



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Le toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant



GOMES Anaëlle
Formation infirmière
Promotion 2017-2020

Note aux lecteurs:

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Attestation sur l'honneur



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat de...INFIRMIER....

Travaux de fin d'études :
(nom du document)...MIRSI.....

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)....MIRSI..... à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de...INFIRMIER...est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le...16.10.12020.

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Emergence du sujet	2
1.1. Les situations d'appel	2
1.1.1. Situation 1	2
1.1.2. Situation 2	3
1.1.3. Situation 3	3
1.2. Cheminement vers ma question de départ	4
2. Cadre conceptuel	6
2.1. Le prendre soin infirmier	6
2.1.1. Le Caring, le Care, le Prendre soin et le Soins	6
2.1.2. La relation soignant-soigné dans le prendre soin	7
2.2. La communication non verbale	8
2.2.1. Définition	8
2.2.2. Le patient non communicant	9
2.2.3. Place de la communication non verbale dans le prendre soin	10
2.3. Le toucher	10
2.3.1. Définition	10
2.3.2. Les différents types de toucher dans les soins infirmiers	11
2.3.3. Le toucher dans les soins infirmiers	13
2.3.4. Les bénéfices soignant-soigné du toucher	14
2.3.5. Les limites de cette pratique	16
3. Exploration empirique	17
3.1. Le dispositif de recherche	17
3.1.1. Outils de l'enquête	17
3.1.2. Contenu de l'enquête	18
3.1.3. Le bilan du dispositif	19
4. Analyse des entretiens	20
4.1. Commentaire d'analyse descriptive	20
4.1.1. La prise en soin d'un patient non communicant	20
4.1.1.1. La communication non verbale	20
4.1.1.2. Communication non verbale dans le prendre soin	21
4.1.2. Le toucher dans le soin	22
4.1.2.1. Les caractéristiques du toucher	22
4.1.2.2. Le toucher dans les soins infirmiers	23
4.1.2.3. Bénéfices du toucher	24
4.1.2.4. Limites du toucher	24
5. La discussion	26
Conclusion	30
Bibliographie	32
Annexes	35

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidé lors de la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma guidante de mémoire, Sophie BOR qui m'a encadré tout au long de ce travail, pour sa patience, sa disponibilité ainsi que ses importants conseils qui m'ont été d'une grande aide tout au long de la conception de mon mémoire.

Egalement, merci à tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement les infirmières que j'ai interrogées.

Enfin je remercie mes proches qui m'ont apporté un soutien moral, des encouragements tout au long de mon travail et qui ont relu mon mémoire et corrigé certaines imperfections.

MIRSI

“ Mains, outils de l’esprit sans lesquels la pensée n’est que chimère. ”

Alain GOURDON

“ Souvent, toucher, effleurer même, vaut mieux que parler. ”

Érik ORSENNNA ; La révolte des accents (2007)

Introduction

Dans le cadre de nos études en soins infirmiers, nous devons réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. C'est suite à de nombreuses expériences professionnelles en lien avec ce sens que j'ai décidé de travailler sur le toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant.

En effet, le toucher est une sensation dont les répercussions sont profondes et multiples, il est indispensable dans la communication et les rapports que nous avons au quotidien et d'autant plus dans le métier que nous exerçons en tant que soignant.

Personnellement, le toucher est un acte naturel qu'il soit volontaire ou inconscient, il me permet de rentrer en contact avec autrui et créer une relation. Lors des différentes situations vécues et observées que je vais vous énoncer par la suite, je me suis retrouvée plusieurs fois à utiliser le toucher dans le prendre de soin de mes patients et cela a éveillé en moi une certaine curiosité mais aussi quelques questionnements, notamment sur ma pratique.

Me paraissant indispensable dans nos pratiques infirmières et surtout chez un patient non communicant, il est facilitateur d'échanges et essentiel dans les soins que nous apportons au patient au quotidien. Il m'a donc paru nécessaire et judicieux d'approfondir cette pratique et d'évoquer la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant.

Pour ce faire, en premier lieu dans mon travail de fin d'étude, je compte développer dans mon cadre conceptuel certaines notions indispensables. Premièrement, les notions de prendre soin infirmier, puis j'aborderai la place de la communication non verbale dans le prendre soin pour enfin aborder le concept du toucher et ses caractéristiques afin d'éclaircir les situations que j'ai vécues. Ensuite, je me confronterai au point de vue des différents professionnels interrogés et j'analyserai toutes les informations recueillies. Enfin, je résumerai le chemin parcouru et l'intérêt de mon travail de recherche au vu de ma future pratique infirmière.

1. Emergence du sujet

1.1. Les situations d'appel

Je vais vous présenter les trois situations d'appel que j'ai vécu en lien avec mon thème qui est le toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant.

1.1.1. Situation 1

Aide soignante en remplacement d'été dans un service de cardiologie gériatrique, je travaille le matin. Nous sommes 5 aides-soignants et 3 infirmiers dans le service. Trois des aides soignants sont partis manger. Je suis avec un aide soignant intérimaire qui n'a pas travaillé souvent dans le service.

Je suis appelée par une infirmière pour venir l'aider à remonter un patient dans son lit, Mr X, 80 ans. Je me rends dans la chambre, je connais le patient. Il présente une insuffisance cardiaque. Le patient semble endormi et inconfortable.

Avec l'infirmière, nous le positionnons confortablement dans le lit. En soulevant le drap, nous remarquons qu'il est marbré au niveau des genoux. L'infirmière prend sa saturation qui est descendue à 70%. Elle me dit de prévenir le médecin et d'aller chercher un masque à haute concentration, je m'exécute. Je retourne dans la chambre et le patient décompense, il est dyspnéique et semble chercher sa respiration, ses traits se tirent, il semble souffrir.

Le médecin passe quelques minutes plus tard et demande à l'infirmière d'injecter des thérapeutiques à visée de soulagement. Au vu de son état, il avait été décidé qu'il ne fallait pas le réanimer en cas d'arrêt cardiaque. Je reste près du patient qui n'arrive plus à respirer correctement, il s'éteint petit à petit. Je décide de poser ma main sur son épaule pendant que l'infirmière lui parle. Son visage semble plus apaisé, ses traits moins tirés. Il s'en est allé.

Suite à cette situation, je me suis questionnée sur ma pratique. En effet, naturellement j'ai posé ma main sur son épaule, pourquoi ai-je eu ce réflexe? Quelle était mon intention? et qu'est ce que j'attendais de ce geste? Je me suis également questionnée sur le ressenti du patient au moment où je l'ai touché et je me suis demandée quel impact a-t-il pu avoir?. De même, sur la notion de fin de vie, je me suis demandée si mon geste pouvait avoir un effet bénéfique. Peut être que ça lui a permis de se sentir soutenu? Ou au contraire, est ce que ça l'a mis mal à l'aise? Néanmoins peut être que j'ai interprété le fait

qu'il ai eu l'air plus apaisé lorsque j'ai posé ma main sur lui? Peut être n'était t'il déjà plus présent?

1.1.2. Situation 2

Ensuite j'ai également été confrontée à un patient non communicant en fin de vie lors de ma situation n°2. Je suis à ma 1ère semaine de stage dans une unité neurovasculaire, et je travaille avec les aides soignantes du matin.

Avec une aide soignante, nous nous rendons dans la chambre de Mr O pour la dernière toilette de la matinée. Mr O, 76 ans, a été victime d'un AVC hémorragique. L'état de Mr O se dégrade de jour en jour. J'ai entendu aux transmissions qu'il s'agit d'un patient en état végétatif et qu'il ne répond plus, n'ouvre plus les yeux. Il est en fin de vie selon les médecins et il ne faut donc pas s'attarder sur les soins d'hygiène et privilégier les soins de confort.

Lorsque nous commençons la toilette, Mr O gémit. Nous lui expliquons chaque geste que nous faisons. Il continue de gémir. L'aide soignante tourne le patient de son côté (droit) et lorsque nous le tournons, il gémit encore plus fort et ne s'arrête plus. Je décide donc de ne pas faire durer cette position et mets de l'huile sur mes mains afin d'effectuer un effleurage rapide du dos et de le rafraîchir.

Au moment où je pose ma main sur son dos en lui disant que je vais le masser, il s'est arrêté de gémir. J'avais l'impression qu'il s'apaisait. Une minute plus tard, je continuais à le masser sans gémissements. Nous étions toutes les 2 surprises. J'ai décidé de le maintenir dans la position sur le côté en positionnant un boudin le long de son dos car il nous paraissait confortable.

Face à cette situation, je me suis posée plusieurs questions notamment sur la notion du toucher car pour moi elle était notre seule façon de communiquer ensemble. En effet, le fait de toucher avec mes mains nues a t-il eu un impact sur sa douleur, anxiété, appréhension du soin?. Aussi, Mr O s'est arrêté de gémir mais pourquoi? est ce qu'il se sentait soulagé? En somme, nous voulions son confort ainsi que son bien-être alors je me suis également demandée comment le patient a t-il vécu ce moment? qu'a t-il ressenti?

1.1.3. Situation 3

Enfin, la situation n°3, m'a paru significative à aborder. Cette fois-ci j'ai été spectatrice du soin. Je me trouve en semaine de soins palliatifs, au 4ème jour de mon stage avec les

infirmières. Nous rentrons dans la chambre d'une patiente, Mme C, 36 ans atteinte d'un cancer incurable car trop évolué. Avec l'équipe, nous avons comme consigne d'effectuer des soins de confort pour cette patiente et bien évidemment d'évaluer régulièrement sa douleur pour éviter qu'elle ne souffre. D'ailleurs, devant l'impuissance du personnel médical, elle a bénéficié quelques jours avant d'une pose de pompe à médicament antalgique intrathécale afin d'espérer la soulager.

Néanmoins, du couloir nous l'entendons hurler. Nous nous rendons dans la chambre; son visage est crispé, malgré les bolus antalgiques, rien n'y fait. Elle continue d'hurler sans pouvoir nous indiquer où elle a mal. Nous nous retrouvons dans une impasse, impuissantes. L'infirmière demande à l'aide soignante de faire un massage à l'huile essentielle dans l'espoir que ça puisse l'apaiser. Je décide de rester dans la chambre et d'observer comment se passe le soin. L'aide soignante se munie de l'huile essentielle et l'applique au niveau du poignet. Elle effectue des massages circulaires en même temps au creux du poignet. Ce sont des mouvements lents et réguliers. L'aide-soignante effectue le massage tout en posant son regard sur la patiente. Après une dizaine de minutes, la patiente se calme. Son visage se détend et commence à fermer les yeux. 20 minutes plus tard, toujours en massant son poignet, la patiente s'endort.

Suite à cette situation, je me suis questionnée à propos du ressenti de la patiente. En effet, notre but était de l'apaiser et ça a fonctionné mais que s'est-t-il réellement passé? Suite à cela je me suis demandée si il s'agissait plutôt du massage ou de l'huile essentielle qui a eu un effet ou bien les 2. Mais finalement, peut être qu'elle avait besoin de contact, de présence car lors de ce soin nous lui avons témoigné notre présence et le fait qu'elle soit entourée. D'ailleurs peut être que ce n'était pas de la douleur mais de l'angoisse?

1.2. Cheminement vers ma question de départ

Dans mes trois situations, il s'agit de prises en charge de patients non communicants verbalement pour qui nous avons fait appel à un de nos sens: le toucher.

En effet, qu'il s'agisse d'anxiété, de douleur ou dans une situation de fin de vie, le toucher peut soulager un patient. Ainsi, de part l'importance qu'il peut avoir dans nos soins au quotidien, je me suis demandée que peut-t-il réellement apporter, quelle place a-t-il dans nos soins mais surtout comment utiliser cet outil dans les différentes dimensions de nos soins?

En ce qui concerne notre relation au patient, la question de l'impact que peut susciter le toucher dans la relation soignant-soigné peut être très intéressante mais aussi en quoi et

quelles sont ses incidences et ses effets car le toucher participe à la relation de soin et à la communication avec le patient mais comment exactement?.

Pour ce qui est du ressenti, quelle perception le patient peut t-il en avoir? Et le soignant, que ressent t-il? Quelles implications entraînent cette proximité sensorielle/tactile ? Et d'ailleurs, existe t-il des similitudes ou des différences dans la perception du toucher dans les soins entre soignants et soignés?

D'autres questions me sont venues et notamment sur la pratique du toucher, à savoir, comment le réaliser, quel type de toucher utiliser et surtout comment s'y prendre car nous ne pouvons pas improviser ce geste.

Par ailleurs, comment évoquer la notion de toucher sans se questionner sur les bénéfices et les limites d'une telle pratique mais aussi les obstacles ? En effet, je me suis demandée quelles conséquences peut-il y avoir? car nous rentrons tout de même dans l'intimité du patient. De même, qu'est ce qui nous autorise à toucher le patient et quand oser le contact ? Comment le patient ressent t'il les différents modes de toucher?

Le toucher à un réel impact dans le soin, il s'agit d'un mode de communication avec le patient. Pour pouvoir l'aborder sereinement, il faut élaborer une relation soignant-soigné, savoir à quoi il sert, pourquoi et en connaître les limites. Autant de questions qui m'ont amené à travailler sur la notion théorique du prendre soin, sur les concepts de la communication non verbale et du toucher.

D'après ces concepts, j'ai décidé de travailler plus précisément sur ce questionnement: **Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?**

2. Cadre conceptuel

Afin d'explorer ma question de départ, je vais tout d'abord commencer par donner une définition de chaque concept. Pour commencer, je vais explorer le prendre soin infirmier, puis la communication non verbale pour ensuite aborder le toucher.

2.1. Le prendre soin infirmier

D'abord, je vais éclaircir ce qu'est le prendre soin. Pour cela, je vais expliciter plusieurs notions à savoir les différentes définitions du prendre soin et du soin ainsi que la relation soignant soigné dans le prendre soin.

2.1.1. Le Caring, le Care, le Prendre soin et le Soins

Pour commencer, voyons la notion de "Prendre soin". D'après Hesbeen, W (1999), "Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé" (p.37). D'ailleurs, Michaux, L en 2018 nous explique qu'avec les notions de "prendre soin", "care" ou caring, les auteurs [...] cherchent à évoquer le coeur du métier de soignant, c'est à dire exercer avec soin, soigner en humanité, prendre soin, avoir soin de l'autre, travailler dans le souci de l'autre,[...] venir en aide sans conditions." (p.23).

Par ailleurs, dans prendre soin, se trouve le mot "Soins" que nous allons approfondir. Avant tout, d'un point de vu général, les "soins" sont définis comme "Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un" ou encore "Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps" (Soins, Larousse). A ce propos, Michaux, L (2018), s'appui sur des travaux de Hesbeen, W qui différencient "le soin" et "les soins". Elle nous indique que " "les soins" renvoient à des gestes, des actes, des pratiques ou des situations - et ils sont essentiels pour soigner- tandis que "le soin" renvoie au soucis que l'on a pour la personne au moment de la soigner, à l'intention de prendre soin d'elle" (p.25).

