



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'approche du toucher dans la relation avec la personne âgée



Tiré de : Le corps humain, 2023

Formateur référent mémoire : FORTIN Virginie

CORBEL-Chloé
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Date 06/05/2024

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

**Travaux de fin d'études :
*L'approche du toucher dans la relation avec la personne âgée***

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 d'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 06/05/2024

Identité et signature de l'étudiant : CORBEL Chloé



Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements :

Mes remerciements vont tout d'abord à ma guidante de MIRSI pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche et pour ses très bons conseils. Egalement, je tiens à remercier ma référente pédagogique de ces trois années de formation, qui s'est toujours rendue disponible et à l'écoute.

Plus généralement, je remercie l'ensemble des formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers, pour nous avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences ainsi que pour leur soutien constant.

Aussi, je souhaite remercier les infirmières qui ont accepté avec bienveillance que je les interroge et qui se sont rendues disponibles sur leur temps personnel.

Enfin, je remercie ma famille et plus particulièrement ma mère et ma sœur qui m'ont soutenue et encouragée du début jusqu'à la fin ce travail et durant ces trois années qui ont été intenses mais surtout très enrichissantes.

SOMMAIRE :

Introduction :	1
Cheminement vers la question de départ :	2
1. Situation d'appel :	2
2. Questionnements :	3
3. Motivations :	4
4. Emergence de la question de départ :	5
Cadre théorique :	6
1. La personne âgée :	6
1.1. Données épidémiologiques :	6
1.2. Regard de la société :	6
2. La relation soignant-soigné :	6
2.1. Définition et concepts :	7
2.2. Les composantes de la relation :	8
2.3. La relation d'aide :	10
2.4. Transfert et contre-transfert :	10
3. Le toucher :	12
3.1. Notions et concepts du toucher :	12
3.2. Les différents types de toucher dans les soins :	13
3.3. Le toucher auprès des patients :	16
Le dispositif méthodologie du recueil de données :	19
1. Les objectifs du guide d'entretien :	19
2. Présentation des professionnels interviewés :	19
3. L'organisation des entretiens :	19
4. Bilan du dispositif :	20
Analyse descriptive des entretiens :	21
1. Les qualités soignantes dans la relation soignant-soigné :	21
2. Les spécificités de la relation avec la personne âgée :	21
3. Les difficultés émotionnelles et affectives de la relation :	22
4. Les connaissances des infirmiers sur le toucher :	23
5. L'approche du toucher auprès des patients :	23
6. Les réactions des patients face au toucher :	24
7. L'impact du toucher sur la personne âgée et sur sa relation avec le soignant :	24
Discussion :	25
Conclusion :	30
Bibliographie :	31
Annexe I : Guide d'entretien.....	
Annexe II : Tableaux d'analyse des entretiens.....	
Annexe III : entretien n°1.....	
Annexe IV : entretien n°2.....	

Introduction :

Après 3 années de formations très enrichissantes, je concrétise l'expérience acquise par mon travail de fin d'étude d'initiation à la recherche.

Les soins infirmiers intègrent à la fois des compétences techniques issues d'un savoir professionnel et des compétences relationnelles permettant d'établir une relation de confiance avec le patient.

Lors de mes stages, j'ai pu observer avec les soignants et faire l'expérience que dans la relation avec le patient il y a une proximité indéniable entre lui et nous, notamment dans les soins où le toucher est constamment présent. Dans ces situations, il est plus facile d'être proche du patient du fait de notre posture soignante et de notre devoir de prendre soin. Cependant, appréhender le toucher auprès des patients quand il n'est pas lié à un soin, n'est pas vécu de la même manière pour tous les soignants infirmiers, ni pour le patient. Certains soignants vont l'utiliser dans la relation avec leurs patients. Je l'ai moi-même vécu avec une patiente âgée et avec qui une relation particulière s'était créée. Cette situation m'a énormément marquée. C'est pourquoi, il m'a paru intéressant d'amener ma réflexion sur la place du toucher dans les soins infirmiers et en particulier dans le contexte de la relation soignante avec la personne âgée. En effet, au sein de cette population, les sentiments de solitude affective et de vulnérabilité sont souvent présents, ce qui donne à la relation avec le soignant toute son importance.

Pour commencer ce travail de recherche, je me suis inspirée d'une situation particulièrement marquante, vécue en stage, qui a pu faire émaner mon questionnement jusqu'à arriver à ma question de départ. Puis, j'ai alors effectué des recherches auprès d'ouvrages et d'articles scientifiques sur les concepts abordés dans mon questionnement. Par la suite, je suis allée interroger des infirmiers pour recueillir leurs expériences et leurs points de vue. Ainsi, j'ai pu confronter les apports théoriques avec les propos des infirmiers afin d'enrichir ma réflexion professionnelle.

Cheminement vers la question de départ :

1. Situation d'appel :

La situation que j'ai choisie pour réaliser mon travail de recherche s'est déroulée lors de mon stage de semestre 4, en deuxième année. J'étais en stage dans un service de médecine polyvalente avec une unité de gériatrie. Ce service était divisé en 5 secteurs de 10/11 patients venants pour différents problèmes comme une anémie, des chutes à domicile, des déséquilibres du diabète ou encore des fractures, avec des durées d'hospitalisation variées.

La situation s'est passée sur 1 semaine lors de ma première partie de stage lorsque j'étais sur des journées de 7h30 au lieu de 12 h habituellement pour les soignants :

Le premier jour de la semaine, j'étais du matin, l'infirmière m'a proposé de prendre en soin trois patients que je ne connaissais pas et dont j'allais faire la connaissance ce jour. Ainsi, lors du premier tour vers 8 h, j'ai rencontré ma patiente âgée de 79 ans qui était hospitalisée suite à des douleurs dorsales liées à des fractures vertébrales après une chute et qui l'empêchait de se mobiliser. Elle était donc pour le moment alitée et même la simple mobilisation pour la redresser dans son lit lui provoquait des fortes douleurs. Lorsque je suis rentrée dans la chambre, je me suis présentée en tant qu'étudiante, puis je lui ai pris ses constantes (tension artérielle, fréquence cardiaque, température et saturation) tout en lui demandant comment elle se sentait, si elle avait bien dormi et si elle ressentait des douleurs et de quelle intensité. Celles-ci étaient toujours fortes et ses traits de visage manifestaient de la fatigue. Ainsi, je lui ai donné ses traitements habituels du matin et l'antalgique morphinique pour les douleurs, puis je l'ai aidé à se redresser pour les prendre en même temps que son petit déjeuner. N'ayant pas de soin particulier à lui faire dans la matinée, je l'ai revue vers 12 h pour notre tour des traitements du midi. Je me suis assurée qu'elle se sentait soulagée par l'antalgique donné le matin, et en effet, elle se sentait mieux. Je lui ai proposé un antalgique plus faible, pour les douleurs plus légères, qu'elle a accepté et lui ai souhaité une bonne fin de journée puisque je ne l'ai pas revue avant mon départ en début d'après-midi.

Le lendemain, j'étais cette fois-ci en horaires d'après-midi et dans le même secteur. J'ai donc commencé à voir mes patients lors du tour de 15 h. Lorsque je suis arrivée auprès de la patiente, elle m'a pris subitement la main en la caressant du bout des doigts et m'a dit que je lui avais manqué ce matin, qu'elle m'attendait. J'étais à la fois surprise par ce geste et touchée par ses propos. Dans son regard, je

sentais qu'elle était heureuse et soulagée de me voir. Je lui ai expliqué alors mes horaires différents des autres soignants et lui ai demandé comment elle se sentait depuis la veille.

Suite à cela, durant la journée et les autres jours de la semaine, j'ai essayé d'être bienveillante, à l'écoute de la patiente et douce dans mes gestes pour qu'elle puisse toujours apprécier mes passages et finalement ses journées dans le service. Puis, le dernier jour de la semaine, la cadre a décidé de réorganiser le service pour sectoriser la gériatrie et la médecine polyvalente et donc de changer certains patients de chambre. La patiente étant du côté plutôt gériatrie mais suivie en médecine polyvalente, il a donc été décidé qu'elle change de chambre. Je savais que cela allait se faire rapidement dans la journée, plutôt l'après-midi. J'ai donc pris la décision d'aller la voir après le repas pour la prévenir de ce changement. La patiente était étonnée, elle ne comprenait pas pourquoi elle devait changer de chambre maintenant et m'a confié craindre la douleur en étant mobilisée lors du changement de chambre et de se retrouver avec des soignants non compréhensibles, moins gentils. Elle avait les larmes aux yeux, le regard apeuré et je lui ai pris la main à mon tour, comme un moyen de la rassurer et qu'elle sache que j'étais encore là. Puis, elle m'a fait part d'avoir eu de la chance que j'ai été sa soignante durant la semaine, que tous les patients n'ont pas cette chance. Je l'ai simplement remerciée ne sachant pas quoi dire d'autre. On s'est regardées quelques secondes sans parler, avant que je ne sorte de la chambre en lui souhaitant une bonne continuation.

2. Questionnements :

De cette situation découlent plusieurs questionnements :

Dans un premier temps, je me suis demandée lorsque la patiente me prend la main la première fois, comment interpréter ce geste ? Est-ce un besoin d'attention, une manière d'exprimer qu'elle souhaite qu'on l'écoute par rapport à ses douleurs, ses plaintes, ou bien encore qu'on la rassure ? Est-ce pour elle une habitude de joindre le toucher à la parole, pour communiquer avec les personnes ? Est-ce une manière pour elle d'entrer en relation avec quelqu'un en captant l'attention par des gestes tactiles ? L'aurait-elle fait avec un autre soignant comme avec moi ? Avait-elle confiance en moi, comme si elle sentait que je pouvais l'écouter ? Aussi, ce geste qui s'accompagne de mots disants qu'elle m'attendait peut nous interroger sur ce qu'ils signifient. Est-ce un geste pour me retenir, me faire comprendre qu'elle souhaite que je reste auprès d'elle, qu'elle a besoin de ma présence, de ma réassurance ? Peut-être est-ce une relation privilégiée qui s'est créée entre cette patiente et moi en tant que soignante.

Par ailleurs, d'autres facteurs n'entrent-ils pas en jeu comme l'âge de la patiente ? Son âge avancé ne lui fait-elle pas se sentir plus fragile ? Peut-être moins entourée par ses amis et sa famille parce que certains sont déjà partis et d'autres se sont éloignés ? Aussi, le contexte d'hospitalisation qui peut être

angoissant et la raison pour laquelle elle est hospitalisée la rendant totalement dépendante des soignants ne favorisent-ils pas un besoin d'affection, de réassurance s'exprimant par ce geste ?

Pour continuer, au moment de cet acte, j'ai été touchée et aussi un peu perturbée puisque je me suis interrogée sur comment je pouvais répondre à sa demande d'affection. Que dire à la patiente pour essayer de la rassurer ? Aurais-je pu lui demander les raisons qui ont fait qu'elle « m'attendait », moi particulièrement ? Éventuellement si l'après-midi de la veille, s'était mal passé notamment avec les autres soignants ? Et puis, comment me positionner, face à elle, à côté d'elle ? Est-ce que lui prendre la main à mon tour aurait signifié que je répondais à sa demande d'attention, de disponibilité et d'écoute ? Ainsi, aurais-je eu un comportement différent avec la patiente s'il n'y avait pas eu ce geste et ces propos ? N'aurais-je pas été moins disponible ou moins compatissante, moins à l'écoute de sa souffrance ? Ce geste tactile m'a-t-il permis de comprendre ses besoins, ses ressentis ? Une relation particulière s'est-elle créée entre la patiente et moi ? Le jour où il est décidé que la patiente change de chambre, je suis allée la voir pour lui expliquer, mais si je ne l'avais pas fait, est-ce que l'infirmière du secteur ou l'aide-soignante l'auraient fait ? Est-ce parce qu'il y a un lien qui s'est tissé avec cette patiente ? Est-ce lié à une sensation de vouloir la rassurer en sachant qu'elle en aurait eu besoin ? Ainsi l'aurais-je fait dans une tout autre situation avec un autre patient ?

Puis, lorsque à mon tour je lui prends la main, comment mon geste peut-il transmettre un message d'écoute, de réassurance ? Peut-être que ce geste de toucher/caresse peut apaiser la souffrance physique mais aussi psychique en permettant au patient de se sentir accompagné, d'atténuer le sentiment de solitude et d'angoisse ? Ce geste spontané de contact tactile avec la patiente, me serais-je permis de le faire, si la patiente n'avait pas engagé le contact la première fois ? Un soignant peut-il décider de réaliser un geste tactile avec un patient qui n'en fait pas la demande et qui n'a jamais manifesté de telle attitude ?

Aussi, est-ce qu'il n'y a pas d'autres aspects de la relation entre le soignant et le patient qui permettent ce climat de confiance et de réassurance, comme le regard, la voix dans sa tonalité et son débit ou encore le positionnement ?

3. Motivations :

Les motivations qui m'ont confortée dans mon choix sont tout d'abord le fait que cette situation m'a vraiment touchée au sens émotionnel et à la fois perturbée, car c'était la première fois qu'une patiente m'accordait autant sa confiance pour se livrer à moi, sur ses craintes et ses émotions. Ainsi, beaucoup de questionnements me sont venus. Également, elle souligne les raisons pour lesquelles j'ai décidé de devenir infirmière. En effet, pouvoir contribuer au mieux-être et à une meilleure santé des

patients par le soin médical et les connaissances acquises, est pour moi une visée professionnelle et un plaisir. Aussi, c'est l'aspect relationnel du métier qui me plaît. Il est important pour moi de pouvoir créer une relation avec le patient qui lui permet de se confier sur ses angoisses, ses habitudes de vies, ses aspirations ou encore ses doutes par la confiance qu'il accorde au professionnel. Cet aspect contribue également au bien-être du patient essentiel à sa santé. Dans cette situation, la relation s'est tissée notamment par le toucher, c'est une notion très peu évoquée en cours. Il est abordé notamment comme massage dans la prévention des escarres ou dans les apprentissages de soins techniques, mais pas plus précisément comme notion en tant que tel ou comme soin. De ce fait, je n'ai pas de connaissances sur comment aborder le toucher, ce qu'il peut apporter au patient et à la relation soignante avec le patient. C'est ce que je souhaiterais développer.

4. Emergence de la question de départ :

Pour progresser vers ma question de départ, il y a des questionnements pour lesquels je souhaiterais approfondir. Ainsi, est-ce que le toucher lors dans un soin médical ou en dehors du soin technique, peut permettre de transmettre des messages visant à aider le patient, à l'apaiser sur le plan physique et/ou psychologique ? Est-ce que ce contact permet, comme un mode de communication, d'établir une relation particulière avec un patient ou d'en renforcer, par les sensations et émotions qu'il peut susciter ? Faut-il qu'un lien de confiance se soit déjà établi avant d'aborder un contact tactile ? Par ailleurs, il y a-t-il une population plus sensible au toucher comme la population des personnes âgées, dont en fait partie la patiente, notamment parce qu'elles se sentent plus vulnérables, que le contexte d'hospitalisation accroît le sentiment de solitude et de dépendance ? De ces interrogations, ressortent deux notions, celle du « toucher » et celle de la « relation soignant-soigné ». Et pour cibler ma recherche, il serait intéressant d'aborder ces notions auprès de la population des personnes âgées, population souvent décrite comme plus vulnérable et donc avec qui il est important de conserver une relation soutenante, bienveillante et respectueuse.

Ainsi, mon sujet de recherche porterait sur le toucher comme un vecteur et un soutien de la relation soignant-soigné, notamment auprès des personnes âgées. Toutefois, le toucher pourrait aussi susciter un refus, une distance du patient et donc altérer cette relation. Cela m'amène à la question de départ suivante :

De quelle manière le toucher dans les soins infirmiers auprès des personnes âgées impacte-t-il la relation soignant-soigné ?

Cadre théorique :

1. La personne âgée

Pour commencer, nous allons revenir sur ce que veut dire être une personne âgée, l'évolution de cette classe d'âges, sa place et ce qu'elle représente dans la société de nos jours.

1.1. Données épidémiologiques

Selon l'organisation mondiale de la santé, en prenant en compte les facteurs environnementaux, socio-professionnel et psychologique, nous sommes une personne âgée à partir de 65 ans (Paillard, s. d.). Aujourd'hui, l'espérance de vie ne cesse d'évoluer, l'âge moyen étant de 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes (Ministère de la Santé et de la prévention, 2021). La France se situe au premier rang européen pour l'espérance de vie selon Santé publique France (2022). Ainsi, la population des personnes âgées dans notre société augmente, de même que la demande de soins et d'hébergements adaptés. En effet, le vieillissement naturel entraîne un déclin fonctionnel, une perte des capacités physiques et cognitives et de nombreuses maladies. Il est donc important de réfléchir ensemble sur le regard que nous portons sur la personne âgée et sur la manière de prendre en soin ces personnes.

1.2. Regard de la société

Aujourd'hui, dans notre société c'est la jeunesse, le corps esthétique, être en bonne santé qui est un idéal pour tous. Ainsi, il y a une recherche constante de rajeunir (crème anti-rides, chirurgie...), de défier le processus naturel de la vie, par peur de voir son corps vieillir, se dégrader, nous rappelant ainsi l'inévitabilité de la mort (Saint-Pierre & Vinit, 2006). Dans la relation avec la personne âgée, selon Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert (2006), nous voyons notre propre vieillissement, nourrissant notre peur de la dégradation physique et morale. Par ailleurs, dans les soins, le regard que l'on porte sur la personne âgée est le même, puisque dans ce contexte le corps est souvent dénudé et associé à la maladie, ce qui nous ramène à notre vulnérabilité humaine. De ce fait, la qualité de notre prise en soin et de la relation avec le patient peut en être altérée.

2. La relation soignant-soigné

2.1. Définition et concepts

Pour commencer, nous savons que la relation entre le soignant et son patient est essentielle pour connaître son patient, ses besoins, l'accompagner dans sa guérison ou l'aider à vivre avec sa maladie. « Une relation c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (Manoukian & Malabeuf, 2008, p. 7). Toutefois, dans les soins, la relation entre le patient et nous, soignant, est différente de celles avec nos proches ou encore nos collègues de travail.

