

Guide pratique – Communication avec le résident

Communicant, peu communicant, non communicant : adapter sans perdre la bientraitance

Version synthétique • 09/02/2026

Objectif du guide

Donner des repères simples pour communiquer avec tout résident, y compris en cas de troubles cognitifs, du langage ou d'absence de parole.

Proposer des outils concrets (mots, postures, supports) et des checklists rapides utilisables sur le terrain.

Rester compatible avec les principes de bientraitance, de droits des usagers et de consentement.

Ce guide est volontairement court : ce n'est pas un cours. Il synthétise des recommandations et ressources de référence (HAS, OMS/WHO, textes officiels).

Cycle de communication bientraitante

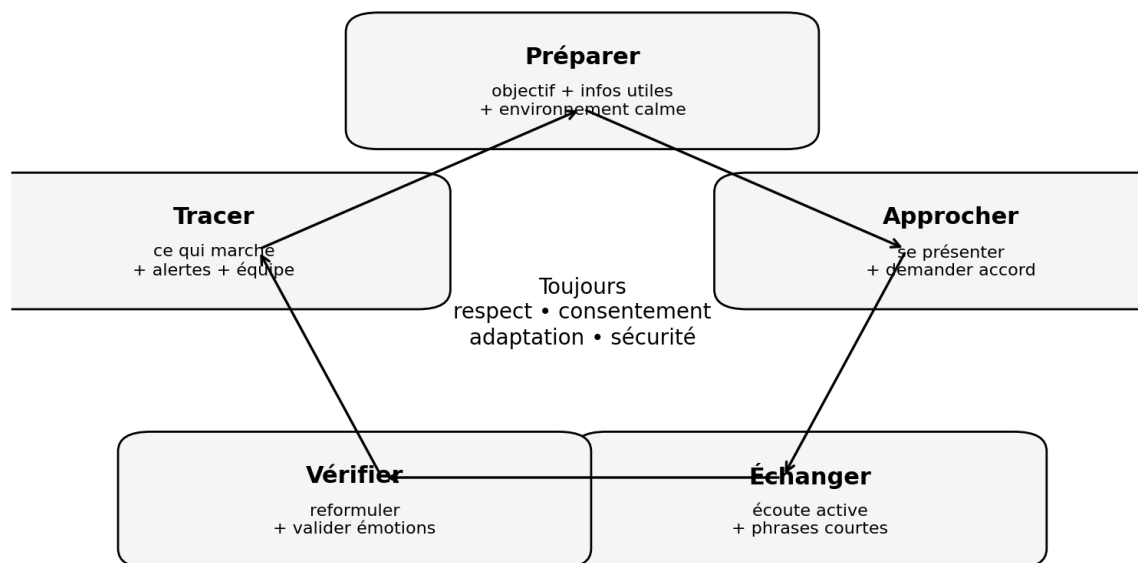


Schéma 1 – Cycle de communication bientraitante (repère opérationnel)

1. Les bases : ce qui ne change jamais

La communication n'est pas un « plus » : elle conditionne la qualité du soin, la sécurité, le consentement et la prévention des tensions. Même quand la parole est limitée, le résident communique (regard, posture, agitation, retrait, expressions...).

Repères droits & consentement

Informar avec des mots simples, à hauteur de compréhension, et vérifier la compréhension.

Chercher l'accord du résident avant le soin (et respecter un refus, en évaluant le risque et en réajustant la stratégie).

En établissement, la Charte des droits et libertés de la personne accueillie rappelle notamment le droit à une information claire et adaptée.

