

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

## La communication non verbale outil au service de la relation soignant-soigné



Formateur référent du mémoire: **MARCHAND Marianne**

MENARD Mathilde  
Formation infirmière  
Promotion 2019-2022



*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 :**

#### ***La communication non verbale outil au service de la relation soignant-soigné***

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 ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat 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 24 mars 2022***

***Identité et signature de l'étudiant : MENARD Mathilde***

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<sup>er</sup> : 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.

## **Remerciements**

Je remercie MARCHAND Marianne, pour m'avoir encadré tout au long de ce travail de fin d'études mais également pour sa disponibilité et ses conseils qui m'ont été d'une grande aide pour la conception de ce mémoire.

Je remercie également les professionnels de santé qui ont acceptés de répondre à mes questions et qui ont permis à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mes proches, plus particulièrement ma maman qui a relu mon mémoire et qui a corrigé mes fautes d'orthographe.

« La chose la plus importante dans la communication  
est d'entendre ce qui n'est pas dit .»

Peter F.Drucker

Introduction	1
1.Cheminement vers la question de départ	2
1.1 Situations d'appels	2
2.1- Questionnements en lien avec mes situations d'appels	3
2.2- Question de départ	3
3. Le cadre théorique	4
3.1- La communication	4
3.1.1- La communication verbale	5
3.1.2- La communication non verbale	5
3.1.3- Les différents types de communication non verbale	6
3.2- Le toucher	8
3.2-1- Un sens essentiel à l'être humain	8
3.2-2- Les différents types de toucher	9
3.2-3- Les effets du toucher	9
3.3 La relation soignant-soigné	11
3.3.1- Que signifie le mot « relation »?	11
3.3.2- La relation soignant-soigné dans les soins	11
4. La méthodologie	13
4.1 Choix de l'outil d'enquête	13
4.2 Choix de la population	13
4.3 Modalités de réalisation de l'enquête	14
4.4 La retranscription des entretiens:	14
4.5 Bilan du dispositif	14
5. L'analyse des données recueillies	15
5.1 Ce que les IDE disent de la communication non verbale	15
5.2 L'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné	16
5.2.1. La communication non verbale OUTIL FAVORISANT la relation soignant-soigné	16
5.2.2- La communication non verbale, un frein à la relation soignant-soigné	17
5.3- Le toucher	18
5.3.1- La définition du toucher par les IDE	18
5.3.2- Les répercussions du toucher sur la relation soignant-soigné	18
5.3.3- Le toucher, une aide dans la communication non verbale	19
5.4- La relation soignant-soigné	20

5.4.1- Définition	20
5.4.2- Les différents niveaux de relation soignant-soigné	20
5.4.3- L'intérêt d'utiliser le toucher dans la relation soignant-soigné	21
5.4.4- L'apport de la communication non verbale dans la relation soignant-soigné	21
6. La discussion	22
6.1 La communication non verbale	22
6.1.1- L'éclairage de la pratique par la théorie	22
6.1.2- L'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné	22
6.2- Le toucher	23
6.2.1- Définition et les différents types de toucher	23
6.2.2- Répercussion du toucher sur la relation soignant-soigné	24
6.2.3- Le toucher une aide dans la communication non verbale	25
6.3- La relation soignant-soigné	25
6.3.1- Définition et les différents niveaux de relations soignant-soigné	25
6.3.2- La mise en place de la relation soignant-soigné par le toucher	26
6.3.3- L'apport de la communication non verbale dans une relation soignant-soigné	26
7. Conclusion	27
Bibliographie	28

## Introduction

Dans le cadre de nos études en soins infirmiers, nous devons réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI). Au cours de ses trois années, j'ai pu découvrir de nombreuses choses qui m'ont permises d'acquérir de nouvelles compétences. Tout au long de ces années, j'ai également effectué de nombreux stages, au cours desquels un sujet m'a beaucoup intrigué et marqué. Il s'agit de la communication non verbale et du toucher dans la relation soignant-soigné.

La communication non verbale est un élément essentiel pour construire une relation entre un patient et un soignant. Dans les soins aux patients, il est important de tenir compte des paroles du patient mais aussi d'être attentif et si possible de décrypter tous le non verbale du patient. J'ai remarqué au fur et à mesure de mes stages, que cette communication non verbale était très présente et qu'à certains moments du soin, elle était bien plus efficace qu'une simple communication verbale.

Dans ces situations, le toucher était également présent c'est pour cela que j'ai également voulu me centrer dessus. J'ai pu remarquer que j'avais utilisé le toucher dans mes deux situations pour rassurer les patients et que cela avait créé un lien. Cela m'a donc questionnée sur ma pratique.

De plus la communication non verbale et le toucher me paraissent indispensables dans nos pratiques d'infirmières pour permettre de créer du lien avec le patient.

Pour réaliser ce travail de fin d'étude, je vais d'abord développer mes situations d'appels qui m'ont amenées à créer ma question de départ. Je vais développer dans mon cadre conceptuel les principes suivants: la communication non verbale, le toucher et la relation soignant-soigné.

Par la suite, j'irai recueillir des données auprès de professionnels de santé et j'analyserai celles-ci pour faire ressortir les points importants. Je réaliserai ensuite l'analyse interprétative en confrontant les données recueillies des professionnels à celles de mon cadre conceptuel. Pour finir, je résumerai mon travail de l'introduction jusqu'à la discussion puis j'expliquerai l'intérêt de ce travail pour ma future pratique professionnelle mais également ce qu'il m'a apporté.

# 1. Cheminement vers la question de départ

## 1.1 Situations d'appels

### Situation numéro 1:

Lors de mon stage de S4 en service de soins de suite et de réadaptation, je prends en charge une patiente de 62 ans atteinte d'un cancer hépatocellulaire sur cirrhose. Depuis quelques jours, son état se dégrade et nous ne comprenons pas pourquoi avec l'équipe car tout allait bien avant. Elle a de plus en plus de mal à se lever, à effectuer ses actes de la vie quotidienne. Un matin en arrivant en stage, l'infirmière du secteur explique au médecin, « qu'il faudrait transférer Mme P en unité de soins palliatifs car son état se dégrade trop ». Il devient difficile pour nous de la prendre en charge. Par la suite, je me rends dans la chambre de la patiente pour effectuer les différents soins que j'ai à lui faire. En entrant dans la chambre, je trouve Mme P en pleure. Elle a l'air très mal et est épuisée. Ses yeux sont cernés et son regard est vide et perdu. Je me mets donc à sa hauteur et lui demande ce qui ne va pas. La patiente m'explique qu'elle "n'en peut plus", qu'elle "ne veut plus qu'on lui prodigue de soins". J'essaie de lui expliquer que nous sommes là pour elle et qu'il faut qu'elle se batte. Elle m'explique que depuis qu'elle est ici son état ne fait que de se dégrader, que c'est à cause de nous qu'elle est comme ça. Elle dit qu'elle "ne veut pas mourir", qu'elle "veut revoir sa famille". J'étais très triste face à la situation, je me sentais impuissante car je ne pouvais pas lui dire qu'elle n'allait pas mourir car je ne connais pas l'avenir. À ce moment-là, je décide de prendre la main de Mme P pour lui signifier mon soutien et l'a rassuré. Immédiatement Mme P me sourit, elle se calme et me dit « merci d'être là ». Elle me demande de rester avec elle durant quelques minutes car elle ne veut pas se retrouver seule. Je décide donc de rester avec elle, toujours en lui tenant la main. Nous nous retrouvons toute les deux dans la chambre sans se parler, juste en se tenant la main.

### Situation numéro 2:

Je suis aide-soignante en remplacement d'été dans un service de soins de suite et réadaptation. Je prends en charge une patiente, Mme C, pour effectuer ses soins d'hygiène. Mme C est en soins palliatifs, car atteinte d'un cancer du pancréas. J'informe Mme C des soins que je vais réaliser. Je vois qu'elle ne me répond pas, qu'elle est au lit contrairement à d'habitude. Je m'approche du lit et m'accroupis auprès d'elle, je m'aperçois que son visage est très crispé et les traits de fatigue sont apparents. Je lui demande ce qui ne va pas. Elle dit se sentir pas bien et très fatiguée. Je lui explique que la toilette peut attendre, et que si elle le souhaite je peux rester quelques minutes avec elle. Elle acquiesce de la tête. Nos yeux entrent en contact et nous nous regardons pendant un long moment. Je décide de lui prendre la main pour lui donner comme un peu de réconfort à ma manière. Je vois que ce geste lui fait du bien, elle me remercie et me fait un bisou sur ma main. Son visage se détend également, elle semble moins crispée et plus détendue.

2. Questionnements amenant à la question de départ

## 2.1- Questionnements en lien avec mes situations d'appels

Mes deux situations d'appels m'ont amenée à plusieurs questionnements.

Dans la première situation, je me suis premièrement demandé pourquoi le fait que je prenne la main de Mme P l'ai plus rassurée que mes paroles ? Qu'est-ce que ce contact physique a provoqué chez Mme P? S'est elle sentie plus proche de moi quand je lui ai tenu la main? Le toucher favorise-t-il plus la relation soignant/soigné que les paroles? Quel impact le non verbal a eu sur la patiente? Comment la communication non verbale m'a permise d'adapter ma prise en charge envers la patiente?

Dans la deuxième situations d'autres questionnements me sont venus: Pourquoi Mme C ressent-elle le besoin d'avoir ce contact physique avec moi ? La relation soignant/soigné n'est-elle pas plus présente dans ce genre de situation ? Si je n'avais pas remarqué les signes non verbaux signalant que Mme C n'allait pas bien, m'aurait-elle dit qu'elle n'allait pas bien? Quel est l'intérêt de prendre en compte les signes non verbaux d'un patient? En quoi mon non verbal à favorisé le réconfort de ma patiente? Qu'a provoqué le toucher chez Mme C ? En quoi le toucher peut-il apaiser une personne ? En quoi ma posture a impacté la relation ? Comment les signes non verbaux de Mme C m'ont aidée à comprendre qu'elle n'allait pas bien ?

Pour finir, de ces situations sont nés des questionnements communs : Le toucher dans le soin favorise-t-il la relation soignant-soigné ? Comment la communication non verbale impacte la prise en charge des patients et donc la relation soignant-soigné?

## 2.2- Question de départ

Suite à l'ensemble de mes réflexions sur mes deux situations d'appels, deux thèmes sont ressortis : l'importance du toucher dans la relation soignant soigné et la communication non verbale dans le soin. J'en suis venu à la question de départ suivante:

**« En quoi la communication non verbale et le toucher favorisent-t-ils la relation soignant-soigné? »**

### 3. Le cadre théorique

Pour tenter d'apporter les éléments nécessaires pour répondre à ma question de départ, je dois explorer les différents concepts de celle-ci : communication non verbale, la relation soignant-soigné et le toucher.

#### 3.1- La communication

Tout d'abord il me paraît important de définir la communication. Selon Claude ROY (1995, p.29), la communication se définit comme:

Un processus verbal ou non par lequel on partage une information avec quelqu'un ou avec un groupe de manière que celui-ci comprenne ce qu'on lui dit. Parler, écouter, comprendre, réagir... constituent les différents moments de ce processus. La communication permet aux partenaires de se connaître, d'établir une relation entre eux. Cela peut entraîner des modifications d'attitude et de comportement.

La communication est donc un pilier du soin, sans elle il n'existe pas de relation entre le patient et le soignant. En effet, Paul Watzlawick (2014, p.46 ) dit « on ne peut pas ne pas communiquer ». Pour lui la communication joue un rôle fondamental dans nos vies et dans l'ordre social.

Le concept de communication se définit par le Larousse comme « le fait de transmettre quelque chose » et « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui ». Dans cette définition, les notions « d'échanges » et de « relations » apparaissent. La communication a donc pour objectif principal de faire passer un message (une émotion, une personnalité).

D'ailleurs, cette communication est représentée par un schéma, celui de SHANON- WIENER. En effet, la communication part d'un « émetteur ». Cet émetteur va lui transmettre un message à une personne que l'on appelle « un récepteur ». Pour émettre un message nous devons utiliser un ou plusieurs canaux (oral, écrit...). Pour s'assurer que le message a bien été compris par le « récepteur », on utilise ce qui s'appelle le « feed-back ». On retrouve aussi les notions de « code » et de « décodage ». Le « code » correspond au message de l'émetteur permettant une compréhension de celui-ci, il doit utiliser le même langage pour être compris. Le « récepteur » va lui devoir faire un effort de « décodage » pour comprendre le message et en cas d'incompréhension le signaler à « l'émetteur ». (Evelyne Terrat, 2020).

Il existe deux types de communication : la communication verbale et non verbale.

### **3.1.1- LA COMMUNICATION VERBALE**

J'ai décidé de faire une partie sur la communication verbale car elle fait partie de la communication mais je ne la développerai pas car je souhaite me centrer dans mon mémoire sur la communication non verbale.

La communication verbale se caractérise par l'utilisation de la parole, par les mots et expressions. Elle peut être orale ou écrite. Au sein de la communication verbale on peut retrouver différents types de langage :

Le langage familier : dans ce langage « l'émetteur ne surveille pas son langage. Il emploie des mots ou des expressions populaires.

Le langage courant : « c'est le langage usuel. Il utilise une syntaxe correcte et un vocabulaire simple. »

Le langage soutenu (ou précieux) : « il correspond au langage littéral écrit. Il utilise une syntaxe et un vocabulaire recherchés moins utilisés au quotidien. » (Les modes de communication verbale, s.d.)

### **3.1.2- LA COMMUNICATION NON VERBALE**

La communication non verbale passe par de nombreuses choses. Nous sommes nombreux à penser que les choses que nous souhaitons communiquer passent uniquement par notre langage. Hors, la plupart des choses que nous pensons sont traduites pas notre langage corporel. Nos yeux, l'expression de notre visage, les mouvements de notre corps qui accompagnent notre langage verbal. Selon Wikipédia (2021), « la communication non verbale (ou langage du corps) désigne tout échange n'ayant pas recours à la parole. Elle ne repose pas sur les mots (pratiques linguistiques), mais sur plusieurs champs extralinguistiques: gestes, expressions faciales, contact corporel, regard... ». Claude Terrier (2013, p.10) explique que « L'information non verbale complète le message verbal, elle aide à comprendre ce qui est dit ». Ceci montre bien l'importance du non verbal au sein de la communication. La communication non verbale est pleine de ressources et nous permet d'en apprendre bien plus sur notre interlocuteur. Le non-verbal « nous renseigne sur autre chose que ce que nous apprend le discours et sans que notre interlocuteur ait la volonté de donner ces informations » (Biland, 2020, p.52). Le docteur M.Winckler (2005) définit lui la communication non-verbale comme « le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole mais au moyen des expressions du visage, des postures, des gestes, de bruits divers. Les choix vestimentaires, la coiffure, la position du corps, le maquillage, les mimiques sont tous des éléments de communication non verbale. »

Claudine Biland (2020, p.45) explique que le non verbal a plusieurs fonctions. On retrouve en premier lieu, le non verbal « communicatif », il comprend les gestes illustateurs (tous ceux que nous faisons avec les mains lorsque nous parlons) et les gestes régulateurs (hochements de tête en guise

d'assentiment) ainsi que les sourires, les regard ou encore les mimiques. Ces éléments sont essentiels à la communication, ils permettent d'établir une conversation et de la maintenir correctement tout au long de l'interaction. Cela montre le caractère indispensable du non verbal. Le non verbal communicatif est intentionnel, l'interlocuteur avec lequel on communique souhaite nous transmettre une information.

Ensuite, le non verbal « informatif », il permet de nous renseigner sur des éléments dont nous n'avons pas la connaissances sur l'interlocuteur. Par exemple, l'âge, le sexe, son ethnies... (p.52)

Nous avons également, le non verbal « interactif », il consiste en « ce que le comportement émis par l'individu A modifie celui de l'individu B et réciproquement; c'est ce qu'en d'autres lieux on nomme le feed-back ». Il se produit donc en réaction au comportement de l'autre individu. (p.58)

Pour finir, le non verbal « extra communicatif », ce sont les gestes que l'on effectue lors d'un échange ou lorsque nous sommes seuls. Ils ont sens uniquement pour la personne qui les exécute. « Ces gestes n'ont pas pour vocation de transmettre une information, ni de communiquer quelque chose à la personne qui nous fait face » (p.66)

La communication non verbale constituerait une part importante de la communication verbale. En effet, le chercheur américain Albert Mehrabian a établi la règle des 3V. Les résultats de cette étude montrent que:

7 % de la communication est Verbale (signification et sens donné aux mots), 38 % de la communication est Vocale (intonation et son de la voix) et que 55 % de la communication est Visuelle (attitude : expressions du visage et du langage corporel). Ce qui montrerait donc que le non verbal constituerait 93% de la communication en elle-même . (Albert Mehrabian, 1967 cité par C.Delamarre, 2014)

Elle peut avoir de nombreux effets mais selon Edward G. Wertheim (s.d), elle a cinq effets principaux: la répétition qui permet de renforcer les propos qui ont été dit par le locuteur, la contradiction qui peut contredire le message du locuteur et donner cette impression de mensonge, la substitution: elle peut remplacer les mots, la complémentaire qui peut venir ajouter une touche en plus au message verbal et l'accentuation qui peut venir souligner un point du message verbal.

### **3.1.3- LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMMUNICATION NON VERBALE**

Cette communication non verbale s'exprime par différentes manières. En effet, elle peut s'exprimer à travers le paralangage. Le paralangage se définit selon le Larousse (2021) comme « l'ensemble de moyens de communication naturels qui ne font pas partie du système linguistique, mais qui peuvent accompagner et renforcer la parole ». Il inclut le timbre de la voix, le rythme des mots, les gestes et attitudes. En effet, l'intonation que l'on utilise pour prononcer une phrase, ne va pas transmette les mêmes sentiments. Le timbre de la voix ou encore le débit expriment des choses différentes nous permettant de distinguer les émotions de l'interlocuteur. Les gestes et attitudes que

nous adoptons peuvent transmettre des messages différents, ils influencent notre discours. En effet, par exemple avoir les bras croisés peut transmettre une impression d'être « renfermé » ou une attitude défensive, ou alors se toucher les cheveux, les mains peut être signe de stress. On peut communiquer à l'aide de « signes conventionnels ». C. Terrier (2013, p.2), met en évidence des signes tels que le hochement de tête qui signifie une approbation ou encore un signe de la main pour dire « au revoir ». Les attitudes que l'on adopte sont elles aussi sources de communication, elles viennent renforcer ou décrédibiliser le message verbal. Par exemple, avoir les jambes et pied croisés lorsque l'on est assis peut être signe de nervosité/incertitude.

Les expressions faciales font elles aussi parties de la communication non verbale. En effet, elles expriment nos émotions tels que la joie, la tristesse, la peur... Selon C. Terrier (2013, p.6), « le regard, est certainement la partie du corps qui exprime le plus de nous-mêmes. « les yeux sont le miroir de l'âme » Mais d'autres mimiques viennent également renforcer le message que nous cherchons à transmettre, le sourire par exemple qui vient accompagner la joie ou encore les sourcils froncés qui peuvent être signe de colère ou d'incompréhension. Selon F.Dumas (2022, p.24) le sourire est une composante de la communication non verbale permettant d'instaurer une relation soignant-soigné de qualité. Pour elle, le sourire « marque la disponibilité et la bienveillance du professionnel de santé à l'égard de son interlocuteur », elle ajoute que le sourire permet de mettre le patient en confiance et donc un meilleur déroulé des soins en général.

Pour finir, le silence est un élément essentiel à la communication, il en fait partie intégrante. En effet, il permet d'exprimer quelque chose et est indispensable à l'écoute de l'autre (C.Terrier, 2013, p.1). Un silence peut exprimer différentes choses, celui d'une personne en deuil, qui exprime sa douleur, sa tristesse. Cela peut être également une personne qui cherche à être attentive, à comprendre ce que la personne veut dire.

Ces différents types de communications non-verbal nous sont très utiles au sein de notre métier et vont nous aider à établir la relation soignant soigné mais également à la développer. En effet, le patient peut émettre des signes non verbaux qui peuvent être contradictoires avec sa communication verbale mais qui peuvent également renforcer son verbal. Il est donc important que l'on tienne compte de ses informations. « Le patient peut également plus facilement exprimer un comportement non verbal, une émotion ou une attitude difficile à mettre en mots et le soignant doit pouvoir l'identifier. » En repérant ses éléments, le soignant va être plus apte à répondre aux besoins du patient et il va se sentir en confiance avec le soignant qui aura su voir ses différents problèmes (*La communication*, 2019, p.11). Freud cite « Par le langage, on ne doit pas comprendre le reflet d'expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et tout forme d'expression de l'activité psychique » (Freud.S, 1905 cité par IFSI de Dijon, [Support de cours],2019 ). Cette citation montre l'importance de prendre en compte le non-verbal pour être en capacité de déceler les possible discordances entre le verbal et le non verbal. De plus, la communication non verbale est la communication la plus présente au sein des relations interprofessionnelles car elle comporte différents signes tels que le regard, l'apparence, les gestes, l'expression du visage ainsi que les

mouvements du corps (Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert, 2006, p.39). Le toucher est un moyen de communication non verbal puissant ayant différents bienfaits chez l'humain. Je vais donc détailler ce concept dans ma prochaine partie pour y apporter les éléments nécessaires à ma question de départ.

