

Université de Limoges  
Année universitaire 2022/2023

**La communication verbale et non verbale  
dans les accompagnements en soins palliatifs -  
vécu et ressentis d'une bénévole d'accompagnement**

Goudoux Jacqueline, Nicole, Marcelle  
06/12/1959

Diplôme d'Université  
Accompagnement et Soins palliatifs  
Faculté de médecine de Limoges

## Abréviations

- ASP 16 :** association pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs de la Charente.
- DU :** diplôme universitaire.
- EHPAD :** établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- CHA :** centre hospitalier d'Angoulême.
- SLA :** sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot.
- EMSP :** équipe mobile de soins palliatifs.
- HAD :** hospitalisation à domicile.
- SFAP :** société française d'accompagnement et de soins palliatifs.
- AVP :** accident de la voie publique.

## Remerciements

*Merci :* à mes fils de ne m'avoir jamais découragée et de m'avoir soutenue, souvent avec humour, dans la préparation de ce diplôme.

*Merci :* à l'ASP 16 pour son aide et son soutien indéfectibles.

*Merci :* au Professeur Stéphane Moreau et aux intervenants pour la qualité de leurs enseignements tout au long de notre formation ;  
aux élèves de la promo 2022/2023 du DUSP pour leur générosité à partager leurs savoirs ; je leur ai posé tant de questions et obtenu tant de réponses !

*Merci :* à Édith, Gisèle et Julien pour leur relecture.

*Et SURTOUT.....*

*Merci :* à tous les patients/résidents et leurs familles, que j'ai accompagnés tout au long de ces 9 ans, aux cadres de santé qui se reconnaîtront et à l'ensemble des équipes soignantes pour leur confiance.

## Sommaire

Préambule .....	4
Introduction.....	5
<b>I La communication verbale .....</b>	<b>6 à 13</b>
1. l'écoute et la reformulation .....	6 à 8
2. la voix .....	8 à 9
2.1 l'intonation .....	9 à 11
2.2 le rythme .....	11
2.3 le débit .....	11 à 13
<b>II La communication non-verbale .....</b>	<b>13 à 20</b>
1. le regard .....	14
2. le toucher .....	15
3. les gestes et les attitudes corporelles .....	15 à 20
<b>III La communication verbale et la communication non verbale : interaction ou pas ? .....</b>	<b>20 à 21</b>
<b>IV Conclusion .....</b>	<b>21 à 22</b>

## Préambule

Le bénévole (*en latin bene, volo*) est celui qui “veut” le “bien”.

Je suis bénévole accompagnante en soins palliatifs depuis 9 ans. Il s’agit du seul bénévolat encadré par la loi : loi n°99-477 du 9 juin 1999 - Article 10 (*bibliographie 1*). Les soins palliatifs sont des soins actifs apportés aux patients/résidents en phase palliative ou en fin de vie à cause d’une maladie grave, évolutive ou terminale. L’objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Être bénévole accompagnant en soins palliatifs, c’est accompagner les personnes en souffrance dans le respect des principes d’humanité et de solidarité humaine. C’est assurer une complémentarité auprès de l’équipe pluridisciplinaire. C’est également sensibiliser la société dans son ensemble. Dans certains cas, c’est accompagner les familles (*cette spécificité fut à l’origine de la demande d’accompagnement du service de réanimation de l’hôpital d’Angoulême*) et quelquefois, poursuivre par un accompagnement de deuil.

Je ne suis ni médecin, ni infirmière, ni aide-soignante. Retraitée depuis un an de la fonction publique d’État, j’avais néanmoins commencé des études d’infirmière il y a plusieurs décennies, mais “un accident de vie” en a voulu autrement. Pour autant, je n’ai jamais cessé d’accorder un grand intérêt à la médecine dans son ensemble. De même, prendre soin de l’autre, dans un sens large, m’a toujours animée.

En 1989, j’ai accompagné jusqu’à son dernier souffle ma grand-mère maternelle ; jamais une peine aussi profonde ne m’avait encore atteinte. Cette année-là, j’ai également accompagné un collègue atteint du sida, jusqu’à 5 jours avant son décès. La peur de cette maladie condamnait ceux qui en étaient atteints à une solitude extrême.

Quelques mois après ces accompagnements, je me suis interrogée sur le point commun de ces 2 situations : c’était une évidence, nul ne mérite d’être seul sur son chemin de fin de vie. Vingt-cinq ans plus tard, j’ai poussé la porte de l’ASP 16 pour devenir bénévole ; j’y resterai tant qu’il me sera possible d’apporter un réconfort aux patients et/ou à leur famille.

Le choix de préparer ce DU en soins palliatifs et accompagnement me tient à cœur depuis 3 ans déjà. Aucune ambition à vouloir obtenir un diplôme en ma qualité de “jeune” retraitée : seule la profonde envie d’enrichir mes connaissances dans ce domaine et d’améliorer celles acquises pour mieux les partager.

## Introduction

Dans ce travail, je vais aborder la communication verbale et la communication non verbale essentiellement au travers de la situation d'Alain, un patient atteint de SLA. D'autres situations de patients renforceront mes propos.

En mars 2016, à la demande de la psychologue de l'EMSP d'Angoulême, ma binôme et moi-même débutons un accompagnement auprès de ce patient en HAD. La psychologue nous précise qu'Alain s'est renseigné en Belgique pour avoir une fin de vie "digne". Son tuteur l'a aidé dans cette quête mais au vu de l'état avancé de sa maladie, cette démarche ne pourra pas aboutir. Alain en est très affecté. C'est à ce moment-là que l'EMSP contacte l'ASP 16 pour la mise en place d'un accompagnement.