Mini-script (simple, efficace)

1. 1) « Bonjour M./Mme ..., je suis ... (fonction). »
2. 2) « Je viens pour ... (objectif en 1 phrase). »
3. 3) « Est-ce que vous êtes d'accord ? » (oui/non).
4. 4) « Je fais ... maintenant, puis ... (2 étapes max). »
5. 5) « Si quelque chose ne va pas, vous me le dites / vous me montrez. »

Les 10 clés qui font la différence

- Se présenter, appeler la personne par son nom (ou le nom qu'elle préfère).
- Se mettre à hauteur, face à la personne, au bon rythme (pause, silence utile).
- Utiliser des phrases courtes : une idée à la fois.
- Préférer les questions fermées si la compréhension est fragile (oui/non, choix à 2 options).
- Valider l'émotion avant de corriger le contenu (peur, colère, tristesse...).
- Éviter d'infantiliser (surnoms, ton enfantin, parler à la 3e personne devant la personne).
- Réduire les stimuli (TV, couloir bruyant) si besoin.
- Observer le non-verbal et le contexte (douleur, faim, froid, besoin d'uriner, fatigue...).
- Réformer sans s'énervier : reformuler autrement plutôt que répéter plus fort.
- Tracer ce qui fonctionne et le partager à l'équipe (cohérence = apaisement).

2. Adapter selon le profil de communication

Adapter la communication selon la capacité du résident

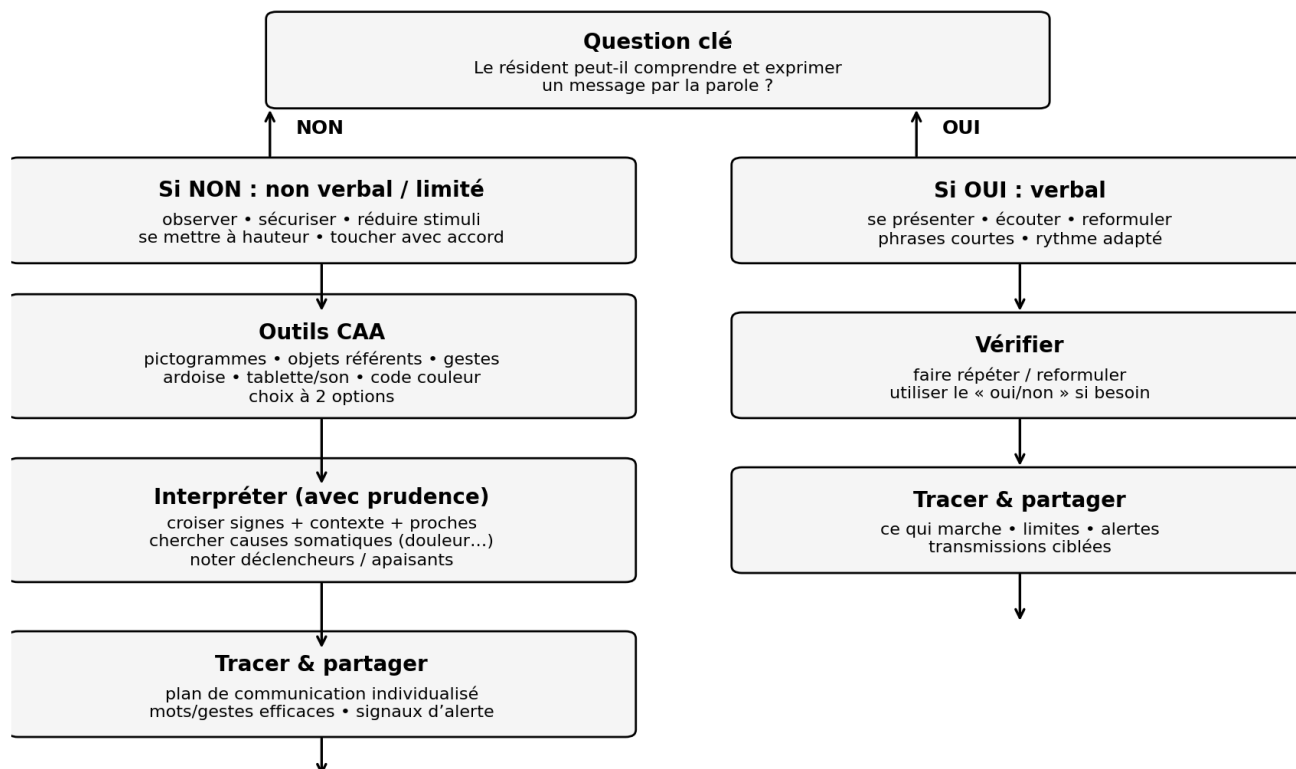


Schéma 2 – Adapter la communication selon la capacité du résident

2.1 Résident communicant (verbal) – viser une communication claire et respectueuse

Techniques utiles :

