehrabian, Albert (2009). ""Silent Messages" – A Wealth of Information About Nonverbal Communication (Body Language)". Personality & Emotion Tests & Software: Psychological Books & Articles of Popular Interest. Los Angeles, CA: self-published. <http://www.kaaj.com/psych/smorder.html> [archive]. Retrieved April 6, 2010.
4. WATSON J. « Le Caring » Philosophie et science des soins infirmiers. Editions Seli Arslan ; 1998.
5. HENDERSON V. La nature des soins infirmiers. InterEditions; 1994.
6. PLOTON L. Maladie d'Alzheimer « A l'écoute d'un langage ». Chronique Sociale ; 1999.
7. ANZIEU D. le Moi Peau. Editions Dunod ; 1995.
8. VINCENT J.D. Voyage extraordinaire au centre du cerveau. Odile Jacob ; 2007.
9. DELAY J. les dérèglements de l'humeur. Masson ; 1961.
10. GOLEMAN D. L'intelligence émotionnelle. Editions Robert Laffont ; 1999.
11. POL-DROIT R. L'éthique expliquée à tout le monde. Editions du Seuil ; 2009.