2.1.1. La relation entre le soignant et le soigné

Avant tout, le soignant et le soigné se distinguent par leur rôle, leurs attentes et besoins. En effet, le patient est celui qui bénéficie des soins, sans connaissance particulière ; tandis que le soignant est celui qui procure les soins, soulage, apporte les connaissances nécessaires au patient (Bréhaut & al., 2022). Cependant, les interactions entre nous, soignants, et le soigné, sont décrites par de nombreux auteurs comme asymétriques. Le soigné est celui allongé dans son lit, dominé de part sa maladie, ses angoisses et ses difficultés ; à l'inverse, le soignant est décrit par Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), comme celui qui domine par son savoir et son pouvoir de décision. Également, nous n'avons pas les mêmes représentations et attentes que le patient qui arrive dans un milieu inconnu, sans repères avec des soignants autour de lui qui lui parle avec un vocabulaire différent. Ainsi, notre objectif en tant que soignant, est de restaurer une relation symétrique et s'efforcer de le faire tout au long de la prise en soin du patient, car les relations sont dynamiques et évoluent selon le contexte ou encore l'humeur de chacun (Formarier, 2007). Par ailleurs, dans ce but d'établir une relation symétrique, il est important de se rappeler que le patient a autant de connaissances que nous par son vécu de la maladie, ses expériences et qu'il peut nous les transmettre comme un partage commun (Carvalho & al., 2021). Pour comprendre un peu plus comment instaurer cette relation réciproque, les auteurs nous ont énoncé différents modèles.

2.1.2. Les modèles de relation par les auteurs

Nombreux auteurs se sont intéressés à la relation pour en définir ses fondements et les diversités de relation. Hartup (1988), décrit la relation comme une succession d'interactions qui impliquent des affects, des attentes, des facteurs cognitifs et émotionnels (Formarier, 2007). Par conséquent, les relations que nous pouvons établir seront différentes pour chaque patient et elles ne seront jamais

constantes tout au long de la prise en soin. Les premiers auteurs qui apportent leur vision sur les rôles que tiennent les patients et les soignants sont Szasz et Hollender (1956), en déclinant trois modèles de la relation médecin-malade pouvant se transposer au rôle infirmier. Ces modèles sont « activité-passivité » le soignant prenant un rôle maternant envers le patient passif ; « guidance-coopération » où le soignant à un rôle de guidant et le patient en acteur suit la direction ; enfin, « participation mutuelle » où chacun s'implique, le patient peut prendre ses propres décisions concernant sa santé (Fournier & Kerganet, 2007). Également, Malabeuf (1992), présentera lui quatre niveaux de relation selon la situation dans laquelle nous nous trouvons avec le patient : la relation de civilité correspondant aux codes socio-culturels et aux règles de civilité, en dehors des soins ; la relation fonctionnelle, qui a pour objectif de recueillir les données essentielles pour mieux connaître le patient et personnaliser les soins ; la relation de compréhension, de soutien, d'accompagnement par l'écoute active ; puis la relation d'aide qui demande une disponibilité physique et psychologique du soignant afin d'accompagner le patient vers une meilleure qualité de vie (Pitte, 2019). Ainsi, il y a beaucoup de modèles différents, mais aucun n'est préférable à un autre. Chaque auteur a pu développer des idées essentielles pour comprendre les enjeux de la relation soignant-soigné. Néanmoins, il existe des composants essentiels à chaque relation.

2.2. Les composantes de la relation

2.2.1. La communication

La communication est indéniablement l'élément premier de la relation entre deux personnes. Qu'elle soit verbale donc consciente ou non verbale, c'est-à-dire l'intonation de la voix, la posture ou encore les gestes, la communication permet de transmettre nos émotions et nos attentions à l'autre. L'information transmise « est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation » (Mantz & Wallet, 2006, p. 2001). Dans la relation soignant-soigné, « tous les sens contribuent à enrichir la relation » (Blanchon, 2006, p. 19). Néanmoins, ce sont les informations non verbales qui constituent la plus grande partie du message. En effet, il existe des écarts entre ce que nous souhaitons dire et les informations perçues par l'autre personne d'après nos attitudes ou nos gestes souvent inconscients (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, p. 40). Il est donc important d'avoir conscience que notre non verbal peut transmettre des émotions que nous aurions souhaité dissimuler et d'être attentif à celui du patient pour comprendre ce qu'il n'arrive pas à exprimer verbalement. Cependant, parfois la communication entre le patient et le soignant est difficile, du fait de l'asymétrie des statuts, du vocabulaire employé et du manque de temps. Cela peut générer de l'incompréhension chez le patient et un manque de confiance envers le soignant (Mantz & Wallet, 2006). Ainsi, pour permettre une

relation de qualité et de confiance, il est important de prendre le temps de communiquer avec le patient, de l'écouter tout en ayant une attitude empathique.

2.2.2. L'empathie

Une des qualités essentielles au soignant dans la relation avec le patient, c'est l'empathie, décrit comme un concept clé de l'approche centré sur la personne (Manoukian & Massebeuf, 2008). Plusieurs auteurs ont pu définir l'empathie. Selon Brient (2007), c'est un processus d'identification moteur de la relation soignant-soigné. Ainsi le soignant, comme un effet de miroir par le regard et l'écoute active, va percevoir et comprendre les ressentis du patient ainsi que leurs significations, tout en gardant une distance pour ne pas lui-même ressentir ces émotions et s'y perdre. Ainsi, Decety (2004) décrira deux composantes de l'empathie, que sont la réponse affective envers autrui et la capacité cognitive à percevoir la subjectivité de l'autre sans perdre notre identité et nos affects (Formarier, 2007, p. 37). Par ailleurs, l'empathie naît de nos propres expériences émotionnelles et de notre vécu personnel. Selon Rogers elle « s'enracine dans la personnalité de celui qui la pratique » (Manoukian & Massebeuf, 2008, p. 59). Ainsi, il est important d'apprendre à se connaître, notamment ses réactions émotionnelles face à certaines situations pour les ajuster lorsqu'elles se reproduisent. Enfin, l'attitude empathique du soignant c'est être dans le non jugement, à l'écoute de notre patient par une attitude active et consciente, le laisser s'exprimer pour comprendre sa situation et réagir de manière appropriée dans le but de nouer une relation de confiance avec lui (Formarier, 2007). Ainsi, une relation de qualité avec le patient se détermine par nos compétences relationnelles et professionnelles que sont l'empathie mais également l'engagement, l'écoute ou encore l'attention portée au patient.

2.2.3. L'attention soignante et sollicitude

La qualité de la relation dépend en grande partie de nous, soignant, par nos propos mais aussi par notre volonté, notre attitude d'écoute, et notre engagement. En fait, selon Stora (2017), c'est l'attention que nous portons à nos gestes, au soin et aux besoins du patient qui contribue à la relation. Ainsi, chaque soignant devrait s'efforcer de porter une attention singulière au patient. L'attention soignante, selon Carvalho et al. (2021), c'est être à l'écoute des questions, des craintes et des doutes des patients pour mener une réflexion professionnelle dans l'objectif d'y répondre au mieux. Nous nous plaçons alors dans un rôle d'aidant, en l'accompagnant et en étant disponible. Ainsi, par notre attention et notre disponibilité, nous donnons une importance au patient en le valorisant. Un autre concept très

proche de celui de l'attention soignante a été étudié par les auteurs. Il s'agit de la sollicitude, qui est décrite par Paul Ricoeur comme le fait d'avoir une spontanéité bienveillante et d'être soucieux de la singularité de chacun (Furstenberg, 2011, p. 80). Présente dans une relation de réciprocité entre le soignant et le patient, la sollicitude demande du tact, de respecter l'autre et son espace intime en trouvant la bonne distance relationnelle. C'est une démarche de soutien et de restauration de l'estime de soi, envers le patient. Ainsi, lorsque l'on met de l'énergie et de l'intérêt dans les échanges, la relation devient authentique et la rencontre véritable (Manoukian & Massebeuf, 2008, p. 12). C'est aussi par l'attention que nous portons au patient, par la volonté que nous avons de le soutenir que nous entrons dans une relation d'aide.

2.3. La relation d'aide

Être dans une relation d'aide c'est montrer notre présence, notre soutien et notre réconfort. Ainsi, Manoukian et Massebeuf (2008) définissent la relation d'aide comme une intention de soulager émotionnellement le patient, une aide pour comprendre sa maladie, ses conséquences sur la vie personnelle, permettant d'engager des changements. Elle a pour objectif d'atténuer les souffrances psychiques exprimées par la personne en apportant des conseils et en l'accompagnant pour trouver ses propres solutions (Menaut, 2009). Engager une relation d'aide n'est pas anodin, car elle demande une certaine proximité avec le patient et peut nous déstabiliser émotionnellement en tant que soignant. Ainsi des qualités et compétences humaines et professionnelles sont nécessaires pour créer une relation de confiance. Manoukian et Massebeuf (2008), distinguent trois concepts indispensables que sont "l'acceptation positive inconditionnelle", c'est-à-dire ne pas être dans le jugement et considérer le patient indépendamment de ses comportements passés ; également "l'authenticité", une relation honnête en étant soi-même afin que le patient puisse se livrer sincèrement ; puis "l'empathie", être dans la proximité avec le patient tout en se protéger des émotions envahissantes. Aussi nous devons faire preuve d'une qualité d'écoute, de respect, de confidentialité des informations confiées par le patient. La relation d'aide a un réel impact sur la relation soignant-soigné et donc sur la qualité des soins (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006). Par ailleurs, par le soutien que nous apportons aux patients souffrants ou dépendants et leurs situations touchantes, il y a des risques que la relation se complique du fait des émotions vécues.

2.4. Transfert et contre-transfert

Dans toutes les relations que nous créons avec nos patients, des émotions et des sentiments se transmettent ou se provoquent parce qu'il y a une proximité intime entre lui et nous. Parfois, nous arrivons à les contrôler, car nous avons conscience, mais certaines fois elles peuvent nous atteindre profondément. Ainsi, lorsque notre patient éprouve des émotions par l'émergence de souvenirs que nous lui renvoyons, cela est appelé un transfert. C'est Freud, le premier à travailler sur le concept de transfert dans les relations. Il décrit alors ce concept comme un mode de transmissions d'affects positives ou négatives inconscientes entre 2 personnes (Molière & Friard, 2012b). Plus précisément, en psychiatrie, nous parlons de processus par lequel des sentiments et désirs éprouvés autrefois et refoulés, se transfèrent sur une autre personne d'une relation actuelle (Benarosch, 2017). En fait, ce sont nos attitudes, notre apparence, notre manière de nous exprimer qui vont faire émerger un souvenir ancien au patient, lui provoquant les mêmes émotions que celles qu'il a vécues lors de ce moment. Les émotions ressenties comme l'explique Molière et Friard (2012b) peuvent soit être positives, le patient éprouve de l'amitié, de la tendresse voir de l'amour comme pour un proche ; soit être négatives et le patient ressent alors de la méfiance ou de la colère envers le soignant. Ce transfert négatif peut entraver la relation et la qualité des soins. Il est donc important de comprendre ce qui se passe pour le patient et de conserver une neutralité pour ne pas considérer que ces sentiments sont dirigés vers nous personnellement. Les réactions que nous pouvons avoir face au transfert émotionnel du patient envers nous, se définissent comme un contre-transfert. En fait, ces deux concepts sont indissociables puisque nous ne pouvons pas être indifférents et insensibles aux attitudes transférentielles de nos patients, ainsi nous réagissons spontanément et parfois inconsciemment (Benarosch, 2017). Le contre-transfert est décrit par les auteurs comme une réaction affective du soignant vers le patient, par l'influence de ce dernier dans la réactivation d'événements passés positifs ou négatifs (Molière & Friard, 2012a). De même que pour le transfert, nous pouvons ressentir des émotions positives avec de réels bénéfices pour le patient ou négatives avec le risque de ne plus être capable de réaliser des soins de qualité. En effet, d'après Molière et Friard (2012a), le soignant qui est très touché par la situation du patient, qui lui rappelle un membre de sa famille peut s'enfermer avec lui dans une relation néfaste, prenante et se surinvestir. À l'inverse, si le patient fait revivre des événements traumatisants, le soignant peut devenir négligent voire maltraitant envers son patient. C'est pour cela, qu'il est essentiel qu'en tant que soignant, que nous apprenions à reconnaître nos émotions et à les maîtriser pour ne pas être submergé par celles-ci. Ainsi, nous avons vu que dans la relation avec les patients beaucoup de sentiments et d'affects sont en jeu. Il est alors nécessaire de disposer de compétences et qualités relationnelles pour que la relation soit bienveillante et permettre une qualité d'écoute et de soin. Par ailleurs, ces qualités sont encore plus essentielles lorsque la distance avec le patient devient intime lors d'un soin notamment et que nous engageons un contact tactile.

3. Le toucher

3.1. Notions et concepts du toucher

Le toucher dans le langage commun comporte deux sens. Ainsi, selon le Larousse (s. d.), toucher est un « sens par lequel sont reçues les informations sur l'environnement qui sont perçus par contact cutané direct ». C'est donc être en contact physique avec une personne ou un objet. Par ailleurs, dans un sens plus abstrait, « toucher » signifie émouvoir quelqu'un, « c'est procurer une émotion à quelqu'un, faire réagir en suscitant l'intérêt affectif » (Le Robert, s.d). Cela se produit lorsque nous sommes en relation avec une personne.

3.1.1. Un sens physiologique

Le toucher, est le premier sens parmi les cinq sens de l'être humain à se développer chez l'embryon et aussi le plus développé, du fait que l'organe utilisé pour le toucher est la peau, qui est l'organe plus étendu du corps humain (Bonneton-Tabariés & Lambert-libert, 2006). Ainsi, grâce aux différentes terminaisons nerveuses présentes dans la peau, les muscles et les muqueuses qui permettent la perception des stimuli extérieurs ; l'être humain est doté d'une grande sensibilité tactile et donc tout contact avec l'autre suscite une émotion positive (apaisement, réassurance...) ou négative (agression, intrusion...). De ce fait, nous percevons une sensation désagréable ou douloureuse pour pouvoir réagir et nous protéger, et à l'inverse, lorsque la sensation ressentie par le contact avec quelqu'un est agréable cela peut provoquer une détente, du plaisir et contribue au plaisir et à l'envie de perpétuer ce contact. Les sensations du toucher sont liées à 6 critères selon Stephen J. Weiss (1979), que sont la durée, la localisation, la progression du mouvement c'est-à-dire sa rapidité, l'intensité de la pression exercée, la fréquence du toucher et enfin la perception que nous avons du toucher sur notre corps (Malaquin-Pavan, 2013). Également, d'après Bonneton-Tabariés et Lambert-libert (2006), « le toucher se distingue des autres sens par sa relation directe à la réalité, son immédiateté et sa continuité » (p. 24). En effet, il nous permet de vérifier que ce que nous percevons est bien réel par la conscience de nos sensations corporelles. Ainsi, par le toucher nous communiquons avec notre environnement et avec les personnes se trouvant autour de nous, par la perception des émotions et sensations transmises.

3.1.2. Un sens de la communication

Comme déjà évoqué, toucher dans le sens commun, c'est aussi émouvoir quelqu'un, lui faire susciter des émotions. Également, le contact, se définit comme être en relation avec quelqu'un, de même que le tact qui est une capacité de discernement et de délicatesse pour entrer en relation (Defresne, 2012). Ainsi, de ces définitions on comprend que le toucher est en lien avec la communication et la relation. En effet, selon Malaquin-Pavan (2013), dès la période embryonnaire, le toucher est un langage permettant d'exprimer ses émotions. Le toucher est alors une forme de communication non verbale puisqu'il crée un contact entre les deux personnes, premièrement tactile puis relationnel, en transmettant par les gestes, les émotions et les intentions de l'un envers l'autre. La communication non-verbale est considérée comme plus développée que la communication verbale notamment, car les gestes sont souvent spontanés et transmettent donc les émotions réelles, profondes et qui n'ont pas forcément été perçues par les mots échangés (Abric, 2019). D'après Bonneton-Tabariés et Lambert-libert (2006), « le toucher est alors un des meilleurs vecteurs de la relation » (p. 93). En effet, quand parfois les mots nous manquent pour décrire ce que nous ressentons, les gestes tactiles sont là pour transmettre notre soutien, une affection ou encore notre compréhension, comme une main sur l'épaule ou sur le dos de la main. Le toucher devient alors un contact intime, comme l'a décrit Edward T Hall (1971) en évoquant le concept de « proxémie » dans la communication non verbale. Lorsque nous touchons une personne, nous entrons dans sa zone personnelle et le soignant se trouve alors à une distance intime (Abric, 2019). Cette distance commence à 45 cm de la personne et renvoie à 3 registres, celui de l'agressivité, de la sensualité et celui de la tendresse et du réconfort (Grousset, 2009, p.30). Il est donc important de prendre en considération avant de se rapprocher intimement et de toucher le patient, de ses intentions, de sa disposition à être touché afin qu'il ne le perçoive pas comme une intrusion et qu'il devienne agressif et fermé à la relation. Ainsi, toucher l'autre c'est communiquer avec lui, entrer en relation intime et singulière. Il est essentiel d'apprendre à savoir l'aborder avec les patients et de savoir quels en sont les bénéfices que nous pouvons leur apporter.

3.2. Les différents types de toucher dans les soins

Dans les soins infirmiers, qu'ils soient sur prescription comme les soins techniques ou de notre rôle propre comme les soins d'hygiène, le toucher est quasiment toujours présent, mais nous n'en prenons pas conscience. Le toucher peut également être vu comme un soin conscientisé. Il n'existe pas de typologie officielle du toucher cependant certains auteurs ont pu en distinguer quelques-unes.

3.2.1. Toucher technique

Selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), le toucher que toutes infirmières réalisent auprès des patients est ce que nous appelons le toucher technique, c'est-à-dire celui qui est utilisé lors des soins dits usuels (prélèvements veineux, soins de plaie...). Ainsi, il est souvent rapide, le temps du soin, et localisé sur une zone précise. Généralement, lors des soins, les infirmiers portent des gants rendant les sensations corporelles désagréables, de même que lorsque le touché se réalise sur des zones sensibles, douloureuses comme lors d'un soin au niveau d'une plaie. Egalement, il est parfois nécessaire que le patient doive s'installer dans une certaine position avec l'aide du soignant ou sans, ainsi ce déplacement peut générer de la douleur et la position de l'inconfort (Bonneton-Tabariés & Lambert-libert, 2006). Toutes ces caractéristiques peuvent rendre le soin désagréable et laisser un souvenir négatif au patient. Il est donc important de se concentrer sur nos soins tout en considérant la personne soignée. En effet, en tant qu'infirmier, les actes techniques peuvent être le moyen de nous protéger et d'oublier que nous touchons un corps malade et abîmé, nous renvoyant à notre fragilité humaine. Mais, toujours selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), nous pouvons ainsi oublier de nous impliquer dans la relation avec le patient aux risques de déshumaniser le toucher. « Le toucher déshumanisé 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... sans âme et sans humanité » (2006, p. 87). Ce sont tous ces gestes qui peuvent nous sembler anodins pour nous soignant mais qui ne le sont pas pour les patients. Ainsi, dans le contexte très angoissant des soins médicaux, il est nécessaire de conserver une relation humaine avec le patient, c'est-à-dire faire attention à ses besoins, le considérer, l'écouter, être rassurant et notamment lors de ces gestes intrusifs.