Ainsi, afin d'éclaircir cette notion, cette même auteure ajoute que "Le soin apporté aux soins est une des idées au fondement de la notion de "prendre soin" (p.25). Néanmoins, le mot soin(s) qui se trouve être la base du "prendre soin", manquerait selon Michaux, L (2018) de nuances en français, il serait donc nécessaire d'après elle de se tourner vers l'anglais.

Nous allons maintenant évoquer le sens du mot "Care". C'est ainsi que Michaux, L (2018) évoque ce mot comme étant composé selon elle, des soins habituels, d'entretien et de continuité de la vie. Par conséquent, ce mot se rapproche du mot "soin(s)" en français car il se traduit par "souci", "inquiétude" mais également par "soin" ou "traitement". Vigil-Ripoche, M-A. (2009), elle, traduit "le substantif anglais "Care" en français par "attention", "sollicitude", "soin(s)", "précaution" (p.96). Pour elle, ce terme désignerait un ensemble de soins comme le bien-être physique, social. Il s'agit de soigner "dans une relation de sollicitude à l'autre". Enfin, d'après Hesbeen, W cité par Michaux, L, nous précise qu' "on peut soigner une personne sans en prendre soin, c'est à dire qu'on peut administrer des actes de soins de qualité sans se soucier véritablement et sincèrement de la personne à qui ces soins sont prodigués" (p.25).

Ensuite, nous allons poursuivre les recherches sur la science du "Caring". D'une part, Hesbeen, W en 1999 nous précise qu'il "n'est pas aisé de définir le caring car pour lui aussi, la langue française manque de mots pour une traduction pertinente." (p.30). Dans ces conditions, il cite une définition de Milton Mayeroff qu'il trouve explicite et accessible à tous: "l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement." (p.30-31). C'est ainsi que, selon lui, d'un point de vu philosophique, le sens du "caring" serait inscrit comme un acte de vie marqué par le service rendu à la personne. D'autre part, l'auteure Michaux, L (2018), traduit le mot caring comme aimant, bienveillant et qui laisserai même place à l'affect. En effet, selon elle, il serait souvent utilisé en français à la place du "prendre soin" (p.27).

Enfin, il est intéressant d'allier le prendre soin aux soins infirmiers, c'est pour cela qu'à ce sujet, Hesbeen, W s'appuie sur Watson, J qui aborde la notion de discipline infirmière comme étant la science du caring. Effectivement, selon elle, le caring comporte un ensemble de facteurs qui sont le support de l'approche soignante, à savoir les facteurs caratifs (ceux qu'utilise l'infirmière pour prodiguer des soins au patient). Elle identifie ces facteurs comme visant "une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé soit une mort paisible." (p.22). En fin de compte, Michaux, L (2018) évoque que beaucoup de personnes utilisent le mot "care" afin d'évoquer le prendre soin et ajoutent le "ing" pour prouver que l'action est en train de se faire (p.27). Voyons maintenant la notion de relation soignante dans le prendre soin.

2.1.2. La relation soignant-soigné dans le prendre soin

La relation soignant-soigné fait partie intégrante du prendre soin d'un patient. Pour commencer, elle se définit comme étant une "activité d'échange interpersonnel et

interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale" (Paillard, 2015, p.328).

De plus, d'après cette même auteure, la relation soignant-soigné vise à identifier les besoins de la personne soignée, son but étant le soutien, l'aide au patient et ce, jusqu'à sa reprise d'autonomie. D'ailleurs, Chalifour cité par Paillard.C en 2015, ajoute que la relation soignante est composée de liens créés avec la personne soigné.

A ce sujet, en 2013, les auteurs Bioy, Bourgeois et Nègre nous informent que cette relation emploie un lien relationnel, le soin. Il s'agirait d'un lien de nature professionnelle qui impose à chacun des protagonistes ayant une position et des points de vue différents, une place précise. D'ailleurs, ils précisent également que grâce à cette relation, nous pouvons, nous soignants, améliorer la satisfaction du patient en utilisant à bon escient et de façon adaptée nos capacités de communication ce qui facilitera l'acceptation du patient à son traitement et aux actes diagnostiques.

Enfin, afin de mener à bien cette relation, elle nécessite d'adopter trois attitudes pour le soignant. A savoir, "un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeurs, tel qu'il est [...], une objectivité pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu et enfin un minimum de disponibilité". (Paillard, 2015, p.328-329). Je vais maintenant aborder une autre notion de mon cadre conceptuel à savoir la communication non verbale.

2.2. La communication non verbale

2.2.1. Définition

Dans un premier temps, la communication est "l'action, fait de communiquer, établir une relation avec autrui", c'est aussi " l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un" ("Communication", 2017). De plus, Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006, expriment le fait que "Communiquer, c'est établir une relation qui comporte deux aspects: la transmission et la réception" (p.39).

Plus précisément, d'après Terrat, E, la communication peut être schématisée. D'ailleurs, un schéma de la communication se trouve en Annexe I afin d'illustrer ce fonctionnement. En outre, la communication comprend : l'émetteur (celui qui envoie le message), le message (information à transmettre), récepteur (celui qui reçoit le message) et le feedback (réponse du récepteur à l'émetteur). Elle évoque aussi la notion de codage et décodage qui sous entend que l'émetteur doit utiliser un code pour que le récepteur saisisse son message. Ainsi, le récepteur doit faire un travail de décodage pour assimiler le message.

Maintenant, je vais évoquer la communication non verbale qui est une notion importante dans mon travail de recherche. Effectivement, les trois patients décrits dans mes situations étaient non communicants. Pour Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006, la communication non verbale est la communication la plus présente dans les relations interprofessionnelles car elle comprend un ensemble de signes comme le regard, l'expression du visage, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps ainsi que tous les contacts physiques en général. Elles ont d'ailleurs inclus des statistiques dans leur livre qui prouvent que "les mots ne comptent que 7% dans la communication, la voix pour 38% et le non-verbal, 55%" (p.39).

En d'autres termes, Bioy, Bourgeois et Nègre expliquent en 2013 qu'inconsciemment, la communication non verbale fait référence au langage de notre corps. Concrètement, selon eux, "ce langage non verbal se compose des éléments suivants: la distance physique, encore appelée proxémique, l'expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, l'apparence, ainsi que les odeurs." (p.53) D'après ces mêmes auteurs, "les différents modes de toucher (en caressant, en cajolant, en tenant dans les bras, en heurtant [...] sont donc des moyens puissants de communication non verbale, surtout chez la personne malade, très réceptive au toucher" (p.58-59). D'ailleurs, nous explorerons plus tard les différents types de toucher.

Quoi qu'il en soit, "Il existe une communication non verbale entre les humains, qui voient, à leur insu le plus souvent dépasser largement les informations qu'ils ont bien voulu transmettre par leurs paroles" (Prayez et Savatofski, 2017, p.93). Maintenant je vais explorer l'idée du patient non communicant car il s'agit d'un élément très important au vu des situations que j'ai vécues.

2.2.2. Le patient non communicant

En effet, dans mes 3 situations, j'ai été confrontée à des patients non communicants verbalement. Tout d'abord, je vais donc expliciter ce qu'est un patient puis poursuivre sur la notion de patient non communicant.

D'une part, le patient se définit d'après Paillard, C. en 2015 comme une "personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même." (p.88). Selon elle, il est très important d'instaurer une relation soignant-soigné pour permettre au patient de mieux se connaître afin d'être attentif aux informations et se rendre compte de ses ressources. Cela leur permettra d'échanger entre soignant et soigné de façon harmonieuse par la suite.

D'autre part, le patient non communicant, se définit selon Bioy, Bourgeois et Nègre en 2013, comme "un patient qu'affecte un déficit verbal, ou bien qui semble ne rien exprimer." Néanmoins, ils indiquent que cette définition est impropre car si le patient est atteint d'un déficit verbal, nous pouvons, d'une autre manière, communiquer avec lui par d'autres moyens. Aussi, chez un patient ne répondant pas aux sollicitations traditionnelles de communication (patient endormi), nous pouvons aussi communiquer avec lui sans sa réponse directe d'où l'importance du toucher. Mais alors, concernant la communication non verbale, qu'elle place a t-elle dans le prendre soin? C'est ce que je vais aborder ensuite.

2.2.3. Place de la communication non verbale dans le prendre soin

La communication fait partie intégrante des soins. En effet, dans la relation soignant-soigné, il est important de communiquer. Comme nous indiquent Bioy, Bourgeois et Nègre en 2013, la communication non verbale est indispensable dans une relation et nous devrions apporter de l'importance à la façon dont nous communiquons avec l'autre. En effet, lors de la transmission d'un message, il est important que la signification verbale soit de pair avec la signification non verbale pour susciter la confiance du patient. En effet, dans le cas où le soignant puisse avoir l'air inquiet mais assure au patient qu'il va bien, la méfiance pourrait s'installer dans la relation. De ce fait, "Les messages non verbaux renvoient donc, pour l'essentiel, à cette première communication qu'est l'échange émotionnel. [...] La relation thérapeutique n'échappe pas à ces phénomènes, bien au contraire! Dans le corps à corps soignant-soigné, deux individus se rencontrent à travers le regard, la voix, le geste..." (Prayez et Savatofski, 2017, p.94). Pour finir, je vais introduire le concept du toucher dans mon travail car il s'agit là d'un élément de base de mon questionnement.

2.3. Le toucher

2.3.1. Définition

Avant toute chose, le toucher, est défini de façon générale par le Larousse comme "entrer en contact physique avec quelqu'un ou quelque chose." De plus, selon Grousset, S en 2009, "le mot "toucher" vient du latin *toccare*: "faire toc", heurter, par extension, "atteindre" puis "toucher" (p.30).

En premier lieu, pour comprendre ce qu'est le toucher, Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006 expliquent que "la peau est constituée de trois couches: épiderme, derme, hypoderme". La peau est la surface sensible la plus étendue du corps humain. Elle

est considérée comme l'organe sensoriel du toucher car "elle est munie d'un nombre considérable de récepteurs (1 500 000) toujours en éveil nous permettant de capter différents messages" (p.17). De même, Malaquin-Pavan (2009) nous explique que "le toucher est une sensation et une perception fondée sur cinq éléments: le froid, le chaud, le contact, la douleur, la pression, liés chacun à des récepteurs cutanés différents."(p.30).

Également, Ebrard (2008) nous indique que "des cinq sens, il est le premier à apparaître et aussi le dernier présent jusqu'au bout de la vie." Selon ce même auteur, le toucher est instinctif et spontané, il permet d'être au contact direct avec notre environnement et a un rôle indispensable dans notre socialisation et ce, dès notre naissance. De plus, il ajoute que "lorsque nous touchons quelqu'un, le dialogue s'instaure et nous le touchons avec celui que nous sommes." (p.19). Néanmoins, selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006, le toucher est une sensation dont les répercussions sont profondes et multiples. Comme toutes sensations, il peut être très positif, très agréable ou, au contraire, tout à fait désagréable, voire inacceptable (p.12).

Enfin, Grousset (2009) exprime que ce sens est un "moyen de communication non verbal significatif, le toucher est un langage en soi comportant six symboles: la durée du toucher, les parties du corps concernées, la progression des mouvements, l'intensité du toucher, la fréquence ou la somme des touchers, enfin la perception du toucher" (p.30). On peut alors se demander quels sont les différents types de toucher utilisés dans les soins infirmiers ?

2.3.2. Les différents types de toucher dans les soins infirmiers

Après avoir défini ce qu'est le toucher de façon générale, nous allons étudier les différents types de toucher et ce qui les constituent. Pour cela, j'ai analysé les propos de Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006) afin de mettre en évidence les différents types de toucher. En premier lieu, elles ont nommé le toucher infirmier comme toucher pathique qui permet d'entrer en contact et de créer une relation à différencier avec le toucher gnostique réalisé par le médecin lorsqu'il examine le patient et cherche un diagnostic. Dans leur ouvrage "Le toucher dans la relation soignant-soigné", elles ont défini les différents types de toucher que nous pouvons rencontrer en soins infirmiers:

Il y a en premier lieu le "toucher technique" qui est "celui que vous apprenez durant vos études d'infirmier. Il caractérise les soins usuels: prise de signes vitaux, pansements, prélèvements" (p.75). Selon ces auteures, ce toucher est souvent réalisé de façon rapide et technique et s'adresse à des parties du corps bien définies.

Ensuite nous allons évoquer le “toucher relationnel”, “le toucher effectué pendant un soin lorsque, en plus de votre technicité, vous vous impliquez par votre toucher et votre attitude dans une relation avec votre patient.” (p.83). Toujours d’après Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), ce toucher est important dans la relation soignant-soigné. En effet il est possible d’utiliser le toucher relationnel avec des gestes larges et maternants dans les soins au patient, par exemple lors de la toilette, ce qui permet de rassurer le patient et lui rappeler l’intégralité de son être. En outre, toujours concernant le toucher relationnel, Gabay, J et Hérisson, B nous indique que “La question du “toucher relationnel” peut revêtir une autre dimension dans les situations où la communication verbale se trouve altérée par des troubles moteurs, sensoriels et/ou cognitifs” (p.46-47).

Aussi, existe le “toucher communication” qui permet d’établir une relation notamment chez un patient non communiquant verbalement. Il met en jeu notre comportement, notre posture et suscite des réactions pour le patient. (Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert, 2006). Il est souvent pratiqué inconsciemment lorsque les mots nous manquent (p.94).

Ensuite, le “toucher thérapeutique” (ou toucher-massage) qui est selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), de plus en plus utilisé aujourd’hui par les soignants. Il permet d’engager entre le soignant et le soigné une communication non-verbale concrète et positive. Ne nécessitant aucune formation médicale spécifique, il est la suite naturelle du toucher mais n’a pas le même objectif que le massage kinésithérapeutique. Son but étant l’apport de réconfort, de bien être et la création d’un vrai lien avec le patient en lui témoignant notre présence soignante. Pour l’utilisation de ce type de toucher, il n’est pas nécessaire de l’accompagner de paroles, le soignant s’engage donc dans une communication non verbale avec son patient. Cela permet une approche du patient dans sa globalité (p.105). Néanmoins, Merklings en 2017 nous fait part de sa vision du toucher thérapeutique : “Ce n’est pas le toucher-massage, mais le toucher informel, qui se produit dans la continuité naturelle du geste de soin. Dans ce cadre, le toucher relève d’une présence qui fait acte, c’est à dire qui masse, qui frotte, qui palpe, mais aussi et peut-être surtout d’une proximité chaleureuse, d’une bienveillance charnelle. Interviennent ici la sensibilité et le tact car le toucher relève d’un rapport à l’intimité de l’autre.” (p.141).

Une autre forme de toucher décrite par Dony, E et Lambert, J, le “nursing touch”. Il permet d’établir ou de restaurer une communication non verbale entre deux personnes. Cette technique utilise la médecine traditionnelle chinoise et consiste à pratiquer une série de mouvements simples comme des effleurages ainsi que des pressions douces dans un ordre précis et répétées trois fois. Ce toucher est destiné à tous mais plus particulièrement aux patients en fin de vie ou ne pouvant communiquer verbalement. Facile à apprendre et

participant grandement au prendre soin et à l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires, il permet une prise en charge globale de la personne soignée.