- Questions ouvertes au début (si possible), puis recadrage en options simples si nécessaire.
- Écoute active : reformulation, validation, résumé (« si je comprends bien... »).
- Annonce du soin en 3 temps : ce qu'on fait, pourquoi, combien de temps.
- Vérification : demander au résident de reformuler / confirmer.
- Clôture : « Est-ce que vous avez une question ? » + accord sur la suite.

2.2 Troubles neurocognitifs, mémoire, langage (Alzheimer, aphasie...) – simplifier sans réduire la personne

À privilégier :

- Attirer l'attention calmement (nom, contact visuel, geste doux si accord).
- Parler lentement, articuler, volume confortable (pas crier).
- Se limiter à une consigne à la fois ; laisser le temps de répondre.

www.regards-soignants.fr

- S'appuyer sur le non-verbal : démonstration, mimiques, gestes, pointage.
- Réorienter sans confronter (« on va faire ensemble » plutôt que « vous vous trompez »).

À éviter :

- Hausser la voix, presser, faire plusieurs demandes en même temps.
- Discuter du résident à la 3e personne devant lui comme s'il n'était pas là.
- Corriger sèchement (« mais non, ce n'est pas vrai ») quand l'objectif est l'apaisement.

2.3 Résident non communicant (non verbal) – observer, proposer, sécuriser

Quand la parole est absente ou très limitée, la priorité est de repérer les signaux (douleur, inconfort, stress) et de donner au résident des moyens alternatifs d'exprimer un choix.

Signaux fréquents et réponses possibles (repère rapide)

Signal observé	Hypothèses à vérifier	Action immédiate
Grimace, crispation, retrait	Douleur, peur, geste trop rapide	Stop • rassurer • reprendre plus lentement • évaluer douleur
Agitation, déambulation, cris	Inconfort, besoin physiologique, environnement bruyant	Réduire stimuli • proposer toilettes/boisson • réassurer
Somnolence inhabituelle	Fatigue, infection, traitement, déshydratation	Surveiller • alerter IDE selon protocole • hydratation si possible
Refus de contact	Gêne, pudeur, expérience négative, douleur	Respecter • expliquer • proposer alternative • replanifier

Outils de communication alternative / améliorée (CAA) – simples et efficaces

- Choix à 2 objets (ex. eau / café, toilette / repos).
- Tableau oui/non (doigt, regard, clignement, pression de main).
- Pictogrammes (douleur, soif, toilette, froid/chaud, fatigue).
- Objets référents (serviette = toilette, chausson = lever, verre = boire).
- Carnet de vie / repères personnels (habitudes, mots déclencheurs, apaisants).
- Supports FALC / SantéBD quand l'objectif est d'expliquer (droits, soins, parcours).

Astuce terrain

Mettre par écrit un « plan de communication » (1/2 page) :

- ce qui apaise • ce qui déclenche • 2-3 signes d'alerte • 3 supports CAA utilisés • façon de dire OUI/NON.