3.2.2. Toucher relationnel

Le toucher relationnel fait partie de notre rôle propre, mais il est parfois oublié au profit du soin technique, alors qu'ils doivent être associés pour que le soin se passe agréablement (Blanchon, 2006). Il est décrit par Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), comme une implication, par notre attitude et nos gestes, dans la relation avec le patient lors d'un soin. Il a une place importante dans la relation soignant-soigné en instaurant chez le patient une confiance et un sentiment d'écoute, surtout lorsque le patient se retrouve dans une situation déstabilisante ou stressante. Également, le toucher relationnel est décrit comme un contact physique volontaire ou spontané qui peut s'effectuer en dehors des soins (De Wever, 1977 cité par Boudreault & Ntetu, 2006, p. 54). Ainsi, il ne s'organise pas en amont, il se réalise lorsque le soignant ressent que le patient aurait besoin d'un contact affectif, rassurant ou encore relaxant. C'est dans ce sens que McCloskey et Bulecheck (1996) le décrivent « comme

une étreinte rassurante impliquant le fait de passer les bras autour des épaules d'un patient ou de lui tenir la main... de lui masser la peau autour de région douloureuse, etc » (Boudreault & Ntetu, 2006, p. 54). Ce toucher se caractérise alors par des gestes doux et respectueux de la pudeur du patient, qu'il ne percevra pas comme des gestes intrusifs ou agressifs. Ainsi, par le toucher relationnel, le patient pourra se recentrer sur son être et se sentir considéré comme un être à part entière et non comme un corps objet (Bonneton-Tabariés & Lambert-libert, 2006). Ces gestes enveloppants sont aussi présents lorsque nous réalisons un massage, lequel s'inscrit également dans la logique du toucher relationnel.

3.2.3. Toucher massage

Le toucher massage qui peut également se nommer toucher thérapeutique n'est pas un contact anodin. Il est nécessaire de s'assurer que le patient ait bien compris notre intention, qu'il y est une réelle nécessité pour lui. De notre part, il doit s'inscrire dans une démarche de soin pour apporter un bien-être, résoudre un problème ou encore prévenir les douleurs induites par les soins (Fedor & al., 2007, p. 7). Par ailleurs, il ne faut pas initier un massage avec le patient s'il existe en nous de la réticence ou une répulsion. Le toucher doit être une intention, se faire avec plaisir et avec une énergie bienveillante car par ce contact tactile, nous transmettons au patient notre énergie (Bonneton-Tabariés & Lambert-libert, 2006). En effet, par le massage il y a une vraie relation qui se crée entre le soignant et le patient en communiquant notre attention et nos émotions. Cette relation est vraiment bénéfique, car comme le décrivent Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), une communication positive s'établit permettant l'écoute l'acquisition d'une meilleure connaissance du patient et ainsi l'amélioration de la qualité des soins, jusqu'à même établir une relation d'aide. Les autres bénéfices du toucher massage sont avant tout la détente, la relaxation et le réconfort. « Le toucher massage est vraiment une réponse à l'inconfort, à la souffrance, à la détresse ou à la solitude physique ou psychique des patients » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, pp. 106-107). De ce fait, il apporte également confiance et énergie, il permet au patient de se sentir compris et encouragé. Par ailleurs, le massage peut se réaliser avec tous les patients quel que soit leur âge tout en respectant la pudeur et leur consentement. De même, toutes les parties du corps peuvent être massées, certaines vont avoir une plus grande importance sur les sensations ressenties, comme les mains ou les pieds. Lorsque nous souhaitant réaliser un massage, il est important que l'environnement soit calme, de s'assurer du confort du patient (installation, température) permettant ainsi la détente et la concentration. Ainsi, lors du massage nous devons être attentifs à la manière de poser nos mains, avec nos paumes nous devons réaliser des mouvements fluides, réguliers sans rompre le contact des deux peaux ; puis être attentif aux effets sur le patient et à la qualité du retrait des mains lors de la fin du massage (Fedor & al, 2007, p. 7). Ainsi, un toucher consciencieux et délicat peut avoir de nombreux bénéfices pour le patient mais seule-

ment si nous prenons en compte ses besoins et s'il l'accepte, car certains patients peuvent être réticents à être touché par un inconnu ou sur certaines zones du corps.

3.3. Le toucher auprès des patients

Il est nécessaire de rappeler que le patient, quand il vient se faire soigner, arrive dans un environnement inconnu, éloigné de tous ses repères. Il peut alors se sentir isolé, vulnérable et avoir certaines craintes. Nous devons donc penser nos gestes, et réfléchir à notre manière d'aborder le toucher, pour ne pas paraître intrusifs (Blanchon, 2006). Le toucher doit avoir du sens pour nous et le patient, qui ne doit pas se sentir mal à l'aise par la proximité et le contact tactile.

3.3.1. L'approche du toucher avec les patients

Avant tout contact tactile avec un patient, nous devons nous rappeler que chaque patient est différent par son histoire, sa culture ou encore sa religion. Ainsi, chacun a vécu des expériences liées au toucher, qu'elles soient positives (caresses, tendresse des proches) ou négatives (punitions, humiliations, agressions) et qui sont gravées consciemment ou inconsciemment dans leur mémoire (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, p. 33). C'est pourquoi, comme l'a expliqué Blanchon, pour aborder le toucher des qualités relationnelles sont indispensables, ce sont l'écoute, l'empathie, la bienveillance ou encore la disponibilité, permettant de reconnaître la bonne distance avec le patient, ne pas le heurter et créer un climat de confiance (2006, p. 31). Ainsi, chacun de nos gestes et comportements doit s'adapter aux patients et à la situation, en écoutant leurs besoins et en les respectant. Une réflexion est indispensable au soignant avant de toucher le corps d'un patient (Fedor & al., 2007, p. 4). Puis, il est préférable de commencer par toucher des zones tolérées par le patient comme les mains pour déjà observer ses comportements, ses réactions, afin d'évaluer sa réceptivité et son acceptation avant de continuer. En effet, selon la culture, la religion et les valeurs de la personne, être touché par un soignant peut être difficilement accepté, également en fonction du sexe dans certaines religions. Dans notre société actuelle, les gestes tactiles sont plutôt réservés à la sphère intime, ainsi certains patients sont pudiques, gênés par le fait de dévoiler une partie de leur corps et de se faire toucher par un inconnu. D'autres éléments sont à prendre en compte, comme la partie du corps que nous souhaitons toucher. Selon Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2006), le ressenti du contact est différent selon la zone du corps, il y aurait moins de réticences lorsque le contact se réalise sur les membres (bras, mains, jambes, pieds), alors que pour les zones sur lesquelles le patient n'a pas l'habitude d'être touché, il peut être étonné et le ressentir comme une intrusion. Enfin, selon l'âge du patient et sa situation

personnelle, les ressentis et les réactions face au toucher seront différents. Un adulte ou un adolescent sera plus étonné par le contact tactile établi par le soignant qu'une personne âgée ou un enfant qui sont plus en demande de tendresse et de présence (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006). Ainsi, il est très important pour nous, soignant, de recueillir le consentement du patient avant d'engager le contact en lui demandant puis en observant ses réactions afin de réajuster ses gestes et sa posture. Également, il ne faut pas oublier que le toucher doit permettre au patient de ressentir des bienfaits.

3.3.2. Les bienfaits pour le patient

De nombreux auteurs évoquent les bienfaits que peut avoir le toucher dans les soins. En effet, lorsqu'un patient est hospitalisé, son état de santé peut lui provoquer des douleurs, être angoissant, il y a une perte de repère, de notion de temps et l'avenir quant à son état de santé peut être flou. Ainsi, dans ce contexte de vulnérabilité et d'hypervigilance, le toucher est un allié pour améliorer le vécu du soin (Malaquin-Pavan 2013, p. 48). Tout d'abord, il peut avoir comme objectif d'apaiser la douleur physique. Dans leur étude, Henz et al. (2009), exposent que le toucher réalisé avant ou pendant un soin souvent vécu comme douloureux, fait diminuer significativement la douleur ressentie. Également, le toucher peut jouer un rôle dans l'anxiété par ses vertus relaxantes et réconfortantes. Cela s'observe par la diminution de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ainsi que par une décontraction et un meilleur sommeil, lorsqu'il est réalisé de manière douce sur des zones non sensibles (Saint-Pierre & Vinit, 2006). Par ailleurs, comme déjà exprimé un peu plus tôt, le toucher favorise l'écoute, la communication verbale et non verbale entre le soignant et le soigné, notamment par la présence bienveillante et contenante du soignant. Et par cette écoute, le patient va se sentir accompagné, respecté, lui permettant d'exprimer ses émotions et ses besoins. C'est également parce que le toucher redonne de l'estime de soi et de la dignité que le patient peut s'exprimer en étant lui-même (Blanchon, 2006). Ainsi, le toucher dans les soins apporte de nombreux bienfaits pour le patient concernant sa santé et sa qualité de vie. « Son but est de communiquer, soulager, rassurer, détendre, apaiser, apporter confort et confiance et percevoir les ressources individuelles de la personne soignée » (Henz & al., 2009, p.92). Toutefois, ces bénéfices dépendent de l'attention portée et de la disponibilité intérieure du soignant (Fedor & al., 2007, p5). Par ailleurs, nous avons déjà pu évoquer que selon l'âge du patient, la perception du toucher sera différente, notamment pour les personnes âgées souvent plus vulnérables du fait d'une solitude et des derniers moments de vie.

3.3.3. Le toucher avec/pour la personne âgée

Pour les personnes âgées, il n'est pas facile de voir son corps vieillir, de se voir perdre ses capacités et son autonomie, cela affecte leur estime d'elles. Elles perdent de plus en plus de proches rappelant l'inévitable temporalité de la vie et la mort approchante, ce qui est source d'angoisses (Paillard, s. d.). Lorsqu'elles sont hospitalisées, ce sentiment d'angoisse s'accroît du fait d'être dans un environnement inconnu, sans repère et isolées. Ainsi, les personnes âgées recherchent de la tendresse, de l'affection et la réassurance des soignants, qui s'expriment par le besoin de contact intime et tactile. Cependant, plusieurs études montrent que les infirmiers et étudiants sont moins enclins à toucher des patients âgés que des enfants ou des adultes (Boudreault & Ntetu, 2006 ; Saint-Pierre & Vinit, 2006). Or, d'après Boudreault et Ntetu (2006), le besoin d'être touché et de toucher s'accroît en vieillissant et les bienfaits que peut apporter ce contact sont plus importants pour les personnes âgées. Premièrement, il améliore la relation avec le soignant en influençant le regard porté sur lui. Ainsi, par le toucher, les patients peuvent ressentir l'affection et l'amitié du soignant instaurant une confiance envers lui et procurant ainsi du réconfort pour la personne âgée. En effet, lors d'un geste affectif comme en prenant la main du patient, nous lui transmettons un sentiment d'égard et de respect, lequel peut parfois leur manquer (Khosravi, 2011). Ainsi, par ce contact réalisé avec tendresse et respect, la personne âgée se sentira accompagnée renforçant son estime d'elle-même. Également, la manière de toucher son corps contribue, comme l'ont affirmé Saint-Pierre et Vinit (2006), à maintenir sa valeur et sa dignité. En effet, pour certaines personnes âgées, leur corps n'est plus touché par quelqu'un, renforçant le sentiment de solitude affective et de ne plus être dignes d'être touchées et aimées. De ce fait, lorsque nous touchons le corps de la personne âgée, abîmé par le temps, nous redonnons de la valeur à ce corps et restaurons l'image que la personne a d'elle-même. Blanchon (2006) explique que :

Être touché différemment et avec respect, lorsque l'on est malade, proche ou non de la mort, avec un corps mutilé ou tellement transformé qu'il ne ressemble plus à ce qu'il a pu être, permet de se refamiliariser avec lui (p.42).

Par ailleurs, comme déjà exprimé, toutes les personnes n'apprécient pas être touché notamment selon la zone du corps ou le sexe du soignant. Il en est de même pour certaines personnes âgées, également parce qu'elles ont certains tabous envers le toucher amenant donc au refus du contact tactile. Ainsi, il est important que nous adoptions une posture d'écoute, d'attention et que nous explicitons tous nos gestes pour ne pas brusquer la personne et rester respectueux.

Je terminerai par les propos de Grousset (2009), pour résumer la place du toucher dans les soins et la relation avec le patient âgé. Ainsi, le toucher permet de « témoigner d'une qualité de présence à l'autre et à maintenir ou améliorer la qualité du temps qui reste à vivre » (p. 30).

Le dispositif méthodologie du recueil de données :

1. Les objectifs du guide d'entretien :

Maintenant que j'ai réalisé des recherches auprès des auteurs, sur les différentes notions en lien avec ma question de recherche, je vais à présent réaliser des entretiens auprès d'infirmiers travaillant dans les services de soins, afin de comparer mes recherches théoriques aux réalités du terrain et aux pratiques soignantes. Pour ce faire, j'ai réalisé un guide d'entretien (annexe I) avec des questions ouvertes et des relances, permettant d'orienter les infirmiers sur les différents aspects que je souhaiterais aborder sans que cela ne les aiguille vers des réponses possibles. Éventuellement, cela leur laisse la possibilité d'évoquer d'autres notions ou idées auxquelles je n'aurais pas pensé. Les objectifs de ce guide d'entretien est, en premier temps, de faire connaissance avec les soignants et leurs parcours professionnels. Puis, d'aborder la notion de relation soignant-soigné selon leur point de vue professionnel. Enfin, d'apprécier la place du toucher dans la pratique soignante et de comprendre son impact sur la relation soignant-soigné.

2. Présentation des professionnels interviewés :

Ainsi, pour réaliser ces entretiens, je me suis rapprochée d'infirmiers travaillant en EHPAD, accueillant des personnes âgées avec différents problèmes de santé. De ce fait, les infirmiers disposent d'une certaine expérience, travaillant quotidiennement auprès des personnes âgées. Pour le premier entretien, j'ai rencontré une infirmière diplômée depuis 7 mois et qui travaillait au sein de l'établissement depuis 5 mois avec quelques expériences de travail d'été au sein d'EHPAD. Lors du deuxième entretien, l'infirmière rencontrée avait 38 ans d'expérience professionnelle comme infirmière au sein de différents services (Bloc, ambulatoire, chirurgie, orthopédie...) dont 28 ans en libéral. Elle travaille depuis 1 an au sein de l'EHPAD.

3. L'organisation des entretiens :

Pour organiser les entretiens, j'ai choisi dans un premier temps, de contacter l'établissement dans lequel j'ai réalisé un service civique. J'ai donc pris contact avec ma tutrice du service civique qui m'a redirigée vers l'infirmière coordinatrice avec qui j'ai pu échanger par mail. Elle s'est ainsi renseignée auprès des infirmiers pour organiser les entretiens selon mes disponibilités et celles des infir-

miers. Un entretien a pu se programmer avec une infirmière lors de sa journée de travail, à un moment plus calme. Nous étions installées dans la salle de soin, seul lieu disponible, et l'entretien a duré 30 minutes. Malheureusement, le second entretien n'a pas pu s'organiser au sein de cet établissement. Ainsi, j'ai contacté plusieurs EHPAD, beaucoup sans réponse. Un établissement m'a recontactée, et l'infirmière coordinatrice a pu organiser un entretien avec une infirmière volontaire, dès le lendemain. Cet entretien s'est réalisé après la journée de travail de l'infirmière, dans une salle réservée où nous pouvions être tranquilles. Cela a duré environ 30 minutes également.

Les deux entretiens ont été enregistrés avec mon téléphone avec l'accord des infirmières et en conservant l'anonymat.

4. Bilan du dispositif :

De manière générale, les entretiens se sont très bien passés, les infirmiers ont été bienveillants et volontaires. Malgré mes difficultés pour trouver un infirmier pour un deuxième entretien, au final, j'ai pu interviewer deux infirmiers d'établissement différents, ce qui est un point positif. En effet, les conditions de travail sont différentes, les soins et activités proposés le sont aussi, ce qui permet d'interroger deux approches du soin et deux points de vue singuliers. De même, mon premier entretien s'est réalisé avec une infirmière en tout début de carrière, tandis que pour le second, l'infirmière avait plusieurs années d'expérience. Cela apporte des visions de générations différentes avec une formation qui l'est également.

Cet exercice d'interroger des professionnels n'est pas si simple que ça. En effet, lors du premier entretien j'ai respecté le cadre du guide, je n'ai pas osé m'en éloigner lorsqu'une question me venait en tête ou que je souhaitais une précision. Alors que pour le second entretien, j'étais un peu plus à l'aise et j'ai pu rebondir sur ses propos, les faire préciser. Notamment parce que les réponses ne sont parfois pas exactement celles attendues, les soignants vont développer leur réponse sur une notion qui s'éloigne de la question posée initialement, car ils réfléchissent à leur réponse et qu'une pensée peut en amener une autre. Par ailleurs, d'avoir préparé en amont le guide avec des questions reformulées pour être mieux comprises par les soignants et d'avoir préparé des relances, a été aidant pour se repérer, ne rien oublier et permettre une fluidité dans l'échange.

Enfin, le fait que le premier entretien ait été réalisé sur le temps de travail de l'infirmière, a pu un peu le perturber, car nous étions parfois coupés par des coups de téléphone extérieurs ou des autres soignants.

Analyse descriptive des entretiens :

Suite à la réalisation des entretiens, je vais dorénavant analyser les réponses des infirmières questions par questions. Pour conserver l'anonymat, les infirmières seront nommées IDE 1 et IDE 2. IDE pour infirmières diplômées d'État.

1. Les qualités soignantes dans la relation soignant-soigné :

Pour commencer, j'ai questionné les infirmières sur les qualités soignantes qui leur semblaient essentielles dans la relation avec le patient. Ainsi, les qualités qui sont beaucoup revenues sont le sens de l'écoute, c'est-à-dire « *laisser la place au patient* » selon l'IDE 1 ; mais aussi l'observation puisque comme l'évoque l'IDE 2 « *ça fait partie du recueil d'informations* » ; puis la posture adaptée face au patient, seulement exprimée par l'IDE 1 en expliquant qu'il faut essayer d' « *être en équité avec eux* » comme le fait « *de se mettre à la hauteur quand on communique* ». Également, l'IDE 2 souligne l'importance de la communication notamment l'échange verbal pour distraire le patient en parlant « *de n'importe quoi sauf de la maladie* » ou pour dédramatiser en adoptant l'humour. Par ailleurs, la relation soignant-soigné est décrite par l'IDE 1 comme faisant « *partie intégrante des prises en soins* », à laquelle il est important de porter attention puisque comme elle l'a souligné, « *on travaille avec de l'humain* ». De même, les soignants ont des émotions et « *tu ne peux pas tout le temps être en retrait* » (IDE 2), au risque de perdre du sens dans la profession. D'autre part, la manière d'entrer en relation s'adapte au patient, lorsqu'il y a « *des gros troubles cognitifs, on n'aura pas la même approche* » selon l'IDE 2.