## **3.2- Le toucher**

Le toucher est un outil de la communication non verbale qui m'a été utile au sein de mes deux situations, c'est donc pour cela que je décide d'y consacrer une partie au sein de mon mémoire, pour développer cette notion.

### **3.2-1- UN SENS ESSENTIEL À L'ÊTRE HUMAIN**

Pour Bonneton-Tabariés (2006, p.17), le toucher est un sens, en effet il est lié à des récepteurs situés au niveau de la peau et des muqueuses.

La peau est la surface sensible la plus étendue du corps humain (18 000 cm<sup>2</sup>). Elle est riche en récepteurs (1 500 000) qui sont toujours en éveil. Elle permet de saisir et d'appréhender des messages aussi rapides que complexes. La peau est à la fois essentielle à la vie et fondamentale en tant qu'organe du toucher.

La peau est d'ailleurs le seul des sens à posséder une structure réflexive : toucher renvoie à être touché (Malaquin-Pavan, 2013). Il implique donc la proxémie, et donc une relation d'intimité. Le toucher est basé sur 5 éléments: le froid, le chaud, le contact, la pression et la douleur.

Selon S.Grousset (2009, p.30), le mot toucher vient du latin *toccare* qui signifie « faire toc », heurter c'est à dire par extension « atteindre » puis « toucher ». Il se définit comme « un sens qui est lié à la fonction tactile de la peau et des muqueuses. C'est une sensation et une perception corporelle qui implique les deux participants dans une relation d'intimité puisqu'il n'est pas possible de toucher sans être touché ». Le toucher fait parti intégrante du soin, c'est même une composante essentielle du soin. En effet, elle explique que 85% des soins infirmiers nécessitent le recours au toucher. Ceci montre bien l'importance de celui-ci. Elle ajoute que le toucher est considéré comme un véritable soin, il apporte du réconfort auprès des patients et peut permettre de les apaiser dans certaines situations. Il permet d'entrer en contact, à témoigner d'une qualité de présence à l'autre et à maintenir ou améliorer la qualité du temps qui reste à vivre. Il répond à un besoin fondamental de l'être humain.

### **3.2-2- LES DIFFÉRENTS TYPES DE TOUCHER**

Le toucher ne se résume pas seulement à mettre sa main au contact de la peau d'un autre. Le toucher peut être différent selon les situations, même si ces distinctions sont difficiles à établir. En effet, France Bonneton-Tabariés et Anne Lambert-Libert (2006, p.75) définissent différents toucher au sein de la relation soignant-soigné.

Le premier toucher est le « toucher technique ». C'est celui de « base », celui qu'on apprend durant nos études, que l'on utilise au quotidien avec les patients. « Il caractérise les soins usuels: prise de signes vitaux (ex: pouls, tension, température, saturation), pansements, prélèvements, etc ». Par ailleurs, même si ce toucher est dit « technique », il ne faut pas oublier qu'il doit rester un « geste humain » (p.81)

Ensuite, on retrouve le « toucher diagnostique », il permet « de rechercher l'étendue sensible d'une plaie, de préparer le soin d'une escarre ou de ponctionner un abcès pour envoyer le produit à l'analyse. Ce toucher désagréable, « qui fait mal », est généralement mal accepté du patient » (p.78)

Nous avons également le « toucher relationnel », c'est « le toucher effectuer 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) Ces deux auteurs expliquent l'importance de ce toucher, en effet, il permettrait dans certains soins, comme la toilette, de rassurer le patient. Le patient « se sent considéré et pris dans son ensemble, reconnu comme un être à part entière ».

Le toucher déshumanisé: « il désigne tous les gestes utiles, quotidiens et répétitifs, de plus en plus mécaniques, de moins en moins sentis, où la relation au malade, comme d'ailleurs, celle du patient au soignant, devient utilitaire ou utilitariste, sans âme et sans humanité... » (p.87)

En effet, avec la charge de travail et le manque de personnel, les soignants ont de moins en moins de temps à consacrer aux patients, et donc les gestes deviennent automatisés et faits en séries. Le patient est alors plus considéré « comme une personne capable, dont on sollicite le mouvement, l'attention, la collaboration... » (p. 89)

De même, nous avons « le toucher communication » qui intervient lorsque le patient est en incapacité de communiquer avec nous pour des raisons diverses : coma, la fatigue, le nourrisson... ou alors lorsque les mots nous manquent, nous nous exprimons à l'aide de ce toucher pour communiquer. (p.94)

Le dernier toucher se nomme le « toucher thérapeutique » ou « toucher massage ». Ce type de toucher s'imprègne de plus en plus dans les soins infirmiers. Il a pour but « de nouer ou renouer un lien fort avec la personne souffrante en lui montrant sa présence », Il permet une « approche de la personne dans sa globalité » (p.105).

### **3.2-3- LES EFFETS DU TOUCHER**

Comme souligné plus haut, le toucher est un élément faisant partie intégrante du soin. Il peut provoquer différents effets sur notre peau. En effet, le toucher peut provoquer des réactions au

niveau des terminaisons nerveuses situées au niveau du derme et de l'épiderme. Le toucher peut alors développer et affiner les sensations cutanées ainsi qu'augmenter le seuil de réponses aux excitations tactiles (Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert 2006, p.20). Il peut également avoir des réactions au niveau de la circulation, « par ses mouvements, le toucher augmente l'étendue de la circulation en ouvrant les capillaires dormants ». On retrouve également des réactions au niveau du système musculaire. En effet, des recherches faites par Zabudowsky ou Maggiora montrent que « des pressions locales profondes auraient un effet de détente sur les muscles » (p.20). D'autres études plus récentes montrent aussi que « le massage augmente la perméabilité de la membrane cellulaire, facilitant l'élimination de substances nocives et la libération d'oxygène » (p.21)

Le toucher aurait également un effet sur la douleur. En effet, on retrouve les récepteurs de la douleur partout dans notre corps: peau, organes creux, muscles, tendons... « Au niveau de la peau, les récepteurs de la douleur sont des mécanorécepteurs, sensibles aux phénomènes chimiques thermiques et électriques » (p.21). Il existe différents systèmes de contrôles de la douleur, le premier est le contrôle appelé « segmentaire »: « en frottant et massant la zone douloureuse, on diminue la douleur. » Cette idée provient d'une théorie appelée « gate-control ». Cette théorie montrerait que « l'activation des récepteurs situés sur la peau, par le massage, va réduire l'activation des récepteurs de la douleur » (p.21)

Selon C. Blanchon (2006, p.32), le toucher est un gain pour la relation soignant soigné, il permettrait de redonner de la dignité et de l'humanité au patient. Le toucher contribue au soulagement des douleurs qui peuvent être physique mais aussi morale, et permet une relation privilégiée avec le patient et lui permettrait d'être dans un climat favorable à l'expression de son vécu lors de l'hospitalisation. Elle cite:

Sans le toucher, la relation de soin ne pourrait pas exister. Chaque soignant devrait chaque jour s'interroger sur sa façon de toucher l'autre. Ne plus se cacher derrière un acte technique, dépasser le savoir-faire pour le savoir-être. Être dans une relation pour permettre au malade d'être et non de subir.

Le toucher est donc un élément qui favorise la relation soignant-soigné, en effet, le patient se sent respecté et écouté et donc cela va renforcer ce lien de confiance. De plus, le toucher nécessite d'être dans une distance intime c'est à dire inférieure à 45 cm jusqu'au contact physique. (Fedor et al., 2007, p.7-8)

Il permet au soignant d'être plus à l'écoute de ses propres émotions, perceptions... afin d'être plus disponible et confortable pour recevoir celles de la personne soignée. En toute situation, l'intentionnalité du geste permet de rester dans une juste relation, proximité et distance dans l'objectif d'atteindre un soin juste et adapté à chaque personne soignée. (Fedor et al., 2007, p. 11)

D'après l'auteure M.Montalescot (1999, p.18): « 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 ».

### **3.3 La relation soignant-soigné**

#### **3.3.1- QUE SIGNIFIE LE MOT « RELATION »?**

Pour débiter, je vais définir la relation. Selon A. Manoukian (2008, p.9), la relation peut se décrire comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». La relation est donc unique et singulière entre chaque personne. En effet, différents facteurs interviennent dans le fondement d'une relation, les facteurs psychologiques, les facteurs physiques ou encore les facteurs sociaux. Il faudra prendre en compte ces différents facteurs présents chez chaque personne pour établir cette relation.

Selon le Dubois-Fresney. C et Perrin.G (2021, p.421-422), dans le dictionnaire des concepts et soins infirmiers:

La relation commence par l'observation, l'écoute: l'infirmière, qui a une bonne connaissance d'elle-même, de sa fonction, de certains concepts théoriques sur lesquels s'appuie sa pratique prendra soin de la personne. C'est à dire l'accompagner, l'aider à se prendre elle-même en charge. L'action de l'infirmière porte sur la personne , son environnement afin de l'aider à identifier ce qui pose problème et à utiliser ses ressources interne. (...) alliance thérapeutique.

#### **3.3.2- LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ DANS LES SOINS**

La relation soignant-soigné est un concept fondamental dans les soins infirmiers. Elle est un élément central des soins. C'est grâce à celle-ci que nous créons des liens avec le patient. C'est le fondement de la prise en soin globale du patient. Cette relation soignant-soigné est fondée sur la communication. Selon Christine Paillard (2021) , docteur en sciences du langage, la relation soignant-soigné se définit comme une « Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). » « Cette relation nécessite trois attitudes:

- un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments
- une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu
- Un minimum de disponibilité » (p.426)

Cette définition montre l'importance d'avoir pour une infirmière/infirmier des compétences relationnelles pour être en capacité d'établir cette relation. L'écoute et la disponibilité sont des qualités requises pour mettre le patient dans une atmosphère de confiance et alors d'obtenir sa collaboration à la réalisation de ses soins quotidiens.

Cette relation soignant-soigné est composé du soignant qui se définit comme « personnes qui donne des soins à quelqu'un » et le soigné comme « personne qui reçoit des soins » (Larousse, 2021)

D.Colmont (2013, p.172-173) explique que « la relation soignant-soigné constitue le premier pas vers la guérison et représente le lien continuuel entre le malade et la santé grâce à un professionnel de santé ». Il ajoute également que la relation soignant-soigné influe selon différents facteurs. Le premier facteur est le facteur « psychologique » dans lequel entre les valeurs personnelles, nos représentations, nos préjugés, émotions et désirs. Ensuite on a les facteurs sociaux qui comprennent la catégorie socio-professionnelle, la classe d'âge, notre culture. Et pour finir on a les facteurs physiques avec l'aspect, « la perception propres à chacun de son corps et de celui des autres ». D'autres éléments viennent également jouer sur cette relation soignant-soigné, le discours que l'on a, les gestes que l'on utilise, nos attitudes corporelles mais également la tenue que l'on peut porter et les accessoires qui y sont associés parfois: seringue, stéthoscope, ect.

La relation soignant-soigné aussi appelée relation d'aide, provient d'un psychologue appelé Carl Rogers. Il l'a défini comme « Relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie » (Carl Rogers cité par C.Bihan, 2019). Cela montre ici que nous devons être en capacité d'aider le patient, d'être à son écoute, de l'accompagner au mieux tout au long de son hospitalisation. D'être en capacité de nous adapter pour permettre une meilleure prise en charge.

Catherine Deshays, psychothérapeute, écrit dans son livre « Trouver la bonne distance avec l'autre »: « La relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel » (p.15). En effet, dans notre profession, nous sommes constamment en lien avec des patients, cela nous mène à établir une relation soignant-soigné. C'est cette relation qui nous lie avec le patient, et permet la meilleure prise en charge. A. Manoukian (2008, p.8) explique « Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné ». Ceci montre qu'il importe le soin que l'on effectue avec le patient, nous interagissons dans le but de nourrir cette relation soignant-soigné. Un soin ne peut être désintéressé, nous devons forcément interagir avec le patient et donc créer une relation.

Selon Louis Malabeuf (1992), psychologue humaniste, il existe 4 niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant:

La relation de civilité : elle intervient en dehors du soin et correspond aux codes socio-culturels: être poli, courtois, se présenter... Cette relation constitue la base de la communication. Monique Formarier (2002, p.37) ajoute « Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires. »

La relation fonctionnelle: elle a pour but de recueillir des données sur le patient pour mieux les connaître : habitudes de vies, données socio-professionnelles...

La relation de compréhension : elle a un but emphatique pour soutenir les patients

La relation d'aide thérapeutique: elle intervient dans le cadre d'un projet de soins thérapeutiques, dans le but de soigner un patient. Elle permet d'apprendre ou de modifier ses habitudes de vie lorsque des raisons de santé l'exigent.

On peut également retrouver d'autre type de relation tel que la relation d'aide, Alexandre Manoukian (2008, p.56) la définit comme « un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle.»

## **4. La méthodologie**

### **4.1 Choix de l'outil d'enquête**

Suite aux recherches que j'ai effectué sur mon sujet, dans le but d'éclairer ma question de départ, je suis allée à la rencontre de différents professionnels de santé. Pour se faire, j'ai décidé d'élaborer un guide d'entretien semi-directif (Annexe I) car il me permet de poser des questions ouvertes avec des réponses larges permettant aux IDE d'exprimer leur point de vue et avis. Ce guide d'entretien aborde trois grands thèmes en lien avec les trois grands concepts qui sont: la communication non verbale, le toucher et la relation soignant-soigné. Les objectifs de ces entretiens sont les suivants:

- Explorer les différentes composantes de la communication non verbale
- Comprendre l'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné
- Comprendre l'impact du toucher sur la relation soignant-soigné
- Comprendre comment la relation soignant-soigné est mise en place par ses outils

### **4.2 Choix de la population**

Au départ je devais m'entretenir avec deux infirmiers mais lorsque j'ai effectué mon premier entretien, les données recueillies pour le premier entretien étaient pour moi insuffisantes. J'ai donc décidé de rechercher une troisième personne pour étoffer mon analyse. J'ai donc fait trois entretiens. Le premier a été réalisé auprès d'un infirmier qui travaille en service d'hématologie, le deuxième avec une infirmière anesthésiste qui travaille sur plusieurs services en tant que remplaçante et une troisième infirmière qui travaille en consultation digestive. Je n'avais pas de contraintes spécifiques pour choisir les personnes avec qui m'entretenir. En effet, mon sujet est large et peut donc toucher tous les lieux. J'ai choisi des infirmiers/infirmières avec un minimum d'expérience pour recueillir le maximum d'informations possibles.

### **4.3 Modalités de réalisation de l'enquête**

Premièrement, j'ai commencé par contacter les personnes avec qui je devais m'entretenir. J'ai contacté le premier infirmier par mail, la deuxième infirmière était dans le même service où j'effectuai mon stage, je lui ai donc demandé en personne et pour la troisième infirmière je l'ai contacté par téléphone. J'ai donc obtenu leur accord pour réaliser les entretiens. Nous avons convenu d'une date pour réaliser les entretiens. L'anonymat a été garanti aux 3 IDE. Les entretiens se sont réalisés en présentiel dans un bureau pour deux des entretiens et un par téléphone. Mes entretiens ont duré entre 15 et 40min.

### **4.4 La retranscription des entretiens:**

Suite à mes entretiens, j'ai réalisé la retranscription (Annexe II,III et IV) de ces trois derniers. J'ai ensuite commencé par trier les données de mes différents entretiens en les classant par couleurs, chaque couleur correspondant à un objectif. J'ai ensuite réalisé un tableau dans lequel j'ai classé les différentes données. J'ai différencié les 3 infirmiers/infirmières dans mon tableau en mettant : IDE 1, IDE 2 et IDE 3 pour que cela soit plus facile à la lecture. Les 3 infirmiers/infirmières seront également nommés comme ça dans l'analyse des entretiens en raison de la confidentialité des propos recueillis.

### **4.5 Bilan du dispositif**

Les entretiens se sont très bien déroulés. Les professionnels de santé avec qui je me suis entretenue étaient très volontaires pour répondre à mes questions. De plus, j'ai pu au total interroger 3 IDE ce qui m'a permis d'avoir des données plus complètes à analyser. La préparation du guide d'entretien en amont m'a également facilité la réalisation des entretiens avec une trame à suivre, les entretiens étaient donc fluides.

Différentes difficultés se sont présentées à moi durant mes entretiens. La première a été le fait que j'ai dû à plusieurs reprises reformuler mes questions car les infirmières ne comprenaient pas la question. Lorsque j'avais des questions de relance, je les ai utilisées mais la difficulté c'est que je n'en avais pas pour toutes les questions, cela m'a parfois déstabilisé car je ne voyais pas forcément comment les reformuler. De plus, le fait que mes questions se ressemblaient il est arrivé que les professionnels de santé répondent à plusieurs questions en même temps rendant le classement plus complexe. Durant les retranscriptions, je me suis rendu compte, pour un entretien en particulier que j'avais des données qui ne répondaient pas à ma question posée, cela n'a donc pas facilité mon analyse.

## 5. L'analyse des données recueillies

Les données recueillies dans les entretiens ont été classées au regard de trois thèmes : la communication non verbale dans le métier d'IDE, le toucher et la relation soignant-soigné.

### 5.1 Ce que les IDE disent de la communication non verbale

Les IDE définissent la communication non verbale comme « *l'attitude que tu vas avoir* » (IDE 1), « *la façon de se donner à l'autre, d'appréhender l'autre personne qui est en face de soi* » (IDE 2) ou comme « *toute communication qu'un être humain peut avoir face à un autre sans avoir à parler* » (IDE 3). L'IDE 1 précise que « *[...] la communication non verbale est plus importante que la communication verbale dans la relation soignant-soigné* » et l'IDE 2 renforce en nommant que « *la communication est la base de notre métier* »

Pour eux, la communication non verbale s'exprime par :

- l'attitude qui est un élément primordial car cité 9 fois au total par 2 IDE dont 7 fois pour l'IDE 2. L'IDE 2 associe l'attitude à la façon d'être : « *avoir une attitude douce* »... « *c'est important de faire attention à notre attitude lorsque l'on est avec un patient* ». L'IDE 2 précise également qu'elle exprime sa communication non verbale à travers sa personnalité avec du parfum ou encore du maquillage. Elle explique également que lorsqu'elle est au bloc elle met des calots fleuris de couleur gaie.
- Le positionnement du corps: Les 3 IDE sont unanimes sur le fait que le positionnement du corps est une composante essentielle de la communication non verbale. L'IDE 3 décrit que se positionner passe par la position assise ou debout mais aussi par la position des épaules et des mains « *les mains font aussi partie de la position du corps* ».. L'IDE 1 explique lui que c'est à travers la position du corps que parfois l'on peut expliquer certaines choses telle que de la nervosité : « *une personne qui se balance d'avant en arrière* » ou « *les mouvements que l'on peut faire nerveusement* ». Il nomme que les bras croisés peuvent donner l'impression à l'autre d'être fermé à l'échange. L'IDE 2 complète la notion en nommant que « *la façon de se positionner* » va être perçue par le patient et influencer positivement ou négativement la relation de confiance.
- L'expression du visage est une autre composante de la communication non verbale. Elle s'exprime pour l'IDE 3 par « *le froncement des sourcils, le haussement des sourcils, écarquiller les yeux* » ... mais également par le sourire (cité 4 fois) : « *le sourire est le premier contact* » avec la personne. Elle constate qu'aujourd'hui qu'avec le masque cela est plus difficile. Pour l'IDE 2 le « *sourire* » permet d'accueillir ses patients. Pour finir, la proxémie a été évoquée par l'IDE 2. En effet, à chaque fois qu'elle rentre dans la chambre d'un patient, il est important pour elle de se mettre à la hauteur du patient.
- le regard (cité 4 fois). Ce dernier est important car il permet lors de toute rencontre d'accueillir le patient en « *cherchant tout de suite le regard de l'autre* », pour lui « *montrer qu'on a vu qu'il était*

là » . Par ce regard l'IDE lui montre qu'elle est là pour lui. L'IDE 1 est aussi attentif au regard du patient pour repérer certains signes et valider son ressenti. Il parle alors de « *regard fuyant* » du patient comme pouvant être comportement montrant une difficulté.

- L'intonation de la voix m'a été citée par l'IDE 2 qui accompagne son verbal d'une « *voix douce* » lorsqu'elle dit bonjour aux patients.

## **5.2 L'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné**

### **5.2.1. LA COMMUNICATION NON VERBALE OUTIL FAVORISANT LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

Les 3 IDE s'accordent pour dire que la communication non verbale favorise la relation soignant-soigné. Pour l'IDE 2, elle est même essentielle au sein d'une relation soignant soigné. Sa collègue, l'IDE 3 a même précisé que la communication non verbale pouvait soigner et permet de donner des informations complémentaires à la communication verbale. Elle m'a illustré son point de vue par un exemple d'un patient qui avait les larmes aux yeux et qui lui disait que ça allait alors que son non verbal disait totalement le contraire. C'est ce qui lui a alors permis d'être en capacité de voir qu'il n'allait pas bien. Pour elle, « *la communication non verbale peut venir appuyer le verbal du patient* ». Elle me le répète d'ailleurs à deux reprises en citant plus loin « *je trouve que la communication non verbale appuie vraiment le verbal du patient* »

Les IDE 1 et 2 identifient que notre attitude peut influencer justement la relation soignant-soigné. En effet, l'IDE 1 étaye par un vécu d'expériences lorsqu'il était infirmier d'annonce. À plusieurs reprises, il a dû se rendre dans la chambre des patients et dans ce contexte, il a utilisé son attitude, son positionnement du corps, son regard pour inciter le patient à lui parler plutôt que de chercher des mots pour relancer la conversation:

*Souvent moi je me mettais dans le fauteuil en face du patient quand il était dans son lit et je l'incitais à parler juste en me penchant un peu en avant, ou en faisant un geste ou en ayant un regard un peu insistant. Souvent les patients y sont plus réceptifs et c'est la plupart du temps plus simple que de chercher comment relancer la conversation. Enfaite le patient il attend juste de voir que tu es à son écoute.*

L'IDE 2 complète les propos par le fait d'adresser un sourire, d'utiliser des gestes doux avec la patiente cela permet de le mettre en confiance et de l'apaiser et donc de favoriser cette relation soignant-soigné. L'IDE 3 exprime aussi que le fait de sourire va permettre au patient « *d'être d'emblée plus en sécurité* » que face à quelqu'un qui a un visage plutôt figé.