Alain M. a 68 ans, il a lui-même accompagné son père, atteint de la même maladie, jusqu'à son décès. Ce patient vit seul, à son domicile et bénéficie de l'ensemble des aides ad hoc (*soins infirmiers, aide au coucher/lever, EMSP...*). Il a 2 fils, de deux unions différentes. Sa seconde épouse, trop fragile, n'a pas supporté de voir son époux frappé à son tour par cette maladie et a quitté le domicile conjugal, tout en gardant contact avec lui au travers de ses visites. À notre toute première rencontre, la maladie est déjà bien avancée : seul l'index de sa main gauche est mobile. Le déplacer sur un abécédaire lui permet de former des mots, puis des phrases. Il ne parle plus mais émet quelques sons. Il est allongé sur un lit coque installé dans la pièce principale, le haut du corps légèrement surélevé. Il ne souffre d'aucun trouble cognitif et/ou comportemental. La vue et l'audition restent préservées. Ses émotions sont bien perceptibles.

Nous l'accompagnerons 5 mois, jusqu'à son décès en août 2016.

Après cette toute première visite, j'ai aussitôt pensé que l'accompagnement ne serait pas facile avec ce patient emmuré dans la maladie et qui ne pouvait pas communiquer oralement... et pourtant !

## I. LA COMMUNICATION VERBALE :

Les termes “communiquer” et “communication” viennent du verbe latin “communicare” qui signifie : “mettre ou avoir en commun” (*définition du Gaffiot - dictionnaire latin-français*).

L’adjectif “verbale” vient du latin “verbalis”, de verbum, parole.

Il s’agit donc d’entrer en relation avec l’autre via la parole et de mettre en commun des informations grâce à l’interaction de ces deux notions.

Dans l’accompagnement d’Alain M., il est indispensable de lui offrir un moyen qui lui permette de s’exprimer et de conserver sa position de sujet pensant, donc d’exister en tant que tel. Dès notre première rencontre, il me faut garder à l’esprit qu’Alain ne peut plus du tout communiquer verbalement. Je vais donc lui faire entendre mes propres mots en y ajoutant les siens.

### I.1 L’écoute et la reformulation

Parmi les formations que reçoit le futur bénévole, celle de l’écoute est indispensable et majeure. Elle permet au bénévole une présence discrète, dans le non jugement et le respect de l’intimité de la personne malade et de sa vie familiale.

La reformulation fait partie des 7 concepts de la relation d’aide tels que déclinés dans une fiche pratique de la SFAP (2).

La reformulation y est définie ainsi par Carl Rogers et G. Marian Kinget : «*[la reformulation] a pour but d’extraire du contenu communiqué le sentiment inhérent à ses paroles et à le lui communiquer sans le lui imposer*».

La reformulation, outil essentiel de l’écoute active, permet au patient/résident de se sentir écouté. Elle permet de vérifier que le bénévole accompagnant a compris le sens de ses propos et éventuellement à faire clarifier ou préciser ce sens. Cette attitude donne au patient/résident le sentiment d’être écouté, compris et respecté et permet d’ouvrir le dialogue. Il est important de rejoindre le patient/résident là où il est. Par exemple, s’il dit qu’il veut mourir lui demander pourquoi et s’il veut en parler.

Dans mon accompagnement auprès d'Alain, très rapidement, j'ai pu reconstituer "ses" phrases : Alain faisait glisser son index sur l'abécédaire, s'arrêtant sur la lettre choisie. Mentalement, je mettais bout à bout ces lettres et traduisais "ses" mots pour aboutir à "sa" phrase. Dès notre seconde rencontre, j'ai utilisé un support papier : en effet, Alain était avide de communication, même impatient quelquefois. Si je me trompais en lui prononçant le mot que je pensais deviner, il émettait un son de mécontentement. Je fixais donc mon attention sur la succession de lettres désignées par cet index salvateur. Je les écrivais au fur et à mesure. Je ne prononçais le mot que lorsque j'en étais sûre. Nous gagnions du temps : cela convenait bien à Alain ! Ce fut assez vite une mécanique bien rodée (*cf annexe 1*).

Dans cette relation, **Alain devenait l'écoutant**. Je devais donc amalgamer ses mots au plus juste afin que ce qu'il entend de **ma** bouche corresponde bien à ce qu'**il** exprimait. Dans la posture du bénévole accompagnant, l'important n'est pas ce que le bénévole veut savoir mais ce que l'autre a à lui dire. Dans l'accompagnement d'Alain, cette notion a eu une valeur essentielle. Tant que je ne comprenais pas ce qu'il voulait me dire, nous ne pouvions poursuivre notre échange.

Je me souviens également de l'un de mes tout premiers accompagnements en EHPAD où la communication verbale a pris rapidement une place majeure. Pendant environ 3 mois, j'ai accompagné Marie, veuve et sans enfants, 90 ans passés, agricultrice. Elle ne souffrait d'aucun problème cognitif. Son corps était usé par le temps et le travail mais son esprit restait vif. Elle était alitée en permanence. Sa petite chambre était un musée miniature : sa photo de mariage, des photos de famille - pour bon nombre des défunts - occupaient en grande partie une étagère de sa chambre. Dès notre première rencontre, j'ai posé à Marie la question suivante : "*Quelle a été votre vie d'agricultrice ?*". Et ce fut magique : tout au long de mes accompagnements, Marie m'a offert un petit bout de réponse à cette question, toujours différent des précédents. Marie était intarissable et avait ce besoin exaltant de raconter sa vie, de se raconter. Sa voix était fluette et douce. Je me tenais tout près d'elle, sa main droite dans la mienne. Il m'arrivait de lui proposer une pause de crainte de l'épuiser. Un hochement de tête et une pression de sa main sur la mienne me laissaient comprendre qu'elle souhaitait poursuivre son histoire. Son vocabulaire était riche et son humour percutant. Un jour, nous parlions de l'évolution de l'agriculture. Marie dénonçait l'usage des pesticides et disait que tout devait aller vite de nos jours : "*Aujourd'hui, même les poireaux, on ne leur laisse pas le temps de pousser comme ils veulent !*". Dès que j'entrais dans sa chambre, je lui disais :