2. Les spécificités de la relation avec la personne âgée :

La deuxième question concernait les spécificités de la relation du soignant avec la personne âgée. Ce que les infirmières ont pu décrire c'est que la communication à une place importante avec notamment la présence de la communication non verbale. Ainsi, pour communiquer elles utilisent beaucoup leurs mains car « *on peut expliquer des choses en montrant* » par des gestes, ce qu'explique l'IDE 2, ou bien initier un contact physique. Aussi, par son attitude l'infirmier va pouvoir communiquer l'attention qu'il porte au patient, puisque comme l'indique l'IDE 1, les patients « *sont très sensibles à notre positionnement et la posture* ». Ils vont aussi être attentifs au sourire et au regard porté sur eux. Puis, lorsque l'on parle ce n'est pas seulement les mots qui sont entendus, mais aussi le ton, « *la musique de la phrase* » comme aime le dire l'IDE 2. Concernant la communication verbale, elle

est adaptée, c'est-à-dire que pendant les soins par exemple l'IDE 2 utilise « *toujours des mots positifs* » et des mots simples. Aussi, elle a « *toujours l'habitude de détailler* » les soins, d'expliquer pour rassurer et accorder de la considération. Le besoin de discuter est important pour la personne âgée, comme un « *besoin d'extérioriser certaines choses* » selon l'IDE 1, de parler de leur vie. Par ailleurs, concernant la relation avec la personne âgée, les infirmières expliquent que « *c'est très particulier* » (IDE 2), sans vraiment être différente. Il y a vraiment une relation de confiance qui se noue, les patients « *vont se référer* » aux soignants d'après l'IDE 1, notamment en EHPAD (établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes) où les soignants deviennent « *des semi-proches* » selon l'IDE 2. Pour elle, il y a aussi une relation plus maternante. Les infirmières vont également porter une attention au bien-être des patients âgés par l'observation du comportement, « *s'ils se mettent en retrait* » (IDE 1), des mimiques du visage, « *s'il est crispé* » par exemple pour l'IDE 2. Puis, si le patient est communicant, elles vont pouvoir échanger avec eux, « *essayer de creuser* » (IDE 1). Si la communication orale n'est pas possible l'IDE 1 explique qu'elle « *va faire un check up* » sur le plan physique. Enfin, puisque les infirmières interviewées travaillent en Ehpad, elles ont évoqué la particularité de la relation dans cet établissement, car c'est un lieu de vie et donc les résidents « *on les voit tous les jours* » (IDE 2), « *on apprend à les connaître* » d'après l'IDE 1, du fait aussi de la possibilité de prendre plus de temps pour eux. Pour l'IDE 2 « *c'est plus cocooning* » car c'est leur résidence.

3. Les difficultés émotionnelles et affectives de la relation :

J'ai également questionné les infirmières sur les difficultés émotionnelles qu'elles ont pu rencontrer en lien avec la relation avec le patient. Ce qu'elles ont le plus évoqué ce sont les difficultés de contre-transfert, des réactions affectives face au patient. Premièrement, l'attachement envers le patient parfois lié à « *un vécu personnel sur des éléments familiaux* » comme pour l'IDE 1, et qui peut prendre une place importante dans la pensée même en dehors du travail. L'IDE 2 a pu aussi décrire l'épuisement, quand les patients sont agressifs, méprisants envers les soignants qui ont « *une espèce de seuil de saturation* ». Dans ces situations elle dit se sentir mal. C'est à ce moment-là qu'il faut prendre des décisions pour gérer la situation, comme déléguer, « *on passe le relai aux collègues* » ; échanger quand « *on a la chance d'avoir une psychologue* », qui peut aussi intervenir auprès des patients selon l'IDE 2 ; ou bien accepter si le soignant a la capacité émotionnelle de tenir. Également, il se noue une relation avec la famille des patients qui parfois mène à des liens affectifs, ce qui a été le cas pour l'IDE 1 qui explique avoir créé un lien, « *quelque chose d'indescriptible* » avec l'enfant d'une résidente. En effet, il y a la reconnaissance de la part des familles pour l'accompagnement et les soins procurés. Puis, concernant les transferts de sentiments des patients vers les soignants, les IDE mentionnent

qu'« *on peut avoir déclenché chez lui un souvenir qui n'est pas positif* » (IDE 2), cela survient mais ce que n'a pas encore rencontré l'IDE 1 qui a moins d'expérience.

4. Les connaissances des infirmiers sur le toucher :

J'ai ensuite questionné les infirmières sur leurs connaissances sur le toucher. Chacune des infirmières m'a donné sa représentation du toucher dans les soins. L'IDE 1 se représente le toucher comme « *une thérapeutique à proprement parler* », qui peut être utilisé notamment pour des soins vécus comme douloureux, « *des soins un peu, qui ne sont pas forcément agréables* ». Tandis que l'IDE 2 m'a présenté le toucher comme un moyen de communication, ainsi, « *c'est comme établir un contact avec la personne* ». Elle précise qu'il s'emploie auprès du patient notamment quand « *la communication n'est pas possible ou partielle* ». De plus, elle associe le toucher à la notion de proxémie, de proximité intime avec la personne car quand on la touche « *c'est quelque chose de très personnel* ». Par ailleurs, l'IDE 1 évoque le fait que le toucher est indissociable de la profession infirmière, il est pratiqué dans un grand nombre de soins et donc l'infirmier « *est quand même au contact assez régulier avec le corps* ». Enfin, concernant les types de toucher pouvant être pratiqués, seule l'IDE 1 en avait connaissance, mentionnant ainsi le toucher massage.

5. L'approche du toucher auprès des patients :

Suite à la question sur leur pratique du toucher, les infirmières ont de nombreuses fois évoqué les zones du corps sur lesquelles elles initient le contact. Toutes les deux disent que c'est surtout sur les membres supérieurs tels que « *les bras le plus souvent* », « *les mains* » ou encore « *la main sur l'épaule* ». Aussi, mais de façon moins fréquente l'IDE 1 peut toucher les jambes, et l'IDE 2, le dos et les parties du visage telles que « *la joue un peu* » et « *le front aussi* » mais plutôt dans les soins palliatifs. Dans tous les cas, il faut s'adapter au patient et à leurs vécus personnels, car le contact tactile n'est pas anodin, il « *peut aussi être mal interprété* » (IDE 2). Ainsi comme l'explique l'IDE 1 c'est essayer « *de ne pas raviver de trop mauvais souvenirs* ». En ce qui concerne les raisons pour initier le toucher, les infirmières décrivent l'objectif d'apaiser le patient, comme « *un peu un anxiolytique* » selon l'IDE 1, car c'est un geste « *rassurant* » d'après l'IDE 2. C'est aussi, pour l'accompagner dans des moments difficiles, pour lui « *montrer qu'on est présent* » (IDE 1). Pour l'IDE 1, on peut aussi utiliser le toucher pour soulager des douleurs par « *des massages* » notamment, ou pour restaurer l'estime qu'il a de lui-même. Enfin, l'IDE 2 se sert du toucher comme « *mode de communication* » quand celle-ci est compliquée à établir verbalement. Pour finir, c'est de manière le plus souvent, instinctif que l'IDE 1 initie

un toucher avec un patient, « *vraiment de façon inconsciente* », tandis que pour l'IDE 2, elle va surtout le faire de manière plus réfléchie « *en fonction de la situation* », du besoin de l'instant.

6. Les réactions des patients face au toucher :

Concernant la question sur l'acceptation du toucher par les patients, ce qui est beaucoup revenu dans les propos des infirmières c'est que le toucher ne s'initie pas sans mener une réflexion sur la situation et si le patient est prêt à accepter ou non ce toucher. Selon l'IDE 1 « *ça dépend de ce qu'on perçoit d'eux* », certains patients n'apprécieront pas ce contact. L'IDE 2 exprime qu'elle fait attention, qu'elle « *essaye de toucher à bon escient* ». Aussi, parfois ce sont elles qui se trouvent plus dans la retenue du geste tactile. Notamment lorsqu'elle connaît peu le patient, pour l'IDE 1, ou parce qu'elle est de nature pudique par rapport au contact tactile, pour l'IDE 2. Ainsi, en général, le toucher est plutôt apprécié par les patients. Aucune des infirmières n'a vécu une réaction de refus : « *je n'ai pas eu de mouvement de retrait* » (IDE 2), « *j'ai pas de souvenir* » (IDE 1). Cependant, l'IDE 1 exprime qu'il est possible que le patient n'accepte pas d'être touché, car c'est un vécu désagréable et « *il peut y avoir un retrait* ».

7. L'impact du toucher sur la personne âgée et sur sa relation avec le soignant :

Ma dernière question portait sur les effets du toucher auprès des personnes âgées. Ainsi, les infirmières ont beaucoup décrit son impact sur la relation soignant-soigné notamment en permettant de renforcer la relation de confiance, selon l'IDE 1. Le toucher « *leur montre qu'on leur porte de l'importance* », ça leur redonne une valeur avec le sentiment d'être entendu. De plus, par la confiance accordée, le toucher favorise l'alliance entre le patient et le soignant d'après les infirmières, comme en étant « *connecté l'un à l'autre* » (IDE 1). Puis, l'impact se fait aussi sur la communication en aidant le patient à parler et à se livrer davantage, et, car ce geste tactile « *ils vont le comprendre* » (IDE 2), comprendre notre attention sans avoir à le dire verbalement. Également, les infirmières décrivent son rôle thérapeutique, sur l'anxiété en particulier : « *par le toucher je trouve qu'on arrive quand même à bien désamorcer ça* » selon l'IDE 2, et physiquement, « *une des premières réactions c'est un sourire* » (IDE 1). D'après les infirmières, cet effet sur l'anxiété est très remarqué chez des personnes avec qui la communication verbale est limitée, le toucher permet « *de réassurer parce que les mots ne sont pas entendus ou pas compris* ». Pour finir, ces effets du toucher dont on a pu évoquer, ne sont pas forcément constatés pour tous les patients, il y a une notion de réceptivité. Par exemple, il n'y va pas en avoir selon l'IDE 2, « *quand ils sont trop dans l'agressivité* ». À l'inverse, pour des personnes avec

des troubles cognitifs il va avoir un réel impact du toucher, c'est pourquoi l'IDE 1 a « *tendance à plus l'utiliser* » avec ces patients-là.

Discussion :

À présent, je vais confronter les données recueillies auprès des infirmiers avec celles de mon cadre théorique, tout en apportant ma position par rapport à ma pratique professionnelle. Pour cela, un rappel de ma question de départ est nécessaire. Celle-ci étant : De quelle manière le toucher dans les soins infirmiers auprès des personnes âgées impacte-t-il la relation soignant-soigné ?

Tout d'abord, concernant la relation soignant-soigné, l'IDE 1 évoque le fait qu'elle est essentielle à la profession infirmière, puisque présente dès lors que nous nous trouvons présents avec le patient. Elle ajoute qu'elle y porte attention parce que nous sommes en relation avec des êtres humains, porteurs d'émotions, d'histoires personnelles, d'affects comme le souligne Hartup. De même, j'y porte une attention particulière dans mes prises en soin, car c'est ce que j'apprécie le plus dans ce métier, le contact humain, le partage, et pour moi les patients sont comme nous, c'est-à-dire des êtres humains avec des besoins de respect ou encore d'affection et d'autant plus quand des problèmes de santé les rendent plus vulnérables. Ainsi, j'essaye d'adopter une attitude bienveillante comme celle que j'aimerais qu'on ait avec moi. C'est en effet, ce qu'explique l'IDE 1, d'essayer d'établir une relation d'égal à égal avec le patient, ainsi que les auteurs (Bonneton-Tabariés) en décrivant la relation asymétrique entre le patient vulnérable dans un lit et le soignant dominant par son savoir, qu'il faut tenter de rétablir la symétrie. Pour cela, des qualités et compétences soignantes sont indispensables. Pour les IDE se sont surtout l'écoute et l'observation. C'est selon moi, laisser au patient une place dans la relation pour qu'il s'exprime et pour apprendre à le connaître, à reconnaître ses réactions et ses émotions. Selon les modèles de relations décrits par les auteurs (Pitte), ces compétences constituent la relation fonctionnelle permettant de recueillir les informations essentielles à la prise en soin, et la relation de soutien où l'écoute active est primordiale. Pour moi, par ces deux compétences infirmières, le patient va comprendre qu'on lui porte une attention singulière en le considérant comme un être à part entière, ce qui va permettre de nouer une relation de confiance et donc une adhésion au soin. Aussi, selon l'IDE 2, la communication verbale a son importance dans la relation, à travers l'humour et en déplaçant l'attention du patient de son problème de santé, pour elle. Egalement, je pense que la communication est un élément central de la relation car par des mots adaptés et positifs ont peu dédramatiser une situation, la rendre plus agréable comme avec la communication thérapeutique, qu'on a étudiée en cours et sur la-

quelle je pourrais enrichir mes connaissances pour l'adopter au mieux dans mes prises en soin, car j'en perçois un réel bénéfice. Une des qualités soignantes non évoquée par les infirmières et qui est pour moi essentielle dans l'établissement d'une relation bienveillante et de confiance, c'est l'empathie envers le patient. Elle est d'ailleurs décrite par Brient comme moteur de la relation soignant-soigné. Il s'agit de ne pas être dans le jugement de l'autre, mais plutôt de s'efforcer à comprendre au mieux ses ressenties et ses besoins dans la recherche d'une qualité de soin.

Cependant, la relation établie avec un patient ne sera jamais identique à celle avec un autre patient comme décrit par à la fois par les infirmières et les auteurs (Formarier). Il y a des particularités auxquelles il faut s'adapter comme avec la personne âgée et notamment lorsqu'elle présente des troubles cognitifs, comme le précise l'IDE 2. Ainsi, selon les infirmières qui travaillent en Ehpad et qui est un lieu spécifique puisque c'est un lieu de vie, le dernier pour les résidents, la relation qui se noue est d'autant plus forte entre les résidents et les soignants qui deviennent presque des proches. En effet, le lien que la personne âgée établie avec nous est particulier, du fait que nous la voyons tous les jours, on la connaît presque aussi bien que sa famille comme ses enfants ou petits enfants, facilitant ainsi son attachement et le lien de confiance selon moi. L'IDE 2 décrit même que la relation est plus maternante, pas dans le sens du modèle de Hollender où le patient est dans cette relation, passif, mais dans le sens où on essaye de leur faire plaisir, de les chouchouter. Les infirmières portent aussi une grande attention aux changements d'attitudes et au confort de la personne âgée. Je comprends cette attitude, c'est pour moi essayer aussi de porter une attention sur les besoins, les craintes en respectant la personne et son histoire de vie, ce qu'on peut retrouver dans la notion d'attention soignante (Carvalho, Stora), et ainsi tenter d'apporter le confort dont elle a besoin pour que les dernières années de vie soient les plus agréables possibles. En service de gériatrie, peut-être que la relation est encore différente puisque les personnes âgées ne vont pas forcément rester longtemps, du moins ce n'est pas un lieu de vie, on a moins le temps d'apprendre à les connaître. En revanche, le contexte de l'hospitalisation est sûrement déstabilisant et angoissant en raison d'une perte de repère et d'un problème de santé qui peut parfois aussi amener à une fin de vie. Ainsi, le point commun de ses prises en soin réside dans le fait d'adopter une attitude bienveillante, respectueuse et rassurante. Par ailleurs, les infirmières décrivent employer une communication différente et adaptée. Tout d'abord, l'IDE 2 explique que pendant les soins, elle détaille ces gestes avec des mots simples et positifs dans le but de rassurer. Je pense également, que cela permet au patient de comprendre les soins et de le placer au centre de sa prise en soin. Pour autant, est-ce que tout lui expliquer quand c'est un soin qui peut être stressant ou douloureux, ne va au final renforcer ces ressenties ? Cela suscite ma réflexion. Egalement, pour les infirmières, auprès des personnes âgées la communication non verbale à toute son importance, notamment lorsqu'il y a des troubles cognitifs, car elle permet de se faire comprendre. Aussi, ils sont très sensibles à ce qu'on leur transmet par le regard, la posture ou le ton de la voix. Comme décrit par les auteurs (Bonneton-Taba-

riès), le non verbal constitue la majorité de ce qu'on transmet à l'autre, notamment nos émotions et notre attention. Ainsi, pour moi le non verbal transmet nos pensées et nos réels sentiments parfois inconsciemment, c'est pourquoi je trouve essentiel d'y être attentif, auprès des personnes âgées et auprès de tous nos patients quel que soit leur âge, car c'est une des clefs d'une relation authentique et de la confiance que le patient nous accorde.

Par ailleurs, dans la relation avec le patient, des émotions se développent, se partagent et peuvent mettre en difficulté. Pour les infirmières les difficultés rencontrées sont liées à l'attachement au patient en lien avec des situations familières vécues ou à l'inverse liées à des situations d'épuisement face à l'agressivité de certains patients. Je pense que ce contexte d'agressivité est en lien avec leur milieu de travail, l'EHPAD et plus exactement avec les patients ayant des troubles cognitifs et des démences de part mes lectures et un vécu personnel. Aussi, c'est parfois les patients qui éprouvent des émotions positives ou négatives en lien avec la relation avec le soignant. Ces difficultés font références avec les deux concepts décrits par les auteurs (Molière, Bernarosch) que sont le transfert et le contre-transfert. Selon moi, les émotions sont propres à la relation mais quand elles prennent une place trop importante, il est essentiel en tant que soignant d'en prendre conscience pour éviter soit le surinvestissement soit d'altérer la relation et la qualité des soins. D'ailleurs selon l'IDE 2, c'est à ce moment qu'on peut demander de l'aide à ses collègues, déléguer pour s'éloigner un temps, option que je conçois personnellement.

À présent, je vais orienter ma réflexion sur la place du toucher auprès des personnes âgées.