L'IDE 3 précise qu'avec le non verbal d'un patient « *on est plus en capacité de comprendre les besoins des patients et donc d'adapter au mieux notre prise de soin* ».

## 5.2.2- LA COMMUNICATION NON VERBALE, UN FREIN À LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

J'ai également voulu explorer le côté négatif que pourrait avoir la communication non verbale sur la relation soignant-soigné. Les trois IDE s'accordent pour dire que parfois elle peut être un frein à la relation soignant-soigné.

- La posture: L'IDE 1 illustre ses propos par un exemple par une situation où sa posture a influé sur la relation avec le patient:

*Le patient il me parlait de quelque chose d'assez important, j'écoutais mais j'étais déjà tournée vers la porte et j'avais presque la main sur la poignée, alors qu'il n'avait pas du tout fini de discuter mais parce que dans ma tête j'étais déjà sur la suite de ce que j'avais à faire et le quitter était donc nécessaire.*

Il explique « j'ai quand même mis un stop à la relation, je n'ai pas laissé au patient une place dans ma tête pour s'exprimer et il a dû le ressentir ». L'IDE 2, rejoint les propos de l'IDE 3: « recevoir quelqu'un en lui tournant le dos, c'est une communication non verbale mais qui est pour moi agressive ». Elle ajoute à ceci « Parler à quelqu'un sans jamais le regarder, donc le non-regard, le non-respect de la personne qu'on a en face de soi, quelques que soient les propos surtout en tant que soignant, pour moi c'est du non verbal négatif ». L'IDE 3, nous fait part également d'une situation qu'elle a vécu où sa posture et son attitude ont influencé sa relation avec le patient :

*Une fois, je me rappelle, je suis rentrée dans la chambre d'un patient, j'étais pressée car j'avais pris du retard et ça se voyait, mes gestes étaient rapides, je ne regardais pas le patient, limite je lui tournais le dos et j'ai bien vu qu'il n'était pas à l'aise avec moi, il était fermé et faisait attention à la moindre chose que je faisais. Donc je pense que mon attitude n'a pas favorisé ma relation avec lui.*

- L'attitude que l'on va avoir va aussi influencer la relation soignant-soigné. Pour l'IDE 3, si « l'attitude est négative, ça met un frein ». L'IDE 2 met en avant l'importance de faire attention à son attitude car cela se répercute sur le patient. En effet, elle m'explique que lorsqu'elle reçoit des patients au bloc opératoire, elle sait tout de suite si l'infirmière qui s'en est occupée avant était à l'aise ou pas. Elle ajoute, si l'infirmière est stressée lorsqu'elle prend en soin le patient, cela va tout de suite se sentir à l'arrivée du patient, elle dit « ils sont montés en pression tout le long » ce qui fait que le patient de base n'est pas stressé mais le devient avec l'attitude de l'infirmière.
- L'expression du visage joue beaucoup sur la relation avec le patient, « quelqu'un qui ne sourit pas, qui fixe » (IDE 3) ne favorise pas la relation soignant-soigné. Elle illustre ses propos par une situation qu'elle a vécu à plusieurs reprises avec un chirurgien :

*Il ne fixait pas forcément le visage mais fixait un élément d'une chambre ou autres, ne parlait pas, les mains derrière le dos [...] cela a entraîné une gêne monumentale. Le patient était stressé et par conséquent il n'osait même pas poser de question.*

L'IDE 2 introduit aussi le fait que parfois « trop de maquillage, trop de parfum [...] met pas à l'aise, l'autre se sent encore plus démunie, encore plus mal, moins socialement acceptable. »

Pour finir, L'IDE 3 précise tout de même que « *dans la plupart des cas la communication non verbale reste un élément qui favorise la relation soignant-soigné et non qui la freine* ».

## **5.3- Le toucher**

### **5.3.1- LA DÉFINITION DU TOUCHER PAR LES IDE**

Les trois infirmiers s'accordent sur le fait de dire que le toucher est un contact. Ils le définissent par « *un contact peau à peau* » (IDE 3), « *c'est ce qui nous ramène à notre humanité dans le sens le plus noble* » (IDE 2) et l'IDE 1 explique que de manière très générale c'est tout ce que l'on va ressentir au niveau de notre corps et des mains. L'IDE 2 ajoute « *c'est vraiment la relation de ce qu'il y a de plus digne chez l'humain quand c'est fait avec douceur, avec bienveillance et avec envie de découvrir l'autre* ».

J'ai voulu également explorer si les infirmiers connaissaient différents types de toucher. Le toucher massage est ressorti chez les trois infirmiers. L'IDE 3 l'a mentionné mais sous le nom de « *toucher volontaire* » en expliquant que c'est le cas pour un massage. Les IDE ont mentionné le fait qu'il utilisait le toucher également pour rassurer le patient ou pour lui faire comprendre qu'ils étaient à son écoute.

Enfin, l'IDE 2 a mentionné le fait qu'elle utilisait le toucher « *pour soulager la douleur* ». Mais également que le toucher est omniprésent sans forcément qu'on le veuille. Pour elle, on utilise forcément le toucher dans notre métier.

### **5.3.2- LES RÉPERCUSSIONS DU TOUCHER SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

- Les effets positifs du toucher

Les IDE ont nommé différents effets positifs du toucher. Les trois IDE ont cité le fait que le toucher permettait de rassurer le patient. L'IDE 2 a mit en avant à plusieurs reprises, que le toucher permettait de « *rassurer le patient* » (3 fois). Pour l'IDE 1 et 2, le toucher permet au patient de se sentir en sécurité, l'IDE 1 explique « *si tu fais quelque chose d'assez doux, d'assez maîtrisé, il va se sentir plus en sécurité* ». Le toucher permet également au patient de se sentir plus en confiance avec nous, soignants. L'IDE 1 ajoute « *je pense que le patient se sent plus en confiance, parce que le toucher c'est aussi se mettre un peu à nu, donc on montre une partie de nous* ». Donc en utilisant le toucher, on montre au patient qu'il peut nous faire confiance. Il a été mentionné par les IDE 1 et 3, que le toucher permettait également au patient de se livrer à nous plus facilement. L'IDE 3 explique que le toucher a également « *un effet thérapeutique sur le patient* » en soulageant la douleur parfois.

Les IDE mettent en avant que le toucher permet de s'ancrer dans la relation avec le patient et donc de se rapprocher de lui en créant des liens entre lui et nous. L'IDE 3 ajoute que « *c'est très important* ». L'IDE 1 appuie sur le fait que le toucher permet de montrer au patient « *qu'on est là pour lui* » et que le patient sent vraiment que l'on est avec lui en l'utilisant. Elle complète par « *le toucher permet*

*d'instaurer justement cette relation sur le long terme car il sait qu'on est à son écoute par ce geste »*  
Elle conclue en expliquant que le toucher « *ça permet de faire passer certains messages que l'on ne peut pas faire passer par la communication verbale* ».

- Le toucher, un frein à la relation soignant-soigné

Les 3 IDE sont d'accord pour dire que dans certaines situations le toucher peut être un frein à la relation soignant-soigné. L'IDE 1 et 3 ont tous les deux parlé que cela pouvait être un frein si le patient n'aimait pas être touché ou n'était pas réceptif au toucher. L'IDE 3 illustre ses propos par un patient en phase terminale qu'elle avait pris en soins, et qui n'aimait pas du tout être touché, au final « *ça le crispait* ». Elle complète en expliquant que « *tout le monde n'est pas prêt à recevoir e toucher, c'est très personnel, c'est vraiment l'intimité* » et ajoute que « *ça peut rompre le lien avec le patient s'il n'est pas réceptif* ». Elle donne son avis sur le toucher en expliquant « *Pour moi ça me gêne, c'est trop dans l'intimité. De le proposer au patient pour moi c'est très dur.* ».

L'IDE 1 explique que d'utiliser le toucher sur des patients qui ne supportent pas d'être touchés, ils « *peuvent se refermer du moins se sentir mal à l'aise* ». Il ajoute également « *je pense que ça peut clairement arrêter une bonne relation, parce que la personne ne supporte pas d'être touchée* ». Il précise aussi que le toucher peut agacer le patient, et donc « *ça peut bloquer beaucoup de gens* ».

L'IDE 2 explique qu'en général elle aurait dit que le toucher n'est pas un frein à la relation soignant-soigné mais il y a quelques exceptions. En effet, pour elle dans certaines situations le toucher n'est pas adapté. Par exemple, « *les enfants autistes ou les patients qui ne veulent absolument pas être touchés* » peuvent freiner la relation. Mais également avec les personnes en surpoids, elle explique qu'elle va « *être très très prudente sur le toucher* ». Elle ajoute qu'utiliser le toucher sur des personnes ayant un passé « *axé sur la maltraitance pourrait [...] être litigieux* ».

### **5.3.3- LE TOUCHER, UNE AIDE DANS LA COMMUNICATION NON VERBALE**

L'IDE 1 explique que pour lui toucher « *prépare le patient* ». Il donne un exemple, en expliquant que lorsque l'on fait une prise de sang:

*Le fait de prendre le bras d'abord, de le tendre, le bras de ton patient de bien le tendre, même d'aller sur la zone où tu vas piquer en étant assez doux, je trouve que ça prépare le patient, du coup il y a plus cet effet « j'ai mal » parce que l'on ne m'avait pas prévenu qu'on allait me piquer. Et ça pour moi on peut pas le faire autrement que par le toucher, aucun autre élément de la communication non verbale peut le faire.*

L'IDE 2 explique que le toucher est plutôt « *une valeur ajoutée* » à la communication non verbale et qu'il « *ramène une spécialité* ». Elle ajoute que c'est une aide car « *on peut transmettre des choses avec le toucher c'est à dire que certes avec un sourire je vais transmettre que je suis joyeuse, de bonne humeur mais pour moi avec le toucher on transmet des choses plus intimes.* »

L'IDE 3 explique que si « *on a une communication non verbale peu expressive ça peut être une alternative, une autre option à utiliser* ».

## 5.4- La relation soignant-soigné

### 5.4.1- DÉFINITION

L'IDE 1 a trouvé difficile de définir la relation soignant-soigné. Pour lui, « *la personne soignée n'a pas demandé à l'être alors que le soignant fait le choix de faire ce métier là* », il ajoute qu'il y a « *un peu une relation de force qui peut s'installer, parce qu'il y en a un qui est obligé d'avoir et un qui a décidé de faire* ». Mais il précise quand même que la relation soignant-soigné « *c'est avant tout, permettre d'enlever un petit peu de difficulté à ton patient.* », et que notre rôle « *c'est d'alléger un peu tout ce qu'il va vivre* » en parlant du patient. L'IDE 3 rejoint ses propos : « *la relation soignant-soigné a pour but d'aider le patient, de le soutenir lors de son hospitalisation* ». Pour l'IDE 2, la relation soignant-soigné représente « *un rapport d'humanité à égalité avec l'un qui a des responsabilités envers l'autre et l'autre qui a des attentes* ». Pour l'IDE 3, la relation soignant-soigné s'exprime par une communication:

*Qu'elle soit par le toucher ou par le non verbal, par le verbal, c'est une attitude, pour créer une relation il faut qu'il y ait un lien, donc c'est le lien qu'il y a entre un patient et le soignant.*

### 5.4.2- LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Les trois IDE s'accordent pour dire qu'il y a différentes relations avec les patients. Ils mentionnent tous les trois la relation d'aide. L'IDE 3 explique qu'elle établit cette relation d'aide « *dans le but d'aider mon patient, de le soutenir, d'essayer de l'aider au travers des phases difficiles de sa maladie* ». L'IDE 2 exprime les mêmes choses, elle utilise cette relation d'aide dans le but « *d'essayer d'être un soutien, un pilier, une oreille* » à qui le patient peut s'adresser. L'IDE 1 mentionne également cette relation d'aide par laquelle il « *va être présent pour le patient* » et par l'intermédiaire de cette relation faire comprendre au patient qu'il le soutient, qu'il a « *une oreille à qui il peut parler, se confier dans le but justement d'entretenir ce lien de confiance* ».

L'IDE 1 explique qu'il y a également la relation de politesse, « *c'est à dire je vais être cordiale, je vais dire bonjour, merci, au revoir.* »

L'IDE 3 mentionne trois types de relation : le paternalisme qui pour elle représente une relation où le soignant a une attitude de « *moi je sais, vous vous ne savez rien* » qui amène le patient à se sentir « *complètement démunis, dépossédé de son potentiel d'action, de son potentiel de choix* ». Elle cite après un autre type de relation, moins paternalisme, où la personne « *elle va donner les informations et du coup ça devient trop froid* », elle ajoute « *il n'y a pas un vrai échange avec la personne* ». Pour finir, elle parle d'une relation où on en fait trop, elle explique « *on va tellement se soucier de donner les toutes les infos qu'on va noyer le patient, que la relation se perd* ».

Les IDE expliquent qu'ils ne vont pas être dans la même relation avec tous les patients qu'ils prennent en soins. L'IDE 3 explique « *la relation ne va pas être la même avec un patient que je prends régulièrement en charge qu'avec un patient que j'ai rencontré la veille* ». Elle ajoute également que

l'on peut évaluer la relation en mettant « *une échelle de 2 à 10* ». Pour elle, on ne peut pas mettre 0 car il y a forcément une relation, un lien, qu'on le veuille ou non.

#### **5.4.3- L'INTÉRÊT D'UTILISER LE TOUCHER DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

Les IDE 1 et 2 expliquent que pour eux en utilisant le toucher cela « *favorise la confiance* » et permet « *d'emmener une atmosphère de confiance entre toi et le patient* ». L'IDE 2 insiste sur ce point-là en me redisant que l'intérêt est de « *renforcer la confiance du patient envers nous* ».

L'IDE 1 ajoute que d'utiliser le toucher « *montre que tu prends en considération la personne comme étant une personne et non pas en étant juste une pathologie* ». L'IDE 3 me fait part que le toucher peut « *apporter quelque chose de supplémentaire, d'unique, de singulier à la relation* » et que c'est un outil « *qui permet de faire passer d'autres choses, des émotions, de la réassurance...* ». Ainsi, pour elle le toucher « *c'est juste dire : on est là* ». Enfin, l'IDE 1 à deux reprises me dit que pour lui le toucher « *ça montre de la compassion* ».

L'IDE 2 ajoute que l'intérêt du toucher pour elle c'est de « *rassurer, de montrer notre empathie, renforcer la confiance envers nous, de les apaiser* ».

#### **5.4.4- L'APPORT DE LA COMMUNICATION NON VERBALE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

Les IDE m'expliquent que la communication non verbale permet de montrer des choses non dites verbalement. L'IDE 3 cite « *je dirai que ça permet aussi de mettre en lumière des choses non dites verbalement* » et de « *mettre des mots ou il n'y en a pas* ». L'IDE 2 me dit « *ça nous permet parfois de voir chez le patient ce qui ne va pas* » et donc elle ajoute « *si le patient voit qu'on a su déceler que ça n'allait pas il va tout de suite être en confiance avec nous et va se livrer beaucoup plus facilement* ».

Pour l'IDE 1 la communication non verbale va permettre « *de construire et de laisser une place à l'autre si notre tête lui en laisse* ». Il ajoute que pour lui la communication non verbale et la relation soignant-soigné se complètent.

## 6. La discussion

### 6.1 La communication non verbale

#### 6.1.1- L'ÉCLAIRAGE DE LA PRATIQUE IDE PAR LA THÉORIE

Pour commencer, les trois infirmiers/infirmières m'ont donné des définitions différentes de la communication non verbale. Pour l'IDE 3, la communication non verbale représente tout ce que l'on peut faire sans à avoir à utiliser la parole. Cela rejoint la définition du docteur M.Winckler (2005) qui lui définit la communication non-verbale comme « *le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole* ». L'IDE 1 explique que pour lui la communication non verbale est plus importante que la communication verbale au sein de la relation soignant-soigné. Cela ramène à une étude faite par le chercheur américain Albert Mehrabian qui a établi la règle des 3V. Les résultats de cette recherche montre que le non verbal constituerait 93% de la communication en elle-même. (Albert Mehrabian, 1967 cité par C.Delamarre, 2014). Cela renforce mon idée d'être attentive à la communication non verbale lors de ma prise de poste dans une relation soignant-soigné.

Le regard, l'attitude, l'expression du visage, le positionnement du corps, l'intonation de la voix et la proxémie sont pour les trois infirmiers des éléments de la communication non verbale. Ces éléments s'apparentent à la définition donnée par le C.Terrier (2013, p.1) :

*La communication non verbale : silences, gestes, postures, expressions faciales, ton de la voix, rythme de l'élocution, vêtements... complètent le message auditif. Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs. Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée.*

L'IDE 2 ajoute que pour elle, la communication non verbale s'exprime également à travers notre personnalité à travers le maquillage ou notre parfum. Cela s'accorde avec les propos de M.Winckler (2005) qui cite: « *le maquillage [...] sont tous des éléments de communication non verbale.* »

#### 6.1.2- L'IMPACT DE LA COMMUNICATION NON VERBALE SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Les trois IDE s'accordent pour dire que la communication non verbale favorise la relation soignant-soigné. Les IDE appuient même son importance en expliquant qu'elle est essentielle dans une relation soignant-soigné. Pour l'IDE 3, la communication non verbale vient appuyer le verbal du patient et que par moments on est donc plus en « *capacité de comprendre les besoins des patients et donc d'adapter au mieux notre prise en soin* ». L'institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie (IFPSS.NC) (p.11, 2019) met en avant le fait que les différents aspects de la communication non verbale « *peuvent soit renforcer, soit entrer en contradiction avec la communication verbale.* ». L'IDE 3 ajoute que la communication non verbale est « *plus révélatrice que ses paroles* » ce qui est en accord avec ce que nous dit également l'IFPSS.NC (p.11, 2019) « *Le patient*

*peut également plus facilement exprimer un comportement non verbal, une émotion ou une attitude difficile à mettre en mots et le soignant doit pouvoir l'identifier.* » Pour l'IDE 2, le sourire favorise également la relation soignant-soigné en instaurant un climat de confiance. F.Dumas (2022, p.24) met justement le fait que le sourire permet d'instaurer une relation soignant-soigné de qualité et ajoute « *il témoigne généralement d'une attitude favorable et de bonnes attentions à l'égard de l'autre, favorise confiance et sécurité* » J'ai été surprise de voir que le sourire pouvait avoir autant d'impact sur notre relation avec un patient.

Il m'a paru intéressant d'aborder également comment la communication non verbale pouvait être un frein à la relation soignant-soigné. Après plusieurs recherches sur internet, je n'ai pas trouvé d'articles ou de documents en rapport avec cette thématique. Pourtant, les trois IDE sont en accord pour me dire que la communication non verbale peut être parfois un frein à la relation soignant-soigné. En effet, les IDE expliquent que l'attitude que l'on peut avoir peut parfois être un frein : « *si l'attitude est négative* ». La posture que l'on a envers le patient peut également être une limite, c'est ce que nous explique les IDE :

*J'écoutais mais j'étais vraiment tourné vers la porte et j'avais presque à la fin la main sur la poignée. [...] Pour moi, dans cette situation j'ai quand même mis un stop à la relation, je n'ai pas laissé au patient une place dans ma tête pour s'exprimer et il a dû le ressentir.* (IDE 1)

Et « *recevoir quelqu'un en lui tournant le dos, c'est une communication non verbale mais qui est pour moi agressive* » (IDE 2)

## **6.2- Le toucher**

### **6.2.1- DÉFINITION ET LES DIFFÉRENTS TYPES DE TOUCHER**

Les trois IDE donnent une définition du toucher comme étant un « contact ». Cela s'apparente à la définition du Larousse (2022) : « *Mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose* ».

Différents types de toucher m'ont été cités. Premièrement le « toucher massage » avec « le toucher thérapeutique » dans le but de soulager la douleur. C'est une pratique bien connue dont le principe selon Allard (2021, p.14) est de « *soulager une douleur, décontracter les tensions musculaires* ».

