

# SOMMAIRE

1. Introduction	1
2. La problématique pratique	2
2.1. Le problème	2
2.2. L'exploration de terrain	3
2.2.1. Le polyhandicap	3
2.2.1.1. Définition du polyhandicap	3
2.2.1.2. Les principales étiologies du polyhandicap	3
2.2.1.3. Les principales déficiences et incapacités (selon le groupe polyhandicap France)	4
2.2.1.4. Les soins infirmiers spécifiques à la personne polyhandicapée (d'après GEORGES-JANET L.)	4
2.2.2. Analyse des entretiens exploratoires	6
3. Problématique théorique	9
3.1. La communication	9
3.1.1. Définition de la communication	9
3.1.2. Bases et schéma de la communication	9
3.1.3. Les différents modes de communication	10
3.1.3.1. La communication verbale	10
3.1.3.2. La communication non verbale	10
3.1.4. La communication avec la personne polyhandicapé sans le langage	12
3.2. Le travail d'équipe	12
3.2.1. Le groupe	12
3.2.1.1. Définition	12
3.2.1.2. Différents groupes sociaux	13
3.2.1.3. Les caractéristiques des groupes restreints	13
3.2.2. L'équipe	14
3.2.2.1. Définition	14
3.2.2.2. Les conditions de travail en équipe	14
3.2.2.3. Le travail d'équipe dans la communication avec le polyhandicapé	15
4. Choix de la méthode de recherche	16
5. Hypothèse de travail	17

6.	<i>Méthodologie d'enquête sur le terrain</i>	18
6.1.	L'objectif de recherche	18
6.2.	Recueil de données	18
6.3.	Outil de recueil de données	18
6.4.	Analyse des résultats	18
7.	<i>Conclusion</i>	19
8.	<i>Bibliographie</i>	
9.	<i>Annexes</i>	
§	Annexe I : Guide d'entretien exploratoire	
§	Annexe II : Décret infirmier du 29 juillet 2004	
§	Annexe III : Questionnaire	
§	Annexe IV : Grille d'analyse du questionnaire	

# 1. Introduction

Au cours des mes trois ans de formation, les formateurs nous ont enseigné la relation d'aide. Ce concept étant au centre de la profession d'infirmière, il tient donc une place dans la formation. La mise en place de ce concept se fait au travers de l'écoute active, la reformulation et bien d'autres techniques.

C'est au cours d'un stage auprès de patients polyhandicapés, je me suis rendue compte de son importance. Néanmoins, il m'était difficile de l'appliquer du fait des troubles comportementaux et des difficultés de communication de ces patients. C'est alors que je me suis posée la question de savoir comment je peux les soigner si je n'arrive pas à les comprendre et à établir une communication avec eux ?

C'est la raison qui m'a poussée à traiter le sujet de la communication avec le patient polyhandicapé et à choisir un autre terrain de stage auprès de ces patients pour mon stage optionnel de deuxième année. De plus, je voulais savoir si les professionnels de santé avaient les mêmes difficultés que moi, c'est donc ce que j'ai recherché dans mon exploration de terrain. Mon objectif était de comprendre comment les patients communiquent dans un premier temps, puis de connaître l'importance du travail en équipe dans la relation avec le patient.

Le thème de la communication avec le patient polyhandicapé étant assez large, j'ai donc choisi de cibler ma recherche sur ceux qui ne pouvaient pas s'exprimer par le mode oral. En effet, le patient polyhandicapé possède des capacités réduites du mode verbale et utilise le langage non verbal, aussi appelé le langage du corps. La communication est donc plus difficile lorsque la parole n'est pas utilisée pour transmettre des informations.

Etant désireuse d'exercer en tant qu'infirmière auprès de patients polyhandicapés au cours de ma carrière, il me fallait analyser et comprendre ce problème rencontré lors de mes stages. L'objectif final étant de pouvoir établir une relation avec tous les patients, quelque soit le degré et la forme de communication. L'intérêt de ce mémoire est donc de me permettre de faire face à toutes situations de communication dans de ma future profession.

Mon travail se présentera dans un premier temps par une présentation du problème avec une première question préliminaire. Suivi par une définition large du polyhandicap afin d'éclaircir le sujet, puis de l'analyse de mes entretiens réalisés dans les services de soins accueillant des patients polyhandicapés. C'est au décours de ces entretiens que j'ai pris conscience de l'importance du travail d'équipe dans ces services. Ceci m'a conduit à intégrer le travail d'équipe dans ma question de départ.

Par la suite, j'aborderai les concepts de communication et de travail d'équipe. Puis, je détaillerai mon choix de méthode de recherche et la méthodologie d'enquête sur le terrain. Tout cette recherche m'a conduite à poser l'hypothèse suivante : « Le travail en équipe améliore la communication avec un patient polyhandicapé par le partage des modes de communication utilisés. » Dans le but de la tester, j'ai conçu un questionnaire et sa grille d'analyse.

Je finirai par une conclusion de mon travail.

## 2. La problématique pratique

### 2.1. Le problème

Au cours d'un stage de 1<sup>e</sup> année, dans un service de polyhandicapé adulte n'ayant pas l'usage de la parole, il m'a été difficile d'établir une communication avec ces patients.

En effet, je ne comprenais pas ce que les patients polyhandicapés voulaient me dire au travers du langage non verbal et j'ai eu l'impression d'interpréter le message d'après ce que je voyais. Mais il n'est pas totalement sûr que mes interprétations correspondent à leurs messages. Alors comment avoir la garantie de ne pas se tromper ?

J'ai ressenti un sentiment d'impuissance devant eux, de ne pas arriver à les comprendre. Il est difficile de savoir réellement, le ressenti du patient du fait de l'absence du langage. Mais je suppose que ce doit être une source d'incompréhension et de souffrance pour eux de ne pas arriver à se faire comprendre. Bien sur, ils ont d'autres moyens de communication (comportement, regard, cris...) mais là aussi l'interprétation de la part du soignant entre en jeu. Cet autre mode de communication est difficile à établir alors que l'on sait que l'on n'aura certainement pas toujours une réponse à nos interrogations.

Mais le problème existe aussi dans l'autre sens, car il n'est pas toujours facile au soignant de se faire comprendre malgré la parole car certains patients polyhandicapés ont des capacités mentales et/ou un niveau intellectuel peu développé en rapport avec leur pathologie.

Le fait de ne pas arriver à se faire comprendre ou à le comprendre, montre qu'il y a un problème de communication entre les soignants et les polyhandicapés. Ces derniers semblent frustrés de n'avoir pas pu satisfaire leur besoin du fait de l'incompréhension du soignant.

Une relation de dépendance intervient donc entre le soignant et le soigné puisque ce dernier est totalement dépendant de ce que va interpréter le soignant.