Ainsi, quand j'ai questionné les infirmières sur leurs connaissances sur le toucher, elles m'ont fait part qu'elles en avaient peu. En effet, moi-même si ma réflexion pour ce travail ne s'était pas portée sur le toucher, je n'aurais pas eu beaucoup de connaissances, car très peu abordé en cours. C'est donc toutes mes recherches auprès des auteurs et des professionnelles qui m'ont permis de les développer. Néanmoins, à travers leurs expériences professionnelles, les infirmières ont pu se construire leur point de vue sur le toucher. Ainsi, comme développé par les auteurs (Abric, Bonneton-Tabariès), elles décrivent le toucher comme un mode de communication non verbale permettant d'établir une relation autrement qu'avec les mots quand parfois ils ne sont pas compris. Je comprends donc que c'est une voie privilégiée pour communiquer, montrer son écoute, son soutien et sa compréhension, et ainsi rassurer le patient. C'est pourquoi, encore une fois, c'est souvent auprès des patients avec des troubles cognitifs que les infirmières l'utilisent. Aussi, l'IDE 1 évoque l'utilisation du toucher par des massages pour apaiser les douleurs. Elle le voit ainsi comme une thérapeutique. En effet, il existe différents types de toucher, dont le massage reconnu entre autres pour soulager des douleurs et détendre (Fedor). Ainsi, j'ai l'impression d'après ce que les infirmières m'ont partagée, qu'elles pratiquent davantage le toucher « relationnel », comme nommé par les auteurs (Boudreault, Bonneton-Tabariès), pour rassurer, accompa-

gner dans des moments plus difficiles ou pour établir un contact affectif, et moins souvent le toucher massage. Bien sûr, cette observation repose sur les entretiens que j'ai réalisés avec les deux infirmières, et n'est donc pas objective ni générale, mais suscite réflexion sur la pratique soignante. De mon côté, je pense être moins à l'aise pour pratiquer un massage, car je trouve ce contact plus intime qu'une simple caresse ou une main posée. Également, je pense qu'une formation sur le toucher massage dans les soins est essentielle pour l'aborder sans troubler ou blesser le patient et pour se sentir plus confiant dans ce soin, en tant que professionnel. Ainsi, comme je viens de l'indiquer, le toucher est lié à l'intimité. Les infirmières évoquent aussi la notion de proxémie développée par T. Hall, car lorsque l'on touche une personne, on rentre dans sa zone personnelle et la relation devient alors plus intime. C'est pourquoi, lorsque les infirmières souhaitent initier un toucher, elles s'adaptent au patient et à la situation. En effet, certains patients peuvent être réticents, de part leur culture ou leur histoire de vie avec parfois des vécus traumatiques liés au toucher. Ainsi, suite à mes lectures (Fedor, Bonneton-Tabariès, Schaub), je comprends qu'il faut rester attentif aux réactions des patients lors du contact pour réajuster les gestes selon ses besoins. C'est notamment auprès des personnes démentes et agitées qu'initier un toucher peut être compliqué comme l'explique l'IDE 2, car selon Schaub (2016) ce contact peut être perçu comme envahissant et générer de l'agressivité. Également, les infirmières vont être prudentes quant à la partie du corps touchée, privilégiant majoritairement les zones du haut du corps, c'est-à-dire les mains, les bras ou encore les épaules, car ces zones sont perçues comme moins intimes et donc avec peu de risques de mauvaises interprétations par les patients. De même, chez les auteurs (Schaub, Bonneton-Tabariès) on retrouve l'évocation de parties du corps où le touché est mieux toléré et plus agréable, qui sont donc les mains et les bras. Pour ma part, je suis également plus à l'aise de toucher la main ou le bras car se sont des zones de contacts sociaux et donc bien tolérées même quand on connaît peu la personne. Pour autant, je pourrai initier un toucher sur d'autres parties du corps en fonction de la relation nouée avec le patient, car l'intention n'est pas de l'embarrasser mais de répondre à ses besoins, et avec son consentement. Néanmoins, l'IDE 1 précise que souvent c'est instinctivement qu'elle touche le patient. Selon moi, on peut le faire seulement si on a déjà établi un contact tactile avec le patient et que cela a été apprécié avec des effets bénéfiques observés. Ainsi, si je m'adapte au patient, à ses besoins et donc que je l'écoute et que je le respecte, une relation de confiance peut s'établir.

Ainsi, quels effets du toucher peut-on observer chez la personne âgée ? Rappelons d'abord que le besoin du contact tactile est plus important chez les personnes âgées du fait d'un isolement ou encore de l'altération de leur image corporelle (Schaub, Boudreault). Ainsi, les infirmières décrivent que le toucher est généralement apprécié. En effet, elles observent un rôle thérapeutique sur l'anxiété notamment avec les personnes avec qui il est difficile de communiquer verbalement. Aussi, comme pour les auteurs (Saint-Pierre), il peut avoir un rôle thérapeutique sur la douleur lors d'un soin. Ainsi, le toucher

permet à la fois un apaisement physique et psychique. Concernant les effets sur la relation soignant-soigné, pour les infirmières comme pour les auteurs (Blanchon, Saint-Pierre, Khosravi, Schaub, BreLOT), le toucher va permettre de transmettre un sentiment d'égard, d'écoute et de respect, et ainsi restaurer l'estime que la personne a d'elle-même. Par conséquent, en lui portant de l'importance et de la valeur, une relation de confiance s'instaure entre la personne âgée et le soignant, permettant à la personne de s'exprimer plus facilement verbalement et non verbalement. Les échanges comme le précisent BreLOT et Conrath (2017), deviennent plus constructifs et bénéfiques pour le patient. Je comprends alors que le toucher relationnel peut avoir un effet bénéfique sur la relation de confiance entre le soignant et la personne âgée. Cette relation de confiance est de nombreuses fois évoquée par Schaub (2016) qui explique que les bénéfices du toucher sont « l'amélioration de la relation, du rapport de confiance et de l'attachement » (p.19). Ainsi, selon moi, le toucher a toute sa place dans les soins auprès de la personne âgée en apportant réassurance, sentiment de confiance, affection et considération dans une période de la vie où la solitude affective, l'angoisse et le sentiment de vulnérabilité sont présents.

Par ailleurs, cela a été évoqué de nombreuses fois par les infirmières et par les auteurs (Schaub), c'est plus précisément encore auprès des personnes âgées ayant des troubles cognitifs et présentant une démence que le toucher a des effets bénéfiques, car il est un mode privilégié de la communication non verbale, lorsque le dialogue est difficile. Pour autant, il est aussi évoqué qu'il est compliqué d'initier un contact tactile auprès de ces personnes, car une non compréhension de l'intention du geste peut provoquer de l'agitation voire même de l'agressivité. Dans ce cas, d'après l'IDE 2, il n'y a aucun effet bénéfique du toucher.

Selon moi, lorsque l'on se trouve devant une situation où le patient se met à s'agiter et à devenir agressif, il est difficile de communiquer avec lui, car il ne nous écoute plus, et en tant que soignant on peut se sentir démuni face à l'incompréhension et la difficulté à rétablir la relation. De plus, lorsque des situations d'agressivité se reproduisent, les soignants peuvent ressentir un épuisement qui affecte la relation. Ainsi, comment appréhender le toucher avec les personnes âgées présentant des troubles cognitifs pour éviter de générer de l'agressivité ? Concernant le toucher, je ne distingue pas le toucher relationnel du toucher massage, car je ne peux pas spécifier lequel est davantage utilisé auprès de ces personnes.

Toute cette réflexion m'amène à reconsidérer ma question initiale en l'ajustant pour formuler une nouvelle question de recherche :

Dans le contexte des troubles cognitifs chez la personne âgée, en quoi l'approche du toucher par les soignants influence-t-elle les comportements d'agressivité et la qualité de la relation soignant-soigné ?

Conclusion :

Pour conclure ce travail d'initiation à la recherche, je vais revenir sur les différentes étapes de ma réflexion professionnelle. Tout d'abord, une situation vécue en stage où une relation particulière s'était nouée avec une patiente, m'a énormément marquée. Il m'a alors été évident de la choisir pour ce travail d'autant plus qu'elle a suscité en moi de nombreux questionnements notamment sur la pratique du toucher dans les soins. Après avoir exposé tous mes questionnements, j'ai pu construire ma question de départ sur l'impact du toucher sur la relation soignante avec la personne âgée. Puis, j'ai effectué des recherches auprès des auteurs, retranscrites dans mon cadre théorique, et qui m'ont permis de cibler mes questions pour les entretiens avec des infirmières. Ces entretiens avaient pour objectifs de recueillir des expériences soignantes en lien avec mon sujet. Le travail de confrontation des propos des soignants et des écrits théoriques m'a apporté un enrichissement de mes connaissances professionnelles, des éclaircissements à mes questionnements et m'a amenée à réévaluer ma posture professionnelle. Ainsi, ce qui ressort de ce travail c'est que la communication a une place très importante dans la relation avec le patient et d'autant plus auprès des personnes âgées avec qui la relation de soin est si particulière avec un fort besoin d'affection. C'est surtout la communication non verbale qui est mise en avant pour sa portée plus grande. Elle peut remplacer les mots quand l'échange verbal est compliqué, notamment en raison de troubles cognitifs chez les personnes âgées. Ainsi, par l'attitude et la posture soignante qu'on adopte, nous communiquons nos émotions et notre intention. C'est dans ce sens que le toucher est utilisé auprès des patients, en respectant son intimité et ses besoins, et avec bienveillance, car ressenti comme trop intrusif, il peut générer de l'agitation et de l'agressivité chez les patients ayant des troubles cognitifs. Avant tout, il permet d'apaiser les douleurs, l'anxiété, renforcer l'estime de soi, apporter valeur et dignité au patient, contribuant à la confiance envers le soignant. Avec ce travail, je comprends désormais que le toucher a une vraie place au sein de la pratique infirmière pour ses nombreux bénéfices pour le patient âgé tant physiques que psychiques et surtout comme vecteur de la relation de confiance entre le patient et le soignant, dans cette période de vie si particulière. Ainsi, je me sens plus légitime, même en tant que jeune soignante à utiliser le toucher auprès de mes patients de part toutes les nouvelles connaissances et la réflexion professionnelle que m'a apporté ce travail de recherche. Néanmoins, il a aussi laissé place à de nouveaux questionnements portant plus particulièrement sur le toucher auprès des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Aussi, au cours de ces mois, j'ai pris conscience de mes capacités à mener un travail de recherche malgré les doutes et les angoisses, avec un sentiment de fierté. Cela m'a donné une ouverture d'esprit sur la recherche médicale et l'envie de réaliser de nouvelles lectures sur ce sujet ou d'autres sujets.

Bibliographie :

- Blanchon, C. (2006). *Le toucher relationnel au coeur des soins*. Elsevier.
- Bonneton-Tabariès, F. & Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-line éditions.
- Grousset, S. (2009). Définition et concepts liés au toucher dans les soins. *Soins*, 54(737), 30-31.
- Malaquin-Pavan, E. (2013). Le langage du toucher dans les soins. *Soins*, 58(773), 48-49.
- Manoukian, A. & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3^e éd.). Lamarre.

Webographie :

- Abric, J.-C. (2019). Chapitre 4. La dimension non verbale de la communication. In J. Abric (Dir.), *Psychologie de la communication* (pp. 59-69). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937-p-59.htm>
- Benarosch, J. (2017). Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. *Pratiques en santé mentale*, 63(3), 49-53. <https://doi.org/10.3917/psm.173.0049>
- Berman, C. W., & Bezkor, M. F. (2010). Transference in patients and caregivers. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 107-114. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.1.107>
- Bréhaux, K., Champin, Y., Charles, C., & Martin, C. (2022). *Spécificités de la relation soignant-soigné*. Paris : Vuibert. <https://www.cairn-sciences.info/ue-1-en-150-cartes-mentales-ue-1--9782311663075-page-64.htm>
- Brelot, V. & Conrath, D. (2017). Le toucher outil privilégié de la communication non verbale. *La revue de l'infirmière*, 66(233), 51-52. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2017.06.013>
- Brient, P. (2007). Du regard à la parole : La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 61-68. <https://doi.org/10.3917/cpc.028.0061>
- Boegli, M. & Cabotte, E. (2006). Les massages : quels bénéfices pour les patients ?. *InfoKara*, 21, 28-29. <https://doi.org/10.3917/inka.061.0029>

- Boudreault, A., & Ntetu, A.-L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86(3), 52-67. <https://doi.org/10.3917/rsi.086.0052>
- Carvalho, E., Jacques, C., Ramjan, O., de Rochegonde, T., & Sers, D. (2021). La fabrique du lien : Notes sur les relations soignantes. *Pratiques en santé mentale*, 67(2), 15-20. <https://doi.org/10.3917/psm.212.0015>
- Defresne, C. (2012). Toucher. In M. Formarier (éd.), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). (pp. 320-321). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsiforma.2012.01.0320>
- Dico en ligne Le Robert (s.d). *Toucher*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/toucher>
- Fedor, M.-C., Grousset, S., Leyssene-Ouvrard, C., & Malaquin-Pavan, E. (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-courte.pdf>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : La sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 76-82. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0076>
- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noifalisse, C., Barrier, H., Gorrard, J., Paniaga, C., Mathé, B. & Gerbaud, L. (2009). Evaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers – résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée : (suite de la recherche précédente). *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 92-97. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0085>
- Khosravi, M. (2011). *Chapitre IV. Communication non verbale*. Doin. <https://www.cairn.info/la-communication-lors-de-la-maladie-d-alzheimer-et--9782704013104-p-181.htm>
- Larousse (s. d.). *Toucher*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627>
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *V.S.T - Vie sociale et traitements*, 101(1), 78-83. <https://doi.org/10.3917/vst.101.0078>
- Ministère de la Santé et de la prévention. (2021). *Personnes âgées : les chiffres clés*. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>.

- Molière, F., & Friard, D. (2012a). Contre-transfert. In Formarier, D., & Jovic, L. (Dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 325-327). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0325>
- Molière, F., & Friard, D. (2012b). Transfert. In Formarier, D., & Jovic, L. (Dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 322-325). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0322>
- Paillard Christine. (s. d.). *La relation soignant-soigné : Le vieillissement*. Infirmiers.com.
<https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-le-vieillessement>
- Pitte, M. (2019). *La relation soignant-soigné*. Espace-soignant.
<file:///Users/chloezounette/Zotero/storage/BIW248PE/relation-soignant-soigne.html>
- Saint Pierre, C. & Vinit, F. (2006). Cahier 8 : Le toucher dans les soins infirmiers regard croisé entre la discipline infirmière et l'anthropologie. <https://studylibfr.com/doc/537543/>
- Santé publique France. (2022). *Avancer en âge en bonne santé, une priorité de santé publique*.
<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/avancer-en-age-en-bonne-sante-une-priorite-de-sante-publique>
- Schaub, C., von Gunten, A. & Morin, D. (2016). Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur l'agitation et le stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence. *Recherche en soins infirmiers*, 126, (3)7-23.
<https://doi.org/10.3917/rsi.126.0007>
- Stora, J. C. (2017). Créer pour soigner avec la théorie relationnelle. *Psychosomatique relationnelle*, 7, 106-118. <https://doi.org/10.3917/psyr.007.0106>

Photographie :

- Le corps humain. (2023). *Toucher* [photo].
<https://lecorpshumain.fr/categories/organe-des-sens/toucher>

Annexe I : Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour,

Je me présente, je suis Chloé étudiante infirmière en 3ème année. Je réalise cet entretien pour mon travail de fin d'étude, sur le thème de la relation soignant-soigné et du toucher auprès des personnes âgées.

Si vous me l'autorisez, je vais enregistrer cet entretien avec mon téléphone. Cet enregistrement restera anonyme et ne servira que pour mon travail de recherche.

Présentation soignant	Connaitre le soignant et son parcours	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?<ul style="list-style-type: none">- Des stages qui vous ont marqués ?- Les différents services rencontrés ?- Pourquoi avoir choisi de travailler en EHPAD ?
Relation soignant-soigné		<ul style="list-style-type: none">• Quelles qualités et compétences soignantes sont essentielles dans la relation soignant-soigné ?<ul style="list-style-type: none">→ Selon vous, qu'elles sont les éléments qui permettent de créer la relation soignant-soigné ?- Quelles valeurs soignantes ?- Comment communiquer ?- Quelle attention portez-vous ?• En quoi la relation entre le soignant et la personne âgée serait-elle différente de celle avec un patient plus jeune ?<ul style="list-style-type: none">→ Selon vous, qu'est-ce qui est différent dans la relation avec la personne âgée par rapport à celle avec un patient plus jeune ?- Les besoins du patient ?- La communication verbale et non verbale ?• Quelles difficultés émotionnelles et affectives avez-vous déjà pu rencontrer dans la relation avec le patient ?<ul style="list-style-type: none">→ Vous est-il arrivé que les émotions ressenties entre vous et le patient, vous mette en difficulté, et pouvez-vous préciser ?- Transfert du patient envers vous ?- Investissement affectif en tant que soignant ?
Toucher	Apprécier la place du toucher dans la pratique soignante	<ul style="list-style-type: none">• Que connaissez-vous sur le toucher ?<ul style="list-style-type: none">→ Comment définiriez-vous le toucher ?- A-t-il son importance dans la communication non verbale ?

		<ul style="list-style-type: none"> - Les différents types de toucher que vous connaissez ? • Quelles sont les raisons pour lesquelles vous décideriez de pratiquer le toucher avec le patient ? → Quelles sont vos intentions lorsque vous utilisez le toucher avec le patient ? - Quel type de toucher utilisez-vous ? - Dans quelles conditions / à quels moments ? - Quelles zones du corps vous privilégiez ? - quels sont les effets recherchés pour le patient ? • Si cela vous est déjà arrivé, quelles ont été les raisons du refus du patient d'être touché ? → Vous arrive-t-il qu'un patient soit dans le refus d'être touché et connaissez-vous les raisons ? - En lien avec le soignant ? - En lien avec la manière d'être touché ? - Peut-on pratiquer le toucher avec tous les patients ?
	Comprendre l'impact du toucher pour le patient et la relation soignant-soigné	<ul style="list-style-type: none"> • D'après ce que vous avez pu observer, quels sont les effets de la pratique du toucher ? → - Quels effets pour le patient ? - Quels effets sur la relation soignant-soigné, positifs ou négatifs ? • Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments ?

Conclusion :

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe II : Tableaux d'analyse des entretiens

Question 1 : Quelles qualités et compétences soignantes sont essentielles dans la relation soignant-soigné ?