Mini-modèle : plan de communication individualisé (à adapter)

Ce qui apaise	
Ce qui déclenche / à éviter	
Signaux d'alerte (douleur, stress...)	
Outils utilisés (CAA)	
Comment la personne dit OUI / NON	

2.4 Adapter aussi aux troubles sensoriels (audition, vision)

Situation	À faire	À éviter
Surdité / baisse auditive	Face à la personne, articuler, limiter bruit, vérifier appareillage	Parler de loin, tourner la tête, crier
Baisse visuelle	éclairage suffisant, annoncer gestes, contrastes, toucher avec accord	Gestes rapides sans annonce, objets petits/loin
Troubles cognitifs	Rituels, repères stables, phrases simples, temps de réponse	Sur-stimulation, changer de stratégie sans tracer

3. Situations sensibles : refus, agitation, tensions

Un comportement difficile est souvent un message. Objectif : comprendre le besoin derrière la réaction et réduire l'escalade, sans entrer dans un rapport de force.

Refus de soin

6. S'arrêter et se repositionner : « j'entends que vous ne voulez pas maintenant ».
7. Chercher la cause probable (douleur, pudeur, peur, fatigue, vécu).
8. Proposer une alternative concrète (plus tard, autre soignant, autre modalit , soin partiel).
9. Tracer le refus et la stratégie ; alerter selon protocole si risque.

Agitation / opposition (d escalade express)

- Baisser le volume, ralentir, augmenter la distance de sécurité.
- Une seule personne parle ; consignes simples ; ton calme.
- Nommer l'émotion : « vous semblez inquiet( te) ».
- Rediriger vers une action simple (s'asseoir, boire, respirer).
- Si danger : appliquer les procédures de sécurité et alerter.

4. Checklists ultra-rapides

Avant d'entrer

- Je sais pourquoi j'entre (objectif clair).
- Je connais 1-2 repères du résident (habitudes, mots sensibles).
- Je réduis les stimuli inutiles (TV, porte ouverte, groupe).
- Je prends 30 secondes pour « le contact » avant le geste.

Pendant

- Je me présente et je demande l'accord.
- Je fais une demande à la fois.
- Je laisse le temps de réponse.
- Je vérifie compréhension / accord (verbal ou non verbal).
- Je respecte la pudeur (rideau, drap, annonce des gestes).

Après

- Je confirme la suite (prochain passage, hydratation, douleur).
- Je note ce qui a fonctionné (mots/gestes).
- Je transmets une info utile et actionnable.

Do / Don't (mémo)

À faire	À éviter
Se présenter, appeler par le bon nom	Infantiliser / tutoyer sans accord
Phrases courtes, rythme lent	Parler de la personne comme absente
Validation émotionnelle	Empiler les consignes
Choix à 2 options	Presser / menacer
Cohérence d'équipe (mêmes repères)	Changer sans tracer

Sources de référence

- HAS – Communiquer malgré les troubles de la mémoire ou du langage
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2850975/fr/14-communiquer-malgre-les-troubles-de-la-memoire-ou-du-langage
- HAS – Maladie d’Alzheimer : troubles du comportement perturbateurs
https://www.has-sante.fr/jcms/c_819687/fr/recommandation-maladie-d-alzheimer-troubles-du-comportement-perturbateurs
- HAS – Recueillir le point de vue des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (ESSMS)
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3809203/fr/recueillir-le-point-de-vue-des-personnes-agees-atteintes-de-troubles-neurocognitifs-moderes-a-severes-en-essms-guide
- HAS – RBPP : coordination / communication (repères)
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2840024/fr/web-rbpb-coordination
- OMS/WHO – ICOPE Handbook (2e édition, 2024)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>
- OMS/WHO – ICOPE : module « Communication skills »
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/icope-training-programme/module-5/who-icope_m5_communication-skills.pdf
- OMS/WHO – Affiche : communicating information to the person with dementia
<https://www.who.int/docs/default-source/infographics-pdf/dementia/communicating-information-to-the-person-with-dementia---dementia-poster-reduced.pdf>
- Légifrance – Code de la santé publique, art. L1111-4 (consentement)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
- Légifrance – Arrêté du 8 septembre 2003 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000244248>
- Ministère des Solidarités/Santé – Charte (PDF)
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf

Note : les procédures internes (protocole de service, projet personnalisé, transmissions, conduite à tenir) restent la référence dans chaque établissement.