Suite à un deuxième stage auprès de ces patients, je me suis rendu compte que les polyhandicapés de naissance n'étaient pas les seuls à ne plus pouvoir utiliser le langage. En effet, les personnes devenus polyhandicapés suite à traumatisme, une maladie ou autre, pouvaient aussi avoir perdu l'usage du langage et donc se retrouver dans la même situation que les premiers pour la communication avec les autres.

J'ai donc choisi d'élargir ma recherche à tous les polyhandicapés n'ayant pas l'usage de la parole afin d'analyser les autres modes possibles de communication autre que la parole.

Pendant ce même stage, j'ai pu constater et me faire préciser que la communication auprès de ces personnes relève toujours de l'interprétation de la part des soignants. Afin de rester au plus près de la vérité, l'échange des avis de tous les soignants est important, ainsi que les informations des parents, pour aider à mieux comprendre les réactions et d'améliorer la communication. Néanmoins, cette notion sera présente dans ma recherche puisque les soignants s'en servent dans la communication avec les polyhandicapés.

J'ai choisi de réduire ma recherche sur les polyhandicapés adultes car il existe des possibilités d'apprentissage chez les enfants qui ne sont plus présentes chez les adultes. L'acquisition du langage est plus difficile voir impossible chez les adultes polyhandicapés.

Le plus gros problème de la communication que j'ai rencontré se situe avec les personnes n'utilisant pas le langage verbal. C'est la raison qui m'a poussé à découvrir les autres modes de communication auprès de ces personnes là, puisque ceux utilisant la parole se font comprendre avec moins de difficultés.

J'ai donc posé la question de départ suivante : En quoi les difficultés de communication avec un patient polyhandicapé n'usant pas de la parole, peuvent-elles influencer sur la prise en charge infirmière ?

## 2.2. L'exploration de terrain

Avant d'analyser mes entretiens exploratoires, il me semblerait nécessaire de définir le polyhandicap. C'est pourquoi, je me suis attaché à donner des définitions, les principales étiologies et déficiences, ainsi que les soins infirmiers spécifiques.

### 2.2.1. Le polyhandicap

#### 2.2.1.1. Définition du polyhandicap

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicapé comme « *celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie s'en trouve compromise.* »<sup>1</sup>

Afin de définir tous les types de handicaps, l'OMS a créé une classification internationale des handicaps en 1976 (traduite en français en 1988). Cette classification se base sur les trois conséquences de la maladie :

- « *déficience : toute perte ou altération d'une structuration ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.*
- *incapacité : réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Ce sont donc les conséquences fonctionnelles de la déficience.*
- *Handicap ou désavantage social : résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels).* »<sup>2</sup>

Alors que désigne-t-on sous le terme de polyhandicap ? D'après la revue SOINS (2004), il s'agit de « *l'association de déficiences motrices et intellectuelles sévères combinées d'une déficience entraînant une restriction de l'autonomie* ». <sup>3</sup>

L'association de plusieurs déficiences a pour conséquences de réduire aussi les possibilités de perception, d'expression et de relation. C'est pourquoi la communication avec les patients polyhandicapés est si difficile à établir.

De plus, une dépendance à une personne extérieure telle que le soignant est permanente du fait de ces restrictions importantes de l'autonomie et des facultés intellectuelles et motrices.

#### 2.2.1.2. Les principales étiologies du polyhandicap

---

<sup>1</sup> FABREGAS B. (octobre 2004), page 57

<sup>2</sup> CHAPIREAU F. (novembre 2000), page 29

<sup>3</sup> FABREGAS B. (mars 2004), page 56

D'après le groupe polyhandicap France (GPF), il y a 20% de causes génétiques (anomalie d'un gène, anomalie au niveau du chromosome), 20 % d'accident (traumatisme obstétrical, syndrome d'alcoolisme fœtal, enfant secoué, traumatisme divers), 20 % de causes virales (rubéole, infection, médicaments), et 40% de causes idiopathiques.

#### 2.2.1.3. Les principales déficiences et incapacités (selon le groupe polyhandicap France)

##### § Déficiences intellectuelles

Elles entraînent des atteintes des fonctions cognitives telles que l'apprentissage, la situation temporelle et spatiale, des troubles de la mémorisation. Le langage est touché, il est souvent pauvre voire rudimentaire ou inexistant.

##### § Troubles moteurs

Ils sont quasiment constants. Les plus fréquents sont :

- l'hypotonie du corps qui est un trouble du tonus de la posture et des membres
- les Infirmités Motrices d'Origine Cérébrale (IMOC) entraînant des troubles de la régulation du tonus musculaire par les centres nerveux
- les troubles de l'organisation motrices (trouble de l'équilibre, déambulation automatique avec chutes fréquentes) et les troubles moteurs secondaires (luxation de hanches, scolioses, déformations des membres).

##### § L'épilepsie

Elle est fréquente (40 à 50% des sujets polyhandicapés).

Elle peut être grave chez les sujets marchants, en causant des traumatismes et fractures divers lors des chutes, entraînant des handicaps secondaires.

##### § Les troubles somatiques

La personne polyhandicapée est très fragile et la mortalité est dix fois plus élevée chez autres sujets. Les problèmes les plus graves sont :

- l'insuffisance respiratoire chronique liée au problème de déglutition et de fausse route qui est fréquent chez le polyhandicapé
- la fragilité cutanée
- les troubles nutritionnels et de l'élimination (constipation)
- les déformations somatiques (membres, bassin, thorax)

##### § Les troubles sensoriels

Ils sont invalidants et augmentent avec l'âge. Il s'agit surtout de troubles de l'audition, de la vision. Ces troubles ont une incidence sur la communication avec autrui et dans la rééducation.

La vie relationnelle des personnes polyhandicapées est donc extrêmement touchée. Cependant, il ne faut pas oublier que les possibilités d'expression des émotions et de contact avec l'environnement sont souvent préservées. Le langage verbal est donc essentiellement centré sur les perceptions sensorielles du patient.

#### 2.2.1.4. Les soins infirmiers spécifiques à la personne polyhandicapée (d'après GEORGES-JANET L.)

Les soins infirmiers sont définis dans l'article R.4311-3 de notre décret (29 juillet 2004), comme « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.* »

En effet, les personnes polyhandicapées sont dépendantes, partiellement ou totalement, au niveau de leur prise en charge, du fait de leurs déficiences, incapacités et handicaps. La prise en charge quotidienne est difficile du fait de la restriction d'expression de leurs besoins. Chacun ayant des troubles à différents degrés, il est important que la prise en charge soit spécifique et individualisée.

Les soins de bases quotidiens apportés à ces patients sont variables selon l'autonomie.