Enfin, nous trouvons le "toucher déshumanisé", fréquemment rencontré dans nos pratiques infirmières. Il s'agit selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), de "gestes utiles, quotidiens et répétitifs" (p.87). Ce type de toucher représente tous les gestes routiniers qui deviennent de plus en plus automatiques et sans âme. De plus, toujours d'après ces mêmes auteurs, ce type de geste déshumanisé crée un inconfort et une inquiétude pour le patient, ce qui le perturbe. Mais alors, dans les soins infirmiers, quelle place peut t'il avoir?

2.3.3. Le toucher dans les soins infirmiers

Dans le but de prendre en soin un patient et plus particulièrement lorsque ce dernier ne peut communiquer verbalement, l'utilisation du toucher est un vrai outil pour les soignants. C'est d'ailleurs ce qu'exprime Montalescot en 1999: "le toucher se caractérise par "un moyen précieux, extraordinaire par sa capacité de contact et de réparation". Il serait "un facilitateur d'échange, de partage et de rencontre". Il évoque aussi le fait qu'un toucher est partie prenante de la relation, car inévitable à un moment ou un autre. Il est indispensable au diagnostic, à la préparation, à l'intervention et aux soins" (p.18). De plus, selon Malaquin-Pavan, E (2009), il "s'inscrit au coeur de l'interdisciplinarité médicale et paramédicale" (p.29). A vrai dire, selon une ressource des auteurs Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert, il faut garder en tête que "85% des soins infirmiers nécessitent le toucher pour être effectués" (2006, p.45). A ce propos, Grousset, S affirme que le toucher fait donc partie intégrante du soin et non "quelque chose en plus", quelque soit le lieu d'exercice, le type de population soignée et l'offre de soins infirmiers visée." (2009, p.30).

Par ailleurs, d'après les textes réglementaires à l'exercice de la profession infirmière, le toucher s'inscrit dans le rôle propre de l'infirmier. En effet, l'article R. 4311-2 affirme qu' il peut intervenir dans la lutte contre la douleur mais aussi dans les soins relationnels comme cité: "Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade" (p.183). Plus précisément dans le 5ème alinéa de l'Art. R.4311-2, les soins infirmiers permettent de "participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage." (p.183). Aussi, d'après l'Art. R. 4311-5 n°22, il va de notre rôle propre infirmier en lien avec le toucher, d'accomplir les actes suivants "prévention et soins d'escarres" (p.184).

En ce qui concerne l'approche soignante, l'importance du toucher prend tout à fait un sens. En effet, Gabay, J et Hérisson, B en 2013 mettent en évidence l'importance du toucher dans la relation soignant soigné. D'ailleurs, elles nous informent qu'une main est susceptible de donner mais aussi de recevoir des informations ce qui facilite l'échange soignant-soigné. Aussi, le toucher permet un contact direct ponctuel entre soignant et le soigné ce qui n'est pas forcément évident au premiers abords. C'est ainsi que les notions d'accord, désaccord, consentement, limites entrent en jeu et doivent être identifiées par le soignant. En effet, toucher et être touché doit tendre vers une harmonie entre le soignant et le soigné. De plus, Michon, F (2018) évoque le fait que le soignant doit apprivoiser le patient et son corps en prenant en compte toutes les dimensions du prendre soin. Elle décrit l'importance du jugement clinique infirmier pendant lequel l'infirmier va pouvoir décoder les besoins du patient pour que le soin soit "fondé sur une sollicitude responsable." (p.11). Par conséquent, le toucher dans la relation soignée est un moyen de communication significatif. D'ailleurs, Merklings, J. (2017) insiste sur le fait "qu'un toucher du bout des doigts, approximatif, superficiel, lointain ne ferait que signifier qu'il est contraint et, que sous lui, gît une couche de crainte. Peu importe sa forme, son lieu, son moment; ce qui compte c'est la vérité, la spontanéité de ce toucher".

Également, une notion très importante dans la relation soignant soignée est évoquée par Gabay, J et Hérisson, B. Il s'agit de la notion d'accord, consentement qui est illustrée ici: "Néanmoins, toucher ou être touché ne s'impose pas mais se propose. Par son comportement, le malade informe de son autorisation ou non à être touché." (p.47). Par conséquent, il en va de même qu'il est très important de demander le consentement au patient avant d'effectuer ce geste et c'est ce qui est décrit par Grousset, S en 2009: "Comme pour tout soin relevant de la distance intime, il appartient à celui qui décide de toucher de s'assurer que celui qui reçoit n'y est pas opposé. La négociation est à renouveler pour chaque partie du corps touchée." (p.31). Le toucher étant un besoin chez l'être humain, quel sont ses bénéfices réels?

2.3.4. Les bénéfices soignant-soigné du toucher

Les bénéfices du toucher sont aussi bien pour le soigné que pour le soignant, nous allons en étudier quelques uns. Dans un premier temps, selon Ebrard, F (2008) le toucher est une aide au cours des soins. En effet, "Le toucher est un outil formidable dans les soins pour son rôle antalgique et de réassurance." (p.19). De plus, le patient se sent ensuite apaisé, soulagé et compris ce qui est bénéfique à la relation instaurée entre soignant et soigné. (Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert, 2006). Il en va de même de ce que nous

disent Gabay, J et Hérisson, B (2013), “en établissant un lien concret, authentique et juste, la main qui touche (donc parle) avec respect contribue à rompre l’isolement, à restaurer l’identité et l’unité de la personne, à contenir les angoisses, à élaborer un sens.” (p.47). Également, il peut aussi être important de se sentir humain et valorisé et c’est ce que veut nous expliquer Merklings, J. en 2017 par cette phrase: “Je te touche et, par là, je te signifie que je veux bien me mêler un peu à toi. Ta maladie ne m’éloigne pas puisque je m’approche jusqu’à te toucher. C’est un message d’une extrême importance pour celui qui ne connaît plus son corps malade [...]”.

Ensuite, le toucher peut être bénéfique pour les soignants comme le disent Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006, il s’agit d’une situation d’échange où le soignant a une relation unique avec le soigné. D’ailleurs, il permet de sortir de la “routine” d’un soin sans risquer l’automatisme des gestes et donc du stress et de l’inquiétude. De plus, il s’agit d’un acte libre puisque nous pouvons l’utiliser ou non lors de soins quotidiens. Aussi, il permet dans le cas où nous, soignants sommes dans l’incapacité de soulager un patient, de pouvoir faire appel à un soin qui permet la relaxation, le lâcher prise dans le but de soulager le patient tout en ayant effectué un soin personnalisé de qualité (p.111).

De plus, d’après Rizet, P (2008), “Le toucher est un moyen de communication non verbal très utile, notamment lorsqu’une personne a des difficultés à s’exprimer.” (p.18). Grousset, S en 2009 nous fait part de sa vision sur les bénéfices du toucher en évoquant le fait que dans la pratique infirmière le toucher est utilisé volontairement “comme vecteur de détente, de sécurité, de prévention de la douleur induite par les soins ou encore de valorisation de l’estime de soi” (p.30). Elle ajoute que pour l’infirmière qui adopte cette approche tactile, il permet d’enrichir sa pratique tout en aidant le patient à “retrouver une harmonie biologique, psychique, sociale et spirituelle pour un accompagnement respectueux tout au long de son parcours de vie” (p.31).

Enfin, Malaquin-Pavan, E (2013) prouve aussi qu’il y a des bénéfices pour le patient mais aussi pour le soignant à la pratique du toucher. Elle exprime le fait que le toucher est un vecteur relationnel privilégié mais aussi un allié dans certains contextes comme la vulnérabilité. Il permet de faciliter le vécu des soins indispensables comme les thérapeutiques, la dépendance, l’accompagnement de fin de vie ou encore la recherche du bien être. Le toucher est donc source de nombreux bienfaits tant pour le soignant que pour le soigné cependant il existe des limites à cette pratique et nous allons examiner lesquelles.

2.3.5. Les limites de cette pratique

Après avoir évoqué les bénéfices pour le patient mais aussi pour le soignant, nous allons nous apercevoir qu'il y a des limites à l'utilisation de cette pratique.

Dans un premier temps, Bioy, Bourgeois et Nègre en 2013 nous indiquent que "Le toucher est un sens "réciproque": on ne peut toucher sans être touché... et il est intime puisqu'il se situe dans la distance la plus intime de l'individu" "La signification que l'on accorde au toucher dépend du vécu de chacun, de son éducation, et tout contact éveille des émotions, des sentiments positifs ou négatifs: le toucher est donc le messenger de tout un vécu psychologique, émotionnel et spirituel" (p.58).

Aussi, comme le disent Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert en 2006, "un patient peut être réticent à se laisser examiner, à se laisser toucher, à se laisser soigner dans les parties intimes de son corps qui lui semblent trop personnelles à dévoiler (fesses, vagin, sexe, anus)". D'ailleurs, "Sa pudeur, liée à l'image de son corps, au sentiment et au respect qu'il a de lui-même, est souvent mise à l'épreuve." (p.60). A ce propos, l'anthropologue Edward Twitchell Hall a effectué des travaux sur la proxémie. Cités par Grousset, S en 2009, ses travaux témoignent que "les gestes de soins se situent la plupart du temps dans la distance intime (entre 45 cm et le contact physique), au coeur de cette bulle dans laquelle l'être humain se sent d'emblée en confiance ou en insécurité, en résonance avec la manière dont l'autre s'est approché de lui." (p.31). De ce fait, "La réaction du patient est à évaluer pour vérifier comment il a perçu l'intentionnalité du geste soignant et réajuster si besoin la gestuelle produite" (p.31).

Enfin, Malaquin-Pavan, E (2018) évoque aussi qu'il peut y avoir certains obstacles pour le patient notamment de se laisser toucher mais il y en a aussi du côté professionnel à oser toucher. Elle décrit donc des solutions pour prévenir ces obstacles au préalable. En effet, elle encourage la réflexion d'équipe, l'organisation du soin et se base sur le principe de bientraitance et d'éthique. De plus, elle insiste sur le fait que la relation de corps à corps s'appréhende et fait face aux notions d'intimité, d'altération corporelle et de vécu intrusif chez le patient lors d'un soin et peuvent frôler les limites soignantes. Elle explique que ces comportements peuvent ainsi mener les soignants à se faire violence pour exécuter le soin mais aussi dans certains cas à banaliser inconsciemment le soin. Ainsi, il est important pour elle de "savoir être touché par celui dont le corps s'altère, trouver la posture ajustée pour créer l'alliance thérapeutique mettant ce dernier en confiance pour qu'il puisse, à son tour, se laisser toucher..." (p.35).

3. Exploration empirique

3.1. Le dispositif de recherche

Après avoir défini les termes importants et avoir réalisé mon cadre conceptuel en lien avec ma problématique de départ, il faut maintenant que je confronte les idées que j'ai analysé avec la réalité du terrain. C'est pour cela que je concrétise ce guide d'entretien afin de m'entretenir avec mes futurs collègues pour connaître leur point de vue et pourquoi pas éveiller d'autres concepts ou idées.

3.1.1. Outils de l'enquête

Je vais explorer le thème du toucher dans le prendre soin et plus particulièrement chez un patient non communicant verbalement. Pour cela, j'ai choisi de recueillir de manière qualitative les données en choisissant l'entretien semi-directif. Cela va me permettre de poser des questions précises tout en reformulant et en utilisant des questions de relance.

J'ai décidé de choisir deux infirmières avec des lieux d'exercice différents et donc des expériences différentes. Une exerçant dans un service d'ORL et une autre en service conventionnel (médecine) pour avoir 2 visions différentes. Le point commun des 2 infirmières est de travailler avec des patients non communicants mais dans différentes conditions. En effet, mon but étant de cibler des infirmier(e)s ayant été confronté(e)s à une ou des situations avec un ou plusieurs patients non communicants. En ce sens, je pense que dans ce type de service, les professionnels se retrouvent régulièrement face à des patients non communicants et je pense qu'il est intéressant de repérer quelle place peut avoir le toucher dans leurs soins. De ce fait, une des infirmières a été sélectionnée par la cadre de l'unité car volontaire pour passer un entretien physique avec moi et l'autre soignante est une connaissance de stage qui a accepté de répondre à mes questions mais par mail par manque de temps personnel.

Ensuite, concernant les conditions de l'entretien, je compte réaliser mon premier entretien dans un lieu calme, neutre et facilitant l'échange. Pour cela je vais réserver la bibliothèque du service pour le premier entretien avec l'infirmière travaillant en service d'ORL afin de lui éviter des déplacements. Je réserverai donc la salle au préalable. Je prévois entre 20 et 30 min pour l'entretien. L'usage de mon téléphone ainsi qu'un micro pour enregistrer l'entretien est prévu. Je lui demanderai l'accord au préalable d'un enregistrement audio de l'entretien et lui garantit l'anonymat.

Pour le second entretien je prévois de le réaliser par mail au vu du manque de temps personnel ainsi que la situation sanitaire actuelle avec l'autre infirmière. L'infirmière est une connaissance avec qui j'ai gardé contact suite à un de mes stages. Je lui enverrai donc mon guide d'entretien afin qu'elle puisse y répondre facilement et directement sur mon document. Je prévois de lui répondre si besoin et reformuler mes questions.

3.1.2. Contenu de l'enquête

Pour commencer, lors des entretiens, j'aborderai les notions suivantes, à savoir les spécificités de la prise en charge d'un patient non communicant puis la place accordée au toucher dans le soin mais aussi les intentions de cette pratique en incluant ses bénéfices et limites et enfin les ressources et difficultés rencontrées suite à la pratique du toucher dans le soin. C'est pourquoi je cherche à connaître:

- La vision d'un professionnel face à son vécu d'une situation vis à vis d'un patient non communicant
- Définir les caractéristiques de la prise en soin d'un patient non communiquant verbalement
- Identifier la place du toucher accordée par le soignant dans le prendre soin et préciser les intérêts de cette pratique
- Mettre en évidence ce qu'est le toucher, ce qu'il apporte dans les soins infirmiers et les limites engendrées

Ainsi, mon guide d'entretien apparaît en Annexe II. Je commencerai l'entretien par me présenter. Puis, premièrement, j'enchaînerai sur la situation vécue par le professionnel avec la question: "Pouvez vous me parler d'une des dernières situations où vous avez pris en soin un patient non communicant? En second lieu, je me centrerai sur le ressenti du professionnel, à savoir "A quoi êtes vous plus particulièrement attentif?" afin d'identifier les caractéristiques de l'échange avec un patient non communicant et ainsi déterminer comment s'est t-il adapté à la situation.

Ensuite, j'aborderai la place accordée au toucher lors des prises en soins de personnes non communicantes. Cela me permettra de connaître un certain nombre d'informations comme la posture soignante adoptée, les moments du soins propices à l'utilisation du toucher, le temps qui y est consacré, le type de toucher utilisé, les endroits du corps privilégiés ainsi que les conditions dans lesquelles il est utilisé.