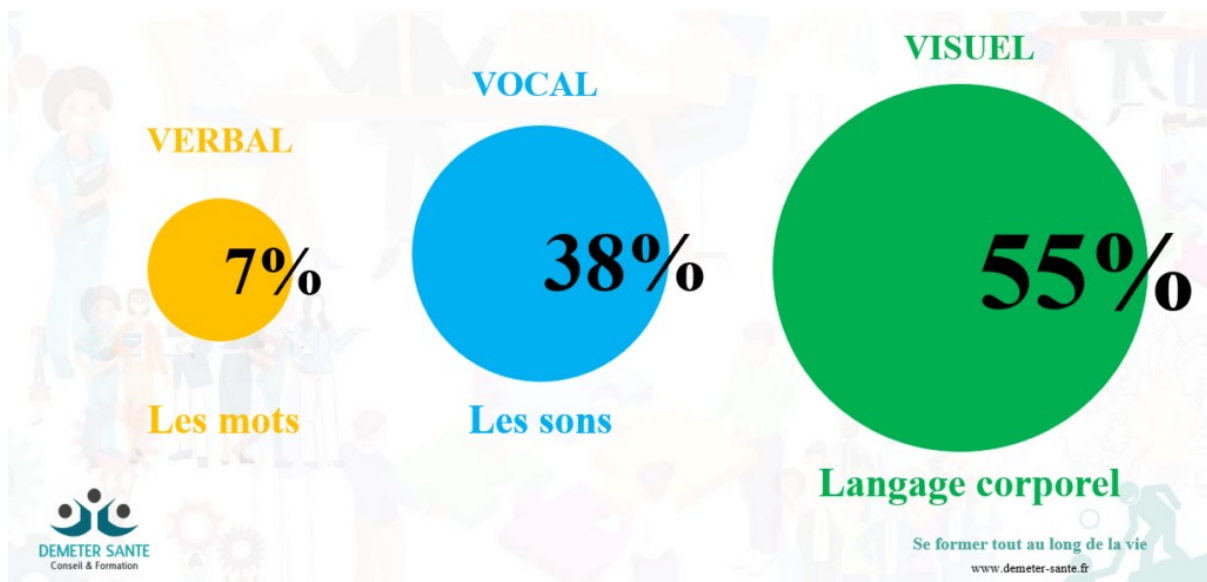
“Bonjour Marie” et elle me répondait par : “Ah !”. Je crois pouvoir dire que cette interjection traduisait la joie de pouvoir à nouveau se raconter et être écoutée. Une fois installée près d’elle, je lui rappelais les derniers échanges que nous avons eus et Marie reprenait sa narration, tel un conteur.

Marie s’est éteinte sans souffrance alors que j’étais en vacances : je garde d’elle le souvenir d’une femme douce et forte, jamais dans la plainte et qui m’a offert tout naturellement l’histoire de sa vie avec tendresse.

Dans cet accompagnement, l’écoute a été essentielle tant Marie avait besoin de partager l’histoire de sa vie. Je lui ai peu souvent posé des questions. Nous avons partagé des rires et quelques larmes. Marie m’a offert le rôle de dépositaire de ses souvenirs et ma posture “d’écoutante” a pris là tout son sens. Tout au long de cet accompagnement, mon écoute a été très attentive, bienveillante et respectueuse, entourée d’un halo d’affection.

## I.2 La voix

D’après Albert Mehrabian, professeur de psychologie de l’université de Californie (USA), 38 % de la communication passe par le vocal (3).



Naturellement, la voix est le premier axe de la communication orale. Elle est un outil important dans l’interaction avec le patient/résident.

Une voix est plus ou moins grave ou aiguë et c'est ce qui caractérise la voix des chanteurs. Je pratique le chant choral depuis 4 décennies et c'est un outil que j'utilise quelquefois dans mes accompagnements tout comme la lecture à voix haute.

Afin de comprendre toutes les richesses de la voix, voici quelques notions pour saisir les mécanismes qui la composent. Larousse définit la prosodie, comme “ *l'ensemble des phénomènes de modulation de l'expression verbale (intonation ou rythme, par ex.) permettant d'en nuancer le sens, l'intention ou l'émotion (en médecine, l'altération de la prosodie peut être le signe de certaines pathologies neurologiques ou psychiatriques)* ”.

Ces phénomènes de modulation sont appelés des prosodèmes.

En plus de l'intonation et du rythme, d'autres éléments comme le débit, le volume, le timbre interviennent dans la communication verbale.

Au cours des accompagnements, ces prosodèmes, peuvent nous guider et nous permettre de décoder le message du patient/résident. Je vais ci-après, en détailler quelques-uns.

## **2.1 L'intonation**

L'intonation est produite principalement par les vibrations des cordes vocales. Elle peut être définie comme la “ mélodie “ du langage. L'intonation désigne la hauteur ou le ton que prend la voix en parlant ou en lisant. Elle peut être déclarative, impérative, interrogative. Ainsi, elle traduit des émotions telles que la colère, la tristesse, la surprise.

Au cours d'accompagnements, l'intonation peut permettre au bénévole de savoir si le patient/résident s'interroge, s'exclame, s'il manifeste son mécontentement, ou encore s'il souffre. Au cours de lectures, la bonne intonation attire l'écoute et permet de maintenir l'attention du patient/résident.

Lors de mes accompagnements auprès d'Alain, je lui ai fait lecture d'une partie d'un ouvrage intitulé “ Ça peut pas faire de mal “ issu de l'adaptation de l'émission éponyme de France Inter (5). Ce livre s'accompagne d'un CD dans lequel Guillaume Gallienne, sociétaire de la Comédie Française, propose aux auditeurs d'écouter des extraits d'œuvres classiques (*Baudelaire, Apollinaire, Éluard, Aragon*). J'ai proposé à Alain de lui faire écouter ce CD mais il a préféré que j'en sois la lectrice.