	Compétences soignantes essentielles			La communication		La place de la relation dans les soins			Adaptation aux patients
	L'écoute	L'observation	Posture adaptée	Distraire	Dédramatiser	Essentiel à la profession	Les émotions soignantes	Les émotions des patients	
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> -l'écoute active -laisser la place au patient/résident -oui l'écoute active -essayer de les amener à parler -Pas deviner leurs pensées 	<ul style="list-style-type: none"> -notre métier, c'est pas juste regarder cliniquement ce qui se passe -c'est un peu un travail de détective -le regarder s'il y a pas des choses qui se sont passées qui pourraient expliquer des changements d'attitude. 	<ul style="list-style-type: none"> -essayer de se mettre à la hauteur quand on communique -essayer d'avoir une même distance finalement -ne pas essayer d'être au dessus d'eux, de par notre métier -c'est vraiment être égal -être en équité avec eux -quand je discute avec elle, je m'assois à sa hauteur 			<ul style="list-style-type: none"> -le relationnel compte -les soins relationnels j'y porte énormément d'attention -le soin relationnel en général fait partie intégrante de la profession infirmière -partie intégrante des prises en soins 	<ul style="list-style-type: none"> -juste être des techniciens, c'est pas possible -Il faut se rappeler que nous aussi, qu'on a des émotions -on n'est pas des robots 	<ul style="list-style-type: none"> -on travaille avec de l'humain - dans un métier où on travaille avec de l'humain -(on n'est pas des robots) et les patients non plus 	
IDE	-D'abord,	-l'observation		-établir un dia-	-je dirais l'humour		-tu ne peux pas		-en fonction des

2	l'écoute -l'écoute -écouter	parce que déjà ça fait partie du recueil d'informa- tions -regarder -donc observer -les petites at- tentions, ça fait partie de l'ob- servation		logue -parler d'autres choses en fait -parler de n'im- porte quoi sauf de la maladie -mais parler d'autres choses -les sortir un petit peu, s'ils sont un peu trop focus -détourner l'at- tention aussi en les saoulant -en parlant d'autre chose -le fait de parler, les gens se foca- lisent sur une conversation	-de dédramatiser certaines situations -pour dédramati- ser, l'humour		tout le temps être en retrait -essayer de créer un lien sans pour "s'attacher"		profils l'attitude est différente -des gros, gros troubles cognitifs, on n'aura pas la même approche
	8	7	6	8	3	4	3	3	2
	21			11		10			2

Question 2 : En quoi la relation entre le soignant et la personne âgée serait-elle différente de celle avec un patient plus jeune ?

	La relation avec la personne âgée			La communication verbale			La communication non verbale			Attention portée sur le bien être			Spécificité de l'EHPAD		
	Relation spécifique	Relation de confiance	Relation maternante	Un besoin de communiquer	Lors des soins	L'adapter	Les gestes	La voix	L'attitude	Observation du comportement	Observation physique	Questionner	Disponibilité infirmière	Lieu de vie	
IDE 1	<p>-je dirais pas qu'elle est différente</p> <p>-c'est pas la même chose</p> <p>-c'est pas la même recherche dans la relation de confiance</p> <p>-donc c'est pas la même recherche</p> <p>-c'est pas la même, c'est pas la même chose</p>	<p>-on va vraiment être un pilier</p> <p>-ils vont se référer à nous</p> <p>-on devient partie intégrante de leur vie</p> <p>-ils savent qu'on est tenu au secret médical</p> <p>-c'est vraiment une relation de confiance qui s'établit</p> <p>-il y a une relation de confiance qui se crée</p> <p>-le côté relationnel avec les résidents</p> <p>-être présent de façon plus</p>		<p>-ils vont plus communiquer avec nous qu'avec leur propre famille</p> <p>-ils ont besoin de discuter</p> <p>-ils peuvent nous raconter leur histoire de vie</p> <p>-ils ont besoin d'extérioriser certaines choses</p> <p>-ça permet aussi aux gens d'extérioriser</p> <p>-c'est des gens qui ont besoin de discuter</p>				<p>-on va associer les gestes</p>		<p>-pas par une communication verbale</p> <p>-beaucoup par une communication non verbale</p> <p>-ils sont très sensibles à notre positionnement et la posture</p> <p>-ils ne perçoivent pas forcément ce qu'on veut</p> <p>-sur ce qu'on va dégager</p> <p>-une présence</p> <p>-le positionnement non verbal qu'on adopte, oui ça a une in-</p>	<p>-on repère s'ils vont pas bien</p> <p>-s'ils se mettent en retrait</p> <p>-s'ils commencent à se mettre en retrait</p> <p>-le faciès énormément</p> <p>-s'ils ont les sourcils froncés</p> <p>-s'ils sont agités</p> <p>-on va porter attention</p>	<p>-checker tout ce qui est constantes</p> <p>-si c'est des gens qui ne communiquent plus, on va faire un check up</p> <p>-on va regarder au niveau corporel</p> <p>-on va regarder s'il n'y a pas de retard de selles...</p>	<p>-on va discuter avec eux</p> <p>-on va essayer de creuser</p> <p>-on va discuter avec eux</p> <p>-on va essayer de creuser</p>	<p>-plus de temps notamment le weekend pour discuter</p> <p>-je peux me permettre de prendre du temps pour être avec eux</p> <p>le côté relationnel... bien plus facile à mettre en place</p>	<p>-on apprend à les connaître</p> <p>-à savoir les spécificités de chacun</p> <p>-l'avantage... c'est de connaître les gens</p> <p>-ont les voit au quotidien</p>

		juste pour eux							cidence -si on n'est pas disponible pour eux -si on n'est pas souriant					
IDE 2	-je dirais que la ligne directive est la même avec des nuances -c'est une relation particulière la gériatrie -la gériatrie c'est très particulier	-l'équipe soignante se transforme en semi-proche -c'est pas des proches mais des semi-proches -on fait vraiment partie de leur cercle	-être plus maternante -un peu plus maternel -pour les apaiser	-les gens nous parlent de leur vie -on communique beaucoup	-on parle -on explique ce qu'on fait -on décompose le soin -je décompose -toujours donner le déroulement -je dis ce que je fais -en expliquant -j'ai toujours l'habitude de détailler ce que je fais -lui détailler les	-on essaie toujours de minimiser -de dire des mots gentils avoir des mots positifs -adapter la communication -toujours des mots positifs -le vocabulaire peut être différent en fonction du contexte -j'adapte mon vocabulaire à la personne	-il y a les gestes -il y a le geste -avec les mains -toujours les mains -on peut expliquer des choses en montrant -c'est la communication avec les mains -on parle avec les mains -on parle avec les mains -on va peut-	-il y a le ton -il y a une musique -la musique de la phrase -il va entendre le ton - le ton de la phrase, s'il est calme, posé, rassurant -cette espèce de musique de fond -c'est un instrument de musique en fait -si on a une voix qui est rassurante, paisible	-puis le regard -les gens voient si c'est un regard -on lui fait un grand sourire	-on lit sur le visage du patient qui ne communique pas bien -on voit bien que s'il est crispé, c'est qu'il à mal -s'il fait les grands yeux -on peut en fonction des variations du visage, aussi comprendre		-on demande ce qui se passe -on essaye d'échanger	-ici c'est différent, on va dire que c'est plus cocooning -on essaye de les chouchouter	-c'est leur dernière adresse -on les voit tous les jours -c'est la dernière étape -c'est leur dernière adresse

					soins -tu ne la prends pas par surprise -je ne la prend pas de court -je lui explique	-on ne va pas rentrer dans les détails	être un peu plus que dans un service d'orthopédie, toucher les gens -oui en gériatrie il y a plus de contact							
	8	11	3	8	12	8	12	8	12	11	4	6	5	8
	22			28			32			21			13	

Question 3 : Quelles difficultés émotionnelles et affectives avez-vous déjà pu rencontrer dans la relation avec le patient ?

	Contre-transfert du soignant		Transfert du patient		Relation avec la famille		Les difficultés peuvent être gérées		
	Attachement au patient	Épuisement face à l'agressivité	Vécu	Non vécu	Affection soignante	Reconnaissance des proches	Déléguer	Échanger	Accepter
IDE 1	<p>-c'était des éléments qui me rappelaient moi</p> <p>-un vécu personnel sur des éléments familiaux</p> <p>-il y a eu un transfert d'émotions</p> <p>- un attachement particulier à ce patient là</p> <p>-on y repense quand on est à la maison</p> <p>-finalement on ne coupe pas</p>		<p>-on a certains patients qui étaient dans le clivage</p>	<p>-pas avec moi</p> <p>-j'ai pas eu le cas</p> <p>-non ça j'ai pas eu</p>	<p>-j'ai beaucoup accompagné sa fille</p> <p>-j'étais très présente pour sa fille</p> <p>-il s'est passé quelque chose avec sa fille</p> <p>-un lien qui s'est créé</p> <p>-je sais qu'il s'est passé quelque chose d'indescriptible</p> <p>-nos relations sont restées professionnelles, moi vis-à-vis d'elle</p> <p>-c'est quand même quelque chose de très spécial</p> <p>-il y a un petit quelque chose avec les familles</p>	<p>-elle n'a pas eu les mêmes échanges avec les autres</p> <p>-elle m'a remerciée énormément pour l'accompagnement</p> <p>-elle m'a invitée chez elle pour me remercier et discuter de l'accompagnement</p>			
IDE 2	-l'attachement au patient	-les gens qui ont des comportements	-on peut avoir déclenché				-c'est passer le relai à	-on a la chance	-un équilibre entre le tra-

	<p>-des gens chez qui vient se greffer de l'affection</p> <p>-nous aussi on a un deuil à faire</p> <p>-l'affectif</p>	<p>agressifs à répétition</p> <p>-on a une espèce de seuil de saturation</p> <p>-ça déborde</p> <p>-quand les gens sont très méprisants, insultants</p> <p>-la maltraitance soignant</p> <p>-je suis mal</p> <p>-je ne suis pas bien</p> <p>-je ne préfère pas y aller</p> <p>-les gens qui sont en boucle, agressifs</p>	<p>chez lui un souvenir qui n'est pas positif</p> <p>-on ne plaît pas à tout le monde</p>				<p>quelqu'un de l'équipe</p> <p>-faire une pause</p> <p>- donc passer le relai</p> <p>-on fait une pause</p> <p>-on passe le relai aux collègues</p> <p>-on passe le relai</p> <p>-on a une équipe, on passe le relai</p>	<p>d'avoir ici une psychologue</p> <p>-on peut avoir un temps d'échange</p> <p>-on a la possibilité de faire intervenir le psychologue</p> <p>-le psychologue passe dans la chambre</p>	<p>vail et la richesse de la vie personnelle</p> <p>-ça aide à tenir sur les difficultés</p> <p>-on fait avec</p>
	10	9	3	3	8	3	7	4	3
	19		6		11		14		

Question 4 : Que connaissez-vous sur le toucher ?

	Point de vue professionnel		Connaissances sur le toucher		Notion de proxémie	Inhérent aux soins infirmiers
	Une thérapeutique	Un mode de communication	Type de toucher	Absence de connaissance		
IDE 1	<p>-un espèce de placébo</p> <p>-ce que j'appelle le toucher présence</p> <p>-quand on sait qu'on va avoir des soins qui sont un peu douloureux</p> <p>-des soins un peu qui ne sont pas forcément agréables</p> <p>-c'est vraiment une thérapeutique à proprement parler</p>		<p>-il peut y avoir le massage</p>			<p>-ça fait partie intégrante de notre métier</p> <p>-si on n'aime pas toucher les gens, c'est un peu compliqué</p> <p>-on est quand même au contact assez régulier avec le corps</p> <p>-ça fait partie intégrante de ma vision du soin</p> <p>-je ne peux pas dire que je n'aime pas toucher les gens</p> <p>-le non verbal a une place hyper importante dans la profession infirmière</p>
IDE 2		<p>-c'est là qu'intervient pour moi le toucher, c'est-à-dire comme la communication n'est pas possible ou partielle</p> <p>-c'est comme établir un contact avec la personne</p>		<p>-non, je n'ai pas eu de formation la dessus</p> <p>-aucune connaissance la dessus</p> <p>-je n'ai jamais été formée</p>	<p>-c'est comme si on rentrait un peu dans sa bulle</p> <p>-c'est quelque chose de très personnel</p> <p>-tout le monde ne nous touche pas</p> <p>-on rentre dans sa bulle</p>	

		- c'est un mode de communication pour moi			-c'est très personnel en fait -c'est je trouve très personnel	
	5	3	1	3	6	6
	8		4		6	6

Question 5 : Quelles sont les raisons pour lesquelles vous décideriez de pratiquer le toucher avec le patient ?

	Les raisons pour initier le toucher					Les zones du corps touchées					Comment est initié le toucher	
	Apaisement	Douleurs	Accompagner	Estime de soi	Communi-quer	Les membres su-périeurs	Le visage	Le dos	Les membres inférieurs	Adaptation au patient	Instinctif	S'adapter au be-soin
IDE 1	-c'est beau-coup pour la réassurance -le contact du peau à peau il est bénéfique -un peu en anxiolytique -massage plaisir	-aussi des massages -quand on voit qu'il peut y avoir des dou-leurs articu-laires	-montrer qu'on est pré-sent	-le corps dégoutte de la personne âgée, et il faut leur rappeler aussi que ce sont des êtres hu-mains		-je lui touche le bras -le bras très souvent -oui très souvent les bras -les bras le plus souvent			-les jambes je ne le fais pas sou-vent	-ça dépend de la personne -des gens qui au niveau du sché-ma corporel ça peut être compli-qué -ça dépend... de la relation -de ce que je sais aussi de son pas-	-c'est quelque chose de très instinctif -oui effective-ment c'est quelque chose de très instinctif -le toucher on l'utilise vrai-ment de façon inconsciente	-mais on anticipe aussi le besoin du patient

						-les mains -plutôt les parties hautes du corps				sé -ils peuvent avoir connu des agressions sexuelles -on essaye de ne pas raviver de trop mauvais souvenirs -il y a une altération du schéma corporel chez certains patients	-c'est plus ou moins naturel pour chaque personne -c'est pas quelques choses que je réfléchis à l'avance -c'est vraiment naturel -ça me pose aucun problème de l'initier vers les gens	
IDE 2	-c'est pour essayer de l'apaiser -pour le rassurer -c'est pour apaiser -c'est rassurant -reconnu pour apaiser -je vais essayer de l'apaiser -je l'apaise	-accompagner quelqu'un -c'est un geste de compassion -on accompagne un moment désagréable -consoler	-pour arriver à communiquer et passer un message -en mode de communication -quand la communication verbale n'est pas possible -ou communiquer	-en passant la main délicatement sur l'avant-bras -les mains -les bras -c'est les bras -la main sur l'épaule -je pose ma main sur son épaule -moi j'aurais dit la main	-le visage peut-être aussi -voilà la joue un peu -un peu enfantin la joue -le front aussi -le front pour des palliatifs -plus dans des accompagnements palliatifs	-le dos on peut se permettre -poser la main sur le dos			-on rentre dans quelque chose de très personnel -on peut pas toucher n'importe quelle zone -il faut être vigilant -ça peut aussi être mal interprété	-j'ai pas de schéma	-je m'adapte en fonction de la situation -c'est en fonction de la réaction de la personne	

	-on a envie de les rassu- rer					-l'avant bras -ce qui n'a pas de connotation autre -zones qui sont acces- sibles...sans interpréta- tion -l'épaule							
	12	2	5	1	4	18	6	2	1	11	8	3	
	24					38					11		

Question 6 : Vous arrive-t-il qu'un patient soit dans le refus d'être touché et connaissez-vous les raisons ?

	Acceptation du toucher	Non acceptation du toucher		Le soignant s'adapte à la situation	
		Vécu non agréable	Manifestation physique	Adaptation au patient	Retenue du soignant
IDE 1	-non, non parce que c'est quand même apprécié -moi j'ai pas de souvenir -depuis que je suis ici, non	-je sais qu'il y en a qui n'aime pas	-des fois il peut y avoir un retrait	-Je ne le fais pour tout le monde -Après on voit si oui, non -ça dépend de ce qu'on perçoit d'eux	-C'est vrai qu'on a moins tendance à le faire parce qu'on connaît moins les gens
IDE 2	-non, je n'ai pas eu de mouvement de retrait -ce qui rend aussi le côté tactile plus facile à accepter			-J'essaye de toucher à bon escient -jamais pour embarrasser la personne	-On a une éducation qui fait qu'on ne touche pas non plus
	5	1	1	5	2
	5	2		7	

Question 7 : D'après ce que vous avez pu observer, quels sont les effets de la pratique du toucher ?

	Rôle dans la relation soignant-soigné			Rôle thérapeutique pour l'anxiété			Des effets selon les patients	
	Alliance	La communication	Relation de confiance	Anxiolyse	Manifestation physique	Quand la communication est limitée	Notion de réceptivité	Patients avec troubles cognitifs
IDE 1	<p>-se recentrer sur nous</p> <p>-le toucher ça permet de recentrer la conversation entre le patient et l'infirmier</p> <p>-de se connecter l'un à l'autre</p> <p>-le fait voilà d'initier une relation, toucher</p>	<p>-pouvoir discuter plus calmement</p> <p>-on a des conversations un peu plus profondes</p> <p>-moins en surface que si on était à communiquer comme ça</p>	<p>-de se sentir écouté</p> <p>-ça leur dit il est disponible pour moi</p> <p>-toucher ça leur montre qu'on est là pour eux</p> <p>-que ce n'est pas des numéros, des gens de passage</p> <p>-ça leur montre qu'on leur porte de l'importance</p> <p>-juste leur montrer qu'on est là pour eux</p>	<p>-le contact humain, la chaleur humaine apporte une réassurance</p> <p>-généralement ça les pose</p> <p>-oui plutôt anxiolytique</p> <p>-des fois ouf, ça pose aussi les choses</p>	<p>-une des premières réactions c'est un sourire</p>	<p>-des gens chez qui effectivement on ne va pas avoir un échange, une réponse verbale...le toucher va permettre d'apaiser les choses</p>	<p>-il y a des patients qui sont plus réceptifs</p> <p>-sur lesquels ça marche un peu plus ou moins</p>	<p>-le toucher va prendre beaucoup plus de place que chez des personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs</p> <p>-chez des personnes avec des troubles cognitifs, je sais que j'ai tendance à plus l'utiliser</p>
IDE 2	<p>-certains même un lien</p> <p>-ils nous reconnaissent</p>	<p>-ils parlent</p> <p>-ce geste là...ils vont le comprendre</p>		<p>-ça fonctionne en général, ça les apaise</p> <p>-le fait de la rassurer, de la toucher</p>		<p>-chez des patients qui ont des troubles cognitifs sévères, bah de réassurer parce que les mots ne sont entendus ou pas compris</p>	<p>-quand ils sont trop dans l'agressivité là, bah ça ne marche pas non plus</p>	

				-par le toucher je trouve qu'on arrive quand même à bien désamorcer ça				
	6	5	6	8	1	2	3	2
	17			11			5	

Annexe III : entretien n°1

ESI : Alors, juste la première question c'est une question assez basique. Si vous pouvez présenter votre parcours professionnel ?

IDE 1 : Pas de souci, alors moi je suis diplômée de juillet 2023, de l'IFSI G... Et donc un parcours assez court finalement, par rapport à l'espace-temps et je suis allée directement en EHPAD à la sortie de mon diplôme. C'était un choix personnel, euh j'ai travaillé dans un autre établissement rennais sur la période estivale mais qui ne me convenait pas et je suis arrivé à L... en 2000 euh fin en octobre 2023 et donc là ça fait un peu plus de 6 mois que j'y suis.

ESI : Et du coup, ce sont vos stages qui ont pu vous aider à faire ce choix de travailler en EHPAD ?