L'IDE 1 m'a expliqué qu'il pouvait utiliser son toucher pour rassurer les patients, pour leur faire comprendre qu'il était là pour eux, pour les écouter. Cela s'apparente au "toucher communication" défini par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006, p.94) qui peut être utilisé lorsque les mots nous manquent, pour communiquer avec le patient sans nous exprimer. Mais cela peut également rejoindre le « toucher relationnel » ayant pour but de rassurer le patient (p.83). J'ai pu me rendre compte que dans mes situations vécues, j'ai utilisé le toucher relationnel pour rassurer mes patients et leur faire comprendre que j'étais là pour eux. L'IDE 2 met en avant le toucher que l'on utilise au quotidien dans nos soins qui est « *omniprésent sans forcément le vouloir* ». Cela rejoint le « toucher déshumanisé » défini par Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert (2006, p.87) qui désigne « *tous les gestes utiles, quotidiens et répétitifs, de plus en plus « mécaniques », de moins en moins « sentis* ».

## 6.2.2- RÉPERCUSSION DU TOUCHER SUR LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Différents effets positifs ont été mis en avant par les IDE. L'IDE 1 et 2 ont mis en avant que le toucher permettait de rassurer le patient mais également de soulager la douleur. Ebrard.F (2008, p.19) nous fait part de la même idée : « *Le toucher est un outil formidable dans les soins pour son rôle antalgique et de réassurance.* ».

Le toucher permettrait également de mettre en confiance le patient, qu'il se sente en sécurité et donc qu'il se livre plus facilement à nous. En effet, selon C.Blanchon (2006, p.32) le toucher permettrait d'instaurer une relation privilégiée avec le patient et lui permettrait d'être dans un climat favorable à l'expression de son vécu lors de l'hospitalisation. Rizet, P (2008, p.18) ajoute également que « *Le toucher est un moyen de communication non verbal très utile, notamment lorsqu'une personne a des difficultés à s'exprimer.* ». L'IDE 3 ajoute qu'à travers le toucher nous pouvons faire passer certains messages que l'on ne peut pas faire passer par la communication verbale et qu'il permet également d'instaurer la relation soignant-soigné sur le long terme. C.Blanchon (2006,p.32 ) est de cet avis en expliquant que « *sans le toucher, la relation de soin ne pourrait pas exister.* ». Ségui.C (2012, p.28) ajoute également que « *le toucher permet d'apaiser, de calmer de détendre, de transmettre et de recevoir un message* ».

Comme pour la communication non verbale, les IDE ont mis en avant des éléments qui pouvaient être un frein à la relation soignant soigné en rapport avec le toucher. Dans mon cadre théorique je n'ai pas trouvé d'éléments sur les limites du toucher mais en cherchant à nouveau j'en ai trouvé quelques uns. L'IDE 3 nous indique que pour elle, le toucher est très intime et que cela peut donc être difficile de l'utiliser : « *Le toucher est plus difficile, pour moi il est plus difficile et peut être moins bien interprété qu'un sourire ou autres. Je pense que le toucher on rentre encore plus dans l'intimité de la personne.* » S.Grousset (2009, p.31) cite les travaux d'Edward Twitchell sur la proxémie. En effet, il est expliqué 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. 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.*

Cela montre que le toucher touche à la barrière intime du patient mais également du soignant. Le patient comme le soignant peut adhérer à cette pratique ou pas du tout car il ne sent pas à l'aise.

Gabay.J et Hérisson.B (2013, p.46) ajoute « *qu'il a pu être constaté que ce mode de communication pouvait générer de l'inconfort chez les soignant qui n'y étaient pas familiarisés* ».

L'IDE 1 et 3 mettent en avant le fait que chaque patient est différent et que certains ne sont pas réceptifs au toucher. L'IDE 2 elle met l'accent sur l'importance de bien connaître son patient avant d'utiliser le toucher car certains peuvent avoir vécu des situations telles que de la maltraitance, ou

encore une personne atteinte d'autisme. Cela peut donc entraîner une gêne ou une rupture du lien entre le soignant et le soigné. Pour elle, c'est le seul point qui pourrait être un frein à la relation soignant-soigné.

### **6.2.3- LE TOUCHER UNE AIDE DANS LA COMMUNICATION NON VERBALE**

L'IDE 2 trouve que le toucher ramène une spécialité en plus dans la relation, que l'on transite des « *choses plus intimes* ». Je suis plutôt en accord avec elle, pour moi le touche rajoute quelque chose, nous encre plus dans la relation avec le patient. De plus Ségui.C (2012, p.28) nous explique que le toucher « *constitue un moment privilégié d'échange, de proximité* » L'IDE 3 explique si notre communication non verbal est peu expressive, le toucher peut être une alternative. Pour l'IDE 1 le toucher permet de préparer le patient à certains soins, là ou d'autres éléments de la communication non verbale ne peuvent pas le faire.

## **6.3- La relation soignant-soigné**

### **6.3.1- DÉFINITION ET LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RELATIONS SOIGNANT-SOIGNÉ**

Les trois IDE m'ont donné des définitions différentes de la relation soignant-soigné. Une en particulier m'a paru intéressante :

*La difficulté la dedans, c'est que la personne soigné n'a pas demander à l'être alors que le soignant fait le choix de faire ce métier là. Donc même si tu n'as pas de relation hiérarchique entre toi et ton patient, il y a quand même un peu une relation de force qui peut s'installer, parce qu'il y en a un qui est obligé d'avoir et un qui a décidé de faire. (IDE 1)*

Je n'avais jamais vu la relation soignant-soigné sous ce point de vu. Pour moi, il ne s'agit pas vraiment d'une relation de force, le patient et le soignant sont tous les deux investis dans cette relation. Pour l'IDE 3, la relation soignant-soigné c'est une communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. Cela rejoint la définition de Christine Paillard (2021, p.426) de la relation soignant-soigné : « *Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité).* »

En ce qui concerne les différents niveaux de relation soignant-soigné, les IDE ont su m'en donner quelques uns. La relation d'aide est ressortie, elle permet de soutenir le patient, d'être un pilier pour lui, d'être présent à ses côtés. Alexandre Manoukian (2008, p.56) la définit comme « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle.* ». Pour moi, la relation d'aide est très importante à utiliser, je pense que cela permet au patient de voir que l'on est authentique avec lui et que nous le prenons en considération. D'autres relations m'ont été citées comme la relation de politesse qui s'apparente à la « *relation de civilité* » définie par Louis Malabeuf (1992): « *Relation qui intervient en dehors du soin et*

*qui correspond au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, et aux codes socio-culturels tels que : être poli, être courtois, saluer, se présenter, etc... »*

Les IDE ont mis en avant le fait que la relation n'est jamais la même avec chaque patient, qu'elle est singulière.

### **6.3.2- LA MISE EN PLACE DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ PAR LE TOUCHER**

Les trois IDE s'entendent pour dire que le toucher est un élément permettant la mise en place de la relation soignant-soigné. En effet, il permettrait selon l'IDE 1 et 2 d'instaurer un climat de confiance mais également de montrer notre compassion. C.Blanchon (2006, p.36) appuie cette idée en expliquant que le toucher est un élément qui favorise la relation soignant-soigné, que le patient se sent respecté et écouté et donc cela va renforcer ce lien de confiance. Par le toucher, on montre également au patient qu'on le prend en considération comme étant une personne et non juste une pathologie. L'IDE 2 ajoute que le toucher renforce vraiment le lien, la relation avec le patient.

### **6.3.3- L'APPORT DE LA COMMUNICATION NON VERBALE DANS UNE RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

Pour l'IDE 2, la communication non verbale peut être utile à la construction de la relation soignant-soigné. En effet, elle explique que « *si le patient voit qu'on a su déceler que ça n'allait pas il va tout de suite être en confiance avec nous et va se livrer beaucoup plus facilement* ». L'IDE 3 ajoute également « *que ça permet aussi de mettre en lumière des choses non dites verbalement* ». En repérant ces éléments, nous allons être plus apte à répondre aux besoins du patient. Il va donc se sentir en confiance avec le soignant qui aura su voir ses différents problèmes (*La communication, 2019, p.11*).

La communication non verbale et le toucher sont des outils qui peuvent parfois paraître complexes à utiliser dans les soins. J'ai pu voir dans les recherches que j'ai effectuées et avec les données recueillies lors de mes entretiens que la communication non verbale et le toucher ont de nombreux effets positifs sur la relation avec la patient. Mais j'ai pu également remarquer que cela pouvait avoir des effets négatifs. Je n'avais pas du tout envisager ces points négatifs, c'est pour quoi cela m'a amené à faire évoluer ma question de départ par une nouvelle qui serait :

**« En quoi l'identification des freins de la communication non verbale et du toucher par l'infirmière, permettent de favoriser la relation soignant-soigné? »**

## 7. Conclusion

Pour conclure, les recherches effectuées sur mon sujet de mémoire m'ont beaucoup apportées. J'ai pu grâce à celles-ci éclairer les différents questionnements que je me suis posés lors des différentes situations que j'ai vécues en stage. J'ai cherché à comprendre comment la communication non verbale et le toucher pouvaient favoriser la relation soignant-soigné. A travers mes différents questionnements, j'ai pu créer une question de départ qui est : « *En quoi la communication non verbale et le toucher favorisent-ils la relation soignant-soigné?* ».

Afin de répondre à cette question de départ, j'ai construit mon cadre conceptuel dans lequel j'ai exploré mes trois grands concepts: la communication non verbale, le toucher et la relation soignant-soigné. J'ai par la suite confronté ces recherches en allant m'entretenir avec trois professionnels de santé pour recueillir leur point de vue sur mon sujet. C'est une partie que j'ai beaucoup aimé faire car cela m'a permise d'apprendre beaucoup de chose sur mon sujet et de mieux le comprendre.

J'ai analysé mes entretiens, qui m'ont permis de mettre en avant l'importance de la communication non verbale et du toucher dans la relation avec la patient. En effet, les infirmiers ont témoigné du fait que ces outils pouvaient avoir de nombreux effets positifs sur la relation avec le patient: renforcement du lien de confiance, réassurance, sentiment de sécurité, effets sur la douleur...

Dans certaines situations, la communication non verbale permet de mettre en avant des discordances avec le discours du patient. D'après les infirmiers, cela permettrait de mieux adapter notre prise en soin du patient, et de le mettre en confiance en repérant ces anomalies.

J'ai pu également apprendre qu'il n'y avait pas que des effets positifs mais aussi des effets qui pouvaient freiner cette relation. En effet, les infirmiers ont mis en avant que parfois notre posture ou notre attitude pouvait entraver la relation avec le patient. Le toucher peut aussi être délicat à utiliser car certains patient ne sont pas réceptifs à celui-ci ou parfois leurs antécédents font que cela n'est pas compatible: maltraitante, obésité, autisme.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a aidé à mieux comprendre l'intérêt de la communication non verbale et du toucher dans la relation soignant-soigné. Il m'a aussi apporté les outils nécessaires à ma future prise de poste et pour le reste de ma carrière. Je retiens de ce travail l'importance de prendre en compte le non verbal du patient pour être en capacité de mieux prendre en soin celui-ci. Mais également de faire attention au notre, car parfois on peut transmettre des choses par notre non verbal qui peuvent troubler le patient ou le rendre inconfortable. Le toucher est aussi un outil que je continuerais d'utiliser, car je pense qu'il est une ressource auprès des patients et qu'il peut permettre d'apaiser et de renforcer le lien de confiance avec le patient. Je retiens tout de même qu'il faut l'utiliser avec prudence et avec l'accord du patient.

J'espère que ce travail effectué pourra également servir à d'autres professionnels sur la pratique du toucher dans les soins infirmiers, aussi bien sur les effets positifs que cela peut avoir que sur les effets qui peuvent freiner la relation avec la patient.

## Bibliographie

### Ouvrages

Bilan, C. (2020). *Ce que votre corps révèle vraiment de vous, la communication non verbale*. O . Jacob

Bonneton-Tabariés, F et Lamber-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-Line Edition.

Blanchon,C. (2006). *Le toucher relationnel, au coeur des soins*. Elsevier.

DESHAYS, Catherine. *Trouver la bonne distance avec l'autre*. InterEditions-Dunod. Paris.p15

Manoukian, A. et Masseboeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. (3ème édition). Lamarre.

Montalescot,M.(1999).*Le toucher relationnel*.Saint Jean de Braye: Dangles

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaires dynamique de la relation soignant-soigné*. (5 ème édition). Setes.

Roy, C. (1995). *in Communication*, Bidon, Tolérance, p.29.

Watzlawick, P, Helmick Beavin, J et Jackson, D. (2014). *Une logique de la communication*. Paris Point

### Articles

Colmon,D. (2013). La relation soignant-soigné: un ensemble de forces en présence. *Inter bloc, volume 32* (numéro 3), page 172 à 173.

Chiraz.A (2021). Le massage bien-être. *Soins Aides-soignantes, volume 18* (numéro 101), page 14.

Dumas.F (2022). Sourire pour entrer en relation. *Soins Aides-soignantes, volume 19* (numéro 105), page 24.

Formarier,M.(2007).La relation de soin,concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers, volume* (numéro 89), page 33 à 42.

Grousset, S. (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins, volume 54* (numéro 737), page 30-31

Malaquin-Pavan, E. (2013). Le langage du toucher dans les soins. *Soins, volume 58* (numéro 773), page 48-49

Rizet.P (2008). L'approche corporelle dans les soins. *La revue de l'infirmière, volume 57* (numéro 138), page 19.

Segui.C (2012). La place du regard et du toucher dans les soins. *L'aide soignante, volume 26* (numéro 135), page 28.

Terrat, E. (2013). La communication formelle. *L'aide-soignante*, volume 27 (numéro 150), page 12 à 14.

Terrat, E. (2020). La communication un apprentissage au service du prendre soin. *L'aide soignante*, volume 34 (numéro 222), page 10 à 11.

### Sites web

Delamarre.C. (2014). *Chapitre 2: Communication verbale et non verbale*. Cairn.  
<https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100554362-page-29.htm>

Edward G. Wertheim. (s.d). The Importance of Effective Communication.  
<https://ysinfo.files.wordpress.com/2012/06/effectivecommunication5.pdf>

Fedor et al. (2007). *Le toucher au cœur des soins Phase 1. Guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers*.  
<https://sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-longue.pdf>

Genot-Girard. (2018). *Communiquer dans une relation de soins*. [Présentation PowerPoint]  
<https://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2018/02/Communiquer-dans-une-relation-de-soins.pptx-Lecture-seule.pdf>

IFSI de Dijon. (2019). La communication non verbale. [Présentation PowerPoint]  
<http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/02/4.2-TD-communication-non-verbale-V2.pdf>

Joly, B.(2009). *Chapitre 1: Présentation de la communication*. Cairn.  
<https://www.cairn.info/la-communication--9782804159740-page-7.htm>

La communication. (2019) [Présentation PDF]  
[http://www.ifpssnc.nc/MyKv2/php/\\_DOCS/SEQUENCES/NH03658118/LACOMMUNICATION.pdf](http://www.ifpssnc.nc/MyKv2/php/_DOCS/SEQUENCES/NH03658118/LACOMMUNICATION.pdf)

*Les modes de communication verbale* (s.d.)  
<http://ekladata.com/2FjaiJ0-5Odf3IUJYFP7CIAQ9Fo.pdf>

Pitte,M. (2019). *La relation soignant-soigné*. Espace soignant.  
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relacionnels/relation-soignant-soigne>

Terrier, C. (2013). *La communication non verbale*.  
[http://www.cterrier.com/cours/communication/60\\_non\\_verbal.pdf](http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf)

Winckler.M. (2005). *Qu'est-ce que la communication non-verbale?*. Winckler's Webzine  
<http://martinwinckler.com/spip.php?article461>

Wikipédia. (2021). *La communication non verbale*.  
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication\\_non\\_verbale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication_non_verbale)

## ANNEXE I: Grille d'entretien

Bonjour, je souhaite connaître votre point de vue sur les moyens de communications dans la relation soignant-soigné. Je vous remercie de m'accorder ce temps pour répondre à mes questions. La retranscription de cet entretien sera faite de manière anonyme et la bande sonore sera détruite après retranscription. Acceptez-vous que je vous enregistre pendant l'entretien ?

Thèmes à aborder	Objectifs attendu	Questions
<b>Parcours IDE</b>	Connaître la personne interviewée	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pouvez-vous synthétiquement présenter votre parcours professionnel?</li></ul> <p><b>Relance:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En quelle année avez vous obtenu votre diplôme?</li><li>- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service actuel?</li><li>- Quel âge avez-vous?</li></ul>
<b>Communication non verbale</b>	Explorer les différentes composantes de la communication non verbale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment définissez-vous la communication non verbale<ul style="list-style-type: none"><li>- Sur quels éléments elle s'appuie?</li></ul></li><li>• Pour vous, comment s'exprime la communication non verbale?<ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce qu'elle s'exprime autrement que pas ce que vous m'avez dit?</li><li>- Quels sont les différents types de communication non verbale?</li></ul></li></ul>
	Comprendre l'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné	<ul style="list-style-type: none"><li>• La communication non verbale peut-elle pour vous favoriser la relation soignant-soigné?<ul style="list-style-type: none"><li>- Et si oui en quoi?</li><li>- Pouvez-vous me donner un exemple?</li><li>- Et si non pourquoi?</li></ul></li><li>• Est-ce que dans certains cas la communication non verbale peut être un frein à la relation soignant-soigné?<ul style="list-style-type: none"><li>- Si oui, pourriez-vous me donner un exemple?</li><li>- Pourriez-vous m'expliquer dans cet exemple en quoi la communication non verbale a été un frein à la relation soignant-soigné?</li></ul></li></ul>
<b>Le toucher</b>	Comprendre l'impact du toucher dans la relation soignant-soigné	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comment définiriez-vous le toucher?<ul style="list-style-type: none"><li>- Selon vous, est-ce qu'il y a plusieurs types de toucher?</li></ul></li><li>• Quels effets le toucher peut-il avoir sur la relation soignant-soigné?<ul style="list-style-type: none"><li>- Est-ce qu'il peut ou pas renforcer le lien de confiance ?</li><li>- A t-il des effets négatifs ou positifs sur la relation soignant soigné?</li></ul></li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi le toucher est-il une aide dans la communication non verbale? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez vous un exemple?</li> </ul> </li> <li>• Comment le toucher peut-il être un frein à la relation soignant-soigné? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous une situation un exemple?</li> <li>- Dans cette situation quels freins a été provoqué par le touché dans la relation soignant-soigné?</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>La relation soignant-soigné</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment définiriez-vous la relation soignant-soigné? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce que vous pouvez me citer les différents niveaux de relation que vous connaissez?</li> </ul> </li> <li>• Comment le touché peut aider à la mise en place de la relation soignant-soigné? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est l'intérêt d'utiliser le toucher dans la relation soignant-soigné?</li> </ul> </li> <li>• Dans une relation soignant-soigné, qu'est-ce que peut apporter la communication non verbale?</li> </ul>

Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Lorsque j'aurai terminé mon mémoire, souhaitez-vous que je vous envoie par mail une copie de celui-ci? Si oui, acceptez-vous de me donner votre adresse mail pour que je vous le transmette?

Merci d'avoir répondu à mes questions.

## **ANNEXE II: Retranscription entretien IDE 1**

**Moi:** Bonjour, du coup je te rencontre aujourd'hui car je souhaitais faire un entretien avec toi pour connaître ton point de vue sur les moyens de communications dans la relation soignant-soigné, donc merci de m'accorder le temps nécessaire pour répondre à mes questions. Donc la retranscription sera faite de manière anonyme et après je détruirai bien la bande sonore. Alors est-ce que tu acceptes que je t'enregistre pendant l'entretien?

**IDE:** Oui oui, pas de problèmes

**Moi:** Donc, tout d'abord est-ce que tu peux me présenter synthétiquement ton parcours professionnel ?

**IDE:** Oui, j'ai été diplômé en 2016, 2016 de Guillaume Régnier et j'ai été sur le Pool, fin j'ai été de nuit pendant 2 mois en hématome et après j'ai été sur le pool pendant 2 ans, donc médecine spé, dermato, néphro, maladie infectieuse, hépato et ensuite j'ai eu un poste en hématologie depuis 2018, où j'ai fait tout les postes, tout les services: de la programmation, fin pas mal de transversalité en plus.

**Moi:** Ok, très bien. Du coup voilà, maintenant je vais partir sur la communication non verbale. Donc, est-ce que tu pourrais me définir ou pas la communication non verbale?

**IDE:** Dans une prise en soin ou en règle générale?

**Moi:** En règle générale.

**IDE:** Bah la communication non verbale ça va être plus par l'attitude que tu vas avoir, le positionnement, comment tu vas mettre ton corps en faite, ton visage, les expressions de ton visage, tes yeux, mais aussi les mouvements que l'on peut faire nerveusement, voilà tout ça. La communication non verbale, le toucher, tous les autres sens.

**Moi:** Ok. Et du coup, bah tu as un peu répondu mais comment elle s'exprime cette communication non verbale?

**IDE:** Bah, justement elle va s'exprimer par la position que tu prends, par exemple, on dit toujours, fin la c'est un mauvais exemple parce que j'ai les bras croisés mais que si tu as les bras croisés c'est que tu vas être fermé dans ta conversation ou qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Une personne qui se balance d'avant en arrière, ça peut représenter de la nervosité, c'est plus des choses comme ça, le

regard qui est fuyant, tout ces trucs là, qui vont être interprétables, mais qui vont surtout pouvoir potentiellement montrer quelque chose que la personne ressent.

**Moi:** D'accord je vois merci. Et du coup, est-ce que pour toi la communication non verbale peut favoriser la relation soignant-soigné?