Je vais citer ici un extrait (*les quatre dernières strophes*) d'un poème de Paul Eluard lu à Alain. Il s'agit de " Dominique aujourd'hui présente ", poème écrit pour sa dernière épouse avec qui il partagea un retour à la vie et à l'amour.

*Tu es venue plus haute au fond de ma douleur  
Que l'arbre séparé de la forêt sans air  
Et le cri du chagrin du doute s'est brisé  
Devant le jour de notre amour*

*Gloire l'ombre et la honte ont cédé au soleil  
Le poids s'est allégé le fardeau s'est fait rire  
Gloire le souterrain est devenu sommet  
La misère s'est effacée*

*La place d'habitude où je m'abêtissais  
Le couloir sans réveil l'impasse et la fatigue  
Se sont mis à briller d'un feu battant des mains  
L'éternité s'est dépliée*

*Ô toi mon agitée et ma calme pensée  
Mon silence sonore et mon écho secret  
Mon aveugle voyante et ma vue dépassée  
Je n'ai plus eu que ta présence*

*Tu m'as couvert de ta confiance.*

*Paul Éluard*

J'ai lu à Alain ce poème de 14 strophes en 2 fois, lors de 2 visites successives. À la fin de ma dernière lecture, j'ai regardé Alain : ses yeux brillaient, son visage affichait une expression de contentement, en tout cas, je l'ai interprété comme tel car son visage n'était que sourire ! J'ai tout de suite remarqué que son majeur cherchait l'abécédaire : " B ", " R ", " A ", " V " .... Je n'ai pas attendu la fin pour traduire : " bravo ". Cette gratification d'Alain me toucha car je savais, à cet instant-là, qu'il était heureux.

Imaginons cette lecture avec un ton monocorde qui ne laisserait percevoir aucun des sentiments de l'auteur : comment faire transparaître l'hommage de l'auteur pour sa femme, la verve de ses écrits, sa déclaration d'amour, sa renaissance, sa fougue ? La réponse est simple : en utilisant différentes intonations. Dans le cas contraire, je suis quasi certaine qu'Alain m'aurait demandé d'arrêter cette lecture.

De façon générale, je m'applique à lire avec une bonne articulation et en respectant des pauses et des silences. Cela favorise une meilleure compréhension de l'auditeur.

## **2.2 Le rythme**

Le rythme peut se définir comme la combinaison harmonieuse de sons, voix ou paroles, y compris les pauses, les silences et les coupures. Nous n'y prêtons pas attention mais le rythme ponctue nos journées ; le tic-tac d'un réveil, la goutte d'eau qui tombe sans cesse sur le rebord de la fenêtre, le martèlement du train le long de la voie ferrée, les battements de notre cœur que perçoit le petit d'homme in utero, ceux que le soignant entend à l'auscultation et, par extension, le rythme des saisons, un rythme de croisière, un trouble du rythme...

Dès les premiers mots entendus, le bénévole accompagnant détermine aisément si la voix est assurée ou non, douce ou puissante, froide ou chaleureuse. Ce rythme permet de percevoir si le patient/résident est fatigué, hésitant, distant ou accueillant. Il nous donne une première image de ce que l'on perçoit de lui. De même, notre propre rythme sera essentiel dans l'approche de ce dernier. Notre voix assurée et posée offrira au patient/résident un ressenti positif. A contrario, un ton ferme, une voix forte, un rythme saccadé, rapide seront défavorables dans l'engagement du dialogue.

## **2.3 Le débit**

Le débit correspond à la vitesse d'élocution, c'est-à-dire la vitesse à laquelle le message est dit. Ce débit peut être lent, moyen, ou rapide. Pour reconforter un patient/résident, un débit lent conviendra mieux. Dans la reformulation, un débit moyen sera plus adapté. Lorsqu'un patient/résident me dit : " Je vais un peu mieux aujourd'hui " je réponds souvent : " Ah ! Voilà une bonne nouvelle ! ". Un débit rapide donnera à ma réponse un côté dynamique, stimulant. De façon plus générale, un débit plus lent suggérera l'apaisement.

Dans l'exemple précité de la lecture du poème, on peut situer les pauses et les silences de la façon suivante : un silence après " amour " et " dépliée ", une courte pause après les 2 " Gloire ". De même, l'intonation, par une lecture exclamative des 2 " gloire " permettra à l'écouter de saisir l'enthousiasme de l'auteur. Le débit global sera moyen et plus lent à la strophe " *Ô toi mon agitée ...* ". Dans cette strophe, il s'agit d'une déclamation où toutes les ressources de la voix se conjuguent.

Alain appréciait tout particulièrement ces lectures où se mêlaient des sentiments d'amour et de tendresse. Si je lui disais : " Il est bien amoureux ! ", Alain semblait acquiescer en amorçant un sourire et en grommelant. J'observais du plaisir dans ses yeux pétillants.

En dehors de la lecture à voix haute, le silence a de multiples significations. Un patient/résident silencieux n'est pas forcément un patient/résident qui n'a rien à dire. Ces silences peuvent traduire l'ennui, le refus de communiquer, la souffrance, la tristesse... Ainsi, chaque silence est à analyser en fonction du contexte dès qu'on pénètre dans la chambre du patient/résident.

J'ai connu bien peu de silences auprès d'Alain M.. Par contre, je me souviens de cette patiente en réanimation, Madame D., âgée de 53 ans, victime d'un AVP.