#### § L'alimentation

La texture et la composition doivent être adaptées au patient, à sa capacité de mastication et de déglutition. La position du corps et de la tête est très importante afin d'éviter les fausses routes, fréquentes chez ces patients. Le sujet doit être assis et la tête positionnée en rectitude par rapport au tronc, en maintenant la tête.

Pour les boissons, les eaux gélifiées sont favorisées. Mais la quantification de l'apport hydrique reste difficile à établir.

Parfois, le recours à l'alimentation par sonde naso-gastrique ou par sonde de gastrostomie est nécessaire en cas de refus ou d'impossibilité de s'alimenter. Elle peut être transitoire ou définitive.

#### § L'hygiène

Elle est quotidienne. Ces soins sont des moments privilégiés entre le patient et le soignant, bien qu'ils soient pénibles. Ils ont pour but de préserver l'intégrité de la peau et des téguments souvent atteints suite à l'immobilisation prolongée. Les soins sont divers : soins de peau, bains, massage, préventions d'escarres, soins de cheveux, soins de confort (habillage, installation), sans oublier les soins bucco-dentaires.

#### § L'élimination

La constipation est à redouter. Pour la prévenir, une hydratation suffisante quotidienne est nécessaire (1,5 litres). Il est aussi possible de réaliser des massages abdominaux, des pruneaux aux repas, les médicaments sur prescription.

L'élimination urinaire est aussi perturbée avec persistance des résidus post-mictionnels à l'origine d'infection urinaire.

#### § L'installation et la mobilisation

Il est nécessaire de prévenir les attitudes vicieuses et les problèmes cutanés des points d'appui.

#### § Le relationnel

Le soignant ne doit pas uniquement savoir coder des signaux perceptibles et utilisables pour le patient polyhandicapé, il doit aussi décoder ce que la personne veut lui dire.

Selon le groupe polyhandicap France, toutes les personnes polyhandicapées s'expriment, en général dans un langage non verbal qui leur est propre et que leur entourage doit découvrir. Le point essentiel est l'acquisition d'un moyen, verbal ou non verbal, de signifier le

oui et le non. C'est à partir de ce point, grâce au jeu des questions réponses que la personne polyhandicapée peut exprimer sa volonté, ses désirs, ses craintes.

La prise en charge d'un patient polyhandicapé est donc importante et complexe du fait du niveau de la dépendance et des moyens de communication réduits.

C'est pourquoi, le travail d'équipe joue un rôle essentiel auprès de ces patients. En effet, la relation qui s'établit est différente selon les soins à réaliser ou les personnes.

Après avoir approfondi la notion de polyhandicap dans la littérature, je me suis dirigée vers les professionnels au contact de ces patients afin de confronter mes recherches théoriques et le vécu dans les services de soins.

### 2.2.2. Analyse des entretiens exploratoires

Afin de vérifier si les professionnels de santé (en particulier les infirmiers) éprouvent des difficultés à prendre en charge des patients polyhandicapés, par le manque de communication de ces derniers, j'ai décidé de me centrer sur les services de polyhandicapés de naissance.

Je n'ai pas voulu étudier la communication avec les patients devenus handicapés suite à une maladie ou un accident, car la prise en charge est différente du fait de la présence de la famille et d'une vie différente avant l'apparition du handicap.

Mes entretiens ont été réalisés sur 3 services accueillants des patients polyhandicapés de naissance, maintenant adultes dont la plupart n'ont pas l'usage de la parole. Ceci à l'aide d'un guide d'entretien (annexe I).

Cinq infirmiers (dont une cadre de santé) et deux aides-soignants ont bien voulu répondre à mes questions. Il m'a semblé important d'avoir l'avis des aides-soignants car ils ont un rôle aussi important dans la communication auprès de ces patients. Le temps moyen de ces entretiens varie de 17 à 30 min. Cette donnée informe sur le plan quantitatif, mais pas sur la richesse contenue dans ces entretiens. La donnée qualitative ne pourra ressortir qu'à travers mon analyse.

J'ai pu remarquer que les professionnels attachaient un certain intérêt à ma recherche, puisque tous mes entretiens se sont réalisés au calme, dans un bureau et qu'ils étaient tous enthousiastes pour répondre à mes questions.

Tous les soignants rencontrés sont depuis longtemps dans ce service ou auprès de patients polyhandicapés. Il est donc ressorti que le temps passé auprès de ces patients facilite la compréhension puisqu'il s'établit un lien nécessaire à la communication. Les soignants apprennent à connaître les patients, leurs habitudes. J'ai constaté qu'une phrase revient dans tous les entretiens : « *la communication passe avant tout par la connaissance du patient* ». Et c'est en passant du temps auprès des patients, que les difficultés de communication avec ces derniers diminuent. « *Le temps pour arriver à cette relation peut se compter en année pour la plupart des soignants* », comme me le disait l'infirmier J, mais il s'agit aussi de l'intensité de la relation que les soignants peuvent avoir avec les patients. C'est par un travail actif et quotidien que la compréhension du langage spécifique à chacun peut se faire. Mais malgré le temps qu'ils aient pu passer auprès d'eux, les soignants ressentent encore quelques fois des difficultés à communiquer avec les patients polyhandicapés. Comme me le disait l'aide soignant G, « *le soignant est toujours à la recherche du*

*moindre signe de communication, mais le plus souvent il se retrouve seul à devoir deviner la situation. »*

Nombreux polyhandicapés n'ont pas l'usage de la parole, ils établissent donc la communication par le seul biais du langage du corps, c'est-à-dire par la communication non verbale. En effet, aussi diverse que soit la pathologie, le polyhandicap associe, comme le dit la définition, des déficits moteurs et intellectuels. Ceci entraîne un trouble dans le développement, se traduisant par un retard mental plus ou moins important, dont la parole fait partie. Cet apprentissage se faisant tardivement dans le développement de l'enfant, les polyhandicapés n'en ont pas l'usage. Ceci explique aussi pourquoi certains peuvent comprendre ce qu'on leur dit et d'autres non, selon l'importance de la déficience. C'est pourquoi, le soignant ne doit pas oublier d'utiliser la parole pour communiquer avec le patient, en plus de gestes. La prise en charge est à adapter à chaque patient, selon son degré de compréhension et de communication.