Aussi, après cela, je me focaliserai plus sur les intentions de la pratique du toucher. Je demanderai alors à mon interlocuteur quels ont été les effets, les bénéfices sur le patient puis j'aborderai la notion d'accord/autorisation/permission de toucher le patient. Cela me

permettra ensuite de pouvoir évoquer l'intérêt d'utiliser cette pratique et de savoir si selon elles, il est assez utilisé ou non.

Ensuite, je leur demanderai qu'est ce qui est aidant, ressource pour utiliser cette pratique et pourquoi? Cela me permettra de connaître les outils que les professionnels utilisent pour la pratique du toucher. Je questionnerai ensuite les infirmières sur les limites du toucher afin de déterminer quelles peuvent-elles être.

Enfin, je leur demanderai quels peuvent être leurs besoins, savoir si elles possèdent les moyens nécessaires pour une prise en charge de qualité. Nous terminerons l'entretien avec une question ouverte pour laisser libre parole au professionnel tel que "avez vous quelque chose à rajouter?, des pistes à explorer?". Enfin, je finirai l'entretien par des remerciements.

3.1.3. Le bilan du dispositif

Pour commencer, en ce qui concerne les points positifs. Lors de l'entretien avec Sophie, j'ai utilisé la reformulation des propos de mon interlocutrice et des questions de relance différentes de celles que j'avais préparées sont apparues. Cela permettait un meilleur échange entre nous et une meilleure compréhension. De plus, j'ai adopté une écoute active avec respect des silences pour laisser mon interlocutrice s'exprimer le plus facilement et librement possible. Aussi, se retrouver face à deux infirmières volontaires et disponibles pour partager leurs expériences et me faire part de leur point de vue, est forcément gage de richesses dans l'élaboration de mon travail de recherche. Enfin, la réalisation de deux entretiens m'a permis de repérer les différentes pratiques soignantes et de relier des similitudes afin de pouvoir répondre à mes objectifs.

En ce qui concerne les limites, des difficultés de compréhension sont apparues lors de mes deux entretiens en rapport avec la configuration de mes questions. En effet, en ce qui concerne mon entretien avec Sophie, certaines questions n'étaient visiblement pas assez détaillées. Il s'agissait des questions "Quel type de toucher utilisez-vous?, combien de temps mettez vous pour utiliser le toucher?" J'ai donc reformulé et détaillé mes questions afin que mon interlocutrice puisse y répondre.

Néanmoins, mes difficultés sont surtout apparues lors de mon entretien par mail car je n'avais pas la possibilité d'éclaircir certaines questions que mon interlocutrice ne comprenait pas. D'ailleurs, cette difficulté a rendu d'autant plus difficile mon analyse. J'ai donc décidé de lui envoyer un mail en modifiant la tournure de mes questions afin qu'elle puisse quand même y répondre. Je vais maintenant procéder à l'analyse de mes entretiens.

4. Analyse des entretiens

4.1. Commentaire d'analyse descriptive

Pour les deux entretiens réalisés, j'ai utilisé un tableau d'analyse de contenu qui figure en Annexe V afin d'analyser ces entretiens. Dans ce tableau, divisé en catégories, thèmes, sous thèmes, sont regroupés les notions en lien avec mon cadre conceptuel. Je vais donc présenter le commentaire d'analyse. Ce dernier sera structuré autour des objectifs posés au début de mes entretiens.

4.1.1. La prise en soin d'un patient non communicant

- ❑ Définir les caractéristiques de la prise en soin d'un patient non communicant

4.1.1.1. La communication non verbale

Pour commencer, il est important de connaître la vision des deux infirmières interrogées sur la communication non verbale. En effet, Anne évoque le fait que "les silences valent parfois plusieurs mots..." et affirme qu'il s'agit d'une autre forme de communication.

Par la suite, je vais évoquer les représentations sociales d'un patient non communicant partagées par les deux infirmières que j'ai interrogé. D'un côté, Anne m'indique que les patients non communicants peuvent être des "patients sourds, déficients mentaux, en fin de vie, mutiques du fait de leur pathologie, de la barrière de la langue". D'autre part, Sophie d'un point de vue spécifique au service dans lequel elle travaille, m'explique qu'il s'agit de "patients qui dans 80% des cas ont une trachéotomie ou une trachéostomie et qui possèdent une canule et donc dans les premiers temps s'ils n'ont pas de canule parlante ou pas de rééducation, ils sont non communicants".

Afin de pouvoir communiquer avec leurs patients non communicant, je leur ai ensuite demandé quels moyens de communication mettaient-elles en place pour qu'elles puissent s'adapter. Dans le cas de Sophie, elle me dit qu'elle utilise des "ardoises pour chaque patient" dans le service, elle "lit beaucoup sur les lèvres" également, elle arrive à comprendre ses patients lorsqu'ils "font des petits sons", souvent elle observe la gestuelle du patient "ils vont montrer des choses qu'ils veulent" et lorsqu'elle n'arrive pas du tout à comprendre leur demande, elle délègue et va chercher un collègue "pour qu'il voit la situation autrement". Pour ce qui est d'Anne face à un patient non communicant, elle me dit: "je communique toujours verbalement pour accompagner mes gestes. Ce langage verbal s'accompagne systématiquement de gestes, de mimes parfois afin de faire comprendre au patient quels soins j'aimerai lui faire réaliser".

Je vais maintenant évoquer la communication non verbale dans les soins infirmiers puis j'aborderai le prendre soin d'un patient non communicant.

Ainsi, en ce qui concerne la communication non verbale dans les soins infirmiers, j'ai remarqué dans les propos d'Anne, qu'elle porte une attention particulière au regard. En effet, elle me dit "c'est là que passent la quasi-totalité de nos émotions". Elle est donc attentive au langage du corps.

Ensuite, j'ai questionné les deux infirmières sur leur ressenti face à un patient non communicant. Unanimement, elles m'ont répondu qu'elles se sentent frustrées. Anne de son côté évoque "le fait de ne pas avoir de retour chez le patient", d'après Sophie, "ils veulent quelque chose et on ne comprend pas du tout". Il semblerait donc dans ces deux situations que ce soit l'absence de feed-back qui les mettent en difficultés. De plus, Sophie ajoute qu'elle ressent aussi de l'impuissance lorsqu'ils "ne trouvent pas un terrain sur lequel communiquer"

4.1.1.2. Communication non verbale dans le prendre soin

En ce qui concerne le prendre soin d'un patient non communicant, j'ai abordé avec les soignantes la spécificité de cette prise en charge. A cet égard, Anne signale qu'elle évalue si les patients "sont conscients, cohérents" et s'ils ont "la connaissance ou la capacité au langage". Ensuite, elle m'indique "recueillir les informations auprès de l'entourage du patient dans la mesure du possible". Cela lui permettra de connaître les habitudes du patient. Enfin, elle m'évoque le fait d'évaluer le comportement du patient pendant que nous lui expliquons, puis réalisons les soins et réadapter notre comportement en fonction des réactions de chacun" afin de s'assurer qu'il comprenne les soins qu'elle souhaite réaliser avec lui. Ceci pour une meilleure prise en charge. Sophie, quant à elle a utilisé le langage du corps. Elle va être attentive à chaque geste réalisé par le patient. Notamment lorsqu'elle me dit: "on lit beaucoup sur les lèvres" ou encore "ils vont montrer les choses qu'ils veulent". En effet, elle indique que le non verbal fait partie des spécificités de la prise en charge de ces patients et évoque les écarts liés à l'utilisation du contact. De ce fait "certains vont être plutôt tactiles, qui vont nous attraper la main pour nous montrer quelque chose et des patients qui n'aiment pas du tout le contact, ils vont pointer du doigt".

Pour ce qui est de la posture soignante dans le prendre soin d'un patient non communicant, Anne fait appel à ses valeurs, à savoir "l'écoute, l'empathie, la bienveillance, l'humanité" dans le but d'apporter le bien-être au patient. De plus, elle signale "qu'en tant que soignant nous recherchons la validation du patient dans nos soins, et donc son approbation". Enfin, elle révèle "il faut savoir faire confiance aux réactions du corps des

patients pour nous aiguiller dans les soins. Il faut que chacun apprenne à se connaître”. Enfin, je vais analyser la partie de l’entretien sur le toucher.

4.1.2. Le toucher dans le soin

- ❑ Mettre en évidence la place du toucher dans les soins infirmiers mais également identifier ses bénéfices et ses limites.

4.1.2.1. Les caractéristiques du toucher

Dans un premier temps je vais commencer par évoquer les différentes caractéristiques du toucher utilisés notamment en ce qui concerne les parties du corps sollicitées, la temporalité, le type ainsi que le moment choisi.

À propos des parties du corps privilégiées pour l’utilisation du toucher, Anne et Sophie s’accordent à dire qu’elles touchent toutes les deux au niveau des mains. En effet, Anne expose le fait que les mains “nous permettent d’être en contact avec le patient sans être trop invasif”. Sophie, quant à elle, ajoute: “je touche souvent les mains, les bras, des fois l’épaule”. Ensuite, concernant la temporalité liée au toucher, Sophie pense que “le toucher à un rôle sur un instant” et de ce fait, ne l’utilise que peu de temps. Pour autant, Anne précise qu’elle utilise “le temps nécessaire pour que le patient se sente en confiance”.

Maintenant, analysons quelle sorte de toucher est utilisée dans les soins. Sophie nous fait part qu’elle se sert du toucher sous forme de “petites pressions” et me dit qu’il “s’agit plus d’un toucher relationnel”. De plus, elle me décrit qu’elle va “prendre la main du patient et lui informer qu’il peut la serrer” lors de soins difficiles afin de passer la douleur. Elle m’annonce “On a des fois des jeunes enfants où là c’est différent ce sera plus prendre la main et caresser la main pendant le soin mais parce qu’il ne s’agit pas de la même interaction, il s’agit ici d’un enfant”. Anne quant à elle, se questionne sur l’existence de types de toucher, elle mentionne le toucher massage.

Pour finir sur les paramètres du toucher, je me suis interrogée sur le moment privilégié pour l’utilisation du toucher. Anne exprime le fait qu’elle se base sur les réactions du patient pour déterminer à quel moment elle va l’utiliser. D’ailleurs, elle me dit qu’elle utilise le toucher en cas “d’anxiété et peur principalement”. Sophie, quant à elle, me soumet qu’elle utilise le toucher “pour le tour du matin” lors du réveil de ses patients afin de ne pas les brusquer. Également, avant un soin stérile par exemple ou pendant un soin douloureux en présence du médecin où elle me décrit avoir “un rôle dans le soutien du patient”.

4.1.2.2. Le toucher dans les soins infirmiers

Dans un second temps, je vais évoquer le toucher dans les soins infirmiers. J'ai divisé ce thème en deux parties: d'une part la place du toucher couplée à la posture soignante et d'autre part l'intérêt du toucher dans la pratique infirmière.

Pour commencer, en ce qui concerne la place du toucher et la posture soignante adoptée, Anne m'avoue "je n'utilise pas forcément le toucher pour tous les soins, il faut qu'il soit adapté à chaque cas". Sophie, elle aussi, me révèle "dans les premiers jours, je n'utilise pas forcément beaucoup le toucher. Je vois en fonction de leurs besoins". De plus, Sophie me livre "naturellement je ne suis pas quelqu'un de très tactile de base mais si je vois que c'est nécessaire je le suis". Les deux soignantes s'accordent donc à dire que le toucher n'intervient pas dans tous les soins, il est à adapter à chaque situation.

Par ailleurs, Sophie m'explique que le toucher a pour elle une place dans le soin par ces phrases "je le sens que des fois c'est vraiment nécessaire", "ça sert vraiment dans mon rôle de soignant". Par conséquent, les deux soignantes s'accordent à dire que la connaissance du patient est très importante dans la pratique du toucher. De même, Anne et Sophie sont d'accord pour dire que la place du toucher dans les soins s'attribue en fonction du patient.

En effet, Sophie me dit "c'est très patient dépendant", elle ajoute "au début on leur laisse de l'espace". Aussi, Anne donne "la place que le patient veut bien lui accorder". D'ailleurs, elle souligne le fait qu'il faut que le toucher soit "adapté à chaque cas". Néanmoins Sophie me fait part d'une difficulté en lien avec la place du toucher car dans certaines situations de refus, la posture peut être modifiée "le refus du toucher n'est pas le refus de soi en tant que soignant mais juste un refus de communication".

Ensuite, en ce qui concerne l'intérêt du toucher dans nos pratiques infirmières, Sophie m'explique que dans la relation avec le patient, le toucher permet de faire "un pont entre le soignant et le soigné", cela témoignerait de notre présence pour eux, "qu'on les regarde" et serait vecteur d'une "sorte d'alliance". Aussi, elle estime que "le contact a un intérêt primordial" dans des situations où le patient est démuné, vulnérable. En fin de compte, pour Anne, il permet "la cohésion des soins et l'adhésion du patient".

Une notion indispensable avant l'utilisation du toucher est celle du consentement, de l'accord préalable à la pratique. A ce sujet, Anne évoque qu'il s'agit d'un de ses objectifs "d'obtenir l'accord du patient à la réalisation d'un soin spécifique". D'ailleurs elle insiste sur le fait "qu'il ne faut jamais imposer nos choix au patient". Cependant elle dit bien qu'elle ne demande pas forcément l'accord au patient car "cela se fait de façon plutôt tacite". Sophie quant à elle explique "ce sont souvent eux qui vont faire le premier contact, ce sont eux qui

vont vous prendre la main. A ce moment là on sait que nous pouvons utiliser le toucher à notre tour pour communiquer”.

4.1.2.3. Bénéfices du toucher

Pour poursuivre, je vais analyser les bénéfices du toucher. D'abord, Sophie et Anne se mettent d'accord sur le fait que l'objectif de toucher est avant tout de rassurer et de mettre en confiance le patient. Sophie, me dit “je pense que ça a de réels bénéfices”. Elle ajoute que son intention est “soit de rassurer, soit de donner confiance on peut dire ça comme ça, soit de recentrer l'attention” mais peut également “donner une légitimité”. De même, elle me dit “on a envie de rassurer, de se montrer présent, envie de donner confiance dans notre métier quoi. Que nous serons présent lors de soins, une sorte d'alliance”. Aussi, Sophie considère le toucher comme créateur de la communication. D'ailleurs, un de ses exemples à propos de la communication est évoqué: “lorsque nous n'avons plus de communication, lorsque la personne est repliée sur elle, dans ses émotions, on sent que la personne a besoin du toucher pour ramener la communication”. Lors de cette pratique, Sophie aperçoit des réactions des patients suite au toucher “nous allons voir des patients nous regarder si ce n'était pas le cas avant. Après dès fois il va y en avoir qui vont sourire un petit peu”.

Enfin, pour finir sur les bénéfices, Sophie évoque le travail en collaboration et la pluridisciplinarité en citant “on a une chance d'avoir une socio-esthéticienne dans le service qui elle, propose déjà des soins de mains, des petits massages”. De plus, Anne partage sa vision des choses quand elle me dit que les aidants, les ressources sont “la famille, les soignants de ville, les médecins traitants, les auxiliaires de vie, tout le microcosme autour du patient parce qu'il représente une manne d'information qui nous permettra de prendre en charge le patient correctement”. D'ailleurs Sophie est du même avis puisqu'elle accorde de l'importance à la connaissance du patient et notamment à son rapport au corps.