**IDE:** Oui! Elle l'est. Je pense même que la communication non verbale est plus importante que la communication verbale dans le relation soignant-soigné. Parce que tu peux dire des mots à quelqu'un et enfaite si ton corps dit le contraire, le patient il va s'arrêter là dessus. Tu vois si tu es entrain de parler à quelqu'un mais qu'enfaite tu es orienté vers la porte, par exemple pour sortir parce que tu es dans le jus et que tu as d'autres trucs à faire le patient il le voit. Il voit que tu es là sans être là, donc même si les mots que tu as peuvent être rassurants, la position que tu vas avoir, va finalement lui montrer le contraire.

**Moi:** Oui c'est sur. As-tu un exemple à me donner, une situation que toi tu aurais vécu ? Où la communication non verbale a favorisé la mise en place de la relation soignant-soigné?

**IDE:** Bah, enfaite il y'a pas mal de situations où tu commences, tu te présentes, tu discutes, tu pars à discuter d'un thème, souvent lors des annonces ou de choses comme ça. Et enfaite à un moment, tu te rends compte que tu n'as plus besoin de parler, tu vois tu vas être sois debout, sois assis au bord du lit. Souvent moi je me met dans le fauteuil du patient quand il est dans son lit et je vais l'inciter à parler juste en me penchant un peu en avant, ou en faisant un geste ou en ayant un regard sans rien dire mais un regard un peu insistant. La plus part du temps les gens sont plus réceptifs à ça, plutôt que de chercher comment tu vas relancer la conversation. Enfaite le patient il attend juste de voir que tu l'écoutes donc oui c'est arrivé super souvent effectivement.

**Moi:** Ok merci. Et est-ce que pour toi dans certains cas la communication non verbale peut être un frein à la relation soignant-soigné ?

**IDE:** Ouais ouais c'est sur. Bah justement comme je disais tout à l'heure, il y a quand même beaucoup de moments où les soignants sont dans le jus, et par exemple tu vas être dans une chambre avec un patient, le patient il va vouloir te parler de quelque chose d'important, tu sais qu'il faut que tu l'écoutes mais tu es en train de penser quand même que pendant ce temps là, tout le reste n'est pas fait et que non seulement tu vas pendre du retard mais en plus ça peut être délétère pour les patients qui attendent donc tu es là t'écoutes ton patient, éventuellement tu réponds quand c'est des trucs qui sont graves mais, mais tu dis, fin moi je revois une scène comme ça justement, ou le patient il me parlait de quelque chose d'assez important, j'écoutai mais j'étais vraiment tourné vers la porte et j'avais presque à la fin la main sur la poignée, alors qu'il n'avait pas du tout fini de discuter mais parce

que dans ma tête j'étais déjà sur toute la suite qui allait arriver, et il fallait le quitter donc c'était nécessaire.

**Moi:** D'accord, bah du coup voilà pour la communication non verbale, merci.

**IDE:** Mais je t'en prie!

**Moi:** Donc maintenant par rapport au toucher, est-ce que tu pourrais me le définir ?

**IDE:** Bah ça va être tous les contacts, soit tout les contacts que toi tu vas avoir avec la peau de quelqu'un d'autre soit après d'une manière très générale c'est tout ce que tu vas ressentir au niveau de ton corps et de tes mains.

**Moi:** Ok et dans les soins est-ce que pour toi il existe plusieurs types de toucher ? Est-ce qu'on peut avoir différents toucher dans un soin?

**IDE:** Ouais, bah tu peux avoir du toucher pour rassurer par exemple ou pour encourager quelqu'un à continuer. Par exemple quand tu vas prendre la main de quelqu'un dans un lit, qui est entrain de parler, le fait de prendre sa main ou de toucher son bras ça peut dire « vas y je t'écoute, je suis là ». Là pour le coup ta communication non verbale, elle s'encre vraiment avec ton patient parce que tu as un contact physique et la personne sent que tu es là. Mais tu peux aussi avoir, fin c'est tout bête mais la façon de désinfecter un bras avant de piquer par exemple ou si tu as geste qui est très brusque, qui est très rapide, tu peux créer du stress chez ton patient alors que si tu fais quelque chose d'assez doux, d'assez maîtriser, il va se sentir plus en sécurité. Donc des touchers tu en as plein, le toucher massage, tu as pleins pleins de choses qui peuvent exister et qui peuvent être intéressantes

**Moi:** Ok super et pour toi quels effets le toucher pourrait avoir sur la relation soignant-soigné?

**IDE:** Et bah ça peut avoir des effets positifs et des effets négatifs justement. Tu peux avoir les effets positifs de la personne qui se livre, et du coup, comme je disais tout à l'heure le fait de poser la main, ça t'encre dans la relation avec lui, mais tu vas aussi avoir des gens qui ne supportent pas d'être touchés et qui peuvent se refermer, du moins se sentir mal à l'aise parce que tu vas poser ta main sur eux. Donc ça c'est un peu au soignant je trouve d'évaluer avec qui tu peux le faire ou pas, et quand tu le fais de voir les effets que ça a sur la personne au niveau de sa communication non verbale justement. (À classer)

**Moi:** D'accord et du coup pour toi, en quoi ça peut être une aide d'utiliser le toucher dans la communication non verbale?

**IDE:** Bah enfaite ça va aider parce que la personne sent que tu es vraiment avec elle, ça peut aussi permettre de préparer, je sais pas trop comment expliquer ça mais, tu sais c'est comme un masseur, avant de te masser la zone qu'il va masser, il aura toujours une main qui est posé à cet endroit là, un peu pour dire c'est ici que je vais aller. Tu évites cet effet de surprise de la main qui se pose sur toi hyper rapidement. Je pense que dans les soins c'est la même chose, je reviens sur la prise de sang parce que c'est quand même le truc qu'on fait assez souvent. Le fait de prendre le bras d'abord, de le tendre, le bras de ton patient de bien le tendre, même d'aller sur la zone où tu vas piquer en étant assez doux, je trouve que ça prépare le patient, du coup il y a plus cet effet « j'ai mal » parce qu'on m'avait pas prévenu qu'on allait me piquer. Et ça pour moi on peut pas le faire autrement que le toucher, aucun autre élément de la communication non verbale ne peut le faire.

**Moi:** Et est-ce que pour toi le toucher peut favoriser la relation soignant-soigné?

**IDE:** Oui totalement, tout dépend avec quel patient, mais si le patient ça ne le dérange pas d'être touché je pense que c'est un très bon outil. Ça permet comme je disais de rassurer le patient, de lui faire comprendre qu'on est à son écoute, qu'on est là pour lui et c'est important Parce que je pense que ça permet au patient aussi de se confier plus facilement à nous. Je pense que le patient il se sent plus en confiance, parce que toucher c'est aussi se mettre un peu à nu, donc on montre une partie de nous.

**Moi:** D'accord et du coup comment le toucher peut être un frein dans la relation soignant soigné?

**IDE:** Je pense que ça peut être clairement arrêter une relation, fin une bonne relation, parce que la personne ne supporte pas d'être touché. Les gens à l'hôpital ils sont quand même hospitalisés, il y a beaucoup beaucoup de monde à passer dans leur chambre, c'est humain, il y a des gens qui vont aimer et d'autres qui ne vont pas aimer ton comportement. Imagine toi tu es face à quelqu'un dont le comportement ne te plaît pas, dont tu n'es pas fan et en plus la personne elle vient poser sa main sur toi, je pense que vraiment ça peut agacer. Donc à mon avis ça peut bloquer beaucoup de gens.

**Moi:** Ok très bien. Du coup maintenant je vais partir sur le sujet de la relation soignant-soigné. Comment justement tu pourrais me définir la relation soignant-soigné?

**IDE:** C'est dur à définir la relation soignant-soigné! Enfaite la difficulté la dedans, c'est que la personne soignée n'a pas demandé à l'être alors que le soignant fait le choix de faire ce métier là. Donc même si il n'y as pas de relation hiérarchique entre toi et ton patient, tu as quand même un peu une relation, de force qui peut s'installer, parce que il y en a un qui est obligé d'avoir et un qui a décidé de faire,

donc forcément tu as cette complexité là. Après, si tu fais bien ton travail, la relation soignant soigné c'est avant tout, pour moi, permettre d'enlever un petit peu de la difficulté à ton patient. C'est un outil du soin. Tu vois, dans le fait de lui parler, dans le fait d'essayer de gérer sa douleur, de faire tout les actes que tu fais à côté, le but normalement c'est toujours un but positif que toi tu as en tête médicalement parlant mais il faut en plus garder vraiment en tête que vu que le patient subi tout ça, ton rôle à toi c'est d'alléger un peu tout ce qu'il va vivre.

**Moi:** Et est-ce que pour toi il y a différents niveaux de relation?

**IDE:** Oui je pense, pour moi il y a la relation en guillemet qu'on dit de politesse, c'est à dire que je vais être cordiale, je vais dire bonjour, merci, aurevoir. Après ça c'est plutôt en général avec n'importe quel type de personne, pas seulement le patient. Après plus précisément avec le patient, je dirai qu'il y a la relation d'aide, c'est à dire que bah je vais être présent pour le patient, le soutenir, être une oreille à qui il peut parler, se confier dans le but justement d'entretenir ce lien de confiance.

**Moi:** D'accord et pour toi comment le toucher peut aider à la mise en place de la relation soignant-soigné ? Quel est son intérêt dans la relation soignant-soigné?

**IDE:** Ouais ouais je vois. L'intérêt si on oublie le fait que le patient peut ne pas aimer être touché, l'intérêt je trouve c'est que tu favorises la confiance par le toucher même si finalement ça t'engage à rien. Enfaite, ça montre de la compassion un peu, je pense que la plupart des gens peuvent le voir comme ça. Cela montre que tu prends en considération la personne comme étant une personne et non pas en étant juste une pathologie. Donc pour moi c'est plus ça, reconnaître vraiment la personne comme un être humain.

**Moi:** Du coup j'allais te demander quelle était la plus value du toucher mais tu as répondu à la question... Et par contre dans la relation soignant-soigné, qu'est-ce que la communication non verbale peut elle apporter ?

**IDE:** Bah je trouve que ça va ensemble enfaite tout ça! Tu vois, ils sont importants tous les deux, et ils vont se compléter tous les deux si on pense au toucher et à la communication non verbale. Le toucher étant un élément de la communication non verbale. Parce que la communication non verbale va montrer une écoute, va montrer une présence ou pas et le toucher va faire la même chose. Donc pour moi c'est ça la communication non verbale dans une relation ça va permettre de construire et de laisser de la place à l'autre si notre tête lui en laisse.

**Moi:** OK super, donc j'ai fini de te poser les questions que j'avais à te poser. Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose?

**IDE:** Non pas particulièrement, je pense que c'est pas mal!

**Moi:** D'accord, est-ce que tu souhaites que je t'envoie par mail une copie de mon mémoire pour que tu puisses le lire une fois que je l'aurai terminé?

**IDE:** Oui ça pourrait être bien, c'est intéressant.

**Moi:** Ok, j'ai déjà ton adresse mail donc pas besoin de la récupérer!

**IDE:** Oui du coup!

**Moi:** Bah en tout cas merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions

**IDE:** Je t'en prie, pas de soucis.

### **ANNEXE III: Retranscription entretien IDE 2**

**Moi:** Bonjour, merci de m'accorder cet entretien. Je souhaitais t'interroger pour connaître ton point de vue sur les outils de la communication et le toucher dans la relation soignant-soigné. Du coup est-ce que tu acceptes que je t'enregistre?

**IDE:** Oui, sans problème.

**Moi:** Très bien, merci. Du coup la bande sonore sera bien détruite après retranscription et la retranscription sera faite de manière anonyme. Donc pour commencer, je vais te demander un peu de te présenter et de présenter ton parcours professionnel synthétiquement si c'est possible.

**IDE:** Alors synthétiquement, j'ai fait ma formation d'infirmière en 1989 et ensuite je me suis spécialisée en tant qu'infirmière anesthésiste en 2001, où j'ai effectué ma formation à Tours. Je ne suis pas uniquement infirmière anesthésiste, j'ai également un autre parcours, mais là dans ton projet je pense que c'est le côté soignant qui t'intéresse. Mais du coup j'ai aussi fait avant du droit, j'ai fait un doctorat en prévention santé publique parce que pour moi justement l'important c'est le soin et voilà, IADE faisait aussi de cette démarche pour accéder au plus près des patients. Donc ça fait... alors je fais que des remplacements, je vois énormément de monde, énormément de soignants, énormément de patients, énormément de situations, que se soit dans les DOM-TOM, que se soit dans les transferts, dans la prise en charge, transferts, des fois je fais des transferts patients dans des petites îles ou il y a très peu de choses, dans des cultures différentes, ce qui est intéressant aussi, par rapport au non verbal et c'est quelque chose qui en plus m'intéresse beaucoup puisque j'ai fondé un centre de formation par rapport à ça.

**MOI:** Ok je te remercie, maintenant je vais passer sur le sujet de la communication non verbale. Donc mon objectif c'est un peu de voir ton point de vue sur la communication non verbale. Pour commencer, est-ce que tu peux me donner une définition de la communication non verbale pour toi? Comment tu le définirais ?

**IDE:** ... Je trouve c'est la façon de se donner à l'autre, d'appréhender l'autre personne qui est en face de soi, c'est à dire que quand on rentre dans une pièce il faut se dire qu'il n'y a que deux personnes, on est dans une relation de soins et de se focaliser, de focaliser son attention à l'autre.

**MOI:** Ok et pour toi, la communication non verbale ça s'appuie sur quoi?

**IDE:** C'est l'attitude, la présentation, la façon d'arriver dans une pièce, chercher tout de suite le regard de l'autre, montrer qu'on a vu qu'il était là, qu'il est important pour nous, enfin c'est ma façon de voir

les choses après il y a peut être d'autres approches qui peuvent être aussi très intéressantes et qui ne sont pas forcément à dénigrer. Mais voilà, je trouve que ce qui est important c'est de montrer quand on rentre dans une pièce, qu'on est, qu'on rentre, bah on vient d'ailleurs pour la personne, donc montrer que c'est vraiment elle que l'on vient voir, la regarder, avoir une attitude douce, pas envahissante, pas ouvrir, y'a des personnes qui ouvre une porte, on a l'impression que toute la pièce est à elle, enfin tu sais qu'elles sont très ... alors que la on rentre chez quelqu'un où on reçoit quelqu'un pour un examen, il y a plusieurs possibilités. Donc même si c'est la personne qui vient à nous, une fois qu'elle est dans la pièce, vraiment l'accueillir du regard. Pas lui dire « entrer madame », bon là tu vas me dire c'est verbal mais dans le non verbal ce sera continuer à remplir un dossier en lui tournant le dos et lui dire je vous en prie asseyez vous. Mais ça le non verbal qui reçoit quelqu'un le dos tourné pour moi c'est très violent. C'est vraiment accueillir la personne, déjà accrocher le regard et faire preuve d'humilité, bah en disant voilà je suis là pour vous.

**MOI:** Ok, du coup tu as un peu répondu mais j'allais te demander comment s'exprime la communication non verbale. Tu as dit il y a les attitudes, est-ce que tu en vois d'autres?

**IDE:** Il y a les attitudes mais il y aussi le paraître, alors je veux dire forcément nous en tant que soignant on est en pyjama on est en tenue blanche...mais faut pas oublier en fait qu'en face de nous on a une personne très démunie, alors moi dans ma catégorie IADE on a des gens tout nus, sous un pyjama en papier ou sous une petite toile, une petite blouse en toile très légère, allonger, nous on les regarde de haut...nous on les regarde de haut en bonne santé donc déjà c'est ça. Donc moi je me mets toujours à la hauteur du patient...C'était quoi l'objectif de ta question, excuse moi parce que je suis un peu partie sur autre chose...

**MOI:** Comment ça s'exprime, du coup la communication non verbale?

**IDE:** Ça s'exprime dans la façon de se positionner à l'autre, vraiment c'est... et se soucier toujours et ça reste dans du non verbal, de se soucier de comment la personne reçoit, parce que tout de suite dans le non verbal il y aussi le patient, c'est à dire que quand un patient nous regarde, quand un patient se détend, quand un patient se confie c'est qu'il perçoit quelque chose qu'il met en confiance. Et c'est vrai que moi tout façon, la personne quand je la... dans le non verbal parce que forcément il y a des paroles qui accompagnent le geste mais moi quand je rentre dans une pièce je dis bonjour à la personne avec une voix douce et un sourire. Ou alors quand la personne arrive, je me mets à sa hauteur et si c'est un patient qui est allongé je me mets à sa hauteur et souvent je pose la main. Par exemple aujourd'hui dans toutes les chambres où je suis allée j'ai dit « bonjour » (dit avec une voix douce), et j'ai posé ma main sur l'épaule ou l'avant bras en gardant un geste très pudique et je prend un premier contact avec la personne doux, pour montrer que je suis là pour m'occuper d'elle et de son corps.

**MOI:** D'accord, bah merci beaucoup. Et sinon...

**IDE:** Ah et est-ce que je peux rajouter quelque chose?

**MOI:** Oui bien sur! Tout ce que tu veux

**IDE:** Au risque de paraître vieux jeu quand je te disais une présentation, c'est vrai que nous on est masqué mais des fois en tant que soignante femme je dirai et parfois aussi les hommes le font avec du parfum, on a besoin des fois d'exprimer un peu sa personnalité. Donc nous souvent au bloc ce qu'on fait les IADE, on met des calots fleuries, des calots assez gais, enfin avec autre chose que du bleu ou de vert. Mais dans les services parfois je trouve ça un peu trop... trop de bijoux, trop de maquillage, trop de parfum, ça créé au bout d'un moment aussi un décalage, après je comprend que les soignants en aient besoin, mais quand on est vraiment dans le soin (appui son intonation sur le mot) pas dans l'accueil, dans l'accueil souvent la personne et elle aussi habillée mais quand on a une personne nue et malade en face de nous, je trouve que d'arriver trop... parfumée déjà ça donne mal à la tête, ça créé des voilà et ça met pas à l'aise, l'autre se sent encore plus démunie, encore plus mal, moins socialement acceptable.

**MOI:** Ok et du coup est-ce que pour toi la communication non verbale cela favorise la relation soignant-soigné ?

**IDE:** Ah mais tout est là, tout est là, la communication non verbale est essentielle dans une relation soignant-soigné ! Pour prendre un exemple simple, quand tu as une.. alors je vais prendre jeune parce que c'est le manque d'expérience et voilà, le nouveau job qui arrive mais quand par exemple il y a une nouvelle infirmière, une nouvelle dans le sens elle prend son poste, donc qui a le soucis de bien faire, donc elle est vraiment dans les papiers, dans les gestes, elle reste très polie, souriante mais quand par exemple, en ambulatoire, on le voit tout de suite nous à l'autre bout, c'est à dire quand le patient arrive au bloc opératoire, qui est avant dans le... parce qu'elles sont stressées, elles ont peur d'oublier des choses et les papiers, du coup le patient arrive aussi stressé. Et quand on est avec quelqu'un qui a l'habitude, qui est plus relax, bah nous a l'arrivée, quand le patient arrive au bloc, il est déjà, on sent tout de suite la différence. Et c'est pour toute la série des patients, c'est pas pour un ou deux patients. Ce qui montre bien que quand quelqu'un est stressé, ça se répercute sur le patient. On sent dans quel état ils arrivent, ils ont montés en pression tout le long. Et pour peu que le brancardier est parlé du match de foot, bah la personne ne se sent pas reconnue du tout parce que le non verbal c'est aussi parler d'autre chose quand la personne est là, donc effectivement on parle mais on parle carrément d'autre chose, donc c'est carrément nier la personne qu'on est en train de brancarder, et ça passe par l'attitude que l'on a. Donc ça y fait aussi et voilà c'est tout un échelon qui fait que nous quand ils

arrivent au bloc, les patients sont hyper stressés. Donc le non verbal... pour faire bien la part des choses, donc la j'ai dit qu'elle était stressée, donc stressée c'est ce qu'elle va dégagée, c'est sa rapidité dans les gestes, c'est la façon de poser les questions même si elle reste très gentille, très professionnelle a priori. Mais du coup oui la communication non verbale peut favoriser la relation soignant-soigné, j'ai un peu dit l'inverse dans mon exemple mais lorsque l'on adresse un sourire, que l'on est doux par les gestes avec le patient cela met tout de suite en confiance et cela apaise. Donc c'est important de faire attention à notre attitude lorsque l'on est avec un patient.

**MOI:** Très bien et dans le cas averse est-ce que la communication non verbale ça peut être un frein à la relation soignant-soigné ?

**IDE:** Alors ça dépend, si je te dis « pouvez vous me donner un peu d'eau s'il vous plaît » (dit avec une voix douce), donc la c'est une communication verbale avec une intonation douce mais si je te dis « de l'eau, et et de l'eau! » (voix plus ferme et dit avec méchanceté) ça va pas aller dans le bon sens. C'est comme avec l'exemple que je te disais tout à l'heure, recevoir quelqu'un en lui tournant le dos, c'est une communication non verbale mais pour moi agressive. Parler à quelqu'un sans jamais le regarder, donc le non regard, le non respect de la personne qu'on a en face de soi, quelques que soi les propos surtout en tant que soignant, pour moi c'est du non verbal négatif donc c'est... Est-ce que la question c'est ça, on peut avoir du non verbal positif et du non verbal négatif?