Les soignants communiquent avec les polyhandicapés par la parole, mais aussi par le regard, les gestes dont le toucher est important. D'après mes entretiens *« poser notre main sur la sienne, sur son épaule, permet de montrer au patient qu'il n'est pas seul et que l'équipe soignante est présente pour l'aider à se faire comprendre. Car l'équipe est à l'affût du moindre signe de la part de ces patients qui ne peuvent pas s'exprimer, car les émotions s'expriment aussi par le corps. »*

Pour se faire comprendre, les patients polyhandicapés utilisent le regard, le toucher, les cris et gémissements, les mimiques faciales, la posture du corps, la gestuelle mais qui est restreinte pour certains. Selon l'infirmière V. *« le patient invite à mettre en place un autre mode de communication pour se faire comprendre »*. Le changement de comportement est un autre moyen de s'exprimer que ce soit par l'isolement ou à l'inverse par l'automutilation ou l'hétéro agressivité. Ces comportements permettent d'exprimer une douleur, une souffrance interne ou un besoin qui ne peut être dit oralement. Comme me disait l'infirmier J., *« ils n'ont pas la parole, mais ils ont un ensemble de moyen à leur disposition (comme les mimiques, posture du corps, pleurs, cris, changement de comportement par rapport au quotidien, automutilation), qu'ils savent plus ou moins bien utiliser »*. Mais il n'est pas toujours facile au soignant, de s'adapter et de comprendre cette autre forme de communication. C'est pour cela que l'interprétation des soignants est très présente. Comme le dit S. MOLCHO (1997) : *« le langage du corps est subjectif tant dans son expression que dans sa perception »*.<sup>4</sup> Mais il s'agit d'une forme subjective de la compréhension. Le seul moyen de rendre ces interprétations plus objectives est la mise en commun des informations. De plus, il existe des situations où la compréhension n'est pas possible et où il faut *« utiliser la méthode D »*, comme le disait la cadre de santé A.

D'après l'infirmière C : *« dans ces moments d'incompréhension, on ressent une frustration personnelle et un sentiment d'impuissance de ne pas arriver à les comprendre. Il est donc nécessaire de passer la main à un collègue mais surtout d'en parler avec l'équipe pour résoudre le problème. »* Il existe donc de réelles difficultés à communiquer avec les patients polyhandicapés du fait de la restriction de leurs moyens d'expressions par leur pathologie, et ce quel que soit le temps passé auprès d'eux. Ce passage difficile d'informations entre le soignant et le patient, influent sur la prise en charge et ne permettent donc pas que celle-ci soit optimale.

---

<sup>4</sup> MOLCHOS. (1997), page

La bonne connaissance du patient et le partage des informations dans l'équipe permettent d'être au plus près de la réalité. Les aides soignants sont d'ailleurs un atout primordial, puisqu'ils ont un contact particulier avec le patient au cours des soins de nursing (toilette, change, repas...); qui constituent la majorité des soins à apporter aux polyhandicapés. Ces contacts privilégiés et quotidiens, sont d'autant de moments utilisés comme médiateurs à la relation auprès de ces patients. Le travail d'équipe est une notion qui a été souligné dans tous les entretiens. Cela montre bien, l'importance de chacun dans la compréhension du patient. C'est pourquoi l'infirmière V. insiste en disant « *le travail d'équipe est bénéfique car il permet d'avoir différents points de vue, et donc d'approfondir nos connaissances sur le patient et son mode de communication* ». C'est par la mise en commun de toutes les informations, sur un patient par tous les professionnels (médecins, cadre, infirmier, aide-soignant etc...) que notre action sera au plus près de la demande du patient. En effet, la confrontation des différents points de vue permet une meilleure interprétation des signaux de communication du patient. Comme le dit S. MOLCHO (1997), plus on rassemble d'informations précises, plus on peut faire une interprétation précise. Alors la bonne connaissance du patient, la mise en commun des informations et le travail d'équipe, seraient-ils les clés d'une meilleure compréhension et donc communication avec les patients polyhandicapés ?

Il me semble important de ne pas limiter ma question à la simple prise en charge infirmière, puisque comme on a pu le voir précédemment, la prise en charge d'un polyhandicapé se fait par toute l'équipe soignante.

De plus, on ne peut pas parler de « manque de communication » car même si elle est limitée, la communication existe. Cependant, elle est difficile et parfois impossible pour une seule personne.

Ce qui m'amène à modifier ma question de départ : En quoi la communication avec un patient polyhandicapé n'ayant pas l'usage de la parole, peut-elle être améliorée par une prise en charge en équipe ?

De cette question de départ ressort trois concepts importants : le polyhandicap, la communication et le travail d'équipe. Je vais donc développer les deux derniers concepts puisque la question du polyhandicap est déjà traitée dans la problématique pratique.

### 3. Problématique théorique

J'ai choisi d'approfondir le concept de communication en premier, puisque le point de départ de mon questionnement était le problème de la communication avec les patients polyhandicapés.

#### 3.1. La communication

##### 3.1.1. Définition de la communication

Dans le dictionnaire de la communication, on trouve la définition : « Action et rétroaction, résultant du fonctionnement des moyens de transport de l'information. Elle rassemble l'action de tous les domaines des médias. Elle est verbale ou non verbale. »<sup>5</sup>

Selon G. GASPARUTTO (1990), la communication correspond à « l'ensemble des moyens et techniques à mettre en œuvre permettant la transmission de message dans son intégrité. »<sup>6</sup>

Le site Internet de l'encyclopédie Wikipedia donne une autre définition : « c'est un processus de transmission d'un message d'un émetteur à un récepteur à travers un média subissant des interférences sous conditions de message de rétroaction ou feed-back. »<sup>7</sup>

Une communication est donc une activité réalisée par au moins deux personnes qui sont alternativement émetteur et récepteur du message.

##### 3.1.2. Bases et schéma de la communication

Le premier schéma de communication a été créé par Claude SHANNON et Waren WEAVER en 1949. Cependant, ce modèle est restrictif puisque la communication est réduite au seul acte de transmettre un message. C'est un schéma linéaire : « un émetteur, grâce à un codage, envoie un message à un récepteur qui effectue le décodage. »<sup>8</sup> Il ne pouvait donc pas s'appliquer aux situations comprenant plusieurs récepteurs.

Le deuxième modèle est celui de Harold D. LASSWELL qui décrit la communication à travers divers questions : « Qui, dit quoi, par quel canal, à qui et avec quel effet ? » Il introduit la notion de communication de masse mais néglige le message de rétroaction ainsi que les notions de psychologie et de sociologie.

Le modèle de RILEY et RILEY prend en compte les notions d'appartenance à des groupes, de contexte et rétroaction. Cette dernière notion montre l'interrelation entre l'émetteur et le récepteur, puisque la rétroaction ou feed-back est la réponse du récepteur à l'émetteur afin de confirmer la réception du message ou de demander des précisions. Il peut être exprimé par la voix ou par le langage non verbal, comme un signe de la tête pour acquiescer ou non, un regard interrogateur....