4.1.2.4. Limites du toucher

Pour finir, je vais évoquer les limites du toucher qui ont été révélées lors des entretiens. Anne m'a fait part de ses limites; “n'oublions pas la transmission de toutes les bactéries/germes/virus (et autres parasites)!”. De même, elle ajoute “ Si l'état de la personne s'approche de l'incurie, il n'incite pas au toucher de quelque ordre que ce soit.”. En ce qui concerne Sophie, les limites au toucher sont plus axées sur le ressenti du patient notamment la “peur du regard des autres”, “un problème avec leur propre image” notamment lorsque “l'image de soi est très altérée”. Elle explique “il est à utiliser avec précautions car il y a des patients qui n'aiment pas du tout ça et on le sent très vite”. Aussi, les limites peuvent être

circonstanciennes et c'est ce que nous évoque Sophie: "le moment est aussi important car c'est vrai que si il y a de la visite, ça ne va pas être adapté" ou encore "On peut voir que certains patients sont réceptifs quand il y a un toucher rapide mais on voit qu'il y a une limite de temps notamment "si on maintient le contact trop longtemps, ça va l'indisposer".

5. La discussion

Je vais maintenant croiser les éléments théoriques, empiriques et faire part de mon point de vue autour de cette question de recherche: "Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?"

Pour commencer, dans le prendre soin d'un patient non communicant, la communication est un élément fondamental à ne pas négliger puisqu'elle fait partie intégrante des soins. D'ailleurs, d'après Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), cette dernière est la plus présente dans les relations interprofessionnelles. A ce propos, les infirmières interrogées m'ont fait part de leur sentiment de frustration face à un patient non communicant qui serait due à l'absence de feed-back. Cette rétroaction est évoquée dans mon cadre conceptuel selon Terrat, E avec un schéma de la communication simplifié en Annexe I. En effet, les infirmières m'ont transmis que nous avons tendance en tant que soignant à chercher la validation dans nos soins ainsi que l'approbation du patient. Cependant, dans certains cas ce n'est pas possible ou pas évident notamment lorsque le patient est atteint d'un déficit verbal. D'ailleurs, il est vrai que j'ai plusieurs fois été confrontée à ce genre de situations et j'ai moi même ressenti un sentiment de frustration mais aussi et surtout d'impuissance du fait de ne pas trouver un terrain sur lequel nous pouvons communiquer.

Ensuite, j'ai pu découvrir grâce à Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006) les fondations de la communication non verbale qui comprennent un ensemble de signes comme le regard, l'expression du visage, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps ainsi que tous les contacts physiques en général. Sur ce point, tout comme Anne, je suis très attentive au regard du patient car il est vecteur d'un bon nombre d'émotions. Or, Sophie, quant à elle est très attentive à la gestuelle du patient. Aussi, Anne communique verbalement mais avec une gestuelle ce qui permet d'amplifier son message. D'ailleurs, Bioy, Bourgeois et Nègre (2013) évoquent le fait qu'il est très important de procéder ainsi pour susciter la confiance du patient. En fin de compte, nous utilisons donc chacune un ensemble de signes qui participent au langage du corps.

A ce sujet, la posture soignante adoptée ainsi que nombre de valeurs infirmières comme nous le cite Anne: écoute, empathie, bientraitance, humanité sont primordiales pour prendre soin du patient. En effet, Sophie s'adapte au mode de communication du patient alors qu'Anne, elle, fait confiance aux réactions du corps du patient. Elles trouvent indispensable que chacun apprenne à se connaître. Ces notions mènent d'ailleurs à la

relation soignant-soigné qui selon Paillard.C (2015) est basée sur un ensemble de liens s'articulants autour du soin et notamment dans les trois situations, autour du toucher.

En ce qui concerne le toucher, les deux infirmières interrogées avouent qu'elles ne l'utilisent pas beaucoup lors des soins. Il a été difficile pour elles de me décrire le type de toucher utilisé. D'après Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006) qui décrivent les différents types de toucher, il semblerait que Sophie et Anne, utiliseraient le toucher relationnel et plus précisément le toucher communication. En effet, ce type de toucher est utilisé en complément du soin dans un but de bien-être. C'est d'ailleurs ce que cherchent les deux soignantes interrogées. En plus d'établir une prise en contact lors de leur entrée en relation avec le patient, les infirmières ont parfois recours au toucher relationnel pour faire accepter un soin, pour créer une alliance et c'est notamment le cas de Sophie mais aussi comme me dit Anne de permettre l'adhésion du patient. Cette analyse me permet de me rendre compte qu'en ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion de pratiquer lors de la situation n°1 le toucher relationnel et plus précisément le toucher communication lors de l'accompagnement de fin de vie de Mr X. Lors de la situation n°2, j'ai pratiqué le toucher thérapeutique en effectuant des effleurages à l'huile de massage et enfin, j'ai pu observer la pratique du toucher-massage dans la situation n°3 avec de l'huile essentielle. Cette recherche me permet donc de connaître les différents types de toucher ainsi que leur utilité et cela va me permettre de pouvoir pratiquer en connaissance de cause.

De même, concernant la place du toucher dans les soins, une nouvelle notion apparaît dans les dires des deux infirmières, la notion de jugement clinique car elles évaluent toutes les deux la nécessité ou non d'utiliser le toucher chez leur patient non communicant. Il s'agit d'ailleurs d'une notion évoquée par Michon, F (2018) qui indique que l'infirmier va pouvoir décoder les besoins du patient afin que le soin soit basé sur une sollicitude. De mon côté, j'utilise également inconsciemment le jugement clinique dans ma pratique puisque j'accorde un point d'honneur à évaluer les besoins mais aussi le comportement de mon patient lors de la pratique du toucher. Egalement, Sophie trouve une réelle utilité au toucher. Ce contact physique faisant parti du rôle propre infirmier, il joue un rôle indispensable dans nos pratiques infirmières quotidiennes. D'ailleurs dans la situation n°2 j'utilise mon rôle propre infirmier pour effectuer des effleurages en vue de la prévention d'éventuelles apparitions d'escarres. Je trouve que le toucher permet d'enrichir notre pratique infirmière.

Ensuite, dans la pratique infirmière, le toucher fait place d'après Grousset, S (2009), à une relation d'intimité entre le soignant et le soigné. A cet égard, il est vrai qu'il appartient à celui qui décide de toucher de s'assurer que celui qui reçoit ne s'y oppose pas. C'est d'ailleurs ce qu'évoquent les deux infirmières qui laissent l'espace nécessaire au patient afin

qu'il se sente en confiance. C'est ainsi que la notion de consentement fait son apparition. En effet, selon Gabay, J et Hérisson, B, toucher ou être touché ne s'impose pas mais se propose. Sophie et Anne, elles, ne demandent pas spontanément au patient leur accord mais observent beaucoup le patient (regard, gestes) et arrivent à juger s'il est bon de l'utiliser ou non. En effet, elles sont à la recherche d'éventuels mécanismes de défense de la part du patient, dans quel cas, elles cesseront la pratique. Pour ma part, au départ j'étais surprise d'entendre qu'elles ne sollicitent pas l'avis du patient avant de toucher. Mais en y réfléchissant bien, je suis en accord avec elles puisque je ne demande pas non plus le consentement directement mais je ressens la volonté ou non du patient, je suis attentive à la gestuelle, au regard, et je m'arrête à toutes formes d'oppositions de leur part.

Ensuite, en ce qui concerne les bénéfices du toucher, les infirmières me partagent qu'il permet de rassurer, soulager de mettre en confiance. Je suis tout à fait d'accord avec elles puisque dans mes 3 situations, le toucher a permis de soulager les patients par son pouvoir de valorisation, d'apaisement ou encore antalgique. Sophie ajoute qu'il facilite l'échange, recentre le patient et permet ainsi de faire un pont entre le soignant et le soigné. A ce propos, Anne énonce l'importance de la pluridisciplinarité dans le prendre soin du patient car elle permet d'avoir une approche plus globale du patient et ainsi mieux le connaître. De plus, l'avis des autres professionnels et de la famille est indispensable pour réussir à créer une relation de qualité. A ce propos, les deux infirmières s'accordent à dire que nous pouvons travailler en collaboration avec le toucher et notamment avec une socio-esthéticienne, qui elle, peut avoir un temps dédié à cette pratique. Le patient peut alors penser à lui et se détendre. D'ailleurs, j'ai pu observer lors de la situation n° 3 que l'infirmière a délégué le soin du toucher à l'aide soignante qui le pratique régulièrement. Cela a été bénéfique pour la patiente puisqu'elle s'est détendue et s'est même endormie. De même, lors de la situation n°1 nous étions 3 soignants dans la chambre du patient lors de son décès, nous avons travaillé en collaboration puisque l'infirmière communique avec le patient pour l'apaiser, le mettre en confiance, le médecin, lui, le soulage dans sa fin de vie et cela m'a permis de tenter de le rassurer par ma présence tactile. Je juge donc nécessaire de travailler en collaboration pour une prise en charge globale et de qualité du patient.

D'autre part en ce qui concerne les limites, Bonneton-Tabariés, F et Lambert-Libert, A. (2006) évoquent la pudeur comme étant souvent mise à l'épreuve et c'est d'ailleurs ce que me dit Sophie. Elle évoque le fait que l'image de soi peut être altérée et de ce fait peut être un frein de la part du soigné quand à la pratique du toucher au vu de la peur qu'il peut ressentir face au regard soignant. Ainsi, le ressenti du patient, son vécu personnel, son éducation, la perturbation de son image ou son altération corporelle sont une réalité de

terrain puisqu'il peut être vécu au quotidien dans les services de soins. Heureusement, ces facteurs sont compris par les infirmier(e)s qui s'adaptent au patient et mettent tout en oeuvre pour l'accompagner au mieux. J'ai donc pu mettre en évidence de part mes recherches ainsi que mes expériences personnelles que face à la charge de travail, au stress, à la routine, peuvent s'installer une banalisation des soins face au patient. Il faut donc être relativement vigilant à nos pratiques et éviter cette banalisation qui peut être néfaste pour les soins que nous prodiguons quotidiennement.

Enfin, j'ai pu remarquer que c'est plutôt l'expérience du soignant et la connaissance de la personne soignée qui sont garantes de la qualité de la prise en soin d'un patient non communicant. Chaque patient demande au soignant des capacités d'adaptation en fonction de sa pathologie et de ses difficultés. Il appartient dès lors aux infirmier(e)s de rechercher la méthode et les outils qui fonctionnent avec cette personne pour une prise en charge adaptée. D'ailleurs, mes recherches me permettent dès lors de mettre en avant l'importance du toucher dans les soins aux patients vulnérables car il est ainsi outils de la relation soignant-soigné de qualité. Par conséquent, après mes recherches à ce sujet, je souhaite maintenir ma question de départ car il s'agit d'une question que nombreux soignants peuvent se poser au quotidien et qui doit toujours rester présente dans nos esprits lors d'une prise en soin de patients non communicants car il s'agit là de toujours avoir en tête qu'il faut remettre en question nos pratiques face à ces personnes vulnérables.

Conclusion

Pour finir, la réflexion sur mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers et son élaboration m'ont beaucoup apporté. Par ce travail, j'ai cherché à comprendre la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant afin de pouvoir davantage répondre à leurs besoins dans ma future profession. Pour ce travail, j'ai donc commencé par effectuer des recherches sur le thème du toucher. Néanmoins, ce sujet étant très vaste, j'ai décidé de le restreindre à la population des patients non communicants au vu de mes trois situations vécues en stage. Suite à ces situations, un bon nombre de questionnements m'ont mené à cette question de départ: "Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?"

Afin d'y répondre, j'ai construit mon cadre conceptuel en évoquant le prendre soin, la communication non verbale ainsi que le toucher. Après étude de nombreux écrits sur le sujet, cela m'a permis d'approfondir mes connaissances sur ces concepts et ainsi éclairer mon regard sur le toucher dans le prendre soin par des théories d'auteurs. Ensuite, j'ai pu confronter ma vision du toucher à celles de professionnelles de santé interrogées ainsi qu'à la réalité du terrain. Malgré des difficultés à analyser mon entretien par mail, j'ai pu en apprendre beaucoup sur la vision des professionnelles et la place accordée au toucher dans les soins infirmiers.

Ces entretiens, après analyse, m'ont permis de ressortir un certain nombre de notions importantes dans le prendre soin d'un patient non communicant. En effet, j'ai pu comprendre que le toucher ne se pratique jamais seul. L'infirmier qui prend en soin va utiliser ses expériences, ses connaissances ainsi que son jugement clinique afin d'estimer les besoins du patient pour ensuite faire place au toucher si besoin. En effet, le toucher est un acte naturel non invasif et instinctif qui se pratique spontanément dès lors qu'il existe une véritable envie de la part du soignant à donner et à se donner.

De plus, j'ai pu découvrir suite aux différentes recherches que le toucher relationnel est le toucher le plus utilisé dans les soins infirmier. Il m'est donc apparu comme un outil de soin à part entière, possédant de nombreuses vertus dans ce contexte particulier mais courant des soins infirmiers: prendre soin de patients non communicants. Notamment pour soulager, rassurer, valoriser, communiquer, avec le patient mais aussi donner confiance et recentrer l'attention. Cependant, il nécessite la présence d'un cadre et de l'authenticité du soignant le dispensant.

En effet, j'ai appris que le toucher comporte des limites qu'il ne faut pas oublier. D'ailleurs, il doit être réalisé dans des conditions optimales avec le respect de la juste distance, de l'intimité et du vécu du patient. En outre, cela confirme le fait que nous devons en tant que soignant, connaître notre patient avant de procéder à cette pratique afin de ne pas engendrer de situations désagréables ou indisposantes. Ainsi, nous devons nous adapter au patient et non l'inverse. Pour ce faire, l'observation des potentiels mécanismes de défense du patient ainsi que le jugement clinique sont des solutions qui sont pour moi essentielles et à utiliser dans nos pratiques quotidiennes.

Aussi, toutes mes recherches et mes entretiens avec les professionnelles m'ont aidé à comprendre que la personne non communicante possède des ressources et qu'il faut que nous, soignants, sachions les utiliser pour une bonne prise en charge. De ce fait, ce travail d'initiation à la recherche m'apporte des outils que je vais utiliser tout au long de ma future carrière. De plus, j'espère qu'il pourra être utile pour certains soignants et permettra une ouverture quant à la pratique du toucher dans les soins infirmiers. En effet, notre métier nécessite une perpétuelle remise en question quant à nos pratiques.

Enfin, mon travail de fin d'étude réalisé, je pense sincèrement qu'il m'a été bénéfique puisqu'il m'a permis de faire ma propre idée de cette pratique du toucher dans les soins infirmiers. Suite à cela, je compte bien m'en servir dans les soins quotidiens avec des patients non communicants car je pense qu'il est nécessaire dans certaines situations et qu'il est un vrai outil à utiliser, avec modération et accord du patient qui en bénéficie bien évidemment.