**MOI:** ouais c'est comment le non verbal, est-ce que pour toi le non verbal des fois dans certaines situations peut freiner la relation soignant-soigné?

**IDE:** Ah bah oui parce qu'on sent que les gens ils ne sont pas avenants, ils ont une attitude raide, ils nous regardent de haut ou ils nous regardent pas du tout... oui oui l'un ne va pas sans l'autre pour moi, ce n'est pas possible. C'est pour ça qu'à chaque fois qu'il y a quelque chose, des fois je veux dire, même des fois avec le masque quand je fronce les yeux, je dis au patient « excusez moi, j'ai envie d'éternuer c'est juste pour ça que je fronce les yeux », et eux ils font non y'a pas de soucis mais si je fronce les yeux et que je ne dis rien et que je suis en train de faire un geste, poser une perfusion bah ils vont se dire « oh y'a un truc qui va pas » ou alors si je regarde le Scop et que je fronce les yeux, des fois tu sais c'est juste parce que le masque il nous gratte, on fait un petit truc comme ça mais eux c'est pas ça qu'il voit. Donc je veux dire, il faut aussi apprendre à gérer le non verbal qu'on envoie qui est un petit peu indépendant de notre volonté, voilà parce qu'on sait qu'ils sont accrochés à ça, les patients sont vraiment accrochés à ça. Tu regardes le scop, il suffit à ce moment là que tu fasses un petit clin d'oeil ou un truc, totalement autre chose parce que tu as une poussière dans l'oeil, ou parce que le masque te gêne ou je sais pas parce que voilà. Eux ils vont paniquer, tout geste pour eux à de l'importance et d'autant plus qu'on a une personne angoissée souvent en face de soi, ils font vraiment attention à tout ça.

**MOI:** D'accord merci, j'en ai fini pour le thème de la communication non verbale. Du coup maintenant je vais passer au toucher, je vais centrer sur le toucher, du coup est-ce que, comment toi tu définirais le toucher ? Généralement qu'est-ce que le toucher?

**IDE:** Le toucher dans notre profession?

**MOI:** Même en général ? Le fait de toucher, tu définirai ça comment ?

**IDE:** Alors le toucher en général, je dirai c'est ce qui nous ramène à notre humanité dans le sens le plus noble. C'est à dire prendre contact avec le corps de l'autre, prendre contact avec le corps d'autrui mais dans une relation de dignité. C'est se serrer la main, se dire bonjour, mettre la main sur l'épaule, c'est accompagner un enfant avec petit peu de mal à marcher ou une personne âgée qui a du mal à marcher, à poser juste une main. Je trouve c'est vraiment la relation de ce qu'il y a de plus digne chez l'humain quand c'est fait avec douceur, avec bienveillance et avec envie de découvrir de l'autre.

**MOI:** Et est-ce que pour toi il existe plusieurs types de toucher ? Des types de toucher que l'on peut utiliser en tant qu'infirmier(e) ?

**IDE:** ... La difficulté de cette question c'est qu'il y a l'hygiène, il y a un côté hygiène donc... Le soignant qui met des gants pour tout faire, non, la je suis pas d'accord, je trouve que c'est pas du tout adapté, ce n'est même pas justifié. Après une fois que l'on a pris le premier contact, je parlais toute à l'heure tu sais de poser une main, mais ce n'est pas forcément sur une peau nue, ma main est nue mais lui il a son pyjama, il a sa chemise, je vais jamais directement sur une peau nue même si c'est un bout de bras libre qui dépasse, je vais viser la partie qui est couverte. Je prend pas un contact direct, on est deux inconnus, c'est juste pour montrer ma bienveillance. Est-ce que... reformule ta question, j'ai le soucis de bien répondre (rire).

**MOI:** Est-ce qu'il existe plusieurs type de toucher dans les soins?

**IDE:** Alors après, est-ce que le fait de faire un soin, enfin est-ce qu'on fait un soin avec du toucher (réfléchis). Oui, alors bah oui, donc oui oui. Alors pour prendre un exemple, alors je sais pas si toi ça va te parler, mais quand tu connais toute les phases de l'endormissement, de l'accouchement ou du soin que tu es en train de faire, il y a toujours un moment ou le contact est important et quand les gens s'endorment, je suis en osmose avec eux, c'est à dire que les gens sont allongés devant moi, je suis là et je mets d'emblée une main sur leur poitrine mais je leur dit « je vais mettre une main sur votre poitrine » et il y a toujours le pyjama entre nous et je dis « je met une main ici, pour sentir votre respiration » et là je commence à parler doucement (le fait avec la voix douce) donc là tu vas me dire

c'est la communication verbale mais le non verbal c'est d'être prêt d'eux, ma bouche qui susurre à l'oreille et ma main qui est là pour sentir la respiration, c'est le prétexte que je donne et finalement je leur fait presque un câlin avant qu'il s'endorme mais ça c'est déontologiquement et professionnellement je peux pas dire ça, mais l'intention est là, c'est vraiment les entourer d'une présence humaine au moment ou ils vont s'endormir. Ils s'endorment et ils sont très apaisés, enfin moi tout les retours que j'ai c'est qu'ils adorent. Et un médecin qui n'a absolument pas, qui n'arrivait pas à toucher les gens, qui n'était pas du tout à l'aise avec ça, il me dit « Olala moi tu me ferais ça, je ne serai pas du tout à l'aise, j'aurai l'impression d'étouffer » puis je lui ai dit « si tu amènes bien la chose, si tu y vas avec douceur, je suis sur que ça passe » . Combien de fois des gens m'ont dit, parce que je fais aussi, j'enseigne le massage, donc je fais du toucher massage donc là ça sort un peu du cadre de ton mémoire et forcément les gens ne donnent pas la main, moi jamais j'accepterai que l'on me masse, mais il y a des fois je leur dit «ça fait 10 minutes que je vous masse la main pendant que je vous parle ». Ce que je veux dire c'est que le non verbal va permettre le toucher, c'est là que je veux en venir, c'est à dire que quand il y a une présence, qui émane de toi de la bienveillance, le fait quand tu touches la personne finalement c'est la continuité de cette intention d'aller vers l'autre.

**MOI:** Je vois oui.

**IDE:** Donc forcément, l'exemple que je voulais te donner, c'est de dire que voilà, même tout en étant dans une attitude posturale, gestuelle, douce, non verbale, tu arrives après à toucher la personne, c'est à dire que il y en a un qui est les prémices de l'autre finalement, enfin surtout dans le soin.

**MOI:** Et est-ce que tu vois d'autre type de toucher que l'on pourrait utiliser ou pas ?

**IDE:** Oui après on peut avoir des toucher plus spécifiques, par exemple je peux utiliser mon toucher pour soulager la douleur, ça a un peu un effet thérapeutique sur le patient je pense. Après bien sur il faut que le patient soit réceptif, ce qui n'est pas toujours le cas. Après dans notre quotidien nous utilisons le toucher pour prodiguer des soins, il est quand même omniprésent sans forcément le vouloir.

**MOI:** Ok super et du coup quels effets le toucher peut avoir sur la relation soignant-soigné?

**IDE:** ...

**MOI:** Est-ce que ça a des effets négatifs, positifs ?

**IDE:** Bah tout dépend du toucher, quand tu touches quelqu'un avec des gants... tout est dans l'attitude, moi je me vois mal toucher un patient... il y en a qui arrive a faire des soins sans jamais

toucher quelqu'un aussi alors après est-ce que c'est indispensable? C'est la façon dont chacun exprime sa façon d'être dans le soin, ça veut pas dire que si jamais tu ne touches jamais ton patient que voilà j'ai des collègues qui touche jamais leur patient appart pour prodiguer les soins mais ça veut pas dire qu'elle les soignent mal mais c'est vrai que ça a un cote rassurant, ça donne... c'est interessant parce qu'on peut se demander si le toucher est vraiment indispensable dans la relation de soin... Pour moi oui parce que je me vois pas faire autrement c'est une façon de rassurer mais je l'ai pas fait dès mon début de carrière ça. En même temps, il faut aussi relativiser par rapport à ça c'est que quand on est... alors toute à l'heure j'ai parlé d'une jeune infirmière, je pense à un élément important si je peux me permettre

**MOI:** Oui bien sur

**IDE:** C'est que quand tu es jeune, alors je vais dire ça comme ça mais ça passera bien c'est que quand je suis jeune, blonde et sexy, que j'ai 26 ans, c'est sur que de toucher quelqu'un après tu peux le faire avec des enfants, tu peux le faire avec des personnes âgées, c'est vrai que c'est un peu moins facile avec des gens de 25 ans fin des gens aux alentours de ton âge ou qui pourrait même dans le soin le percevoir de façon, c'est plus délicat. Après faut juste peser les choses, pour moi l'âge que j'ai c'est facile avec tout le monde. Fin moi je le ressent comme ça, c'est plus facile. Avant je m'en servais pas, je sentais qu'il y avait une pudeur, c'est moins évident à mettre en place puis il y a pleins de choses à prendre en compte donc finalement le non verbal est plus facile à ce moment là avec la douceur de la voix, tout ça. Mais c'est vrai que le toucher, plus quelqu'un avance en âge plus c'est facile après ça veut pas dire qu'une personne plus jeune ne peut pas le faire avec des personnes plus jeune qu'elle, fin je veux dire toi tu es toute jeune tu viens me faire un soin, tu as des gestes doux, tu poses la main, ça me gêne absolument pas. Voilà mais c'est vrai que toi, avec un jeune homme de trente ans, de vingt huit ans, c'est vrai que c'est moins facile donc le toucher est pas forcément indispensable mais tout est dans le non verbal.

**MOI:** Ok et je reviens du coup un peu sur la question parce qu'on a dévié (rire), vraiment les effets du toucher, je sais pas comment expliquer mais par exemple un patient va être stressé, quels effets ça peut avoir ton toucher sur lui, sur votre relation?

**IDE:** C'est ce que j'expliquais toute à l'heure pour l'endormissement, c'est ce que j'expliquai toute à l'heure quand l'infirmière est stressée et qu'ensuite elle arrive. Pou moi il peut avoir tellement d'effets, négatifs comme positifs. Ça peut rassurer le patient, soulager sa douleur, le mettre en confiance, ça rapproche et ça créer des liens entre toi et lui et c'est très important. Après si la relation avec le patient est bancale ou pas très profonde je me permettrai pas de l'utiliser parce que je pense que ça peut très vite arrêter les choses et mettre une barrière entre lui et moi. Après le toucher ça rejoint ce que j'ai dis, c'est que ça te ramène à l'humanité, à notre humanité à toute les deux, à la

personne, le soignant, le soigné, on est des êtres humains, il y en a un qui a l'air plus vulnérable que l'autre à ce moment là et ça je trouve ça ramène à une l'humanité dans la dignité. C'est à dire que « je vous respecte », si le toucher, et en plus, c'est plus un savoir mais quand tu touches quelqu'un il y a un échange électro-magnétique qui se crée et donc tu attires la tension sur l'épaule, le bras, où tu vas poser la main. La personne si vraiment elle a besoin de contact, elle va se réfugier sur ces zones de contact. Ce qui permet de s'accrocher, ça donne aussi une accroche dans, bah là c'est surtout par rapport au bloc mais même ici je pense, quand tu es dans une pièce que y'a rien d'autre à faire que de regarder le mur, des fois la personne elle reprend contact avec son corps, pas forcément avec la douleur, elle reprend contact avec son corps et c'est que du positif. Quand tu viens et que tu souffres, que quelqu'un te pose la main sur l'épaule ça te fait du bien. Par exemple, toutes les femmes que j'ai en césarienne, on a que le bas d'endormi mais je sais que souvent je leur masse, je leur demande délicatement « est-ce que vous voulez que je vous masse un peu? Ça va aider » et puis tout en le disant je le fais, des fois j'attends pas la réponse mais si elle me dise non j'arrête! Mais c'est jamais arrivé. Mais c'est vrai que je passe du temps... ou une main sur le front, quand on leur annonce qu'elles vont avoir une césarienne et que c'était pas prévu, on sent le choc. Et souvent elle font ça (écarquille les yeux) et je me dis elles ont tout pris dans la figure. Du coup j'arrive et souvent les lits sont assez haut à la maternité donc je suis pratiquement déjà à leur hauteur et je pose ma main sur leur front et je dis « ça va aller, on va s'occuper de vous » (dis avec voix douce). C'est pas calculé, j'arrive pas avec dans la tête « il faut que je le fasse », je le fais tellement souvent, tellement de façon naturel et aussi quelque part qu'est-ce que nous on aimerait qu'on nous fasse à ce moment-là. Quand tu as une mauvaise nouvelle, quand tu as quelque chose de lourd et parfois y'a même des femmes qui me disent « restez juste à côté de moi », parce que tu as simplement réussi à avoir une attitude positive, une attitude douce et rassurante pour elle.

**MOI:** Ok merci, et en quoi le toucher peut être une aide dans la communication non verbale? Si tu as un exemple?

**IDE:** ... Alors, le toucher une aide dans la communication non verbale? La tout de suite je pense à des personnes sourdes et muettes mais c'est tellement indispensable pour moi que je vois même pas comment on peut poser la question, après je comprend que tu me poses la question (rire) mais distancer l'un de l'autre.. Comment tu as dis déjà?

**MOI:** En quoi le toucher est-il une aide dans la communication non verbale?

**IDE:** Bah le toucher est une communication non verbale déjà. Après c'est une aide parce que pour moi on peut transmettre des choses avec le toucher, c'est à dire que certe avec un sourire je vais transmettre que je suis joyeuse, de bonne humeur mais pour moi avec le toucher on transmet des choses plus intimes. Je sais pas si c'est une aide, je dirai plutôt que c'est une valeur ajoutée. Comme je

l'ai déjà dit, ce n'est pas avec tout les patients que l'on va utiliser le toucher. Après pour moi le toucher ça ramène une spécialité, ça ramène une chose. Toute à l'heure quand je disais que le premier contact c'est ramener une humanité pleine de dignité, ne pas toucher ou ne même pas avoir le soucis de la communication non verbale c'est ramener la personne d'en face à rien. C'est vrai que le toucher ça peut être que de notre part et ça veut pas dire qu'on ouvre une porte, moi je pose délicatement la main sur le patient, à l'inverse jamais la patiente me touche. Finalement c'est le soignant qui dirige le mode de communication dans la plupart des situations je dirai, par le premier contact qu'il fait, quel qu'il soit, qu'il soit verbal, non verbal, gestuelle...

**MOI:** Je vois et du coup à l'inverse est-ce que le toucher peut être un frein à la relation soignant-soigné?

**IDE:** Bah si déjà tu as pas le soucis de toucher ton patient, la question se pose plus. Si tu as le soucis de toucher ton patient, si tu as besoin de ça pour communiquer aussi alors oui ça arrive des fois qu'on est des personnes autistes, parce que toute à l'heure je t'ai donné l'exemple des personnes qui parle et parle et qui dise qu'ils veulent pas être touché alors que ça fait déjà un moment que tu es en train de le toucher , de lui faire des massages. Et les enfants autistes ou les patients qui ne veulent absolument pas être touché mais là c'est plutôt quand ça relève de la psychiatrie. Et après y'a aussi effectivement, toute les personnes, tu as des femmes qui ont été, c'est des contextes particuliers fin tout dépend dans quel service on travaille et souvent quand les personnes sont obèses et qu'elles viennent faire des sleeve, la je vais être très très prudente sur le toucher donc oui, faut au moins faire l'analyse de cas , je trouve que c'est un excellent mode de communication mais faut respecter le patient et y'a des fois ou c'est vraiment... ça pourrait être litigieux de toucher la personne parce que son passé et accès sur la maltraitance donc le rapport à l'autre est difficile, le rapport au toucher il est difficile, après c'est des cas qui reste particulier, en règle générale j'aurai répondu non pour moi le toucher ne peut pas être un frein mais dans ce genre de situation cela peut l'être si l'on ne fait pas attention à son usage.

**MOI:** Ok bah j'en ai fini sur le partie sur le toucher et maintenant je vais passer au thème de la relation soignant-soigné. Est-ce que tu pourrais me définir la relation soignant-soigné pour toi?

**IDE:** La relation soignant-soigné, c'est un rapport humain d'égalité et de respect de l'autre et il faut surtout jamais tomber dans le paternalisme ou dans le sachant, tu connais ce terme?

**MOI:** Non je connais pas

**IDE:** Bah c'est le principe de dire « moi je sais » donc faite ce que je dis parce que moi je sais donc voila. Et tu as trois phases dans la relation soignant-soigné, tu as le paternalisme, tu as le sachant et

parfois tu as celui qui va trop copier pour prendre des mots assez simple. Donc la relation soignant-soigné faut rester très professionnel et je trouve rester bien à sa place, dès lors où l'on est très professionnel, ça veut dire bienveillant, bienfaisant, empathique, respecter toute nos règles de conduites, en général la relation se passe bien. Il faut jamais prendre le patient... c'est vraiment un être humain que l'on a en face de nous et qui autant envie de savoir, dont il faut respecter l'intégrité. Donc la relation soignant-soigné, c'est un rapport d'humanité à égalité avec l'un qui a des responsabilités envers l'autre et l'autre qui a des attentes.

**MOI:** D'accord super, merci pour ta définition! Et est-ce que pour toi il existe différent niveaux de relation?

**IDE:** C'est ce que je disais toute à l'heure, tu as le paternalisme qui est donc le côté où on prend en charge, c'est une phrase que j'emploie pas « prendre en charge quelqu'un », voilà c'est l'éthique du « care », c'est prendre soin de plutôt que de prendre en charge, de soigner parce que soigner c'est nier le soi. Fin il y a toute une étymologie sur les mots qui sont vraies... donc le paternalisme, là où vraiment on prend le patient en charge, on dit mais si ça va bien aller vous allez voir, globalement on ça sous-entend « bah moi je sais vous vous savez rien, faite moi confiance » mais on a l'air bienveillant quand même et puis voilà la personne elle se sent complètement démunie, dépossédé de son potentiel d'action, de son potentiel de choix après tu as le côté moins paternalisme où la personne va être réglé, elle va donner les informations et du coup bah ça devient trop froid, où on se dit bah voilà moi j'ai donné les informations sur les antibiotiques, sur son traitement, sur comment l'examen aller se passer et tout ça, j'ai fais mon taff, je suis dans les normes, y'a pas vraiment un vrai échange avec la personne et après y'a trop, on va tellement se soucier de tout donner les infos qu'on va noyer, que la relation se perd et je trouve qu'on en est un peu là, tu sais on est au 20 ans des droits des usagers , qui sont apparus en 2002, c'est vrai qu'on en entend parler énormément en ce moment , c'est intéressant de voir l'évolution mais par rapport à cette relation de patient et soignant , moi qui est de l'ancienneté dans la profession, je trouve qu'on est tombé du vraiment du médecin chef, le patron, où le patient il osait même pas dire quelque chose, il faisait tout ce qu'on lui disait parce que le docteur l'a dit à carrément l'inverse, fin voilà c'est le patient qui décide de tout, alors que je pense que quelque part si la relation serait bien, je trouve c'est pas honnête de tout laisser sur les épaules du patient, je trouve qu'il y a un juste milieu et définir les relations, les différents types de relation, je trouve que là en ce moment c'est en pleine évolution mais c'est à nous soignant de reprendre notre place auprès du patient. Là on est trop dans le protocolaire, dans le respect des droits des patients qui sont bien sûr indispensables mais pas au point d'en perdre l'humanité.

**MOI:** Oui c'est sur, tu souhaites rajouter quelque chose sur les différents types de relation?

**IDE:** Non pas spécialement, après forcément il y a des types de relation, je ne vais pas être dans la

même relation avec un patient à qui je viens juste administrer un traitement, là je vais rentrer je vais lui dire bonjour, demander comment ça va, lui expliquer que je viens poser le traitement est voilà ça s'arrête là sur le moment même. Alors que si je vais voir le patient et je sais qu'il vient par exemple d'apprendre que son cancer avait progressé, bah là je vais avoir plus une relation d'aide, je vais essayer d'être un soutien, un pilier, une oreille à qui il peut s'adresser.

**MOI:** Oui je vois ce que tu veux dire! Ma prochaine question c'est comment le toucher peut aider à mettre en place la relation soignant-soigné?

**IDE:** Ça donne le ton, je pense que ça donne tout de suite le ton, quelque soit la façon de toucher, le patient a le temps de la relation qui va s'installer. Tu touches pas, il va voir directement à qui il a à faire, tu l'apaises, il sait voilà... Comme je disais avant, le toucher c'est un plus, après tout le monde ne le voit pas comme ça mais pour moi il est très utile et je ne peux faire sans. Ça permet d'emmener une atmosphère de confiance entre toi et le patient, pour moi ça renforce vraiment le lien, la relation.

