

Cas particuliers des personnes âgées dyscommunicantes

Le terme non-communicant suggère généralement des difficultés de contact et d'échanges. Le langage verbal est bienheureusement accompagné voire supplanté par le langage corporel. En effet les gestes, le comportement, les expressions du visage permettent de transmettre bien des messages. Aussi le terme de patient dyscommunicant semble davantage approprié. Des troubles de la compréhension et/ ou de l'expression verbale peuvent altérer la transmission d'informations et compliquent volontiers la prise en charge du patient, par des incompréhensions réciproques (patient-soignant).

Un patient peut être ou devenir dyscommunicant pour des raisons diverses : troubles psychiatriques aigus ou chroniques, autisme, aphasie post-AVC, surdité sévère, cécité, maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées etc. Cette typologie de patients est de plus en plus observée avec le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies neurodégénératives.

L'évaluation d'une personne dyscommunicante

peut être perturbée par une communication altérée et insolite pour le soignant qui examine et écoute. Aussi est-il nécessaire de trouver des moyens d'adaptation, de développer des savoir-faire et des outils, pour décrypter les messages du patient et répondre à ses besoins. La présentation d'une personne dyscommunicante est parfois dérangement pour un soignant non familiarisé à certains troubles (ex : troubles cognitifs évolués, état maniaque, anxiété majeure) ou qui ne connaît pas la personne.

Qui ne s'est jamais retrouvé figé, sans savoir comment réagir face à une personne mutique ? Face à une autre criant ou gémissant ? Ou une autre ne tenant pas en place ou hurlant des grossièretés ?

Un environnement calme est de rigueur. Un temps d'apprivoisement réciproque doit s'opérer pour avancer dans la relation soignant-patient et engager la communication, quelle qu'elle soit, verbale ou non. Parfois c'est illusoire la première fois, et l'on devra revenir à un moment plus propice pour la personne, ou encore se faire aider d'un proche ou d'un autre professionnel de soin.

La patience et la persévérance auront sûrement raison d'une personne initialement perçue comme inaccessible.

L'empressement et l'agacement du soignant peuvent être mal vécus par le patient, qui selon son état d'esprit et de perception du moment peut se renfermer sur lui-même ou au contraire devenir agressif.

- Entrer en contact par le geste, le toucher peut rassurer et permettre d'accéder à l'échange avec le patient ;
- Se positionner à sa hauteur et le solliciter en douceur ;
- Lui expliquer ce qu'on va lui faire (toilette, prise de tension artérielle avec un brassard qui va serrer le bras) le mettra en confiance, le fera participer et facilitera le déroulement des soins.
- Lorsqu'on connaît la personne, toute modification de son comportement doit faire rechercher une anomalie : une douleur non contrôlée, de la fièvre, une rétention d'urine, une déshydratation, des erreurs de médicaments etc. L'avis d'un proche ou d'un aidant est précieux pour renseigner l'état antérieur quand on ne connaît pas le patient.
- Toute situation stressante peut conduire à un changement brutal d'attitude : l'éloignement d'un proche, une chute, des hallucinations (visuelles ou auditives), un déménagement, le besoin d'être changé, la soif, la faim, des démangeaisons, trop de bruit/lumière/chaleur etc.
- Les mobilisations, les toilettes, les repas, les soins de bouche sont autant de moments opportuns pour l'évaluation de la personne âgée (évaluation de la peau, de la déglutition, de la douleur, de la marche, du moral etc.)

Patient non verbalisant et douleur

En termes de soin, la communication conditionne le sens et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Un sujet âgé dyscommunicant ne peut formuler une plainte douloureuse cohérente. Il est souvent difficile de discerner les parts organique, psychique ou émotionnelle de la douleur.

L'observation du patient, en dehors et pendant les soins est essentielle ; de même le retentissement sur ses activités de la vie quotidienne. Notre attention doit repérer des comportements de retrait, des grimaces (spontanées ou lors de soins), des gémissements, des soupirs, des grognements, un regard suppliant etc. L'utilisation d'échelles spécifiques comportementales d'évaluation de la douleur (Doloplus 2, ECPA-2, Algoplus) peuvent être utiles pour le suivi, pour adapter les traitements antalgiques. Les approches non médicamenteuses (mobilisation, soins du corps, relaxation, soutien psychologique etc.) accompagnent le traitement médicamenteux et permettent parfois d'alléger l'ordonnance. Ces grilles d'hétéro-évaluation de la douleur sont des outils complémentaires, et ne remplacent en rien l'approche clinique multidimensionnelle.

Technologie et support de communication

La gérontotechnologie se développe avec l'émergence de nouveaux dispositifs pour prendre en charge les patients dyscommunicants. Le robot émotionnel Paro* en est un bel exemple.



Le robot émotionnel Paro, aujourd'hui essentiellement utilisé en EHPAD ou en accueil de jour avec les patients atteints de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées, a montré qu'il pouvait susciter des émotions positives et diminuer les troubles du comportement. Doté de nombreux capteurs sensibles au toucher, de capacité de mouvements (nageoires, queue, paupières) et d'expressions sonores (couinements d'intensité réglable), ce robot peut interagir avec les personnes et améliorer la communication. (@F.R-T.)

Biblio :

- Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: the EPCA-2. Study of its psychometric properties. *Pain*. 2007 Dec 15; 133(1-3): 87-98.
- Rat P, Jouve E, Bonin-Guillaume S, Donnarel, Michel M, Capriz F, Chapiro S, Gauquelin F, Firmin G, Di Vico L, Drouot AS, Piechnick JL, ElAouadi S et le Collectif DOLOPLUS. Présentation de l'échelle de la douleur aiguë pour personnes âgées : ALGOPLUS. *Douleurs*, Vol 8, N° HS1 - octobre 2007, pp. 45-46.
- Wary B, Serbouti S. « Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée ». *Revue Douleurs*, 2001, 2 ; 1 : 35-38.
- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. *BMJ*. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015 Mar 2;350:h369.