---

<sup>5</sup> TRUXILLO J.P. et CORSO P (1991), page 91

<sup>6</sup> GASPARUTTO G. (1990), page

<sup>7</sup> L'encyclopédie libre Wikipédia (modification décembre 2005), page 1

<sup>8</sup> L'encyclopédie libre Wikipédia (modification décembre 2005), page 5

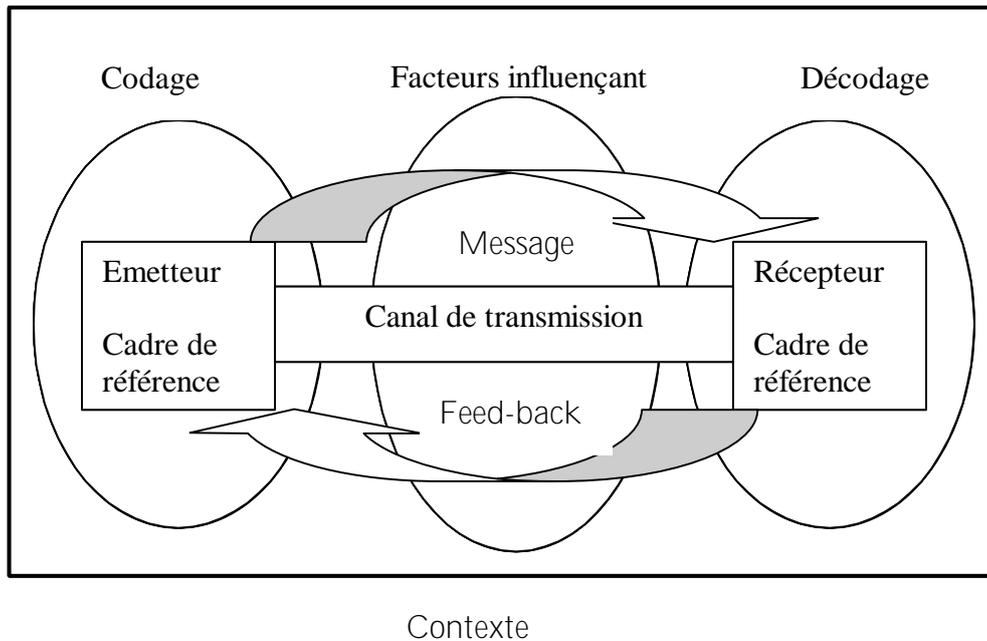
Enfin, le modèle de JAKOBSON, est centré sur le message lui-même en le caractérisant par 6 facteurs : le destinataire, le message, le destinataire, le contexte et l'ensemble des facteurs extérieurs influençant la compréhension, le code utilisé et enfin la relation physique, psychologique et sociologique entre les personnes.

Les facteurs qui influencent la communication sont aussi appelés « bruits », ils correspondent à tout ce qui peut entraver la compréhension du message. Ils sont divers : la proxémie, le langage non verbal, manque de connaissance, cadres de référence différents, message codé ... et peuvent provenir de l'émetteur du message ou du récepteur, ainsi que de l'environnement extérieur.

Chacun a son propre cadre de référence qui agit comme un filtre. Il englobe l'environnement, la culture, l'éducation, l'expérience, les valeurs et croyances. Il est parfois un frein à la communication car chacun reste dans son cadre de référence alors qu'il faut admettre qu'il en existe des différents du notre, sans pour autant se l'approprier.

Le contexte est aussi un facteur important car il a une action sur la communication. Il correspond au lieu, le moment, la situation concernant le message.

On peut essayer de résumer la communication par un schéma :



### 3.1.3. Les différents modes de communication

#### 3.1.3.1. La communication verbale

Il existe deux types de communication verbale : la communication orale (face à face, téléphone) et la communication écrite (lettre, fax, multimédia).

#### 3.1.3.2. La communication non verbale

Il s'agit de l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas le langage humain. Il s'agit donc du langage du corps.

Le langage verbal n'est pas toujours conscient pour la personne. L'exemple le plus fréquent est celui où le patient nous répond qu'il va bien en faisant une grimace, ou d'une voix faible. Les deux langages sont donc en contradiction sans que la personne ne le contrôle, car le non verbal est le reflet des sensations du corps.

#### § La proxémie

Il s'agit de la distance faciale entre les individus. D'après HALL E.T. (1971), il en existe 4 types classés en fonction de la distance entre les personnes :

##### - Distance intime

De 0 à 40 cm. La présence de l'autre est omniprésente et peut devenir envahissante puisque le contact physique est présent ou imminent.

Il s'agit de la distance de lutte, de l'acte sexuel ou celle à laquelle on protège ou reconforte.

##### - Distance personnelle

De 45 cm à 1 m 20, ce qui correspond à la longueur du bras. Il n'y a donc pas de contact.

##### - Distance sociale

De 1 m 20 à 3 m 60. Cela correspond à la distance d'un bureau, le contact physique n'est pas possible.

Cette distance correspond au domaine professionnel ou social.

##### - Distance physique

A partir de 3 m 60.

#### § La gestuelle

Elle permet de souligner la communication orale.

Le geste de toucher ou d'être touché est ressenti différemment par chaque personne et certains patients sont mêmes réticents à ce contact.

L'aisance gestuelle permet d'amplifier le sens de mots ou de pallier au manque de vocabulaire.

#### § Les postures

Ce sont les positions du corps dans l'espace.

Elles permettent d'extérioriser les émotions. Par exemple, une attitude face à face montre une opposition à l'autre ou le buste en avant signifie une implication.

#### § La communication paraverbale

Les expressions faciales sont très diverses et varient selon les émotions, le ressenti de la personne. Il s'agit des froncements des sourcils et des plis du front qui signifient une incompréhension ou au contraire l'étirement de ceux-ci montre une surprise.

On retrouve aussi le sourire qui permet de diminuer les tensions, le mouvement des mâchoires, de la bouche, etc...

Le regard implique qu'une relation sociale cherche à s'instaurer mais il peut devenir gênant s'il est persistant ou inapproprié dans la situation

La communication verbale est perçue différemment selon le débit, le volume et le ton et les fluctuations de la voix utilisés, ainsi que l'articulation des mots.

Désormais, je vais établir un lien entre ce concept de communication en générale et celui plus spécifique au polyhandicap.

#### 3.1.4. La communication avec la personne polyhandicapé sans le langage

Le patient polyhandicapé possède une capacité limitée d'expression verbale et souvent aussi du mode non verbal. C'est pourquoi le soignant doit être perpétuellement à la recherche d'une autre manière de communiquer. La voie de la sensorialité est très privilégiée, que ce soit par le toucher, l'ouïe, l'odorat, la vue ou le goût. G. GASPARUTTO (1990) précise que « *quel que soit son état apparent, comateux, obnubilé ou indifférent, le malade entend. Tant que la mort cérébrale n'est pas prouvée, il demeure un être humain capable de percevoir des stimulations sensorielles* ». <sup>9</sup> C'est pourquoi, il est important que le soignant garde l'utilisation de la parole lorsqu'il s'adresse au patient, même s'il n'a pas de réponse verbale en retour.