**MOI:** Ok et du coup quel est l'intérêt d'utiliser le toucher dans la relation soignant-soigné?

**IDE:** Alors je pense que le toucher ne s'utilise pas, parce que tout les gestes que je fais moi naturellement que beaucoup d'autre personne font naturellement mais là c'est moi qui répond aux questions. Mais je sais que ça se fait beaucoup, y'en a qui vont le faire naturellement et y'en a qui sont obligé de les apprendre. C'est bien de se soucier, de se dire « moi je suis pas capable de le faire » mais si un geste n'est pas fait, je dirai de façon assez basique, avec une phrase simple qui je dirai de « tout coeur », si tu le fais parce que tu l'as appris, un geste qui pour moi devrait être naturel, fin je veux dire, par exemple, c'est comme si on t'apprenais à prendre ton enfant dans les bras pour lui faire un câlin, ça paraît un peu aberrant. Donc voilà, soit on est déjà prédisposé soit on a le soucis de l'acquérir mais c'est pas une méthode qui va te l'apprendre. C'est pour ça toute les relations, le toucher du malade... Je pense qu'on devrait pas apprendre directement le toucher du malade mais apprendre justement ce que toi tu étudies, c'est à dire l'impact de notre attitude, l'impact de notre geste au relation au patient et après chacun touche à sa façon et pas selon une technique apprise. Donc je pense que ça vient vraiment de soi. Mais ça peut s'apprendre, ça peut se découvrir.

**MOI:** Je vois et du coup l'intérêt pour toi de l'utiliser c'est quoi?

**IDE:** Moi personnellement c'est mon mode de communication, donc (rire), c'est mon mode de communication après il faut juste ne pas toucher des personnes qui ne le souhaite pas, il faut y aller avec parcimonie sur certaine personne mais des fois c'est simplement... C'est juste montrer, je persiste là dessus, mais c'est vraiment montrer qu'on est des êtres humains comme eux avec des savoirs différents, je dis bien différents, pas supérieur. L'intérêt après y'a que celui qui va effectuer le

toucher qui va le savoir et celui qui va le recevoir qui va le toucher. Après l'intérêt j'ai déjà dit, ça va être de rassurer, de montrer notre empathie, renforcer la confiance du patient envers nous, de les apaiser, ect.

**MOI:** Ok très bien, et dans une relation soignant-soigné, qu'est-ce que la communication non verbale peut apporter?

**IDE:** L'attention que tu portes à l'autre, par exemple si tu arrives, ou extrêmement pomponner ou extrêmement délaissé, l'image que tu envoies ça peut jouer sur la suite de la relation. Autrement, la façon d'ouvrir une porte, tu ouvres la porte violemment et tu allumes tout de suite la lumière, moi on me la fait quand j'étais patiente, j'ai pas du tout aimé, j'avais une migraine d'enfer et on m'allume la lumière alors qu'on savait que j'étais là pour une migraine donc là d'ambly c'est du non verbal mais alors c'est agressif, c'est hyper agressif. On voit tout de suite sur quel terrain on va être. Après je dis le négatif c'est pas trop ce que tu m'as demandé (rire). Ce que ça peut apporter le non verbal c'est que nous ça nous permet parfois de voir chez le patient ce qui ne va pas. Par exemple, si le patient me dit « oui ça va je n'ai pas mal » mais que je vois que son visage est crispé, bah ça va m'interpeler, je vais tout de suite me dire que c'est pas en accord avec son discours. Et c'est là je pense que ça peut jouer, si le patient voit qu'on a su déceler que ça n'allait pas il va tout de suite être en confiance avec nous et va se livrer beaucoup plus facilement.

**MOI:** Ok super, j'en ai terminé avec mes questions, est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose?

**IDE:** Non c'est bon pour moi, je pense avoir dit tout ce que j'avais à dire! (Rire)

**MOI:** D'accord super, bah merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Est-ce que tu souhaites que je t'envoie une copie de mon mémoire par mail quand je l'aurai terminé?

**IDE:** Oui pourquoi pas, cela pourrait être intéressant à lire.

**MOI:** D'accord très bien, je récupérerai ton mail après alors.

#### **ANNEXE IV: Retranscription entretien IDE 3**

Moi: Bonjour, merci de prendre le temps de répondre à mes questions pour mon mémoire. Est-ce que vous acceptiez que je vous enregistre pour le retranscrire après?

IDE: oui bien sur je suis pas connu (rire)

Moi: Merci du coup je retranscrirai de manière anonyme et bien sur je détruirai l'enregistrement par la suite.

IDE: Oui pas de soucis!

Moi: Bah pour commencer du coup est-ce que tu peux me présenter ton parcours professionnel de manière synthétique ?

IDE: Professionnel? D'accord! Très bien, alors, je suis diplômée en 1990, je suis aller directement sur Nantes ou j'ai travaillé 6 mois en chirurgie SOS main, ensuite j'ai dans la même clinique, j'ai poursuivi en chirurgie digestive ou la j'ai du travailler pendant 1an et demi en digestif et après j'ai travaillé 1 an dans la même clinique, en chirurgie aussi mais du coup en salle de réveil. Voilà, en salle de réveil pendant 1 an et ensuite j'ai regagné encore la chirurgie digestive ou j'ai suis resté 10 ans de plus. Une fois que la clinique a fermé pour ouvrir au centre Jules Vernes, là ou je suis aujourd'hui, la du coup j'ai été en chirurgie urologique et gynécologique

MOI: Ok très bien

IDE: et jusqu'à il y a maintenant un peu plus d'un an, donc j'ai pas fais les calculs mais grossomodo j'ai fais 16 ans, ça doit faire 16 ans je pense d'uro-gyneco, j'ai eu un an d'arrêt maladie, un cancer du sein et quand je suis revenue donc maintenant il y a quelques mois, il y a 6 mois j'ai repris le travail, je ne souhaitais plus retourner en service uro-gyneco pour pas être face à des patientes que j'avais en mémoire sur le cancer du sein pour qui ça ne s'est pas bien passé. Donc voilà et du coup maintenant je suis infirmière, toujours en chirurgie mais du coup en consultation de chirurgie digestive. Voilà, aujourd'hui j'assure des consultations, je reçois les patients qui vont avoir une grosse chirurgie en digestif donc ça peut être du colon, ça peut être du pancréas et donc pendant une heure j'ai un entretien avec eux et je leur, j'essaye de répondre à toutes leurs questions et tracer avec eux le parcours qu'ils vont avoir, voilà.

MOI: Ok très bien, c'est très intéressant. Bah du coup là je vais passer à mon sujet de mémoire, du coup je vais commencer sur la communication non verbale. Donc est-ce que tu pourrais me donner

une définition de la communication non verbale?

IDE: Et bien c'est toute communication qu'un être humain peut avoir face à un autre sans avoir à parler voilà comment je vais résumer ça.

MOI: et pour toi comment elle s'exprime cette communication non verbale?

IDE: Alors, ça peut commencer par le visage avec toute les expressions qui peuvent y avoir type froncement des sourcils, haussement des sourcils, écarquiller les yeux ect., l'attitude de la personne si elle est assise, si elle est debout et puis la position des épaules voilà, la tenue face à cette personne, le positionnement du corps et le visage. Les mains aussi font parties de la position du corps

MOI: Ok très bien, merci pour ta réponse. Et du coup est-ce que pour toi la communication non verbale ça peut favoriser la relation soignant-soigné?

IDE: Cent pour cent !

Moi: Et pour quelles raisons?

IDE: Parce que aujourd'hui c'est l'avantage d'internet, l'être, l'individu tant qu'il est vivant, il communique et donc c'est la base de notre métier, la communication. Et la base de notre métier, c'est de travailler avec des humains, donc forcément que la communication qu'elle soit verbale ou non verbale, elle est à 100% importante. Elle peut soigner comme elle peut détruire. Elle peut soigner car la communication non verbal chez un patient pour moi est plus révélatrice que ses paroles, si je vois que mon patient il est triste, limite les larmes aux yeux et qu'il me dit que ça va bah je vais lui dire « non ça va pas monsieur, je le vois bien sur votre visage » et là tout de suite ça va ouvrir une porte dans la relation, il va se sentir en sécurité parce qu'il aura vu que j'ai été en capacité de voir qu'il n'allait pas bien. Puis à l'inverse, la communication non verbale peut venir appuyer le verbal du patient et donc moi je me dis qu'il est honnête avec moi quand il me parle. Sincèrement je trouve que la communication non verbal appuie vraiment le verbal du patient, et grâce à cette communication non verbal, je pense que parfois on est plus en capacité de comprendre les besoins des patients et donc d'adapter au mieux notre prise en soins.

MOI: Et est-ce que tu as un exemple dans lequel ta communication non verbale à favoriser la relation soignant-soigné?

IDE: C'est la première chose enfin aujourd'hui un peu moins, un peu difficile avec le masque, le sourire. Premier contact , le sourire, le patient lorsqu'il voit une personne, un soignant sourire, il va

d'ambly être plus en sécurité que quelqu'un qui va être en présence de quelqu'un qui est figé, qui ne sourit pas. Le sourire est le premier contact.

MOI: Et dans le cas inverse, est-ce que pour toi la communication non verbale peut être un frein à la relation soignant-soigné?

IDE: Complètement, si l'attitude est négative, ça met un frein forcément (appuie sur le mot son intonation).

MOI: Et tu as un exemple à me donner ou pas?

IDE: Que j'ai vu oui! On a des attitudes parfois, alors maintenant moins mais les chirurgiens, j'ai toujours le souvenir d'un chirurgien avec sa communication non verbale pouvait faire extrêmement peur au patient. Oui je l'ai vu! Quelqu'un qui ne sourit pas, qui fixe, parce qu'en fait il était dans ses pensées, c'est quelqu'un qui était un excellent chirurgien mais lorsqu'il entrait dans une chambre, il fixait pas forcément le visage mais fixait un élément d'une chambre ou autre, ne parler pas, les mains derrière le dos et pouvait rester comme ça un certain temps. Ça c'était terrible, parce que nous on était, en plus j'étais jeune infirmière, quand on est acteur de ça, qu'on est à côté, ça entraîne une gêne monumentale. Ça intimidait le patient, bien que le patient n'osait même pas poser une question du coup. On avait l'impression de le déranger du coup, puisqu'il était dans ses pensées, en fait il nous expliquait qu'il se remémorait quand il rentrait dans une chambre, il se remémorait la chirurgie qu'il avait faite.

Après j'ai un autre exemple, c'était à mon début de carrière, j'avais jeune et pas encore très à l'aise dans la prise en soins de mes patients, j'étais pas très organisés puis je n'avais pas forcément confiance en ce que je faisais, du coup j'étais très fixé sur le fait de pas oublier les soins que je devais faire, je vérifiais les traitements et ça me prenait beaucoup de temps, je n'avais pas forcément le temps de discuter avec le patient. Et une fois, je me rappelle, je suis rentré dans la chambre d'un patient, j'étais pressé car j'avais pris du retard et ça se voyait, mes gestes étaient rapides, je ne regardais pas le patient, limite je lui tournais le dos et j'ai bien vu qu'il n'était pas à l'aise avec moi, il était fermé et faisait attention à la moindre chose que je faisais. Donc je pense que ça n'a pas favorisé ma relation avec lui, l'attitude que j'ai eu (rire). Mais je pense quand même que dans la plupart des cas la communication non verbale reste un élément qui favorise la relation soignant-soigné et non qui la freine.

MOI: D'accord je te remercie. Du coup j'en ai terminé sur la communication non verbale maintenant je vais passer du coup au toucher. Du coup est-ce que tu pourrais me définir le toucher?

IDE: Contact! Alors, contact peau à peau. Le fait de prendre contact avec la peau d'un individu, pas

forcément avec les mains.

MOI: Ok très bien et est-ce que pour toi il existe plusieurs types de toucher?

IDE: Oui, je dirai alors qu'il y a le toucher on va dire volontaire, ou la du coup c'est par exemple le cas d'un massage, ou la c'est volontaire, c'est une action, c'est un soin et il y a contact furtif, juste par exemple poser la main sur une épaule, poser la main sur une autre main, poser la main sur le bras qui est un contact in va dire de rapprochement, pour rassurer, juste pour dire je vous écoute, je vous ai compris ou j'ai bien entendu mais sans avoir à parler.

MOI: Ok

IDE: POur moi y'a le contact furtif et puis y'a le contact vraiment volontaire qui lui peut être long type dans un massage, ou lors d'un soin.

MOI: D'accord super. Et pour toi quels effets le toucher ça peut avoir sur la relation soignant-soigné?

IDE: Alors, en général, pour moi je pense qu'il est positif mais il peut être aussi ressenti comme négatif. On va dire tout dépend de l'état du patient, au moment ou on utilise le toucher. Alors, si je dois étayer mes propos. Un patient qui est mal, qui va nous expliquer tel ou tel chose, son ressenti ect. Et auquel on a pas forcément une réponse, le simple fait de toucher sa main, son bras peut vouloir dire pour moi, j'ai compris, j'ai pas de réponse mais j'ai bien entendu ce que vous m'avez dit et je trouve que dans ces situations là, ça permet de rassurer le patient, d'instaurer justement cette relation sur le long terme car il sait qu'on est à son écoute par ce geste. Mais du coup ça peut être ressenti différemment si le patient est dans une position inconfortable ou... non pas inconfortable, si le patient par exemple se sent diminué, se sent pas en harmonie avec nous, se sent vraiment voilà bah toucher quelqu'un peut dire « ma petite dame, mon petit monsieur ». Si le patient se sent en position d'infériorité, cette main, tout dépend de ou est-ce qu'elle est, sur l'épaule ou derrière le dos ça peut être « ma petite dame, mon petit monsieur » et donc ça peut être mal interprété par le patient. C'est du ressenti tout ça et chaque patient, chaque être humain est différent. Le toucher est plus difficile, pour moi il est plus difficile et peut être moins bien interprété qu'un sourire ou autres, je pense que le toucher on rentre encore plus dans l'intimité de la personne.

MOI: Et en quoi le toucher ça peut être une aide dans la communication non verbale?

IDE: Bah le toucher pour moi il va permettre, pas pour tout le monde mais pour certains patients de se livrer, de parler avec nous, de se sentir en sécurité alors certes un sourire aussi ça peut mettre en confiance le patient mais je pense qu'avec le toucher c'est différent, c'est plus intime je dirai. Donc si

on a une communication non verbale peu expressive ça peut être une alternative, une autre option à utiliser.

MOI: D'accord très bien, et du coup est-ce que pour toi le toucher ça peut renforcer ou favoriser la relation soignant-soigné?

IDE: Tout à fait, c'est tout l'un ou tout l'autre. On va dire franchement, c'est ce que je disais toute à l'heure, je pense en fonction de l'état d'esprit dans lequel est le patient. Mais pour moi oui, ça permet de faire passer certains message que l'on ne peut pas faire passer par la communication verbale.

MOI: D'accord et comment à l'inverse, le toucher ça peut être un frein à la relation soignant-soigné?

IDE: Alors je me souviens d'un patient enfaite qui aimait pas du tout, du tout être touché, il était en phase terminale et on pensait bien faire en le touchant et finalement ça le crispait. Ça le crispait et finalement en interrogeant un peu les gens autour de lui, c'était déjà quelqu'un qui n'aimait pas être touché. Donc oui ça peut être un frein, tout le monde n'est pas prêt à recevoir, le toucher c'est très personnel, c'est vraiment l'intimité. Ou ça peut aider ou au contraire ça peut rompre le lien avec le patient si il n'est pas réceptif.

MOI: D'accord super merci! J'ai fini ma partie sur le toucher du coup maintenant je vais passer au thème de la relation soignant-soigné. Est-ce que tu pourrais me donner une définition de la relation soignant-soigné pour toi?

IDE: La relation soignant-soigné, c'est une communication, c'est la communication qu'elle soit par le toucher ou par le non verbal, par le verbal, c'est une attitude, pour faire une relation il faut qu'il y ai un lien, donc c'est le lien qui il y a entre un patient et le soignant. Elle a pour but d'aider le patient, de le soutenir lors de son hospitalisation.

MOI: Ok et pour toi est-ce qu'il y a plusieurs niveaux de relations?

IDE: Oui! Tu peux mettre une échelle de 0 à 10, alors le 0 il existe pas sauf si on est derrière une porte et que le patient et encore, et encore parce que le patient à tout moment à la possibilité de nous appeler, c'est une communication par l'intermédiaire de, mais on peut, oui, je pense mettre une échelle de 2 à 10 par exemple mais oui. En fonction de l'état émotionnel du patient et en fonction de l'état émotionnel du soignant, parce qu'on vit avec des émotions, on va au boulot avec des émotions, et bien le numéro de l'échelle sera différent. Puis la relation ne va pas être la même avec un patient que je prend régulièrement en charge qu'avec un patient que j'ai rencontré la veille. On peut utiliser la relation pour plein de choses différentes, je peux établir une relation dans le but d'aider mon

patient, de le soutenir, d'essayer de l'aider à traverser les phases difficiles de sa maladie. Je peux aussi la relation pour recueillir les informations nécessaires à réaliser un diagnostic ou pour transmettre les choses au médecin.

MOI: Ok super merci. Du coup comment le toucher pour toi ça peut aider à la mise en place de la relation soignant-soigné?

IDE: Si tous les autres moyens de communications ne sont pas suffisants, le toucher peut être un élément supplémentaire. Si le patient ne peut plus s'exprimer, si le patient ne voit pas, si le patient est proscrit, parler parfois c'est de trop, toucher c'est juste dire on est là. Je dirai que c'est un autre outil, qui permet de faire passer d'autres choses, des émotions, de la réassurance... Pour moi, ça peut apporter quelque chose de supplémentaire, d'unique, de singulier à la relation. Ça répond à ta question?

MOI: Oui parfait je te remercie! Sinon dans une relation soignant-soigné, qu'est-ce que peut apporter la communication non verbale?

IDE: Y'a forcément une communication non verbale qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas. Ça nous signe nous, le non verbal, notre attitude, c'est notre signature. Ma collègue qui va avoir les mêmes compétences pour soigner, n'aura pas les mêmes compétences par son attitude, n'aura pas les mêmes moyens de communication, pas les mêmes... c'est ce qui va nous différencier des uns des autres puisqu'on a toutes les mêmes compétences. Donc oui ça peut aider ou pas aider parce que par notre attitude on peut gêner le patient ou pas. Après qu'est-ce que ça apporte, je dirai que ça permet aussi de mettre des mots ou il n'y en a pas, si la patiente pleure, je sais qu'elle est triste pas besoin qu'elle me le dise, je vais le voir tout de suite. Donc je dirai que ça permet aussi de mettre en lumière les choses non dites verbalement.

MOI: D'accord merci! Du coup j'ai fini avec les questions que j'avais à te poser pour mon mémoire. Est-ce que tu souhaites ajouter quelques choses?

IDE: Oui, juste dire que pour moi la communication qu'elle soit verbale ou non verbale, elle est le cœur de notre métier en priorité. Avant tout, une infirmière à toutes ses compétences, avant toutes les compétences que l'on peut avoir et que pour moi c'est pas quelque chose qui s'apprend, pour moi c'est quelque chose d'innée, quelque chose qu'on a depuis qu'on est né tout petit, qu'on nous a certainement communiqué, qu'on nous a appris avec nos parents, la façon d'éducation que nous on a eu, c'est pas quelque chose qui s'apprend, elle peut s'améliorer, j'en suis certaine, mais pour être aller je m'en rappelle en formation il y a longtemps sur la communication par le toucher, alors c'est en nous ou c'est pas en nous. On va pas forcer, si c'est forcé, surtout le toucher, moi j'avoue

que je n'ai pas adhéré, je m'en rappelle à cette formation parce que pour moi je suis plus dans le toucher furtif, rapide, la main sur une épaule, sur le bras mais alors proposer des massages, bah ça j'ai du mal. Ça me dérange pas si c'est parce que le patient me demande car il a mal au dos mais moi de ma part proposer j'ai du mal. Pour moi ça me gêne, c'est trop dans l'intimité. De le proposer au patient pour moi c'est très dur.

MOI: Oui je comprend, c'est sûr que c'est pas quelque chose de facile à proposer pour tout le monde. Bah du coup je te remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, tu m'as beaucoup aidé.

IDE: Il n'y a pas de soucis, ça m'a fait très plaisir de t'être utile! Je te souhaite une bonne journée.

MOI: Bonne journée à toi aussi, merci encore.