Dans un premier temps, elle avait été hospitalisée à Poitiers puis transférée dans le service de réanimation du CHA. Son bassin était broyé et elle était paraplégique. À mon arrivée dans le service, une infirmière me dit que je peux aller la voir mais qu'elle se refuse à parler. J'entre dans sa chambre, je m'approche de son lit et je la salue. Son regard est fixe, absent, dirigé vers ses pieds que je devine sous le drap qui la recouvre. Ses bras sont allongés le long de son corps, par-dessus le drap. Je n'ai pas de réponse à ma salutation ce qui confirme l'information donnée par l'infirmière. Mais je persévère : j'approche de son lit tout doucement. Je lui demande si elle accepte que je partage un moment avec elle et je lui précise que nous pouvons tout à fait partager un silence. La patiente murmure un « oui » que je devine plus que je ne l'entends. Sa tête n'a toujours pas bougé, son regard est toujours fixe. J'installe une chaise près de son lit et je m'assoie. Madame D. est toujours silencieuse, dans la même posture, comme figée. Ses cheveux noirs et ses yeux sombres en rajoutent à ce visage qui, pour moi, exprime une profonde douleur. Je reste un moment silencieuse à ses côtés. Au bout d'une dizaine de minutes, je lui dit d'une voix douce et posée : « Je crois que si je vivais la même chose que vous, je serai dans une colère extrême ». Et là, Madame D. tourne son

visage vers moi. Des larmes emplissent ses yeux et elle éclate en sanglots. Je pose alors ma main sur la sienne et je lui dit simplement qu'elle peut pleurer en toute tranquillité. J'avoue humblement avoir vécu ce moment avec beaucoup d'émotion. L'échange verbal a pu commencer ensuite.

Si, à la suite de ce silence partagé, j'avais quitté la chambre de Madame D. sans chercher à engager la communication verbale, je pense qu'il n'y aurait pas eu ce lâcher-prise. Pour autant, il aurait probablement été provoqué plus tard, lors d'un échange avec une infirmière ou une aide-soignante, ou pas...

## II. La communication non-verbale

La communication non verbale représente plus de 80 % de la communication. Nos paroles ont un impact certain mais notre gestuelle, notre regard, notre posture, le toucher, en disent souvent beaucoup plus que les mots. Ainsi, notre corps est le miroir de nos émotions.

Jacques LACAN, psychiatre et psychanalyste français, écrivait à ce sujet :

*“ Je parle sans le savoir. Je parle avec mon corps et ceci sans le savoir. Je dis donc toujours plus que je n'en sais ”.*

Nous dépensons beaucoup d'énergie pour camoufler nos émotions et notre culture en est responsable en grande partie. Nous apprenons très tôt à « faire bonne figure », « garder la tête froide », « donner le change » pour ne rien laisser paraître de nos émotions. Et tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime dans notre corps. Ces émotions non entendues ou non exprimées sont la cause de tensions physiques. Qui n'a jamais dit « en avoir plein le dos », « être gonflé à bloc », « avoir la boule au ventre » ?

Ces éléments non-verbaux participent au déroulement des interactions sociales et il est utile de parvenir à les décoder et à les interpréter.

Lors de mes accompagnements, je pratique une sorte de rituel regroupant ces différents items de la communication non-verbale. Après être entrée dans la chambre du patient/résident, ou à son domicile, je me rapproche de ce dernier de manière à être à sa hauteur et que nos regards soient le plus possible en face à face. Concomitamment, j'ai capté la toute première image que me renvoie le patient/résident. Alors, je me présente et sollicite son consentement pour

partager un moment auprès de lui. S'il accepte ma présence, je fais en sorte de m'asseoir près du lit ou du fauteuil.

Je précise également être attentive à ma tenue vestimentaire : je ne porte jamais de noir lors de mes accompagnements, les personnes âgées l'associant très souvent au deuil.

Je vais détailler quelques-uns de ces composants non-verbaux dans la suite de mon exposé. J'illustrerai mes propos en les regroupant au travers de 2 accompagnements : l'un très particulier et douloureux, vécu auprès d'Alain. M. et l'autre, plus récent, auprès de Louise.P.

## **II.1 le regard**

Le regard est la toute première composante de la communication non-verbale. Il est le premier geste de rencontre. Il permet de capter l'attention de la personne avec qui on entre en interaction. S'il est à l'horizontal, comme je l'évoquais précédemment, il est propice au dialogue. Si je reste debout et que le patient/résident est assis, ce regard « de haut » pourra provoquer chez lui un sentiment d'infériorité. Il est donc nécessaire d'adopter la bonne posture dès le début de la rencontre pour faciliter l'entrée en communication. Il ne faut pas oublier que pour le patient/résident, il s'agit également du premier regard avec le bénévole accompagnant. Le regard fixe d'un malade peut signifier son refus de communiquer mais également sa tristesse ou sa colère (*la situation de Madame D. s'en fait écho*). L'observation du bénévole accompagnant est ainsi un atout majeur et elle s'acquière et s'améliore avec le temps...

Anne Bert, écrivaine et journaliste originaire de Saintes, était atteinte d'une SLA. Deux ans après l'annonce de sa maladie, elle décède dans un hôpital belge au sein du service de soins palliatifs. Elle était une militante de la légalisation de l'aide active à mourir. Je partage un court extrait de son livre « Le tout dernier été » paru 2 jours après son décès :

*« Je chasse ces pensées qui m'accablent pour me concentrer sur le fragile contentement de mes yeux » (6).*

## II.2 Le toucher

Le toucher est un sens vital : il est le premier langage du bébé. Ce langage permet de ressentir des émotions par l'intermédiaire de la peau. Il est essentiel pour la survie de l'homme. Il est le sens qui reste actif le plus longtemps alors que d'autres sens déclinent progressivement avec l'âge (*la vue, l'ouïe...*).

Sans y prêter attention, nous utilisons le toucher spontanément avec nos proches pour leur transmettre notre affection, notre amitié, notre tendresse, notre bienveillance.

Souvent, il m'arrive de poser ma main sur celle d'un patient/résident ou bien de caresser un visage en restant vigilante face à une éventuelle manifestation de rejet, ce qui demeure assez rare. Pour le malade, ce contact physique est bien souvent apaisant, rassurant.

Il m'est impossible de ne pas évoquer ici tous les patients, les résidents qui ont été privés de tout contact, de toute visite lors de la pandémie de COVID 19. Je pense également à la détresse de nombreux soignants dans les services hospitaliers mais également en EHPAD.