Bibliographie

❑ Ouvrages:

- Defresne, C. (2009). Toucher. Dans Formarier, M. et Jovic, L (dir), *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2009). Caring et care, prendre soin et soin. Dans Formarier, M. et Jovic, L (dir), *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil.
- Bonneton-Tabariés, F et Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris : MED-LINE.
- Merklings, J. (2017). *Les fondements de la relation de soin, savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation*. Paris : Seli Arslan
- Montalescot, M. (1999). *Le toucher relationnel*. Saint Jean de Braye : Dangles
- Bioy, A , Bourgeois, F et Nègre, I. (2013). *Communication soignant-soigné (3e)*. Paris : Bréal
- Prayez, P et Savatofski, J. (2017). *Le toucher apprivoisé (4e)*. Rueil-Malmaison: Lamarre.

❑ Articles de périodique:

- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin?. *Perspective soignante*, 4, 30-48.
- Malaquin-Pavan, E. (2009). Le toucher dans les soins. *Soins*, LIV (737), 29.
- Malaquin-Pavan, E et et Pierrot, M. (2009). Altération corporelle et réciprocité sensorielle, savoir toucher et être touché. *Soins*, LIV (737), 32-33.
- Malaquin-Pavan, E. (2009). Le toucher et les soins au corps, des compétences à développer en équipe. *Soins*, LIV (737), 33-36.
- Grousset, S. (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins*, LIV (737), 30-31.
- Gabay, J et Hérisson, B. (2013). Le toucher "relationnel" dans les soins. *Soins*, LVIII (773), 46-47.
- Malaquin-Pavan, E. (2013). Le langage du toucher dans les soins. *Soins*, LVIII (773), 48-49.
- Terrat, E. (2013). La communication fonctionnelle. *L'aide soignante*, XXVII (150), 12-14.

- Michaux, L. (2018). Les notions de prendre soin, care et caring sont-elles interchangeables?. *Perspective soignante*, 62, 21-41.
- Michon, F. (2018). Le corps dans les soins. *Soins*, LXIII (822), 11.

❑ Dictionnaires:

- Communication. (2007). Dans *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- Paillard, C. (2015). Communication non verbale. Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd., p.88). Noisy-le-Grand: Setes
- Paillard, C. (2015). Prendre soin. Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd.). Noisy-le-Grand: Setes
- Paillard, C. (2015). Relation soignant-soigné. Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd., p.328). Noisy-le-Grand: Setes
- Paillard, C. (2015). Toucher. Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd., p.423). Noisy-le-Grand: Setes
- Paillard, C. (2015). Personne soignée. *Dans Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd., p.281-282). Noisy-le-Grand: Setes
- Paillard, C. (2015). Patient. Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2è éd., p.88). Noisy-le-Grand: Setes
- Toucher. (s. d.) . *Dans dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627>

❑ Textes législatifs

Décret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. JORF n°183, 8 Août. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id#JORFSCTA000000895088>

❑ Pages WEB:

Dony, E et Lambert, J (2019). *Le Nursing Touch : de la douceur, rien que de la douceur !*. Repéré à <http://www.sfap.org/rubrique/2eme-journee-nationale-des-acteurs-en-soins-infirmiers>

Fedor, M-C, Grousset, S, Leyssene-Ouvrard, C, Malaquin-Pavan, E . *Le toucher au cœur des soins*. Repéré à

<http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-longue.pdf>

Huguet. (1985). *Communication*. Repéré à

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm>

❑ Images:

Consulté sur l'URL:

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.rtl.fr%2Factu%2Fbien-etre%2Fle-toucher-un-sens-aux-bienfaits-insoupconnes-7781652029&psig=AOvVaw3HIV5GIV70kYbwl5mtPTuw&ust=1586012938662000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLDDuqnFzOgCFQAAAAAdAAAAABAE>

Annexes

Annexe I : Schéma de la communication

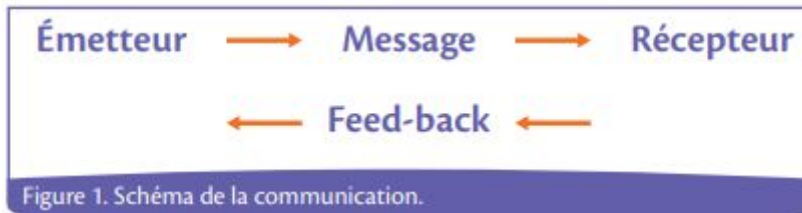
Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Retranscription de l'entretien n°1 avec Sophie

Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°2 avec Anne

Annexe V : Tableau des analyses d'entretien

❑ Annexe I: Schéma de la communication



Issu de : Terrat, E (2013). La communication fonctionnelle. *L'aide soignante*, 150, 12

□ Annexe II : Guide d'entretien

Introduction:

Demande d'autorisation d'enregistrement audio tout en gardant l'anonymat. Ensuite je me présente en tant qu'étudiante infirmière en 3ème année. Je commence le questionnaire.

1- Pouvez-vous me parler d'une des dernières situations où vous avez pris en soin un patient non communicant?

- Quelles étaient les spécificités?
- Comment avez vous procédé?

2- A quoi êtes vous plus particulièrement attentif?

- Qu'avez vous ressenti? Que pensez vous que le patient ai ressenti?
- Comment avez vous communiqué? Avez vous utilisé le langage du corps? Comment ?

3- Dans ces prises en soins de personnes non communicantes, quelle place accordez vous au toucher?

- Quelle posture soignante adoptez vous?
- A quel moment du soins l'utilisez vous?
- Combien de temps mettez vous pour réaliser cette pratique?
- Quel type de toucher utilisez vous?
- Quels endroits vous privilégiez et pourquoi?
- Dans quelles conditions l'avez vous utilisé?

4- Quand vous utilisez le toucher, quelles sont vos intentions?

- Quels effets a t-il sur le patient? Quels sont les bénéfices sur le patient?
- Qu'est ce qui vous a permis de toucher ce patient? (*notion de accord/autorisation?*)
- Quel intérêt voyez vous à cette pratique?
- A votre avis, quel est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?
- Pensez vous qu'il est assez utilisé? Pourquoi?

5- Qu'est ce qui est pour vous,

- *Aidant/ ressource? Pourquoi?*

- En ce qui concerne les limites, quels sont t-elles pour vous?

6- Concrètement, qu'est ce qui vous manque?

- *Quels seraient vos besoins?*

Conclusion:

Avez vous quelque chose à rajouter?

Des pistes à explorer?

Remerciements

□ Annexe III : Retranscription de l'entretien n°1 avec Sophie

→ Entretien avec Sophie (prénom fictif), infirmière qui travaille dans un service d'ORL.

Moi : Donc je me présente, je suis Anaëlle, étudiante en 3ème année de formation infirmière et dans le cadre de mon mémoire, je vais vous poser quelques questions.

Sophie: Ca marche (sourire)

Moi : Hum, pour commencer, pouvez-vous me parler d'une des dernières situations où vous avez pris en soin un patient non communicant?

Sophie: Alors dernière situation? (rires) Oula euh.. Bah... c'est quasiment tous les jours en fait, parce que je travaille en service de Chirurgie ORL, ophtalmo, traumatologie et on a un secteur de soin de 8 lits dédiés à la cancérologie ORL.

Donc c'est des patients qui dans 80% des cas ont une trachéotomie ou une trachéostomie et qui possèdent une canule et donc dans les premiers temps s'ils n'ont pas de canule parlante ou pas de rééducation, ils sont non communicants.

Donc euh... en général quand nous sommes dans ce secteur de soins nous sommes quasiment qu'avec des patients non communicants.

Moi : D'accord, ok, est ce que vous avez une situation en particulier sur laquelle nous pourrions échanger? (question de relance)

Sophie: EUh...bah.. après j'ai une situation mais qui est complexe, c'est un patient que nous avons en soin qui est non communicant et étranger. Ça complique encore plus la communication mais la communication se passe très bien... (silence). Euh... je ne saurai pas de qui... (silence)

Moi: Et bien, par exemple qu'elles seraient alors les spécificités par rapport à la prise en charge de ce patient?

Sophie: Bah déjà nous on a... comment dire, des ardoises pour chaque patient du secteur pour la communication. Après souvent ce sont des patients... comment dire... qui sont dans

des contextes de vie particuliers et des fois l'écriture est aussi compliquée. Donc ça complique la communication écrite.

La majorité des cas vont avoir des difficultés à l'écriture notamment liées à la fatigue après la chirurgie avec des tremblements, parce qu'il y a un contexte alcoolique derrière associé à des pertes motrices des choses comme ça mais voilà. (silence)

Après aussi, on lit beaucoup sur les lèvres mine de rien, surtout les patients que nous connaissons, nous savons à peu près dans quel spectre vont être leurs demandes et du coup, ça plus lire sur les lèvres c'est vrai que ça aide beaucoup.

Certains mine de rien vont faire des petits sons quand même donc ça va marquer un petit peu, ils vont parler en fait, ils essaient de parler "normalement" avec le reste de voix qu'ils leur reste. Ça fait quand même un peu de son.

Beaucoup le non verbal aussi, ils vont montrer les choses qu'ils veulent, ils vont voilà...

Ca va être un certains nombre de choses qui vont faire que la communication se fait quand même plutôt facilement. Bon après ce n'est pas toujours le cas car il y a des fois où c'est très frustrant pour nous et pour le patient parce qu'ils veulent quelque chose et on ne comprend pas du tout...

Moi: C'est ça, c'est le ressenti... vous êtes vraiment attentif au ressenti du patient

Sophie: Oui voilà, et dans certains cas c'est vraiment frustrant quand ça ne marche pas. Parce que du coup le patient s'énerve, parce que lui ça demande est comment dire... c'est normal, il veut qu'on comprenne sa demande mais nous n'y arrivons pas. Comme ils sont obligés de refaire, refaire, refaire, ils se sentent impuissant de leur côté et du nôtre aussi du coup car nous n'arrivons pas à trouver un terrain sur lequel on peut communiquer. Il faut réussir à faire descendre tout ça et aller chercher une collègue à la limite pour qu'il voit la situation autrement. Mais c'est frustrant.

Moi: Oui c'est sûr, donc vous déléguez à ce moment là. Alors vous utilisez le langage du corps aussi?

Sophie: Ah oui oui, tout le temps!

Moi : Et comment vous procédez par rapport au langage du corps que vous adoptez?

Sophie: Ca va dépendre des patients euh... parce qu'il y a des patients qui vont être plutôt tactiles, qui vont nous attraper la main pour nous montrer quelque chose et des patients qui n'aiment pas du tout le contact du coup ils vont plus pointer du doigt. Ca va être un peu différent on va dire. (silence)

Moi: D'accord, et du coup qu'elle place vous accordez au toucher par rapport à ces patients non-communicants?

Sophie: Bah on va dire que c'est très patient dépendant en fait. Je pense qu'en tant que soignant, au début on leur laisse de l'espace parce que l'intervention ORL est une intervention très lourde où il n'y a plus de communication, c'est un choc de ne plus avoir la parole même si on leur a dit en pré-opératoire, le fait qu'ils découvrent qu'ils ne peuvent plus communiquer, ils se rendent compte à quel point la communication tient une place importante dans leur vie.

Moi : Et nous ne savons pas comment faire autrement, comment s'adapter.

Sophie: Voilà, exactement, il s'agit d'une comment dire... d'une grande prise de conscience et une prise de recul aussi par rapport à ça.

En général, dans les premiers jours, je n'utilise pas forcément beaucoup le toucher. Je vois en fonction de leur besoins parce que ça va vraiment être... comment dire... ce n'est pas qu'ils réclament mais on voit qu'ils ont besoin du toucher car comme ils ont perdu un de leur moyen de communication, le toucher en est un quand même à part entière et là ce sont souvent eux qui vont faire le premier contact, ce sont eux qui vont nous prendre la main.

A ce moment là on sait que nous pouvons utiliser le toucher à notre tour pour communiquer.

Et c'est vrai que naturellement je ne suis pas quelqu'un de très tactile de base mais si je vois que c'est nécessaire je le suis. D'ailleurs je le suis plus en tant qu'infirmière que en tant que personne dans ma vie privée parce que ça sert vraiment dans mon rôle de soignant. Je le sens que des fois c'est vraiment nécessaire! Ca peut apaiser une situation où le patient peut être très en colère par rapport à cette situation où il est surpris, il ne pensait pas que ça pouvait être aussi impressionnant, aussi... comment dire... définitif pour certains dans le cadre d'urgences. On leur pose une canule car ils ne peuvent plus respirer et là c'est vraiment un choc, ils savaient ce que ça voulait dire mais n'avaient pas compris tous les impacts que ça pouvait avoir.

Le toucher fait un pont un petit peu entre le soignant et le soigné.

Mais il est à utiliser avec précautions car il y a des patients qui n'aiment pas du tout ça et on le sent très vite, donc en général on ira pas plus loin.

Moi : D'accord et du coup, à quel moment du soin plus particulièrement vous utilisez le toucher ?

Sophie : Hum... Ca va dépendre, euh... bah moi je sais que souvent pour le tour du matin, je n'aime pas réveiller les patients forcément en criant à tue tête "Bonjour, c'est le matin!" donc j'essaie de dire "Bonjour" (voix douce) et si je vois que la personne ne se réveille pas je ne vais pas m'amuser à lui crier dans les oreilles je vais plutôt avoir tendance à juste toucher mais tout tout doucement "Madame.. c'est le matin" enfin des choses comme ça quoi.

Aussi, après des fois avant un soin, notamment lors de soins stériles, malheureusement nous ne pouvons pas utiliser le toucher pendant le soin, ce n'est pas possible. Mais oui avant les soins... (silence)

Autrement, beaucoup de soins sont réalisés par les médecins, ce sont souvent des soins assez douloureux (souvent sans anesthésie si c'est infectieux ou autre) et du coup quand il y a besoin, j'accompagne le médecin et je vais avoir un rôle dans le soutien du patient. Et là j'utilise beaucoup le toucher et j'essaie de détourner un petit peu le patient du soin, pas forcément en essayant de le faire parler car des fois ce n'est pas possible pour eux de me parler mais moi je leur parle d'autres choses: famille, visites du week-end... C'est vraiment un ensemble: le fait de toucher et en même temps de détourner l'attention.

Moi : Oui je comprends, d'accord et autrement combien de temps mettez vous pour réaliser le toucher en général?

Sophie: Mmmh... (silence)

Moi: Est ce qu'il s'agit d'un toucher assez rapide ou est ce qu'il va y avoir un toucher prolongé?

Sophie : En général, il s'agit de petits moments. En général j'ai l'impression que le toucher à un rôle sur un instant où c'est important, où ça crée quelque chose mais après ça n'a plus vocation d'aider en fait, c'est entrer un peu trop dans l'intimité de la personne.

Il s'agit vraiment d'un toucher pour créer une communication, c'est pas.. c'est vraiment de soignant à soigné, nous ne sommes pas de la famille, c'est différent on va dire.

C'est vraiment dans le but de rassurer, de recentrer l'attention de la personne sur nous.