Cependant, l'observation du patient et de ses réactions reste la base de l'entrée en communication avec lui. Comme le dit M.T. CASTAING (1995), « *Il nous est difficile de communiquer avec les enfants polyhandicapés – comme il leur est sans doute difficile de communiquer avec nous !* ». <sup>10</sup>

La communication avec le patient polyhandicapé doit être la plus simple possible pour être adapté à son niveau de compréhension. Les questions sont donc fermées dans la plupart des cas, afin que le patient réponde par un signe commun établi entre le soignant et le patient. Ceci rend la compréhension plus facile. Il est aussi nécessaire de reformuler et répéter plusieurs fois, afin qu'il intègre l'information envoyée.

Etablir une communication avec un polyhandicapé demande donc du temps, en sachant que ces patients sont rapidement fatigables du fait de l'importance de la capacité de concentration demandée.

Comme nous l'avons vu au travers l'exploration de terrain et le concept de communication, le travail d'équipe tient une place importante dans la communication. En effet, chacun a sa place auprès du patient polyhandicapé. Voilà pourquoi j'ai choisi d'étudier le concept du travail en équipe.

### 3.2. Le travail d'équipe

J'ai décidé d'étudier le concept de travail d'équipe au travers de celui de groupe puisque l'équipe est une sous division du groupe.

#### 3.2.1. Le groupe

##### 3.2.1.1. Définition

G.N. FISHER le définit comme "*un ensemble restreint de personnes liées entre elles par des activités soit communes, soit interdépendantes qui développent des interactions directes déterminées par des normes et des valeurs.*" <sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> GASPARUTTO G. (1990), page

<sup>10</sup> CASTAING M.T (mars 1995)

<sup>11</sup> FISHER G.N. ( ), page 221

### 3.2.1.2. Différents groupes sociaux <sup>12</sup>

Les plus nombreux sont les groupes restreints. J'ai choisi d'approfondir ces groupes puisque le travail en équipe est l'un d'eux. Cependant il existe d'autres groupes appelés non restreints comme la foule ou la bande. Mais qui ne seront pas étudiés ici.

#### § Le groupe primaire

Il se caractérise par sa petite taille, la notion de face à face où dominant des relations directes entre les membres. On retrouve aussi une notion de coopération et de but commun. Par exemple la famille, le groupe de camarade, le groupe de voisinage.

#### § Le groupe secondaire

De taille plus grande où les relations sont superficielles, indirectes et impersonnelles. Par exemple une entreprise.

#### § Le groupe formel

Ici une organisation est définie, la place et le rôle de chacun est préalablement défini, ainsi que des règles précises.

Par exemple une équipe de travail.

#### § Le groupe informel

L'émergence est spontanée et les rôles ne sont pas imposés. Il est basé sur la notion de volontaire et ne possède aucune hiérarchie.

#### § Le groupe d'appartenance

Il possède une influence sur les attitudes et valeurs de ses membres.

#### § Le groupe de référence

Les individus appartiennent à un autre groupe mais cherchent une reconnaissance sociale dans celui-ci.

### 3.2.1.3. Les caractéristiques des groupes restreints

Selon D. ANZIEU et J.Y. MARTIN<sup>13</sup>, les caractéristiques suivantes sont nécessaires au fonctionnement du groupe mais ne sont pas toujours présentes en même temps.

- nombre restreint de membres
- poursuite en commun et de façon active des mêmes buts
- relations affectives (sympathie et antipathie)
- interdépendance entre les membres et sentiments de solidarité
- différenciation des rôles entre les membres
- constitution de normes, croyances, signaux et rites propres au groupe qui constitue le langage et code du groupe.

Après avoir défini le concept de groupe en général, il faut désormais définir celui d'équipe qui est donc un groupe restreint.

---

<sup>12</sup> ENYOUMA M. FALCON N. SOUBEYRAND P. THOMAS M. (1999), page 104 à 105

<sup>13</sup> ANZIEU D. MARTIN J.Y. (2000), page 36

### 3.2.2. L'équipe

#### 3.2.2.1. Définition

Selon R. MUCCHIELLI, une équipe est « un petit groupe coopératif, motivé pour une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité, la cohésion et l'esprit d'équipe. »<sup>14</sup>

D'après la faculté des sciences de l'éducation (1996), une équipe peut être définie comme « un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe. Cette définition fait ressortir trois caractéristiques essentielles que présente une équipe de travail:

- § une cible commune: un but ultime à atteindre, un produit final à réaliser;
- § une tâche à opérationnaliser: une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun ainsi que sur une procédure spécifique à suivre;
- § la convergence des efforts de chacun des membres: une collaboration, lors de la réalisation des tâches, qui s'exerce dans un climat de travail sain et de solidarité. »<sup>15</sup>

#### 3.2.2.2. Les conditions de travail en équipe

MUCCHIELLI R. (1975) définit les conditions du travail en équipe :

1. « Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche.
2. L'expression possible des désaccords et des tensions
3. La non mise en question de la participation affective au groupe
4. L'entraide en cas de difficulté d'un des membres
5. La volonté de suppléance d'un membre défaillant
6. La connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres pour chacun
7. La division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche. »<sup>16</sup>

L'auteur ajoute qu'individuellement il faut respecter les conditions normales de toutes actions individuelles qui sont :

1. « L'objectif du travail, le résultat à atteindre
2. La situation actuelle et les moyens disponibles
3. Les retours (feed-back) de l'action et de ses résultats, ainsi que l'utilisation de ces retours
4. Les changements intervenant éventuellement dans la situation à quel que niveau que se soit. »<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> MUCCHIELLI R. (1975), page 178

<sup>15</sup> ALAOUI A. LAFERRIERE T. et MELOCHE D. (septembre 1996)

<sup>16</sup> MUCCHIELLI R. (1975), page 58-59

<sup>17</sup> MUCCHIELLI R. (1975), page 56-57

### 3.2.2.3. Le travail d'équipe dans la communication avec le polyhandicapé

Le travail en équipe implique une multidisciplinarité en regroupant des professionnels de catégories différentes comme le cadre de santé, l'infirmier, l'aide-soignant,... Comme le disent ANZIEU D. et MARTIN J.Y. (1997), « *les qualifications différentes accroissent l'interdépendance des membres et la complémentarité des interventions, elles peuvent donc devenir, dans une équipe cohésive, un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel.* »<sup>18</sup>

Une équipe a un but commun, mais chacun trouve une façon personnelle pour y arriver. Dans la communication avec un patient polyhandicapé, il est important de partager ses méthodes si la communication est établie afin que toute l'équipe puisse communiquer avec lui.

Chaque patient étant différent de part son degré de handicap, la communication est donc personnalisée et spécifique à chacun.