IDE 1 : Alors moi j'ai fait un seul stage d'EHPAD, c'était mon tout premier stage en première année, et j'avais fait l'USLD euh en fin de première année, mais j'avais été sur le reste de mon parcours de stage beaucoup quand même à l'hôpital. Du coup, un parcours de stage assez hospitalier et voilà j'avais envie de faire un maximum de terrain de lieu de stage avant d'aller en EHPAD. Mais finalement sur le plan théorique ça m'a quand même énormément apporté, donc voilà je me retrouve plus en EHPAD que sur le secteur hospitalier

ESI : Et du coup, pourquoi l'EHPAD ?

IDE 1 : Euh bah c'est déjà multi pathologique, on n'est pas cantonné à une seule spécificité médicale même si dans chaque service bah par exemple la cardiologie on retrouve plusieurs pathologies mais c'est quand même, je trouve, un peu plus diversifié en EHPAD. Euh, le côté relationnel aussi avec les résidents que je trouvais bien plus facile à mettre en place finalement qu'à l'hôpital, où certes on a moins de patients, mais on les voit souvent uniquement dans nos tours ou parce qu'on est sollicité par les médecins, les familles, les appels administratifs, et même si finalement j'en ai peut-être quatre fois plus en EHPAD, j'arrive quand même à dégager plus de temps notamment le weekend pour discuter avec les résidents, faire un point des fois sur ce qui va, ce qui ne va pas, euh je peux me permettre de prendre du temps pour être avec eux, ce que finalement j'avais pas le temps ailleurs. Et donc, en plus je l'ai vraiment vu parce que j'ai fait quelques missions de vacation euh que je suis pas à 100 % ici et notamment en clinique, euh en fait je voyais les gens que quand je faisais mon tour, parce que j'avais absolument pas le temps de les voir ailleurs et puis l'avantage aussi de la maison de retraite c'est que, bah les gens ne changent pas toutes les semaines, tous les trois jours, donc on apprend à les connaître, à savoir les spécificités de chacun et chacune, de percevoir finalement bien plus vite si ça va, si ça ne va pas. Euh et puis bah il y a une relation quand même de confiance qui se crée et je pense que ça permet aussi aux gens d'extérioriser, s'il y a des choses qui ne vont pas, s'il y a des choses qui vont, enfin voilà c'est vraiment ce que j'apprécie dans ce choix de lieu de travail.

ESI : Bah pour faire un peu le lien aussi, pour vous en quoi la relation avec la personne âgée, en tant que soignant, serait-elle différente qu'avec un patient plus jeune ?

IDE 1 : Mmmh, je dirais pas qu'elle est différente, c'est pas la même chose et c'est pas le même recherche dans la relation de confiance chez la personne âgée, on va vraiment être un pilier parce qu'ils vont se référer à nous, bah ils n'ont pas leur famille tout le temps avec eux donc finalement, on devient partie intégrante de leur vie, et des fois, ils vont plus communiquer avec nous qu'avec leur propre famille parce qu'on sait, fin ils savent qu'on est tenu au secret médical, il y a des choses qui ne veulent pas partager avec leurs enfants ou leurs proches. Euh chez les jeunes, ça va être différent parce que et bien voilà, quand il voit une jeune infirmière, fin un jeune infirmier, il y a aussi des fois cette gêne de dire "est-ce que je vais être réellement écouté ? ", "est-ce que je vais pas être jugé ? ", sur des problé-

matiques de santé des fois qui sont assez personnelles. Donc, c'est pas la même recherche et puis bah les jeunes généralement ils sont pas hospitalisés très très longtemps, donc c'est pas la même, c'est pas la même chose.

ESI : Et donc, les besoins du patient seraient-ils différents ?

IDE 1 : Oui, oui. Et puis, des fois ils ont besoin de discuter mais pas forcément de choses qui ne vont pas, il y a des choses qui vont très bien, et ils peuvent nous raconter leur histoire de vie parce que, ils ont besoin aussi d'extérioriser certaines choses, et apprendre à les connaître finalement c'est aussi, bah pouvoir mieux appréhender leur pathologie, être présent de façon plus juste pour eux. Euh donc voilà, c'est vraiment une relation de confiance qui s'établit ouais.

ESI : Et, est-ce que vous diriez que vous utilisez un peu plus la communication non verbale avec la personne âgée ?

IDE 1 : Euh plus oui, notamment avec les gens qui ont des troubles cognitifs parce que la communication, elle est quand même altérée. Quand on parle de gens qui ont des troubles cognitifs, la partie réfléchi n'existe plus et donc la communication elle va être, elle va se faire par des choses, bah pas par une communication verbale mais beaucoup par une communication non verbale. Et en fait, on se rend compte qu'ils sont très sensibles sur notre positionnement et la posture qu'on va avoir avec eux, sur ce qu'on va dégager et des fois voilà, on sait qu'ils ne perçoivent pas forcément ce qu'on veut mais perçoivent tout autre chose. Et donc euh, des gens chez qui effectivement on ne va pas avoir un échange, une réponse verbale, des fois juste effectivement le toucher va permettre d'apaiser les choses. Après, je ne suis pas là à dire qu'on ne va plus du tout communiquer verbalement avec eux, mais on va associer des gestes, une présence chez ces personnes là. Et donc oui, le toucher va prendre beaucoup plus de place que chez des personnes qu'ont des troubles cognitifs. Après, on utilise aussi, parce qu'il y a énormément de voilà le contact humain, la chaleur humaine apporte une réassurance chez des personnes qui sont très anxieuses des choses comme ça. Moi effectivement, chez des personnes avec des troubles cognitifs, je sais que j'ai tendance à plus l'utiliser.

ESI : Et pour vous, quelles seraient les qualités et les compétences soignantes dans la relation soignant-soigné ?

IDE 1 : L'écoute active, euh laisser la place au patient/résident. Euh, il faut essayer de les amener à parler et pas essayer de deviner leurs pensées, pour être au plus juste de... (*coup de téléphone*) euh oui l'écoute active, essayer de se mettre à leur hauteur quand on communique, essayer d'avoir une même distance finalement, de pas essayer d'être au-dessus d'eux de par notre métier, notre profession. C'est vraiment être égal. Ouais être en équité avec eux. Après oui, le relationnel compte.

ESI : Du coup, quelle attention portez-vous au patient ?

IDE 1 : On repère s'ils vont pas bien, euh le faciès énormément, on va voir s'ils ont les sourcils froncés, s'ils se mettent en retrait. Euh ce sont des gens en fait, l'avantage d'être en maison de retraite, encore une fois, c'est de connaître les gens, les résidents avec qui on est parce qu'on les voit au quotidien, et alors des fois, ça nous fait passer aussi à côté de certaines choses parce qu'on les voit très régulièrement, mais des gens qui vont avoir tendance à, euh qui sont d'habitude très joviales, qui vont aller vers les autres et s'ils commencent à se mettre en retrait, on va se dire "oh peut-être qu'il se passe quelque chose", "est-ce que c'est quelques choses de physique ? ", et dans ces cas là, on va être plutôt sur un côté très médical, checker tout ce qui est constantes et tout ça. Par contre si c'est une cause psychologique, on va porter attention, on va discuter avec eux. Si voilà, en fait une manifestation physique peut être liée au psychologique, donc on va discuter avec eux, on va essayer de creuser, savoir s'ils ont eu de la visite de personnes qu'ils n'ont pas l'habitude, s'il y a eu des changements, si enfin voilà on va on va faire attention à ça. Après effectivement, est ce que c'est une douleur, donc on va essayer de creuser. Si c'est des gens qui communiquent, ils peuvent nous orienter, par contre si c'est des gens qui ne communiquent plus, on va faire un check up. On va regarder au niveau corporel s'il y a pas des lé-

sions, des débuts d'escarres ou des altérations cutanées. Euh, chez des gens qui déambulent, on va voir s'ils sont agités, on va regarder s'il n'y a pas de retard de selle, s'il n'y a pas possiblement des infections urinaires qui travaillent ces gens là. En fait, notre métier c'est pas juste de regarder cliniquement ce qui se passe, et c'est un peu en travail de détective, et de le regarder s'il y a pas, oui effectivement des choses qui se sont passées qui pourraient expliquer des changements d'attitude.

ESI : Aussi, avez-vous déjà rencontré des difficultés affectives, émotionnelles dans la relation avec un patient ?

IDE 1 : Des prises en soin qui émotionnellement... ?

ESI : oui.

IDE 1 : Oui, alors pas ici, mais j'ai plusieurs exemples. Quand j'étais en stage en pneumologie, j'étais, j'ai eu un patient qui était en fin de vie et qui était du même âge que mon papa, euh qui a eu le même cancer que mon grand-père, donc forcément c'était des éléments qui me rappelaient moi, un vécu personnel sur des éléments familiaux. Et donc, il y a eu un transfert d'émotions, et un attachement particulier à ce patient là et quand il est décédé ça m'a fait un, bah voilà, pas un choc parce que c'est un mot trop fort, mais on y repense quand on est à la maison, finalement on ne coupe pas, donc, donc oui. Et en tant que jeune diplômée, mon premier décès en tant que jeune diplômée je l'ai eu assez rapidement, je l'ai eu 3 semaines après mon diplôme. Et c'était une dame que j'avais eue en stage, euh sur ma première année justement, et que j'avais en résidence et j'ai beaucoup accompagné sa fille, et finalement j'étais très présente pour sa fille. Et, il s'est passé quelque chose avec sa fille, en lien qui s'est créé, et pourtant j'avais beau être là depuis moins longtemps que les autres infirmiers qui étaient en place et qu'elle connaissait depuis bien longtemps, euh elle a pas eu ses mêmes échanges avec les autres et je sais qu'elle m'a, fin voilà elle m'a remerciée énormément pour l'accompagnement que j'avais pu avoir avec sa maman. Et voilà, je sais qu'il s'est passé quelque chose d'indescriptible finalement, mais voilà nos relations sont restées professionnelles, moi vis-à-vis d'elle. Mais après le décès de la maman, elle m'a, elle m'a invitée chez elle pour me remercier et discuter de l'accompagnement, donc c'est quand même quelque chose de très spécial et qu'on ne retrouve pas je pense à l'hôpital, pas de cette même façon. Parce qu'on accompagne les gens quand on est en résidence senior, on accompagne les gens jusqu'à la fin et généralement enfin voilà, ça fait des années qu'ils sont dans les résidences et donc il y a un petit quelque chose avec les familles qu'on a pas qu'on a pas à l'hôpital.

ESI : Et à l'inverse, du patient envers vous, vous est-il arrivé d'observer un transfert du patient et que du coup son comportement serait différent par rapport à d'autres soignants ?

IDE 1 : Euh oui, après on a certains patients qui étaient dans le clivage, alors pas avec moi, j'ai pas eu le cas. Euh non ça j'ai pas eu.

ESI : Du coup, concernant le toucher, que connaissez-vous déjà sur le toucher, comment le définiriez-vous ?

IDE 1 : Euh, le toucher ça peut être, moi je dis que ça peut-être un peu comme une espèce de placebo. Euh, ça fait partie intégrante de notre métier, si on n'aime pas toucher les gens, c'est un peu compliqué, on est quand-même au contact assez régulier avec le corps. Et moi je sais que ça fait partie intégrante de ma vision du soin. Je peux pas dire que non j'aime pas toucher les gens.

ESI : Et est-ce que vous connaissez les différents types de toucher qu'il peut y avoir dans les soins ?

IDE 1 : Bah il peut y avoir le massage, notamment chez les gens qui sont euh, alors c'est très utilisé en soins palliatifs. Il y a le toucher, juste, ben ce que j'appelle un peu le toucher présence, ça va être quand on sait qu'on va avoir des soins qui sont un peu douloureux des choses comme ça. Généralement, c'est des soins qu'on fait à deux, et donc il y en a un qui va être là à tenir la main pendant que le

collègue fait la réflexion des pansements, des soins un peu qui ne sont pas forcément jugés agréables. Euh, c'est vraiment une thérapeutique à proprement parler.

ESI : Et dans la communication non verbale, a-t-il son importance pour vous ? Pour communiquer avec le patient ?

IDE 1 : Oui bah oui, parce que euh, en tout cas, enfin là où on travaille, c'est déjà, c'est des gens qui ont besoin de discuter la plupart du temps, et s'ils voient qu'on est pas disponible pour eux, qu'on leur tourne le dos. Après, ils savent qu'on a une charge de travail qui est importante, mais si déjà on ne se rend pas disponible pour eux, on ne percevra pas tout ce qu'ils veulent nous montrer aussi eux, de façon verbale. Et donc, le positionnement non verbal qu'on adopte, oui ça a une incidence sur ce qu'on peut, ce qu'on peut voir de nos de nos résidents. Si on n'est pas souriant, si enfin voilà, les gens n'auront pas envie d'aller vers nous, mais ça c'est pour les patients mais c'est aussi pour les collègues aides-soignants parce qu'en tant qu'infirmier en EHPAD, on pilote quand même une équipe, on est "référent" de ce qui se passe, et si l'équipe nous perçoit comme non disponible, vont moins bien nous voir et donc on peut passer aussi à côté de certaines choses. Donc c'est vrai que le non verbal a une place hyper importante dans la profession infirmière. Oui effectivement, si on voit que la personne n'est pas disponible, qu'elle est stressée, qu'elle ne sourit pas, qu'on sent que la journée est compliquée pour elle euh non, ça ne nous donne pas envie de nous ouvrir s'il se passe quelque chose.

ESI : Pour quelles raisons par exemple, vous décideriez de pratiquer le toucher avec un patient ? Hors d'un soin bien sûr.

IDE 1 : Moi je sais que c'est beaucoup pour la réassurance. Euh je pense à une dame notamment qui est assez anxieuse parce qu'elle a eu plusieurs décompensations cardiaques sur les derniers mois et donc elle est très inquiète par rapport à la suite, elle a peur que ça recommence, donc moi je sais que quand je discute avec elle, je m'assois à sa hauteur, on discute, je lui touche le bras euh enfin voilà. C'est, c'est aussi pour montrer qu'on est présent. Et puis, ça peut être aussi des massages, des choses comme ça, qu'on, on voit qu'il peut y avoir quelques douleurs articulaires, mais même aussi massage plaisir voilà c'est pas... Le contact du peau à peau, il est bénéfique, c'est quand même conseillé chez les nouveaux-nés aussi un peu en anxiolytique. Donc euh, non c'est important.

ESI : Euh, quelles zones plutôt vous privilégiez ?

IDE 1 : Euh, le bras très souvent, parce qu'on a quand même parfois des gens qui au niveau du schéma corporel ça peut être compliqué pour eux, donc oui très souvent les bras. Les jambes, moi je sais que je ne le fais pas souvent parce que moi-même j'aimerais pas. Donc je me projette aussi par rapport à eux. Euh en fait ça dépend de la personne, de la relation qu'on a, de ce que je sais aussi de son passé, parce qu'on a des gens qu'on eut, fin qui peuvent avoir connu des agressions sexuelles, des choses comme ça, donc voilà on essaye de ne pas raviver de trop mauvais souvenirs. Donc oui les bras, le plus souvent, les mains, euh voilà, plutôt les parties hautes du corps.

ESI : Du coup, vous arrive-t-il qu'un patient soit dans le refus du toucher ?

IDE 1 : Euh non, non parce que c'est quand même apprécié. Euh, après je ne le fais pas pour tout le monde, parce que je sais qu'il y en a qui n'aime pas. Alors, je sais que je le faisais à l'hôpital parce que j'avais les mêmes patients qui étaient attirés et voilà, mais c'est vrai qu'on a moins tendance à le faire parce qu'on connaît moins les gens. Euh, après c'est quelque chose de très instinctif aussi, enfin voilà si, c'est pas parce que ça fait 24 heures qu'on les a dans un service, qu'on ne peut pas se permettre, ça dépend de ce qu'on perçoit d'eux, fin voilà c'est ça. Oui effectivement c'est quelque chose de très instinctif de se dire "là je pense que", mais on anticipe aussi le besoin du patient. Après on voit si oui, non, enfin voilà, des fois il peut y avoir un retrait, moi j'ai pas le souvenir. Euh, en tout cas depuis que je suis ici, non, mais parce que la personne âgée dans l'esprit de la population générale, des fois bah le corps dégoutte, de la personne âgée, et il faut leur rappeler aussi que ce sont des êtres humains, et ça passe par le toucher.

ESI : Et du coup lorsque ça a été pratiqué, le toucher, quels effets avez-vous pu observer chez le patient ?

IDE 1 : Euh, généralement ça les pose, ça les permet aussi de se recentrer sur nous parce que sur des situations qui les angoissent, des choses comme ça, ils vont tout de suite commencer à se défocaliser de l'instant présent. En fait ils sont pris par leurs angoisses et on sent que voilà c'est répétitif, c'est énergivore pour eux, et le toucher ça permet aussi de recentrer la conversation entre le patient et l'infirmier, de se connecter l'un à l'autre. Et voilà de pouvoir discuter plus calmement, et eux aussi de se sentir écouté parce qu'en, de toucher ça leur dit "il est disponible pour moi". Et donc, c'est vrai que des fois on a des conversations qui sont un peu plus profondes, moins en surface que si on était juste à communiquer comme ça, parce que des fois on est sur des dialogues de sourds. Donc oui, plutôt anxio-lytique, et des fois une des premières réactions c'est un sourire parce que oui, il y a une altération du schéma corporel chez certains patients, suite à des chirurgies, des choses comme ça, des annonces, oui des annonces diagnostics de cancer, énormément moi j'avais, où finalement, fin de cancer, ou alors que les traitements fonctionnaient pas, qu'on allait repasser sur d'autres thérapeutiques et donc ça leur mettait, enfin voilà moralement ça leur met un coup, et le fait de oui, de toucher ça leur montre qu'on est là pour eux tout simplement et que c'est pas que des numéros, des gens de passage. Ça leur montre qu'on leur porte de l'importance.

ESI : Et donc ça peut avoir un effet sur la relation soignant-soigné au final ?

IDE 1 : Oui je pense, c'est pour ça que, pour moi de toute façon le soin relationnel en général fait partie intégrante de la profession infirmière, partie intégrante des prises en soins. On peut pas dans un métier où on travaille avec de l'humain juste être des techniciens, c'est pas possible, et finalement c'est pour ça un infirmier en 6 mois il est fermé sur uniquement les soins techniques, et l'approche relationnelle, c'est pour ça qu'on fait des simulations de soins relationnels parce qu'il faut apprendre à se positionner. Et après, oui il y a des patients qui sont plus réceptifs à ça et sur lesquels ça marche un peu plus ou moins, mais non c'est, on travaille avec de l'humain et il faut se rappeler que nous aussi, qu'on a des émotions qu'on n'est pas des robots et les patients non plus.