Le patient peut être triste, en colère ou autre, il n'arrive pas à le communiquer, dans ce cas le fait de toucher la personne va lui permettre de se recentrer sur le soignant et va faciliter la communication qu'il avait du mal à exprimer et cela va permettre de possiblement le soulager. Possiblement, ça ne fonctionne pas à tous les coups.

Moi : Ca aide, c'est vrai. Et justement, quel type de toucher utilisez vous dans ces cas là?

Sophie : Euh... quel type, c'est à dire euh.. sur quelles zones du corps?

Moi : Je veux dire, quel genre de toucher (caresses, pressions...)

Sophie : Ah oui, moi en général il s'agit plus de petites pressions ou quelque chose comme ça. Lors de soins très difficiles je vais plus prendre la main, l'informer qu'il peut la serrer pour passer un petit peu la douleur au soignant.

On a des fois des jeunes enfants où là c'est différent ce sera plus prendre la main et caresser la main pendant le soin mais parce qu'il ne s'agit pas de la même interaction, il s'agit ici d'un enfant, c'est pas ... voilà.. (silence)

Moi : C'est plus un toucher relationnel pour vous ? C'est vraiment dans le but de rassurer?

Sophie : Oui voilà. Il s'agit plus d'un toucher relationnel.

Moi : D'accord, et quels endroits vous privilégiez?

Sophie : En général c'est la chambre car c'est là ou ils se trouvent.

Après c'est vrai qu'on a des patients qui restent très longtemps dans le service quand il s'agit de la cancérologie, des fois des mois. Ce sont des patients que nous allons voir se balader dans le service et souvent ce sont des patients à qui nous allons serrer la main. Nous allons rentrer dans une autre sorte de toucher.

Moi : Donc cela permet de garder le contact d'une autre manière pour vous?

Sophie : Oui voilà c'est ça car mine de rien, on devient comme une deuxième famille pour eux, ils connaissent les soignants, ils savent quand nous sommes là, pas là, quand on

travaille. C'est comme en maison de retraite ou en foyer d'accueil, ils connaissent les équipes. C'est un peu comme si ils étaient content de nous revoir après un congé ou autre. Pour eux ça donne comme une légitimité, on les reconnaît en tant que patient qui sont présents depuis longtemps. Il y a quand même une autre sorte de relation.

Moi : Donc privilégiés un peu. Et au niveau du corps, quel endroit vous privilégiez?

Sophie : Je touche souvent les mains, les bras, des fois l'épaule... (silence) C'est principalement là je dirais.

Moi : D'accord, et quand vous utilisez le toucher, quelles sont vos intentions?

Sophie: C'est vraiment soit de rassurer, soit de donner confiance on peut dire ça comme ça, soit de recentrer l'attention.

Moi : D'accord, c'est ce que nous évoquions tout à l'heure

Sophie : Oui, c'est vraiment lorsque nous n'avons plus de communication, lorsque la personne est repliée sur elle, dans ses émotions, on sent que la personne a besoin du toucher pour ramener la communication. C'est surtout dans ces cas là.

Moi : D'accord, est ce que vous voyez les effets qu'il peut avoir sur le patient ? Quels sont les bénéfices sur le patient?

Sophie: Oui, souvent oui, déjà nous allons voir des patients nous regarder si ce n'était pas le cas avant. (silence)

Après des fois il va y en avoir qui vont sourire un petit peu, euh... ça va dépendre du contexte mais en général on va simultanément voir une réaction. On peut voir que ça a été senti on va dire. (silence)

Après ça peut être aussi un mouvement de refus, ça arrive aussi quand ce sont des situations très compliquées. Nous avons eu un patient comme ça qui était opposant aux soins dans le déni de son cancer et qui à été trachéotomisé en urgence ce qu'il n'acceptait pas, pourtant il avait donné son accord bien sure pour la chirurgie mais finalement en post-opératoire n'a pas accepté.

Pour faire les changement de canule c'était très compliqué, c'était une négociation permanente mais c'était dangereux pour lui si on ne le faisait pas.

Un changement de canule s'est très mal passé, j'ai voulu lui toucher le bras pour lui expliquer que nous n'avons pas le choix, que le soin est nécessaire sinon il risquerait de s'étouffer, il m'a repoussé violemment et ensuite c'était compliqué de l'approcher.

Déjà de base il avait une colère très importante et n'avait plus de communication avec personne. Donc voilà...

C'est difficile des fois de se dire que le refus du toucher n'est pas le refus de soi en tant que soignant mais juste un refus de communication global que ce soit avec soi ou avec d'autres.

Moi : D'accord, une sorte de repli sur soi?

Sophie : Exactement.

Moi : Ok, Quel(s) intérêt(s) voyez vous à cette pratique? Il s'agirait dans votre cas de la confiance que nous avons envie de donner?

Sophie : C'est ça, on a envie de rassurer, de se montrer présent, envie de donner confiance dans notre métier quoi. Que nous serons présent lors de soins, une sorte d'alliance.

Moi : Est ce que vous pensez vous qu'il est assez utilisé?

Sophie : C'est difficile à définir parce que ça dépend aussi du soignant, quel rapport il a avec le toucher.

Je sais que j'ai des collègues qui ne sont pas du tout tactile mais je ne peux pas leur en vouloir, notre rapport au toucher est très personnel.

C'est vraiment quelque chose qu'on définit dans notre enfance avec nos proches, en grandissant on le définit. Même si ce n'est pas le même type de toucher dans le soin, ça reste quand même un contact avec l'autre. Ca peut être très difficile à appréhender.

Donc je ne pense pas qu'on puisse dire s'il est assez utilisé ou pas. Je pense que ça reste très personnel même si je pense que ça a de réels bénéfices qui ont sûrement été prouvés, je pense que ça a été étudié.

Clairement les humains sont des animaux et on sait très bien que le contact a un intérêt primordial, je pense qu'effectivement surtout dans le soin ou le patient est quand même plus démuné, beaucoup plus vulnérable, effectivement le toucher peut avoir aussi une importance

dans les relations humaines. Surtout dans le cadre où le patient à peu de visites, il va avoir tendance à se replier sur lui même, dans sa maladie, ses problèmes de santé etcetera. Mais bon voilà, c'est toujours cette façon d'appréhender le contact.

Moi : Donc c'est personnel alors pour vous. (reformulation)

Sophie : Oui voilà.

Moi : Et dans le toucher, qu'est ce qui est pour vous, aidant/ ressource, euh... qu'est ce qui est facilitateur?

Sophie : Je pense déjà que connaître le patient est important et que c'est difficile d'amener le toucher directement chez un patient que nous n'avons jamais vu.

Ou alors en se présentant il faut savoir amener le toucher de façon à ce que le patient sache d'emblée qu'il s'agit d'un moyen de communication propre au soignant et qu'il puisse identifier qu'il s'agit d'une part du soignant. Qu'il ne soit pas surpris par la suite si ça se réitère.

Je ne suis pas comme ça, ça dépend de la relation que je crée avec le patient mais je préfère prendre du recul d'abord, identifier la personne et après...

Donc je pense que la connaissance du patient est importante... la connaissance du rapport au corps du patient est également importante parce que c'est vrai que dans les services de chirurgie ORL , l'image de soi est très altérée . Il va donc y avoir des patients qui vont avoir des problèmes avec le toucher car ils ont un problème avec leur propre image.

Donc du coup si ils ne s'acceptent pas, ce qui est souvent le cas, avec un changement très important: oedème, défiguration, et ben, c'est avec l'image d'eux même qu'ils ont un problème et du coup ils ont peur du regard de l'autre.

Dans ce cas, le toucher va vouloir dire qu'on les regarde. Il faut savoir où en est le patient avec ça, s'il est prêt à recevoir... euh... comment dire... l'autre, que ce soit par le toucher, le regard ou autre.

Le moment aussi est important car c'est vrai que si il y a de la visite, ça ne va pas être adapté, il y a pleins de facteurs comme ça auxquels il faut faire attention. Il faut vraiment être à l'écoute de l'autre pour savoir si c'est le bon moment ou pas.

Moi : Ok, et dans ce cas qu'est ce qui vous fait dire que le patient est prêt ou pas ? qu'il y a un accord, un consentement à la pratique du toucher?

Sophie : Souvent c'est le patient qui commence.

Pas forcément par le toucher vraiment mais dans la communication où il va dire qu'il a besoin de parler, rester un peu avec moi, dans les termes qu'il va employer. Il va y avoir une demande de sa part.

Après, il y a des patients aussi qui vont être très tactiles, je remarque plus ça chez les femmes en général que je rencontre en chirurgie ORL. Je pense aussi que de femme à femme c'est peut être plus facile. Souvent ce sont elles qui vont me prendre le bras et vouloir que je reste avec elle.

Moi : Donc la demande n'est pas forcément verbale mais peut aussi être non verbale à vouloir prendre la main ou autre.

Sophie : Oui voilà, c'est ça ou même à vouloir diminuer la proximité aussi, tout simplement. Quelqu'un qui va s'approcher plus près de vous que d'habitude, ça veut dire en gros qu'il y a une sorte de confiance qui s'est créée même si ce terme est un peu ambiguë. On va dire qu'elle respecte le travail que nous faisons en tant que soignant et qu'elle a confiance dans les soins qu'on fait.

Moi : D'accord, et pour vous, quelles sont les limites de la pratique ?

Sophie : Ça c'est pareil, c'est vraiment en étant à l'écoute du patient qu'on le voit. On peut voir que certains patients sont réceptifs quand il y a un toucher rapide mais on voit qu'il y a une limite de temps. Le patient va comprendre totalement l'impact du toucher à ce moment là, il en avait besoin pour se recentrer ou être rassuré mais par contre si on maintient le contact trop longtemps ça va l'indisposer, il va devenir à nouveau fuyant ou on va sentir quelque chose qui ne va pas.

Moi : Donc c'est le temps et la réceptivité quoi.

Sophie : Oui voilà (sourire)

Moi : D'accord, concrètement, qu'est ce qui vous manque? Y a t'il un besoin?

Sophie : Après si ça n'a pas été fait, ce qui serait intéressant c'est de voir vraiment l'impact du toucher sur comment dire... l'état du patient, sur le bien être aussi des patients. Ce sont des choses qui seraient intéressantes d'étudier. Après c'est toujours compliqué d'étudier sans biais on va dire, si des gens savent que c'est pour ça.. Forcément ça va biaiser mais je pense que ça a déjà été fait mais dans quelles mesures, qu'est ce qui en a été tiré, je ne sais pas mais je pense que sur le long terme ce serait intéressant.

Moi : Est ce qu'il serait intéressant pour vous de vous former par rapport à cette pratique? Est ce que vous pensez que ce serait quelque chose d'intéressant à mettre en place ?

Sophie : Oui oui bien sûre mais il me semble qu'il y en a déjà qui sont proposées, après c'est vrai qu'il y a tellement de formations qui sont intéressantes, c'est difficile de choisir. C'est vrai qu'on a une chance d'avoir une socio esthéticienne dans le service qui elle, propose déjà des soins de mains, des petits massages. Elle propose beaucoup de choses, des maquillages, des coiffures pour les patients. Ca permet déjà d'avoir un temps dédié au toucher qui est très intéressant je trouve car les soignants n'ont pas toujours le temps qu'ils voudraient accorder au patient. C'est un plus pour eux. En général les patients sont très très content, ça leur permet de couper, de penser à eux, de se concentrer sur eux, de se détendre.

Moi : Ok super, Avez vous quelque chose à ajouter? des pistes à explorer? (sourire)

Sophie : (rires) Non, j'avoue que je n'ai pas creusé le sujet. Je sais que j'utilise le toucher mais je ne suis pas allée beaucoup plus loin.

Moi : Merci d'avoir participé à mon entretien.

□ Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°2 avec Anne

→ Entretien avec Anne (prénom fictif), infirmière en service de médecine avec de l'expérience en oncologie. Il s'agit d'une infirmière que j'ai rencontrée lors d'un stage. Entretien réalisé par mail.

Moi : Pour commencer, peux-tu me parler d'une des dernières situations où tu as pris en soin un patient non communicant?

Anne : Elles sont diverses et variées (patients sourds/déficients mentaux/ en fin de vie/mutiques du fait de leur pathologie/barrière de la langue).

Moi : Quelles étaient les spécificités?

Anne : Les spécificités rejoignent les situations : il faut chercher à savoir s'ils sont conscients, cohérents, ayant la connaissance ou la capacité au langage.

Moi : Comment as-tu procédé?

Anne :

- Recueillir les informations auprès de l'entourage du patient dans la mesure du possible (de visu ou par téléphone s'ils ne sont pas en mesure de se déplacer)
- Essayer de connaître les habitudes du patient, par les mêmes procédés (téléphone ou contact direct)
- Évaluer le comportement du patient pendant que nous lui expliquons, puis réalisons les soins et réadapter notre comportement en fonction des réactions de chacun

Moi : A quoi es-tu plus particulièrement attentive?

Anne : J'aurais tendance à répondre au regard car c'est là que passent la quasi-totalité de nos émotions. Mais tout le corps est langage, donc il est difficile de ne rester fixé que sur une seule partie.

Moi : Qu'as-tu ressenti? Que penses-tu que le patient a ressenti?

Anne : La posture soignante dépendra toujours de la situation en question. J'ai pour habitude de dire que les silences valent parfois plusieurs mots... Ils sont aussi une forme de communication.

Les patients non communicants nous laissent bien souvent un sentiment de frustration puisque en tant que soignant nous recherchons la validation du patient dans nos soins, et donc son approbation. Le fait de ne pas avoir de retour chez les patients non communicants, nous mets bien souvent en difficulté. Il faut savoir faire confiance aux réactions du corps des patients pour nous aiguiller dans les soins. Il faut que chacun apprenne à se connaître....

Moi : Comment as-tu communiqué? As tu utilisé le langage du corps? Comment ?

Anne : Tant que possible je communique toujours verbalement pour accompagner mes gestes. Ce langage verbal s'accompagne systématiquement de gestes, de mimes parfois afin de faire comprendre au patient quels soins j'aimerais lui faire réaliser.

Moi : Dans ces prises en soins de personnes non communicantes, quelle place accordes tu au toucher?

Anne : La place que le patient veut bien lui accorder. Je n'utilise pas forcément le toucher pour tous les soins, il faut qu'il soit adapté à chaque cas. N'oublions pas la transmission de toutes les bactéries/germes/virus (et autres parasites) !!!

J'aurais plutôt tendance à utiliser le toucher quand les patients ont peur, sont anxieux et ont réellement besoin d'être rassuré je pense

Moi : Quelle posture soignante adoptes tu?

Anne : Je fais appel à bon nombre de valeurs: l'écoute, l'empathie, la bienveillance, l'humanité.. Mon but est toujours le bien-être du patient.

J'utilise très peu le toucher dans les soins (en tout cas beaucoup moins que dans les soins palliatifs....)

Moi : A quel moment du soins l'utilises tu?

Anne : A aucun moment précis, tout dépendra des réactions du patient

Moi : Combien de temps mets tu pour réaliser cette pratique?

Anne : Le temps nécessaire pour que le patient se sente en confiance

Moi : Quel type de toucher utilises tu?