Je cite ici un extrait de l'ouvrage de Marie de Hennezel, « L'adieu interdit ».

L'auteure, psychologue et écrivaine, a suivi de près pendant le confinement, les effets dévastateurs de toutes les mesures prises pendant la pandémie tant auprès des malades que de leurs familles et des soignants.

*« Avec l'annonce des mesures sanitaires, l'interdiction des visites, l'obligation de s'équiper comme des cosmonautes, l'impossibilité d'établir un contact peau à peau, les équipes perdent leurs repères. C'est violent » (7).*

## II.3 Les gestes et attitudes corporelles

Les mots nous aident à exprimer ce que nous ressentons mais le langage de notre corps est encore plus profond. Le regard, le timbre et le rythme de la voix, évoqués précédemment, font partie du langage corporel.

La posture est également un indicateur :

- un patient/résident recroquevillé peut laisser penser à une douleur, une recherche d'apaisement dans la position fœtale, une souffrance psychologique ;



- des bras croisés peuvent être interprétés comme une position de fermeture, mettant de la distance avec autrui. Dans ce cas-là, il faut observer le contexte : si le patient/résident est assis sur un siège sans accoudoir, croiser les bras peut lui donner la sensation d'être plus en sécurité ;
- un corps tendu et des mains crispées pourront traduire la douleur, la colère, le refus.

Certains gestes montrent également au patient/résident notre empathie, l'intérêt qu'on lui porte :

- une main posée sur la sienne ;
- sa main prise dans la nôtre ;
- des bras ouverts pour accueillir l'explosion d'un chagrin (*situations rencontrées dans les accompagnements de famille en Réanimation*) ;
- un sourire et un regard compatissant.

Il est donc important de décrypter l'ensemble de ces éléments de la communication non-verbale qui, ajoutés aux informations données par le soignant par le biais de la communication verbale, me permettront d'entrer au mieux en communication avec le patient/résident.

L'un de mes accompagnements auprès d'Alain M. m'a particulièrement marquée et bouleversée.

En cette fin d'après-midi, j'entre dans son appartement et je reconnais immédiatement la voix de l'animateur de l'émission « Questions pour un champion ». Pour moi, c'est un indicateur positif car Alain affectionne tout particulièrement cette émission. Je pénètre alors dans la pièce à vivre et me rapproche de lui. Il m'apparaît plus recroquevillé que d'habitude, son visage est crispé et dès qu'il m'aperçoit, il émet plusieurs grognements que j'assimile à une plainte. Il exprime une souffrance extrême et je suis décontenancée. Ma visite ce jour-là ne ressemble à aucune autre. J'éteins la télévision. Je m'assieds près de lui, pose ma main sur la sienne. Son corps est d'une raideur extrême et ses poings sont serrés. J'ai l'impression que ses yeux s'emplissent de larmes. Je sais déjà qu'il n'y aura pas de lecture. Je lui demande s'il veut m'expliquer ce qu'il s'est passé mais ses grognements reprennent. J'oublie l'abécédaire. Pour la première fois, je vais consulter le cahier de liaisons destiné à l'équipe pluridisciplinaire qui le prend en charge. Je lis, je comprends. Je suis en colère et j'ai envie de pleurer. Alain ne me voit pas, je lui tourne le dos. En quelques mots, j'apprends que ses fils

(adultes) lui ont rendu visite dans la journée et qu'ils se sont battus devant lui. Je ne peux qu'imaginer la souffrance d'Alain, prisonnier de son corps inerte, incapable de séparer ses fils, par des mots ou par des actes. Je comprends mieux ce que j'observe comme étant de la colère, de la tension, de la douleur. Je place une chaise au plus près d'Alain, je m'assois et je prends sa main dans la mienne. Je lui dit être sincèrement désolée qu'il ait vécu cette scène dans laquelle il était impuissant. Nous partageons un silence où mon cerveau cherche la meilleure solution pour tenter de calmer Alain. De toute évidence, je ne partirai qu'après avoir constaté un léger apaisement et je me dois de trouver une solution.

Je propose alors à Alain de lui masser les tempes et la tête, accompagné d'un fond musical. Il accepte et je lui propose Mozart par l'intermédiaire de mon téléphone portable. Je lui suggère de mettre dans sa tête une image de l'une de ses randonnées. Il m'offre un léger sourire puis il ferme les yeux. Je me place derrière lui et je commence à masser ses tempes puis la partie de son crâne accessible à mes mains. Dans un profond silence, pendant plus de 5 minutes, je m'adonne à cette pratique que je n'avais jamais encore utilisée avec un patient/résident. Je me réinstalle ensuite près de lui et le laisse à son rythme rouvrir les yeux. Je pose à nouveau ma main sur la sienne, moins crispée. Je lui demande s'il se sent un peu mieux. Le son qu'il émet me le confirme. S'ensuit un sourire et je lui offre le mien en retour.

Depuis cette première fois, le massage des tempes et de la tête d'Alain viendra clôturer chacun de mes accompagnements auprès de lui, et toujours en musique.

Dans cet exemple, le regard et la posture d'Alain m'ont immédiatement interpellée sur cette situation de souffrance. C'est par le toucher qu'un moment d'apaisement a été possible. Toutefois, que ce serait-il passé si j'avais écourté mon passage, sans prodiguer ce massage à Alain ? Au bout de combien de temps se serait-il calmé ? Lui aurait-on donné une médication pour cela ? Plusieurs réponses me viennent sans pour autant avoir la certitude de leur mise en application ; Alain se serait peut-être calmé de lui-même, un soignant, par le toucher, aurait pu l'apaiser...

Le fait qu'Alain sollicite ce massage musical à la fin de chacune de mes visites me laisse à penser qu'il en a retiré du calme, de la détente et un peu de bien-être.