**ANNEXE V: Tableau d'analyse des entretiens**

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
<b>Comprendre quelles sont les composantes de la communication non verbale</b>	Communication non verbale	Définition	<p>« la communication non verbale ça va être plus par l'attitude que tu vas avoir »</p> <p>« la façon de se donner à l'autre, d'appréhender l'autre personne qui est en face de soi »</p> <p><b>« c'est toute communication qu'un être humain peut avoir face à un autre sans avoir à parler »</b></p>
	Expression de la communication non verbale	Le regard	<p><b>5 items</b></p> <p>« le regard qui est fuyant »</p> <p>« chercher tout de suite le regard de l'autre, montrer qu'on a vu qu'il était là »</p> <p>« la regarder »</p> <p>« vraiment l'accueillir du regard »</p> <p>« déjà accrocher le regard »</p> <p>==&gt; Citer x4 par IDE 2</p>
		L'attitude	<p><b>9 items</b></p> <p>« l'attitude de la personne »</p> <p>« l'attitude que tu vas avoir »</p> <p>« l'attitude, la présentation, la façon d'arriver dans une pièce »</p> <p>« montrer que c'est vraiment elle que l'on vient voir »</p> <p>« avoir une attitude douce »</p> <p>« C'est vraiment accueillir la personne »</p> <p>« les attitudes »</p> <p>« ça passe par l'attitude que l'on a. »</p> <p>« c'est important de faire attention à notre attitude lorsque l'on est avec un patient. »</p> <p>Citer x7 par IDE 2 sur 9 items</p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		Le positionnement du corps  <b>8 items</b>	<p>« si elle est assise, si elle est debout et puis la position des épaules »</p> <p>« le positionnement du corps »</p> <p>« Les mains aussi font parties de la position du corps »</p> <p>« le positionnement, comment tu vas mettre ton corps en faite »</p> <p>« les mouvements que l'on peut faire nerveusement »</p> <p>« à la position que tu prend »</p> <p>« Une personne qui se balance d'avant en arrière »</p> <p>« la façon de se positionner »</p> <p><i>8 items au total: x4 IDE 1, x1 IDE 2 et x3 IDE 3</i></p>
		L'expression du visage	<p>« le visage avec toute les expressions »</p> <p>« ton visage, les expressions de ton visage »</p> <p>« froncement des sourcils, haussement des sourcils, écarquiller les yeux »</p> <p>« le visage »</p> <p><i>4 items: x1 IDE 1 et x3 IDE 3</i></p> <p>« le sourire » x2</p> <p>« un soignant sourire »</p> <p>« Le sourire est le premier contact. »</p> <p>« un sourire »</p> <p><i>5 items: x1 IDE 2 et x4 IDE 3</i></p>
		L'intonation de la voix  <b>2 items</b>	<p>« une voix douce »</p> <p>« La douceur de la voix »</p>
		La proxémie	<p>« je me met toujours à la hauteur du patient »</p> <p>« je me met à sa hauteur » x2</p> <p><i>3 items: seulement IDE 2</i></p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		Notre personnalité  <b>2 items</b>	« avec du parfum, des bijoux, on a besoin des fois d'exprimer un peu sa personnalité. »  « on met des calots fleuries, des calots assez gai »
<b>Comprendre l'impact de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné</b>	Répercussion de la communication non verbale sur la relation soignant-soigné	Favorise la relation soignant-soigné	<p>« <b>Elle peut soigner</b> » x2</p> <p>« <b>la communication non verbal chez un patient pour moi est plus révélatrice que ses paroles si je vois que mon patient il est triste, limite les larmes aux yeux et qu'il me dit que ça va bah je vais lui dire « non ça va pas monsieur, je le vois bien sur votre visage » et là tout de suite ça va ouvrir une porte dans la relation, il va se sentir en sécurité parce qu'il aura vu que j'ai été en capacité de voir qu'il n'allait pas bien. »</b></p> <p>« <b>la communication non verbale peut venir appuyer le verbal du patient</b> »</p> <p>« <b>il va d'ambly être plus en sécurité</b> »</p> <p>« <b>je trouve que la communication non verbale appuie vraiment le verbal du patient, et grâce à cette communication non verbal, je pense que parfois on est plus en capacité de comprendre les besoins des patients et donc d'adapter au mieux notre prise en soin</b> »</p> <p>« je pense même que la communication non verbale est plus importante que la communication verbale dans la relation soignant-soigné. »</p> <p>« je vais l'inciter à parler juste en me penchant un peu en avant, ou en faisant un geste ou en ayant un regard sans rien dire mais un regard un peu insistant »</p> <p>« <i>Ah mais tout est là, tout est là, la communication non verbale est essentielle dans une relation soignant-soigné!</i> »</p> <p><i>"la communication non verbale peut favoriser la relation soignant-soigné [...] lorsque l'on adresse un sourire, que l'on est doux par les gestes avec le patient cela met tout de suite en confiance et cela apaise »</i></p> <p>« <b>je pense quand même que dans la plupart des cas la communication non verbale reste un élément qui favorise la relation soignant-soigné et non qui la freine.</b> »</p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		Un frein à la relation soignant-soigné	<p>« si l'attitude est négative, ça met un frein »</p> <p>"Quelqu'un qui ne sourit pas, qui fixe »</p> <p>« il fixait pas forcément le visage mais fixait un élément d'une chambre ou autre, ne parler pas, les mains derrière le dos [...] ça entraîne une gêne monumentale. Ça intimidait le patient, bien que le patient n'osait même pas poser une question du coup. »</p> <p>« mes gestes étaient rapides, je ne regardais pas le patient, limite je lui tournais le dos et j'ai bien vu qu'il n'était pas à l'aise avec moi [...] Donc je pense que ça n'a pas favoriser ma relation avec lui, l'attitude que j'ai eu »</p> <p>« j'écoutai mais j'étais vraiment tourné vers la porte et j'avais presque à la fin la main sur la poignée, alors qu'il avait pas du tout fini de discuter »</p> <p>« dans cette situation j'ai quand même mis un stop à la relation, j'ai pas laissé au patient une place dans ma tête pour s'exprimer et il a du le ressentir. »</p> <p>« trop de maquillage, trop de parfum [...] ça met pas à l'aise, l'autre se sent encore plus démuné, encore plus mal, moins socialement acceptable. »</p> <p>« Ce qui montre bine que quand quelqu'un est stressé, ça se répercute sur le patient. On sent dans quel état ils arrivent, ils sont montés en pression tout le long. »</p> <p>« recevoir quelqu'un en lui tournant le dos, c'est une communication non verbale mais pour moi agressive. Parler à quelqu'un sans jamais le regarder, donc le non regard, le non respect de la personne qu'on a en face de soi, quelques que soi les propos surtout en tant que soignant, pour moi c'est du non verbal négatif »</p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
Connaître les connaissances de l'IDE sur le toucher	Le toucher	Définition	<p>« <b>Contact!</b> »</p> <p>« <b>contact peau à peau.</b> »</p> <p>« <b>Le fait de prendre contact avec la peau d'un individu, pas forcément avec les mains.</b> »</p> <p>« tout les contacts, soit tout les contacts que toi tu vas avoir avec la peau de quelqu'un d'autre soit fin après d'une manière très générale c'est tout ce que tu vas ressentir au niveau de ton corps et de tes mains. »</p> <p>« <i>c'est ce qui nous ramène à notre humanité dans le sens le plus noble</i> »</p> <p>« <i>prendre contact avec le corps de l'autre, prendre contact avec le corps d'autrui mais dans une relation de dignité</i> »</p> <p>"<i>Je trouve c'est vraiment la relation de ce qu'il y a de plus digne chez l'humain quand c'est fait avec douceur, avec bienveillance et avec envie de découvrir de l'autre</i> »</p>
		Différents types de toucher	
		Toucher massage	<p>« <i>toucher massage</i> »</p> <p>« le toucher massage »</p> <p>« <b>le toucher on va dire volontaire, ou la du coup c'est par exemple le cas d'un massage, ou la c'est volontaire, c'est une action, c'est un soin</b> »</p> <p>« <b>contact vraiment volontaire qui lui peut être long type dans un massage, ou lors d'un soin.</b> »</p>
		Toucher relationnel	<p>« du toucher pour rassurer par exemple ou pour encourager quelqu'un à continuer fin par exemple quand tu vas prendre la main de quelqu'un dans un lit, qui est entrain de parler, le fait de prendre sa main ou de toucher son bras ça peut dire « vas y je t'écoute, je suis là »</p> <p>« <b>contact furtif, juste par exemple poser la main sur une épaule, poser la main sur une autre main, poser la main sur le bras qui est un contact in va dire de rapprochement, pour rassurer, juste pour dire je vous écoute, je vous ai compris ou j'ai bien entendu mais sans avoir à parler.</b> »</p>
		Toucher thérapeutique	« <i>je peux utiliser mon toucher pour soulager la douleur</i> »

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		Toucher déshumanisé	« <i>Après dans notre quotidien nous utilisons le toucher pour prodiguer des soins, il est quand même omniprésent sans forcément le vouloir.</i> »
Comprendre l'impact du toucher sur la relation soignant-soigné		Effets positifs/ Favorise la relation soignant-soigné	« <b>ça permet de faire passer certains message que l'on ne peut pas faire passer par la communication verbale.</b> »  « c'est un très bon outil. »  « <i>c'est que ça te ramène à l'humanité, à notre humanité à toute les deux, à la personne, le soignant, le soigné, on est des êtres humains</i> »
		4	« <i>ça a un cote rassurant</i> »  « <i>c'est une façon de rassurer</i> »  « Ça permet comme je disais de rassurer le patient, de lui faire comprendre qu'on est à son écoute, qu'on est là pour lui »  « <i>Ça peut rassurer le patient</i> »  « <b>ça permet de rassurer le patient, d'instaurer justement cette relation sur le long terme car il sait qu'on est à son écoute par ce geste.</b> »
		3	« <b>de se sentir en sécurité</b> »  « si tu fais quelque chose d'assez doux, d'assez maitriser, il va se sentir plus en sécurité. »  « <i>c'est vraiment les entourer d'une présence humaine au moment ou ils vont s'endormir. Ils s'endorment et ils sont très apaisé</i> »
		2	« effets positifs de la personne qui se livre »  « <b>pas pour tout le monde mais pour certains patients de se livrer, de parler avec nous</b> »
		2	« <i>le mettre en confiance</i> »  « Je pense que le patient il se sent plus en confiance, parce que toucher c'est aussi se mettre un peu à nu, donc on montre une partie de nous. »

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		3	<p>« ça rapproche et ça créer des liens entre toi et lui et c'est très important »</p> <p>« ça t'encre dans la relation avec lui »</p> <p>« ça va aider parce que la personne sent que tu es vraiment avec elle »</p>
		2	<p>« ça a un peu un effet thérapeutique sur le patient »</p> <p>« soulager sa douleur »</p>
		Frein à la relation soignant-soigné	<p>« <b>Le toucher est plus difficile, pour moi il est plus difficile et peut être moins bien interprété qu'un sourire ou autres, je pense que le toucher on rentre encore plus dans l'intimité de la personne. »</b></p> <p><b>"Pour moi ça me gêne, c'est trop dans l'intimité. De le proposer au patient pour moi c'est très dur. »</b></p>
		5	<p>« tu vas aussi avoir des gens qui ne supportent pas d'être touché et qui peuvent se refermer, du moins se sentir mal à l'aise parce que tu vas poser ta mains sur eux »</p> <p>« <b>Alors je me souviens d'un patient enfaite qui aimait pas du tout, du tout être touché [...] ça le crispait. »</b></p> <p>« <b>ça peut rompre le lien avec le patient si il n'est pas réceptif. »</b></p> <p>« <b>Donc oui ça peut être un frein, tout le monde n'est pas prêt à recevoir, le toucher c'est très personnel, c'est vraiment l'intimité. »</b></p> <p>«<b>ça peut être mal interprété par le patient »</b></p>
		3	<p>« <i>Les personnes sont obèses et qu'elles viennent faire des sleeve, la je vais être très très prudente sur le toucher »</i></p> <p>« <i>les enfants autistes ou les patients qui ne veulent absolument pas être touché »</i></p> <p>« <i>ça pourrait être litigieux de toucher la personne parce que son passé et accès sur la maltraitance [...] en règle générale j'aurai répondu non pour moi le toucher ne peut pas être un frein mais dans ce genre de situation cela peut l'être si l'on ne fait pas attention à son usage. »</i></p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		2	<p>« je pense que vraiment ça peut agacer. Donc à mon avis ça peut bloquer beaucoup de gens. »</p> <p>« Je pense que ça peut clairement arrêter une relation, fin une bonne relation, parce que la personne supporte pas d'être touché »</p>
	Le toucher dans la communication non verbale	Une aide dans la communication non verbale	<p>« <i>Après c'est une aide parce que pour moi on peut transmettre des choses avec le toucher, c'est à dire que certe avec un sourire je vais transmettre que je suis joyeuse, de bonne humeur mais pour moi avec le toucher on transmet des choses plus intimes. »</i></p> <p><b>« Donc si on a une communication non verbale peu expressive ça peut être une alternative, une autre option à utiliser. »</b></p>
		2	<p>« <i>Je sais pas si c'est une aide, je dirai plutôt que c'est une valeur ajouté »</i></p> <p><i>"Après pour moi le toucher ça ramène une spécialité, ça ramène une chose. »</i></p>
		2	<p>« je trouve que ça prépare le patient »</p> <p>« Le fait de prendre le bras d'abord, de le tendre, le bras de ton patient de bien le tendre, même d'aller sur la zone où tu vas piquer en étant assez doux, je trouve que ça prépare le patient, du coup il y a plus cet effet « j'ai mal » parce qu'on m'avait pas prévenu qu'on allait me piquer. Et ça pour moi on peut pas le faire autrement que le toucher, aucun autre élément de la communication non verbale peut le faire. »</p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
Connaître les connaissances de l'IDE sur la relation soignant-soigné	La relation soignant soigné	Définition	<p>« Enfaite la difficulté la dedans, c'est que la personne soigné à pas demander à l'être alors que le soignant fait le choix de faire ce métier là. Donc même si tu as pas de relation hiérarchique entre toi et ton patient, tu as quand même un peu une relation, un peu une relation de force qui peut s'installer, parce que il y en a un qui est obligé d'avoir et un qui a décidé de faire »</p> <p>« la relation soignant soigné c'est avant tout, pour moi, permettre d'enlever un petit peu de la difficulté à ton patient. C'est un outil du soin »</p> <p>« ton rôle à toi c'est d'alléger un peu tout ce qu'il va vivre. »</p> <p><i>« La relation soignant-soigné, c'est un rapport humain d'égalité et de respect de l'autre et il faut surtout jamais tomber dans le paternalisme ou dans le sachant »</i></p> <p><i>« la relation soignant-soigné, c'est un rapport d'humanité à égalité avec l'un qui a des responsabilités envers l'autre et l'autre qui a des attentes. »</i></p> <p><b>« La relation soignant-soigné, c'est une communication, c'est la communication qu'elle soit par le toucher ou par le non verbal, par le verbal, c'est une attitude, pour faire une relation il faut qu'il y ai un lien, donc c'est le lien qui il y a entre un patient et le soignant. Elle a pour but d'aider le patient, de le soutenir lors de son hospitalisation. »</b></p>
		Les différents niveaux de relations	<p><b>« on peut, oui, je pense mettre une échelle de 2 à 10 »</b></p> <p><i>« le paternalisme, là ou vraiment on prend le patient en charge, on dit mais si ça va bien aller vous allez voir, globalement on ça sous-entend « bah moi je sais vous vous savez rien, faite moi confiance » mais on a l'air bienveillant quand même et puis voila la personne elle se sent complètement démunie, dépossédé de son potentiel d'action, de son potentiel de choix »</i></p> <p><i>le côté moins paternalisme ou la personne va être réglo, elle va donner les informations et du coup bah ça devient trop froid [...] y'a pas vraiment un vrai échange avec la personne</i></p> <p><i>« après y'a trop, on va tellement se soucier de tout donner les infos qu'on va noyer, que la relation se perd et je trouve qu'on en est un peu là »</i></p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		Relation d'aide	<p>« je dirai qu'il y a la relation d'aide, c'est à dire que bah je vais être présent pour le patient, le soutenir, être une oreille à qui il peut parler, se confier dans le but justement d'entretenir ce lien de confiance. »</p> <p><b>« je peux établir une relation dans le but d'aider mon patient, de le soutenir, d'essayer de l'aider à traverser les phases difficiles de sa maladie. »</b></p> <p>« une relation d'aide, je vais essayer d'être un soutien, un pilier, une oreille à qui il peut s'adresser. »</p>
		Relation de civilité	<p>« la relation en guillemet qu'on dit de politesse, c'est à dire que je vais être cordiale, je vais dire bonjour, merci, aurevoir. »</p>
			<p>« je ne vais pas être dans la même relation avec un patient à qui je viens juste administrer un traitement, la je vais rentrer je vais lui dire bonjour, demander comment ça va, lui expliquer que je viens poser le traitement est voilà ça s'arrête là sur le moment même. »</p> <p><b>« la relation ne va pas être la même avec un patient que je prend régulièrement en charge qu'avec un patient que j'ai rencontré la veille. »</b></p>
		Relation fonctionnelle	<p><b>« Je peux aussi la relation pour recueillir les informations nécessaire à réalise un diagnostic ou pour transmettre les choses au médecin. »</b></p>
	La mise en place de la relation soignant-soigné	Interêt d'utiliser le toucher dans la relation soignant-soigné	<p>« Ça donne le ton, je pense que ça donne tout de suite le ton, quelque soit la façon de toucher, le patient a le temps de la relation qui va s'installer. »</p> <p><b>« toucher c'est juste dire on est là. »</b></p> <p><b>« c'est un autre outil, qui permet de faire passer d'autres choses, des émotions, de la réassurance... »</b></p>
		3	<p>« l'intérêt j'ai déjà dis, ça va être de rassurer, de montrer notre empathie, renforcer la confiance du patient envers nous, de les apaiser, ect. »</p> <p>« tu favorises la confiance par le toucher même si finalement ça t'engage à rien enfaite. »</p> <p>« le toucher c'est un plus, après tout le monde ne le vois pas comme ça mais pour moi il est très utile et je ne peux faire sans. Ça permet d'emmener une atmosphère de confiance entre toi et le patient, pour moi ça renforce vraiment le lien, la relation. »</p> <p>« Ça montre de la compassion » x2</p>

Objectifs	Catégorie	Thème	Items
		2	<p>« <b>ça peut apporter quelque chose de supplémentaire, d'unique, de singulier à la relation.</b> »</p> <p>« <b>le toucher peut être un élément supplémentaire.</b> »</p>
		2	<p>« reconnaître vraiment la personne comme un être humain. »</p> <p>« ça montre que tu prend en considération la personne comme étant une personne et non pas en étant juste une pathologie. »</p>
		L'apport de la communication non verbale	<p>« ils vont se compléter tout les deux »</p> <p>« Parce que la communication non verbale va montrer une écoute, va montrer une présence ou pas et le toucher va faire la même chose »</p> <p>« ça va permettre de construire et de laisser de la place à l'autre si notre tête lui en laisse. »</p> <p>« <i>si le patient voit qu'on a su déceler que ça n'allait pas il va tout de suite être en confiance avec nous et va se livrer beaucoup plus facilement.</i> »</p>
			<p>« <b>ça permet aussi de mettre des mots ou il n'y en a pas</b> »</p> <p>« <b>Donc je dirai que ça permet aussi de mettre en lumière les choses non dites verbalement.</b> »</p> <p>« <i>ça nous permet parfois de voir chez le patient ce qui ne va pas.</i> »</p>

## Abstract

Nom: Menard Prénom: Mathilde
La communication non verbale et le toucher dans la relation soignant-soigné
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The patient-carer relationship is a key element in the care. In fact, it allows the proper progress of the patient's care. It gives the patient a relationship in which he can feel in trust but also less apprehension during his hospitalisation.</p> <p>Based on the situations I experienced during my internship, I formulated the following starting question: « <i>How does non-verbal communication and touch enhance the caregiver-client relationship?</i> »</p> <p>To get the necessary informations for my interview with the nurses, I have done researches from published articles and books. These researches were focused on three big topic: the non-verbal communication, the touch and the patient-carer relationship.</p> <p>Then, I went to talk to 3 nurses using a semi-directive interview guide that I created. Two of the interviews were conducted in an office and one by phone.</p> <p>The results highlight several things: the non-verbal communication and touch are elements that promote the relationship between caregiver and patient, but sometimes, conversely, they can be a hindrance to it. That's why it's important to take into account each patient needs because they do not have the same characteristics.</p> <p>To conclude, I learned from this work that it is important to pay attention to the patient's non-verbal communication, but also to our own, because sometimes it can destabilize the patient. Touch is an element that is still relatively unused in care despite its very positive impact on both the patient and the caregiver. We still have to be careful with whom to use it because sometimes the patient may not be receptive.</p>
<p><b>Résumé:</b></p> <p>La relation soignant-soigné est un élément clé au sein des soins. En effet, elle permet le bon déroulement de la prise en soin d'un patient. Elle permet de donner au patient une relation dans laquelle il peut se sentir en confiance mais aussi d'avoir moins d'appréhension lors de son hospitalisation.</p> <p>J'ai donc a partir de mes situations vécues en stage, créer une question de départ qui est la suivante: En quoi la communication non verbale et le toucher favorise t'il la relation soignant-soigné?</p> <p>J'ai donc fais des recherches à partir d'articles publiés ou encore de livres pour obtenir les informations nécessaires pour ensuite aller interroger les infirmiers sur le terrain. Ces recherches sont centrées sur 3 grands thèmes: la communication non verbale, le toucher et la relation soignant-soigné.</p> <p>Je suis donc par la suite aller m'entretenir avec 3 professionnels de santé qui sont des infirmiers, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif que j'ai élaboré. Deux des entretiens se sont réalisés dans un bureau et un par téléphone.</p> <p>Les résultats mettent en évidence plusieurs choses: la communication non verbale et le toucher sont des éléments qui favorisent la relation soignant-soigné mais parfois à l'inverse ils peuvent être un frein à celle-ci. C'est pour quoi il est important de prendre en compte chaque patient car ils n'ont pas les mêmes caractéristiques.</p> <p>Pour conclure, j'apprends de ce travail qu'il est important de faire attention au non verbal du patient mais également au notre car parfois il peut déstabiliser le patient. Le toucher est un élément qui reste encore peu utilisé dans les soins et je trouve qu'il est pourtant très bénéfique pour le patient mais aussi le soignant. Nous devons tout de même faire attention avec qui l'utiliser car parfois le patient peut ne pas être réceptif.</p>
<b>Key words:</b> Non-verbal communication, touch, the patient-carer relationship

**Mots-clés:** Communication non verbale, toucher, relation soignant-soigné

Institut de formation en soins infirmiers  
CHU Rennes, 2 Henri le Gilloux, 35000 Rennes  
Travail écrit de fin d'études, 2019-2022