Anne : Quel type de toucher existe-t-il ? => le toucher massage, ???

Moi : Quels endroits privilégiés tu et pourquoi?

Anne : Plutôt les mains, parce qu'elles nous permettent d'être en contact avec le patient sans pour autant être trop invasif

Moi : Dans quelles conditions l'as tu utilisé?

Anne : Anxiété et peur principalement

Moi : Quand tu utilises le toucher, quelles sont tes intentions?

Anne : Mes intentions sont toujours d'obtenir l'accord du patient à la réalisation d'un soin spécifique

Moi : Quels effets a t-il sur le patient? Quels sont les bénéfices sur le patient?

Anne : L'objectif est de faire en sorte que le patient se sente en confiance, qu'il soit rassuré
Le bénéfice pour le patient est la sensation de confiance

Moi : Qu'est ce qui t'a permis de toucher le patient? (notion de accord/autorisation?)

Anne : Quand j'utilise le toucher, je ne demande pas forcément son accord au patient, cela se fait de façon plutôt tacite.

Si je lui prends la main et qu'il la retire, je comprends alors qu'il ne veut pas de ce contact, et je ne réitère pas l'opération.

Moi : Quel intérêt vois tu à cette pratique?

Anne : La cohésion des soins et l'adhésion du patient

Moi : Penses tu qu'il est assez utilisé? Pourquoi?

Anne : Vaste question : oui et non je dirais. Mais tout dépend de la perception qu'en ont les patients.

Moi : Qu'est ce qui est pour toi, Aidant/ ressource? Pourquoi?

Anne : La famille, les soignants de ville, les médecins traitants, les auxiliaires de vie, tout le microcosme autour du patient parce qu'il représente une manne d'information qui nous permettra de prendre en charge le patient correctement.

Moi : En ce qui concerne les limites, quels sont t-elles pour toi?

Anne : La propreté, l'hygiène en général. Si l'état de la personne s'approche de l'incurie, il n'incite pas au toucher de quelque ordre que ce soit.

Moi : Concrètement, est ce que quelque chose te manquera ? Quels seraient les besoins?

Anne : Il est dispensé des formations de toucher/massage, mais n'étant moi-même pas tactile dans les soins, je ne tiens pas pour le moment à être formée. Je préfère laisser la place à ceux qui en ont réellement envie. (Les places de formation sont chères au CHU).

Par contre, la diffusion de triptyque sur les bases du toucher massage pourrait peut être constituer un moyen de favoriser l'utilisation de cette méthode au sein des services de soins. Sinon il est possible aussi de travailler en collaboration avec les kinés ou les ergothérapeutes.

Moi : As tu quelque chose à rajouter?

Anne : Il ne faut jamais imposer nos choix au patient

Moi : Des pistes à explorer?

Anne : L'utilisation du toucher massage en réanimation, en soins palliatifs, en USLD => chaque service l'utilisera de façon différente, même s'il porte le même nom.

Moi : Je te remercie d'avoir participé à mon questionnaire

Annexe V: Tableau des analyses d'entretien

QUESTION DE DÉPART: Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?

Sophie: propos en **bleu**

Anne: propos en **orange**

CATÉGORIE	THÈME	SOUS THÈME	ITEMS PROPOS SOIGNANTS
COMMUNICATI ON NON VERBALE	DÉFINITION		“les silences valent parfois plusieurs mots... Ils sont aussi une forme de communication.”
	PATIENT NON COMMUNICANT	Représentatio n sociale Moyens de communicatio n/ Adaptation	“ patients sourds/ déficients mentaux/ en fin de vie/ mutiques du fait de leur pathologie/ de la barrière de la langue” “c'est des patients qui dans 80% des cas ont une trachéotomie ou une trachéostomie et qui possèdent une canule et donc dans les premiers temps s'ils n'ont pas de canule parlante ou pas de rééducation, ils sont non communicants” “Tant que possible je communique verbalement pour accompagner mes gestes [...], mimes” “des ardoises pour chaque patient” “on lit beaucoup sur les lèvres” “certains vont faire des petits sons” “ils vont montrer les choses qu'ils veulent” “aller chercher un collègue à la limite pour qu'il voit la situation autrement”
LA PLACE DE LA COMMUNICATI ON NON VERBALE DANS LE PRENDRE SOIN	COMMUNICATIO N NON VERBALE DANS LES SOINS INFIRMIER	Attention particulière Ressenti soignant	“au regard car c'est là que passent la quasi-totalité de nos émotions. Mait tout le corps est langage” “sentiment de frustration “ “Le fait de ne pas avoir de retour chez les patients non communicants, nous mets bien souvent en difficulté” “ c'est très frustrant pour nous et pour le patient parce qu'ils veulent quelque chose et on ne comprend pas du tout” “ils se sentent impuissant de leur côté et du nôtre aussi car nous n'arrivons pas à trouver un terrain sur lequel on peut communiquer”

	<p>PRENDRE SOIN D'UN PATIENT NON COMMUNICANT</p>	<p>Spécificités de la prise en charge</p> <p>Posture soignante</p>	<p>“ il faut chercher à savoir s'ils sont conscients, cohérents, ayant la connaissance ou la capacité au langage”</p> <p>“Recueillir les informations auprès de l'entourage [...], connaître les habitudes du patient [...], évaluer le comportement du patient”</p> <p>“patients qui vont être plutôt tactiles, qui vont nous attraper la main pour nous montrer quelque chose et des patients qui n'aiment pas du tout le contact du coup ils vont pointer du doigt”</p> <p>“en tant que soignant nous recherchons la validation du patient dans nos soins, et donc son approbation”</p> <p>“Il faut savoir faire confiance aux réactions du corps des patients pour nous aiguiller dans les soins. Il faut que chacun apprenne à se connaître”</p> <p>“Je fais appel à bon nombre de valeur: l'écoute, l'empathie, la bienveillance, l'humanité.. Mon but est toujours le bien-être du patient”</p>
<p>LE TOUCHER</p>	<p>CARACTÉRISTIQUES DU TOUCHER</p>	<p>Endroits/ Parties</p> <p>Temporalité</p> <p>Type de toucher</p> <p>Moment/</p>	<p>“les mains, elles nous permettent d'être en contact avec le patient sans être trop invasif”</p> <p>“la chambre car c'est là où ils se trouvent”</p> <p>“les mains, les bras, des fois l'épaule”</p> <p>“Le temps nécessaire pour que le patient se sente en confiance”</p> <p>“il s'agit de petits moments, en général j'ai l'impression que le toucher a un rôle sur un instant”</p> <p>“Quel type de toucher existe t-il? le toucher massage?”</p> <p>“petites pressions”</p> <p>“Lors de soins très difficiles je vais plus prendre la main, l'informer qu'il peut la serrer pour passer un petit peu la douleur au soignant”</p> <p>“on a parfois des jeunes enfants où là c'est différent ce sera plus prendre la main et caresser la main pendant le soin[...] il ne s'agit pas de la même interaction”</p> <p>“toucher relationnel”</p> <p>“ a aucun moment précis, tout dépendra des réactions du patient”</p>

		Instant	<p>“pour le tour du matin[...] je vais avoir tendance à juste toucher mais tout doucement”</p> <p>“avant un soin, notamment lors de soins stérils”</p> <p>“beaucoup de soins sont réalisés par les médecins, ce sont souvent des soins assez douloureux [...] rôle dans le soutien du patient”</p>
	TOUCHER DANS LES SOINS INFIRMIERS	<p>Place du toucher et posture soignante adoptée</p> <p>Intérêt du toucher dans la pratique infirmière</p>	<p>“la place que le patient veut bien lui accorder”</p> <p>“Il faut qu’il soit adapté à chaque cas”</p> <p>“J'utilise très peu le toucher dans les soins”</p> <p>“en tant que soignant, au début, on leur laisse de l'espace”</p> <p>“c’est très patient dépendant”</p> <p>“Dans les premiers jours je n'utilise pas forcément beaucoup le toucher. Je vois en fonction de leurs besoins”</p> <p>“Naturellement je ne suis pas quelqu'un de très tactile de base mais si je vois que c'est nécessaire je le suis”</p> <p>“Ca sert vraiment dans mon rôle de soignant”</p> <p>“Je le sens que des fois c'est vraiment nécessaire”</p> <p>“c’est vraiment de soignant à soigné”</p> <p>“c’est difficile des fois de se dire que le refus du toucher n’est pas le refus de soi en tant que soignant mais juste un refus de communication global que ce soit avec soi ou avec d'autres”</p> <p>“Notre rapport au toucher est très personnel”</p> <p>“la cohésion des soins et l'adhésion du patient”</p> <p>“J'aurais plutôt tendance à utiliser le toucher quand les patients ont peur, sont anxieux et ont réellement besoin d'être rassuré”</p> <p>“Ca peut apaiser une situation où le patient peut être très en colère”</p> <p>“Le toucher fait un pont un petit peu entre le soignant et le soigné”</p> <p>“pour créer une communication”</p> <p>“ça donne comme une légitimité”</p> <p>“rassurer, de donner confiance, de recentrer l'attention”</p> <p>“lorsque nous n'avons plus de communication, lorsque la personne est repliée sur elle, dans ses émotions, on sent que la personne à besoin du toucher pour ramener la communication”</p> <p>“se montrer présent, envie de donner confiance dans notre métier quoi. Que nous serons présent lors de soins, une sorte d'alliance”</p> <p>“Le contact a un intérêt primordial, je pense qu'effectivement surtout dans le soin où le patient est</p>

		Notions d'accord/consentement au toucher	<p>quand même plus démuni, beaucoup plus vulnérable, effectivement le toucher peut avoir une importance dans les relations humaines”</p> <p>“le toucher va vouloir dire qu'on les regarde”</p> <p>“Obtenir l'accord du patient à la réalisation d'un soin spécifique”</p> <p>“je ne demande pas forcément son accord au patient, cela se fait de façon plutôt tacite”</p> <p>“Il ne faut jamais imposer nos choix au patient”</p> <p>“Souvent eux qui vont faire le premier contact, ce sont eux qui vont nous prendre la main. A ce moment là on sait que nous pouvons utiliser le toucher à notre tour pour communiquer”</p>
	BÉNÉFICES DU TOUCHER	<p>Objectif</p> <p>Ressenti patient</p> <p>Ressources pour les soignants à la pratique du toucher</p>	<p>“que le patient se sente en confiance, qu'il soit rassuré”</p> <p>“rassurer, recentrer l'attention de la personne sur nous”</p> <p>“se recentrer sur le soignant, va faciliter la communication [...] et cela va permettre de possiblement le soulager”</p> <p>“Je pense que ça a de réels bénéfices”</p> <p>“nous allons voir des patients nous regarder”</p> <p>“il va y en avoir qui vont sourire un petit peu”</p> <p>“en général on va simultanément voir une réaction”</p> <p>“ ça leur permet de couper, de penser à eux, de se concentrer sur eux, de se détendre”</p> <p>“La famille, les soignants de ville, les médecins traitants, les auxiliaires de vie, tout le microcosme autour du patient [...] qui représente une manne d'information qui nous permettra de prendre en charge le patient correctement”</p> <p>“travailler en collaboration avec les kinés ou les ergothérapeutes”.</p> <p>“connaître le patient est important”</p> <p>“la connaissance du rapport au corps du patient”</p> <p>“socio-esthéticienne [...] permet d'avoir un temps dédié au toucher”</p>
	LIMITES AU TOUCHER	Hygiène/propreté	<p>“N'oublions pas la transmission de toutes les bactéries/germes/virus (et autres parasites)!”</p> <p>“ Si je lui prends la main et qu'il la retire, je comprends</p>

		<p>Ressenti/ Réaction patient</p> <p>Circonstanciel les</p>	<p>alors qu'il ne veut pas ce contact, et je ne réitère pas l'opération"</p> <p>"Il est a utiliser avec précautions car il y a des patients qui n'aiment pas du tout ça et on le sent très vite"</p> <p>"ça peut être aussi un mouvement de refus"</p> <p>"l'image de soi est très altérée"</p> <p>"problème avec leur propre image"</p> <p>"peur du regard des autres"</p> <p>"le moment aussi est important car c'est vrai que si il y a de la visite, ça ne va pas être adapté"</p> <p>"de femme à femme c'est peut être plus facile"</p> <p>"on peut voir que certains patients sont réceptifs quand il y a un toucher rapide mais on voit qu'il y a une limite de temps [...] si on maintient le contact trop longtemps ça va l'indisposer"</p> <p>"les soignants n'ont pas toujours le temps qu'ils voudraient accorder au patient"</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GOMES Anaëlle

Le toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant

Abstract : Touch is a meaning who makes absolutely sens in nursing care. In fact, it seems to me essential in nursing activities and especially when a patient can't communicate. Indeed, his recurrent gesture in nursing care allows me to consider touch like a core business, but also, essential in providing the daily care of our patients. So, my initial question is "What is the place of touch in taking care of patients who cannot communicate?". Thereby, after extensive research on writing about this and in order to compare my work with the reality of the field, I interviewed two nurses in order to answer my questions. The results demonstrate a number of elements; it's communication facilitator between caregiver and patient, as a matter of fact, it allows to get in touch with each other. Also, touch is vehicle of relaxation, safety and self esteem. Finally, it requires some precondition to be used correctly; like our patient knowledge and his experience, respect for others and research his consent, and then the availability of the caregiver, and right distance. He is therefore an interesting way in daily nursing provided that we adapt to the patient and not the opposite.

Résumé: Le toucher, sens qui prend tout son sens dans le prendre soin infirmier. En effet, il me paraît indispensable dans nos pratiques infirmières et surtout chez un patient non communicant. D'ailleurs, ce geste récurrent dans les soins infirmiers me permet de considérer le toucher comme coeur de mon métier et essentiel dans les soins que nous apportons au patient au quotidien. D'où ma question de départ qui est : "*Quelle est la place du toucher dans le prendre soin d'un patient non communicant?*" Ainsi, après une recherche approfondie des écrits déjà publiés à ce propos et afin de confronter mon travail à la réalité du terrain, j'ai interrogé deux infirmières pour répondre à mes différents questionnements. Les résultats mettent en évidence plusieurs éléments; il est facilitateur de la communication entre le soignant et le soigné. En effet, il permet de rentrer en contact avec l'autre. Aussi, le toucher est vecteur de détente, de sécurité ainsi que de valorisation de soi. Enfin, il nécessite des pré-requis pour être correctement utilisé comme la connaissance du patient et de son vécu, le respect de l'autre ainsi que la recherche de son consentement, et enfin la disponibilité du soignant, et la juste distance. Il est donc un outil intéressant dans les soins infirmiers quotidiens à condition que nous nous adaptions au patient et non l'inverse.

Key words : To take care, Non verbal communication, Care relationship, Nursing, Touch

Mots clés : Prendre soin, Patient non communicant, Relation soignant-soigné, Soins infirmiers, Toucher

Institut de formation en soins infirmiers
CHU Rennes, 2 Rue Henri le Guilloux, 35000 Rennes
Travail écrit de fin d'étude - 2017-2020