---

<sup>18</sup> ANZIEU D. et MARTIN J.Y. (1997)

#### 4. Choix de la méthode de recherche

J'ai choisi de réaliser une recherche expérimentale puisque le but est d'étudier l'influence du travail d'équipe auprès d'un grand groupe de patients : les polyhandicapés n'utilisant pas le langage oral.

C'est donc une méthode quantitative, afin de quantifier l'impact du travail en équipe sur la communication avec un patient polyhandicapé.

## 5. Hypothèse de travail

D'après ma problématique pratique et l'étude de mes concepts, j'en arrive à poser l'hypothèse suivante :

Le travail en équipe améliore la communication avec un patient polyhandicapé par le partage des modes de communication utilisés.

Le travail d'équipe est donc la variable indépendante qui a une action sur la communication avec le patient, qui est la variable dépendante.

Les indicateurs pour ces variables sont :

Travail d'équipe	Communication
Cible commune Tâche à opérationnaliser Convergence des efforts Communication interpersonnelle	Communication verbale Communication non verbale : <ul style="list-style-type: none"><li>- proxémie</li><li>- gestuelle</li><li>- postures</li><li>- communication paraverbale (regard, expressions faciales, sourire, fluctuation de la voix...)</li></ul>

## 6. Méthodologie d'enquête sur le terrain

### 6.1. L'objectif de recherche

L'objectif de cette enquête est de déterminer le degré d'influence de la prise en charge en équipe sur la communication avec le patient polyhandicapé.

### 6.2. Recueil de données

#### § Choix de l'échantillon

Mon enquête sera à effectuer auprès de tout le personnel soignant travaillant avec des patients polyhandicapés n'utilisant pas le langage verbal pour communiquer.

Il faut prévoir au moins 100 personnes de toutes catégories de soignants afin de recueillir un nombre suffisant de réponses pour confirmer ou infirmer mon hypothèse.

Je vais donc m'orienter vers les structures d'accueil spécialisée pour les polyhandicapés adultes et distribuer 150 questionnaires. Ce qui me permettra d'en récupérer une centaine pour réaliser une analyse sous forme de statistiques.

#### § Choix de l'outil de collecte des données

L'outil choisi est un questionnaire car il a pour but de quantifier l'importance du travail en équipe dans la communication avec un polyhandicapé. De plus, le questionnaire me permet de m'adresser à une quantité plus importante de professionnels.

Ce type d'outil est le mieux adapté au vu du nombre de question à poser et à la disponibilité du personnel.

Il existe deux formes de questions :

- fermée afin de mieux cibler les réponses,
- ouverte pour laisser libre cours à l'expression du personnel.

### 6.3. Outil de recueil de données

Pour la construction du questionnaire (annexe III), j'ai choisi d'utiliser les deux formes de questions.

Les objectifs spécifiques à chaque questions sont présentés dans la grille d'analyse des résultats du questionnaire (annexe IV).

### 6.4. Analyse des résultats

Afin de réaliser cette analyse, chaque question sera préalablement analysée quantitativement puis suivi d'un commentaire succinct. L'analyse quantitative sera à réaliser à l'aide de graphiques, tableaux et autres outils de traitement de statistiques.

Les réponses obtenues seront regroupées en indicateurs grâce à la grille d'analyse (annexe IV), afin de faciliter le traitement des informations.

## 7. Conclusion

Au début de ma recherche, mes questions tournaient autour des modes de communications utilisés par les patients polyhandicapés. En effet, ayant eu des difficultés à les comprendre, il m'était impossible, de mon point de vue, de pouvoir leur apporter une prise en charge efficace. C'est grâce aux divers entretiens réalisés dans les services accueillant des polyhandicapés, que j'ai réalisé que je n'étais pas la seule à ressentir ces difficultés.

Par ailleurs, une expression est ressortie de ces entretiens : travail d'équipe. J'ai donc réalisé que ce travail en équipe était un facteur clé dans la communication avec la personne polyhandicapée.

A la suite de l'analyse de ces entretiens, et après avoir défini le polyhandicap, il est ressorti une question de départ : « En quoi la communication avec un patient polyhandicapé n'ayant pas l'usage de la parole, peut-elle être améliorée par une prise en charge en équipe ? » C'est de cette question que se sont dévoilés mes concepts : communication et travail d'équipe. Le polyhandicap ayant été déjà approfondi dans la problématique pratique.

Au décours de l'étude de mes concepts, j'ai choisi d'émettre l'hypothèse suivante : « Le travail en équipe améliore la communication avec un patient polyhandicapé par le partage des modes de communication utilisés. » A partir de celle-ci, j'ai conçu un questionnaire accompagné de sa grille d'analyse.

Cette recherche a été très bénéfique personnellement et professionnellement. En effet, elle m'a apportée de nouvelles connaissances sur la communication en générale et plus spécifique aux patients polyhandicapés, ainsi que sur l'importance d'un travail en équipe.

Cependant, par cette étude approfondie du polyhandicap et mes stages, je me suis aperçue qu'il existait une relation privilégiée entre certains soignants et certains patients. Le polyhandicapé, de part sa pathologie et de l'éloignement de sa famille, est en demande constante d'affection. Je me pose alors la question de savoir où se situe la frontière entre une relation thérapeutique et une relation personnelle auprès de ces patients. Alors comment rester soignant face à ces patients en manque d'affection ?

## 8. BIBLIOGRAPHIE

### § Ouvrages

- ✚ ANZIEU D. et MARTIN J.Y. – La dynamique des groupes restreints – Edition P.U.F., 1968 (2000 12<sup>e</sup> édition). 397 pages.
- CHAPIREAU F. – Les aspects sociaux du handicap – Edition coopérative d'édition de la vie mutualiste, prévenir n°39 du 15/11/2000. 254 pages.
- ENYOUUMA M. FALCON N. SOUBEYRAND P. THOMAS M. – Nouveaux cahiers de l'infirmière : sciences humaines – Edition Masson, 1999. 156 pages.
- FISHER G.N. – La psychologie sociale – Edition du Seuil, 254 pages.
- ✚ GASPARUTTO G. – L'infirmière et la communication – Edition Lamarre, 1990. 168 pages.
- ✚ HALL E.T. – La dimension cachée – Edition du Seuil, 1971. 254 pages.
- ✚ MOLCHO S. – Le langage du corps : ces petits gestes qui nous trahissent – Edition Solar, 1997
- ✚ MUCCHIELLI R. – Le travail en équipe – édition ESF, 1975 (9<sup>e</sup> édition en janvier 2004). 193 pages.
- ✚ TRUXILLO J.P. et CORSO P. – Dictionnaire de la communication : définition de la communication – Edition Armand Colin, 1991. 591 pages.