Il y a trois mois, dans le service de médecine gériatrique, la cadre me soumet plusieurs patients à accompagner dont Madame Louise P. , 88 ans. Cette patiente, atteinte de la maladie d'Alzheimer, vient d'avoir le COVID. Elle est faible et souffre d'un problème pulmonaire.

Son mari, aidant, s'occupe d'elle au quotidien et ne peut se résoudre à placer son épouse en EHPAD.

Je toque à sa porte puis entre doucement : Louise P. est au fauteuil, assoupie. Elle me paraît détendue. Elle est longiligne, ses longs cheveux tirés en arrière. Je m'approche d'elle délicatement et je pose une main sur la sienne. Elle ouvre alors ses beaux yeux bleu pétillants. Je lui dit « Bonjour ! » et elle me répond sur un ton aussi enjoué que le mien : « Bonjour ! ». Je lui dit alors « Je m'appelle Jacqueline ». En haussant un peu ses épaules et en plissant son nez, elle me répond d'un air polisson : « Je m'appelle Louise ! ».

Une fois ma tirade de présentation exposée, cherchant à obtenir son consentement quant à ma présence à ses côtés, nous démarrons un moment d'échange inoubliable.

Je demande à Louise si elle aime chanter et elle me répond : « Bof ! Dans mon état ... ». Je lui demande si elle connaît Édith Piaf. Elle me répond en haussant les épaules et en faisant non de la tête. Elle me fait un sourire puis nous partageons un silence. Je suis impressionnée par le bleu de ses yeux et par son regard lumineux. Puis je commence à chanter « La vie en Rose » de Piaf. Et la magie opère : Louise chante avec moi, les paroles et l'air sont justes ! À la fin, ses yeux brillent encore plus : elle prend mes mains et les embrasse. Je la gratifie d'un bravo bien mérité. Elle me répond : « On va faire une chorale ! ». Elle me félicite, me disant que d'autres personnes devraient faire ce que je fais. Je lui explique revenir dans le service dans une semaine et lui propose une nouvelle visite, ce qu'elle accepte avec joie. Je la remercie pour ce beau moment de partage. Je la quitte en recevant des baisers qu'elle posent sur sa main et sur laquelle elle souffle dans ma direction. En sortant, je me dis que c'est une grande joie de l'avoir accompagnée !

Un peu plus tard, dans le couloir, une infirmière m'informe que l'époux de Louise P. et l'un de ses petits-fils sont arrivés. Ma première idée est de les laisser profiter les uns des autres. Mais à la fin d'un autre accompagnement, je me ravise. Je me dis que son époux serait peut-être heureux de savoir que Louise et moi-même avons chanté.

Je retoque à la porte. Une voix m'invite à entrer. Je m'approche de l'époux tout en jetant un œil vers Louise. Et là, j'ai face à moi le second visage de Louise. Elle n'est plus la patiente accueillante et lumineuse rencontrée il y a une heure. Les yeux sont froncés, le menton baissé vers la poitrine, les épaules rentrés et plus rien de son regard bleu lumineux ne transparait. Elle est comme enfoncée dans son fauteuil. Je me présente à son époux et à son petit fils. Je leur fait part de ma précédente présence aux côtés de Louise. Monsieur parle un peu fort malgré l'appareil auditif aperçu dans son oreille. Le petit fils de 18 ans se tient un peu à

l'écart mais proche de sa grand-mère qu'il ne cesse de regarder, silencieux. Je partage alors avec eux ce magnifique moment de « La vie en rose ».

L'époux de Louise s'exclame aussitôt : « Oh ! Merveilleux, merveilleux. Louise tu veux chanter encore ? ». Mais Louise ne semble pas l'entendre et ne répond pas. Son petit-fils me regarde et esquisse un léger sourire. Son mari s'avance un peu plus vers elle et il lui repose la question. Même effet : pas de réponse. Louise affiche toujours une mine renfrognée. Je me rapproche alors tout doucement. Arrivée tout près d'elle, je pose mes mains sur les siennes qui sont croisées sur le haut de ses jambes. D'une voix douce, je répète à 2 reprises son prénom. J'ajoute « C'est Jacqueline » et je lui souris. Presque aussitôt, je retrouve son regard bleu profond et elle me sourit à son tour. Je lui demande s'il elle souhaite encore chanter. Elle me répond : « Non, pas maintenant ». Puis elle attrape mes mains et les embrasse. Je lui souris puis m'éloigne d'elle en me rapprochant de son époux. Ce dernier ne cesse de s'exclamer : « Oh ! Alors là... Elle vous aime bien. Il faudra venir à la maison quand elle sera de retour ».

Je prends alors le temps d'expliquer à son époux dans quelles conditions se font les accompagnements à domicile. Il tient absolument à me laisser ses coordonnées téléphoniques. Alors que nous poursuivons notre conversation, brutalement Louise hurle : « Vos gueules ! Foutez-moi le camp ! ». Elle s'est redressée dans son fauteuil. Alors que j'accuse un instant de surprise, son époux, posément, lui demande de se calmer et ne manifeste aucun étonnement. Sa position dans la pièce est toujours la même depuis mon arrivée : il se tient au pied du lit. La colère de Louise ne tarit pas : « Tu vas la fermer ta grande gueule » dit-elle à son époux. Ce dernier semble habitué à ces crises car il reste égal à lui-même alors que son épouse vocifère toujours.

Je laisse au lecteur le soin d'imaginer la scène suivante au ralenti car c'est ainsi que je l'ai vécue. Je décide de me rapprocher tout doucement de Louise. Je pose à nouveau mes mains sur les siennes mais elle est toujours très tendue. Elle a cessé de crier. Je prends précautionneusement son visage entre mes mains, je la regarde mais elle ne manifeste aucun sentiment. Je lui souris. À nouveau, je lui parle : « Louise, Louise, c'est Jacqueline ». Je souris encore, son visage toujours entouré de mes mains. Et là, Louise redevient lumineuse. Elle me sourit à son tour, me dit : « Tu es là ! ». Aussitôt, elle attrape mes mains qu'elle embrasse à nouveau. Je partage encore un petit moment avec elle, la rassurant, lui disant que tout va bien.