### § Revue et articles

- ✚ FABREGAS B. – Classification du handicap – Revue Soins n°683, mars 2004
- ✚ FABREGAS B. – Le handicap mental et psychique – Revue Soins n°689, octobre 2004

### § Internet

- ✚ ALAOUI A. LAFERRIERE T. et MELOCHE D. – Guide sur le travail en équipe - <http://www.tact.fse.ulaval.ca/fr/html/coop/6references/therese.html> - septembre 1996, consulté le 27/01/06
- ✚ CASTAING M.T. – Les prémices de la communication. L'accompagnement vers l'intentionnalité du signal – Dossier « la communication avec la personne polyhandicapée », feuille d'information n°30 du Comité d'études et de soins aux polyhandicapés (CESAP) – <http://www.cesap.asso.fr/dossiers.html> - mars 1995, consulté le 26/10/2005
- ✚ GEORGES-JANET L. – Le polyhandicap : les soins quotidiens - [http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/polyhandicap\\_p\\_200-212.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/polyhandicap_p_200-212.html) - consulté le 15/10/2005
- ✚ GROUPE POLYHANDICAP FRANCE – le polyhandicap - <http://gpf.asso.free.fr/fichiers/polyhandicap.htm> - consulté le 20/12/2005
- ✚ L'ENCYCLOPEDIE LIBRE WIKIPEDIA – Communication - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Communication> - dernière modification du 28/12/2005 – consulté le 05/10/2005

### § Textes législatifs et réglementaires

- ✚ Décret 2004-802, du 29 juillet 2004, relatif aux règles professionnelles et compétences des infirmiers

Guide d'entretien exploratoire

9. Annexes

ANNEXE I

Questions :

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
2. Avez-vous déjà travaillé avec des polyhandicapés ? Si oui, combien de temps ?
3. Comment communiquez-vous avec un patient polyhandicapé n'ayant pas l'usage de la parole ?

Points à aborder :

- ∨ Ressentez-vous des difficultés lors de la communication ?
- ∨ Quels sont les différents moyens de communication employés par le patient polyhandicapé ?

Je vous remercie de votre participation  
VOISIN Stéphanie

## ANNEXE III

### QUESTIONNAIRE

*Je suis étudiante en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers de TOULON/HYERES.*

*Dans le cadre de mon travail de fin d'étude qui traite du travail d'équipe dans la communication avec les patients polyhandicapés, je désire obtenir des informations des professionnels paramédicaux de toutes fonctions. C'est pourquoi, je vous remercie d'avance de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps afin de répondre à ces quelques questions.*

*De mon côté, je vous assure la confidentialité et le caractère anonyme de ce questionnaire.*

---

Question 1 : Quelle est votre fonction ?

- |   |                  |   |                        |
|---|------------------|---|------------------------|
| q | Cadre de santé   | q | ASH                    |
| q | Infirmier(e)     | q | Educateur / éducatrice |
| q | Aide soignant(e) | q | Autre (préciser) :     |

Question 2 : Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de patient polyhandicapé ?

- |   |               |   |               |
|---|---------------|---|---------------|
| q | Moins d'un an | q | 3 à 5 ans     |
| q | 1 à 3 ans     | q | Plus de 5 ans |

Question 3 : Comment communique le patient polyhandicapé qui n'a pas l'usage de la parole ?

- |   |          |   |                            |
|---|----------|---|----------------------------|
| q | Geste    | q | Expressions faciales       |
| q | Toucher  | q | Sourire                    |
| q | Postures | q | Distance entre vous et lui |
| q | Regard   | q | Autres (préciser) :        |

Question 4 : Qu'utilisez-vous afin de communiquer avec un patient polyhandicapé ?

- |   |                      |   |   |
|---|----------------------|---|---|
| q | Voix                 | q | Distance entre vous et lui                    |
| q | Support écrit        | q | Variation de la voix (ton, débit, volume....) |
| q | Geste                | q | Autres (préciser) :                           |
| q | Toucher              |   |   |
| q | Postures             |   |   |
| q | Regard               |   |   |
| q | Expressions faciales |   |   |
| q | Sourire              |   |   |

Question 5 : Travaillez-vous en équipe dans votre service en ce qui concerne la communication avec le patient polyhandicapé ?

- q Oui
- q Non

Question 6 : Avec quel(s) autre(s) professionnels ? (*plusieurs réponses possibles*)

- q
- q Cadre de santé
- q Infirmier
- q Aide soignant

Question 7 : Quelles sont les caractéristiques du travail en équipe dans votre service?

- q But commun
- q Utilisation de ressources et outils propres à chacun
- q Répartition des tâches
- q Collaboration entre les membres
- q Communication avec chacun des membres
- q Autres (préciser) :

Question 8 : Qu'apporte le travail en équipe dans la communication avec un polyhandicapé ?

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

Merci de m'avoir accordé de votre temps pour remplir ce questionnaire.

## ANNEXE IV

### Grille d'analyse du questionnaire

	Questions	Objectifs	Réponses attendues (indicateurs)
1	<i>Quelle est votre fonction ?</i>	Cibler la population étudiée	
2	<i>Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de patient polyhandicapé ?</i>	Mettre en lien le temps passé auprès des patients et les difficultés de communication	
3	<i>Comment communique le patient polyhandicapé qui n'a pas l'usage de la parole ?</i>	Identifier les modes de communications utilisés par le patient.	<u>Communication non verbale</u> : Proxémie Gestuelle Postures Communication paraverbale (regard, expressions faciales, sourire, fluctuation de la voix...) <u>Autres</u>
4	<i>Qu'utilisez-vous afin de communiquer avec un patient polyhandicapé ?</i>	Repérer les modes de communication utilisés par le soignant.	<u>Communication verbale</u> <u>Communication non verbale</u> : Proxémie Gestuelle Postures Communication paraverbale (regard, expressions faciales, sourire, fluctuation de la voix...) <u>Autres</u>
5	<i>Travaillez-vous en équipe dans votre service en ce qui concerne la communication avec le patient polyhandicapé ?</i>	Vérifier l'influence du travail d'équipe dans la communication avec les patients polyhandicapés	
6	<i>Avec quel(s) autre(s) professionnels ?</i>	Connaître tous les professionnels intervenants dans ces équipes de travail.	Communication interpersonnelle

7	<i>Quelles sont les caractéristiques du travail en équipe dans votre service?</i>	Connaître les différentes méthodes utilisés dans le travail d'équipe.	Cible commune Tâche à opérationnaliser (outils et ressources propres à chacun, répartition des tâches) Convergence des efforts Communication interpersonnelle
8	<i>Qu'apporte le travail en équipe dans la communication avec un polyhandicapé ?</i>	Evaluer le degré d'importance du travail d'équipe dans la communication.	Le travail d'équipe améliore ou non la communication