J'échange encore un peu avec son époux puis je décide ensuite de quitter la chambre en les saluant tous les 3. J'ai noté le numéro de téléphone de monsieur P. : il me sera utile pour lui présenter mes condoléances car Louise décédera 6 jours après notre dernière rencontre. J'effectuerai ensuite un accompagnement de deuil auprès de son époux.

Ces deux exemples illustrent parfaitement l'importance de ces éléments non-verbaux dans la relation entre le patient/résident et le bénévole d'accompagnement. Bien souvent, cette analyse se fait presque spontanément, sans y accorder une importance particulière. Prendre le temps d'observer ces éléments et parvenir à en comprendre le sens offre une possibilité non négligeable d'enrichir l'interaction avec le patient/résident. Cette aptitude s'acquière avec le temps. Elle n'est pas indispensable mais elle est un plus dans ce que nous pouvons apporter au patient/résident : mieux le comprendre à l'instant « T » permet de mieux l'accompagner.

### **III Communication verbale et non-verbale : interaction ou pas ?**

Après lecture des exemples décrits ci-dessus, la réponse à cette question paraît évidente : oui ! Ces 2 modes de communication sont bien interdépendants.

Je dirais même que le langage verbal et le langage non-verbal sont complémentaires. Bien souvent, dans mes accompagnements, je les associe presque par instinct et le non-verbal est comme inéluctable.

Avoir un regard sur le patient/résident, sur l'expression de son visage, sur sa position au fauteuil ou dans le lit quand je rentre dans sa chambre sont autant d'indicateurs pour établir et orienter une communication avec lui.

L'attention portée au verbal et au non-verbal dans une même situation est capitale et le verbal doit être congruent avec le non-verbal. Si un patient/résident me dit qu'il ne souffre pas mais que j'observe une attitude crispée, des mains serrées sur son drap, je tenterai de l'aider à exprimer cette souffrance qu'il veut masquer.

De nos jours, l'apparition des nouvelles technologies de l'information et de la communication nous conduisent à des formes mêlées de verbal et de non-verbal : nous utilisons des mots pour rédiger un courriel ou un sms et nous complétons par un émoji ! Cette unification du

langage verbal et non-verbal nous conduit, au travers de ces symboles, à exprimer des émotions comme la joie, la colère, la tristesse.

Toutefois, il me paraît indispensable de conserver notre sens de l'observation des attitudes, des postures, des expressions du visage afin de mieux conduire notre entrée en relation avec le patient/résident.

Préserver l'humain reste à mon sens primordial et décrypter ses messages par l'observation de ce qu'il nous livre se substitue à toute forme de technologie.

#### **IV Conclusion**

Au travers des différents accompagnements décrits ci-dessus, il est facile de constater que, quelque soit l'état du patient/résident, le bénévole accompagnant possède de multiples outils pour entrer en relation avec ce dernier. Dès le départ, l'entrée dans la chambre ou au domicile débute par un « bonjour » – donc une communication verbale – à laquelle s'associe une observation globale du patient au travers de ses mimiques, de sa posture, de sa gestuelle – donc des signes de communication non-verbale.

Le patient/résident est lui-même confronté à la toute première image que nous lui renvoyons par notre façon d'entrer en relation avec lui. La différence entre le bénévole accompagnant et le malade, c'est la diminution des aptitudes de ce dernier directement liée à sa maladie et dont il faut tenir compte.

Au début de mon accompagnement auprès d'Alain, mes questionnements étaient nombreux quant à mes capacités à pouvoir l'accompagner dans les meilleures conditions. Ces craintes se sont vite envolées : j'ai très vite trouvé le moyen de traduire ses paroles, et le non-verbal fut d'une complémentarité essentielle à ses côtés.

Je dis souvent que nous sommes tous des êtres uniques avec nos sensibilités propres. Ce mémoire a vu le jour grâce à 9 ans d'expériences personnelles : d'autres formes d'accompagnement pourraient être décrites sur ce thème de la communication verbale et non-verbale, enrichies d'autres outils. Le sujet est très vaste...

La recette qui pourrait être donnée à chaque bénévole accompagnant serait :

- de se faire confiance ;

- de prendre conscience de ce que nous apportent nos observations auprès d'un patient/résident ;
- et d'être assuré que si quelquefois les mots nous manquent, le relai peut se faire par la communication non-verbale.

Victor Hugo a écrit :

*« Les mots sont sans fin mais la communication est d'ordre verbal autant que non-verbal ».*

Annexes - Références

Annexe 1

JE SUIS DÉ

MAÏSADÉ DE PLUS  
DE MAL A ME  
SERVIR DE MA  
MAIN GAUCHE

---

LECTURE      MASSAGE

SEMAINE  
MIÈX QUÈ



## Bibliographie

- (1) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000212121>
- (2) [https://www.sfap.org/system/files/les\\_7\\_concepts\\_de\\_la\\_relation\\_daide.pdf](https://www.sfap.org/system/files/les_7_concepts_de_la_relation_daide.pdf)
- (3) <https://www.demeter-sante.fr/2022/11/19/les-3v-de-mehrabian/>
- (4) <https://www.cairn.info/deaes-60-fiches-de-revisions--9782311210095-page-27.htm>
- (5) <https://ecoutezlire.gallimard.fr/fr/products/ca-peut-pas-faire-de-mal-tome-2-la-poesie-baudelaire-apollinaire-eluard-et-aragon-lus-et-commentes-par-guillaume-gallienne>
- (6) BERT Anne, Le petit verre, chapitre 5 « Le tout dernier été » Éditions Fayard, 2017, page 59.
- (7) de HENNEZEL Marie, L'adieu interdit, chapitre « Détresse des familles », Éditions Pocket 2021, page 60.