ESI : Très bien, je pense qu'on a touché un peu à toutes mes questions. Est-ce qu'il y a d'autres éléments auxquels vous pensez ?

IDE 1 : Bah je dirais que le toucher on l'utilise vraiment de façon inconsciente, c'est plus ou moins naturel pour chaque personne, mais par exemple je sais que je n'aime pas le contact physique, qu'on l'initie vers moi, mais par contre ça me pose aucun problème de l'initier vers les gens. Donc c'est pas quelque chose, c'est pas parce qu'on n'est pas tactile personnellement que je ne suis pas tactile avec les patients. Et donc oui c'est vrai que euh, en tout cas pour moi, c'est pas quelque chose que je réfléchis à l'avance, c'est vraiment naturel.

ESI : Donc bah merci beaucoup, du coup l'enregistrement est anonyme, il n'est que pour moi.

IDE 1 : Non c'est un sujet qui est intéressant parce que, c'est vrai que ben voilà le toucher, effectivement on est avec des gens s'ils viennent à l'hôpital c'est qu'ils sont pas bien, c'est qu'ils ont besoin de soin et donc des fois ça leur tombe un peu dessus comme ça, et le fait enfin voilà d'initier une relation, toucher, sans forcément avec le toucher, sans toucher mais juste leur montrer qu'on est là pour eux, on sent que des fois ouf, ça pose aussi les choses. Donc les soins relationnels j'y porte énormément d'attention et c'est pour ça aussi que voilà je voulais aller en maison de retraite parce que à l'hôpital on a clairement pas le temps. Et moi j'ai fini mon dernier stage, c'était sur la réa médicale. Bah oui les gens ils sont sédatisés, donc oui il y a du toucher, oui on parle avec eux même s'ils sont sédatisés, mais c'est pas la même chose et moi je sais que ça me manquait tellement. Donc oui la maison de retraite c'est bien.

Annexe IV : entretien n°2

ESI : Alors pour commencer, si vous pouvez présenter votre parcours professionnel ?

IDE 2 : Moi c'est N..., j'ai 60 ans, donc je suis infirmière depuis bientôt 38 ans. J'ai commencé salariée en faisant de l'orthopédie, puis je me suis orientée vers le bloc opératoire pendant plusieurs années. Ensuite, j'ai fait de l'ambulatoire puis de la chirurgie digestive, orthopédique, ORL, fin vraiment tout le panel. À la suite de ça, ma meilleure amie qui était de la même promo que moi de 86, m'a appelé en me disant que son collègue partait de son libéral et comme j'avais une petite palette de service de fait, je me sentais à même de pouvoir prendre le relai. Donc j'ai pris le relai du libéral pendant 28 ans. Je suis à la résidence depuis janvier 2023. Suite au covid ça a été très difficile de trouver des infirmières y compris en libéral et donc là je commence à être en difficulté, donc j'ai fait le choix d'arrêter le libéral et de repartir vers le salarié, et la gériatrie étant un secteur que je n'avais pas fait, j'hésitais entre rééducation et gériatrie, c'est pour ça j'ai postulé ici à S... parce qu'il y avait le mixte. Et la gériatrie je l'avais abordée un peu en libéral puisque je l'avais abordé d'une certaine façon en libéral puisqu'on avait quand même une certaine population de personnes âgées dans nos patients, mais pas dans sa globalité. Donc voilà, depuis 1 an je suis en gériatrie, enfin en EHPAD et tout ce que ça peut, la palette de l'EHPAD.

ESI : Donc après, on va passer sur les questions concernant la relation soignant-soigné. Donc, pour vous quelles sont les qualités et compétences soignantes essentielles à la relation soignant-soigné ?

IDE 2 : Bah je dirais d'abord l'écoute, l'écoute, l'observation parce que déjà ça fait partie du recueil d'informations. Fin moi c'est comme ça que moi j'ai été formée. Regarder, écouter et puis c'est les deux principales, pour moi. Redonne-moi le libellé de la question.

ESI : Les qualités et compétences soignantes...

IDE : Ah oui, bah en dehors du professionnel, je dirais l'humour, parce qu'en fin de compte ça permet de dédramatiser certaines situations et c'est un comportement que j'adopte facilement pour dédramatiser, l'humour. Et puis autrement, les petites attentions même si on est en EHPAD, remarquer qu'on lui a offert un bouquet de fleurs pour la fête des grands-mères, voilà, voilà ça fait partie de l'observation pour essayer de créer un lien sans pour "s'attacher" même si c'est quelque chose qui fait partie aussi pour moi, de l'exercice. Tu ne peux pas tout le temps être en retrait, en tout cas moi je n'y arrive pas. Donc observer et puis voilà, établir un dialogue chez des patients qui sont algiques ça peut faire baisser aussi bien l'appréhension du soin que... voilà les sortir un petit peu de, s'ils sont un peu trop focus sur leur pathologie aussi ça, parler d'autre chose en fait, voilà parler de n'importe quoi sauf de la maladie. Sans pour autant l'ignorer mais parler d'autre chose.

ESI : Du coup, il y a une attention particulière que vous portez au patient ?

IDE 2 : Non non, après en fonction des profils l'attitude est différente. Si c'est quelqu'un qui a des vraiment des gros, gros troubles cognitifs, on n'aura pas la même approche. Et alors là par contre c'est là qu'intervient pour moi le toucher, c'est-à-dire comme la communication n'est pas possible ou partielle, le fait de toucher, même mettre la main sur l'épaule de quelqu'un ou sur le bras, c'est comme établir un contact avec la personne. C'est un mode de communication pour moi. Ça peut être aussi en passant la main délicatement sur l'avant-bras, de pareil chez des patients ici qu'ont des troubles cognitifs sévères, de réassurer parce que les mots ne sont pas entendus ou pas compris, et pour le coup ce geste là ça va, ça va avoir une... ils vont le comprendre. Après, quand ils sont trop dans le l'agressivité là, bah ça marche pas non plus. Mais on essaye. On parle, on explique ce qu'on fait, en fait. On décompose le soin qu'on va avoir avec eux c'est-à-dire voilà "bonjour je viens, je suis N..., je suis l'infirmière", je me présente voilà "je viens m'occuper de votre petite plaie", on essaie toujours de minimiser

ou de dire des mots gentils et non pas “de votre début d’escarre au talon”, voilà donc “je vais regarder puis je vais nettoyer si ça fait mal vous me dites”, même s’ils le font pas, en tout cas il y aura peut-être un mouvement de retrait ou quelque chose à ce moment là. Et puis je décompose voilà,”je nettoie, là je vais mettre la petite mèche, on bouge pas du tout, ça va pas être long, ça va pas être agréable et si vous bougez faudrait que je refasse donc voilà, je compte jusqu’à 10 et puis à 10 c’est fini”, et puis voilà. Mais toujours donner le déroulement. Mais que ce soit pour quelqu’un qui a des troubles cognitifs ou pour quelqu’un d’autre en fait, c’est une attitude que j’ai sur les résidents depuis, fin même en exercice, je dis ce que je fais. Ça permet d’appréhender, en essayant d’avoir des mots positifs plutôt que des mots qui font peur. Essayer d’adapter la communication. Et puis détourner l’attention aussi, en les saoulant, en parlant d’autre chose parce qu’on n’a pas forcément beaucoup d’outils pour, bien sûr on a les antalgiques qui peuvent être donnés en amont du pansement ou des sprays anesthésiants, mais le fait de parler les gens se focalisent sur une conversation et ils sont pas complètement focalisés sur leur plaie.

ESI : Et selon vous, il y a-t-il une différence entre la relation qu’on peut avoir avec un patient âgé et la relation avec un patient plus jeune, adulte ou jeune adulte ?

IDE 2 : Bah je dirais que la ligne directrice est la même avec des nuances en fonction des pathologies rencontrées quoi, par rapport aux troubles cognitifs, ce qui est quand même assez courant en EHPAD. C’est pas non plus les bêtiifier mais c’est voilà, être plus, peut-être un peu plus maternel, quelque chose de plus, peut-être un petit peu plus maternel pour, pour les apaiser. En expliquant “ça va aller”, toujours des mots positifs.

ESI : Est-ce que les besoins sont différents ?

IDE 2 : Mmmh... j’essaie de voir un peu quel comportement j’avais en libéral avec les adultes. J’ai toujours cette habitude de détailler ce que je fais, donc en fait je fais la même chose. Après le vocabulaire peut être différent en fonction du contexte quoi. J’adapte mon vocabulaire à la personne que j’ai et puis, bon maintenant les jeunes sont, on va dire plus au fait de tout ce qui est médical donc des fois ils ont des questions un peu plus pertinentes, alors qu’un senior, bah on ne va pas rentrer dans les détails, on va pas lui parler de fibrine, de bourgeonnement, ça ne leur parle pas. Bon, les adultes sont parfois plus curieux.

ESI : Alors, vous en avez parlé tout à l’heure par rapport aux personnes qui ont des troubles cognitifs ou moins communicants. Et du coup est-ce que vous utilisez un peu plus la communication non verbale aussi avec les personnes âgées ?

IDE 2 : Oui, il y a les gestes. Il y a le geste, il y a aussi le euh, quand on parle à quelqu’un même s’il ne comprend pas, il y a un ton, il y a une musique en fait, la musique de la phrase. C’est pas de la musicothérapie, on n’est pas là, mais lui parler de façon sèche, il va pas comprendre le mot, mais il va entendre le ton. Et le ton de la phrase, s’il est calme, posé, rassurant, même si les mots ne sont pas perçus ou compris, il va y avoir cette espèce de musique de fond un peu comme on a sur... bah là on a un résident qui est douloureux, on utilise une application qui s’appelle “Music Care” voilà. Bah la voix c’est pareil, c’est un instrument de musique en fait, et si on a une voix qui est rassurante, paisible, ça va forcément avoir une incidence aussi, même encore une fois si la parole n’est pas comprise. Après les mains, toujours les mains parce qu’on va, on peut expliquer aussi des choses en montrant l’oreille, le ventre. On parle avec les mains. Et puis le regard, même quand on a un masque les gens voient si c’est un regard euh, si on comprend pas on fait un peu les yeux de hibou, bah ils vont voir qu’on a pas compris. Et idem pour eux, on lit sur le visage du patient qui ne communique pas bien. On voit bien que s’il est crispé c’est qu’il a mal, s’il fait les grands yeux... S’il a un comportement, en connaissant le résident, en connaissant son comportement habituel, on peut, en fonction des variations du visage, aussi comprendre certaines expressions, son ressenti. On a une dame par exemple, alors là c’est la communication avec les mains parce que très peu de personnes dans l’équipe parle arabe et donc je lui demande si ça va, si elle n’a pas mal au ventre, si ça va (*fait les gestes*). On parle avec les mains. Et puis on lui fait un grand sourire et puis en retour elle répond. Donc on ne parle pas arabe, mais on parle avec les mains. De temps en temps on aimerait bien pouvoir communiquer plus mais.

ESI : Et est-ce que ça vous est déjà arrivé de rencontrer des difficultés émotionnelles, affectives dans la relation avec le patient ?

IDE 2 : Oui oui. Alors il y a deux choses, l'attachement au patient. Alors ça, on nous apprend qu'il faut garder une certaine distance, être professionnel, mais c'est le propre des relations humaines. Il ya des gens chez qui et vient se greffer de l'affection en plus du soin et que si c'est des gens qui sont en EH-PAD, on sait bien que c'est leur dernière adresse donc on passera forcément par la case départ. Et là et bah nous aussi on a un deuil à faire à faire à notre niveau. Après les gens qui ont des comportements agressifs à répétition, sans pause, on a une espèce de seuil de saturation. Alors là après, j'ai envie de dire c'est passer le relais à quelqu'un de l'équipe, ça c'est arrivé. Pour faire une pause en fait. Et puis c'est un peu comme une éponge quoi, une fois qu'elle est pleine si on ne la laisse pas sécher, on ne peut pas y retourner quoi, ça déborde. Donc passer le relais à quelqu'un d'autre. Après, il y a aussi en parallèle la vie personnelle qui crée un équilibre entre le travail et la richesse de la vie personnelle qui, bah des fois, aide aussi "à tenir" sur les difficultés qu'on peut avoir au travail. Sinon difficultés, pour moi c'est l'affectif et puis quand les gens sont très méprisants, insultants. Au fait, c'est, c'est de la maltraitance soignant. Ah c'est ça que j'évoquais tout à l'heure. Et là pour le coup, d'abord on a la chance ici d'avoir un psychologue qui est disponible, on peut avoir un temps d'échange avec lui et puis sinon bah on fait une pause, on passe le relais aux collègues.

ESI : Pour ne pas devenir maltraitant envers le patient c'est ça ?

IDE 2 : Bah non, en fin de compte, moi je ne suis pas maltraitante, mais je suis mal, tout court, je ne suis pas bien. Donc je ne préfère pas y aller, le temps que je sois au clair la dessus et le résident aussi parce qu'il y a eu quelques mises au point par les cadres avec ce résident, sur son comportement in-adapté. Et puis sinon bah c'est les gens qui sont en boucle, agressifs. Et là pour le coup, on est un peu déçu, on n'est pas dans la maltraitance parce que c'est pas l'objectif d'un soignant, mais on va dire qu'on n'est pas satisfait, on voudrait autre chose avec ce résident, mais c'est pas toujours possible.

ESI : Et à l'inverse le patient qui fait un transfert envers le soignant et du coup son comportement est différent d'un soignant à l'autre. Par exemple, il va être plus agressif avec un soignant parce qu'il lui rappelle quelqu'un qu'il n'aime pas ou l'inverse.

IDE 2 : Ah oui, mais ça c'est le propre des relations humaines en fait. On ne plaît pas à tout le monde et puis effectivement on peut avoir déclenché chez lui un souvenir qui n'est pas positif quoi. Mais ça, bah pareil, on fait avec ou alors on passe le relais à quelqu'un "si ça se passe bien avec toi bah vas-y plutôt, parce que moi apparemment je rappelle bah pas de bons souvenirs". On a une équipe, on passe le relai quoi. Ce n'est pas la peine de le mettre en difficulté. S'il y a quelque chose qui coince et qu'on a toujours eu un comportement adapté, c'est qu'il y a autre chose. Après, on a aussi la possibilité de faire intervenir le psychologue, donc le psychologue passe dans la chambre, essaie de discuter de ce, enfin du contexte rencontré et voit s'il y a des clés pour sortir de la situation quoi. On a cette chance-là.

ESI : Donc, par rapport au toucher, on en a parlé un petit peu tout à l'heure mais pour un peu préciser, comment définiriez-vous le toucher ?

IDE 2 : Comment je définirais le toucher ? En fait, quand on touche quelqu'un, c'est comme si on rentrait un peu dans sa bulle. Euh je trouve que c'est très, comment dirais-je ? Je ne sais pas trop comment définir le toucher en fait. Tout le monde ne nous touche pas quoi, c'est quelque chose de très personnel, ouais c'est ça, on rentre dans sa bulle. Mais après, il y a des raisons pour lesquelles on le fait quoi, ou pour le rassurer ou pour arriver à communiquer et passer un message. Mais c'est très personnel en fait, on a pas une culture où on est tactile avec ses proches, voilà les gens qu'on aime, mais sur quelqu'un qui ne fait pas partie de ce cercle c'est je trouve très personnel. C'est vraiment, je ne vais pas trouver le mot, je cherche le mot qui pourrait définir, je ne trouve pas.

ESI : Est-ce que vous connaissez différents types de toucher qui peuvent être réalisés dans les soins, en dehors d'un acte technique ?

IDE 2 : Non, non je n'ai jamais eu de formation la dessus. Aucune connaissance la dessus. Après il y a la sophrologie, des choses comme ça, mais moi je n'ai jamais été formée à tout ça. Trop vieille.

ESI : Et du coup, quelles sont les raisons pour lesquelles vous décideriez de réaliser le toucher avec un patient ?

IDE 2 : Bah déjà c'est ce que je disais, c'est pour essayer de l'apaiser ou en mode de communication, quand la communication verbale n'est pas possible. Et puis c'est rassurant, voilà c'est pour apaiser ou communiquer. Ouais c'est dans ce cadre là que je l'utilise ici.

ESI : Et vous m'aviez dit du coup, plutôt sur les bras en tout cas. Et d'autres parties du corps ?

IDE 2 : Alors après quand on touche, c'est quand même un acte, on rentre dans, dans quelque chose de très personnel, donc on peut pas toucher n'importe quelle zone. Donc on va surtout, bah voilà les mains, les bras, ce qui n'a pas de connotation autre. Euh, le dos on peut se permettre, voilà poser la main sur le dos pour apaiser. Mais globalement, il faut être vigilant, ça peut aussi être mal interprété par l'autre personne, donc moi je sais que c'est souvent ce que je fais, c'est les bras, la main sur l'épaule aussi, c'est un geste qui est quand même reconnu pour apaiser, consoler ou accompagner quelqu'un. On a une résidence qui a perdu son mari, ben voilà "je pense à vous", je pose ma main sur son épaule. Voilà, c'est un geste de compassion de, on accompagne un moment désagréable on va dire.

ESI : Est-ce qu'il y a des moments précis où vous savez que vous allez toucher la personne ou est-ce seulement instinctif ?

IDE 2 : Moi je suis pas dans le, je m'adapte en fonction de l'évolution de la situation, c'est pas quelque chose, j'ai pas de schéma en entrant dans une chambre pour un soin "ben je vais faire si je veux faire ça", en fait c'est en fonction de la réaction de la personne. Je ne peux pas dire si elle va avoir besoin d'être rassurée, si ce matin là elle a bien dormi, qu'elle est sereine. Par contre, si elle a mal dormi, qu'elle a peur du soin, je vais déjà essayer de l'apaiser, encore de lui détailler les soins et cetera pour qu'elle ne soit pas surprise par le déroulement quoi. Tu ne la prends pas par surprise, je ne la prends pas de court, je lui explique et je l'apaise. Ils peuvent aussi avoir du chagrin, on ne sait pas pourquoi. Donc on demande ce qui se passe, on essaye d'échanger.

ESI : Vous est-il déjà arrivé d'avoir un refus de la part du patient lorsque vous initiez un toucher ?

IDE 2 : Non, je n'ai pas eu de mouvement de retrait. Après c'est pas quelque chose, alors je suis d'une génération où je peux pas dire qu'il y a une barrière. On a une éducation qui fait qu'on ne touche pas non plus, peut-être que c'est générationnel. Mais on va dire j'essaie de toucher à bon escient pas pour, jamais pour embarrasser la personne. Mais je pense qu'il y a une notion générationnelle dans le dans le toucher peut-être.

ESI : Et du coup est-ce que vous avez pu observer des effets sur le patient lorsqu'il a eu un toucher ?

IDE 2 : Oui, en général les personnes âgées, alors c'est pas c'est pas un schéma, c'est pas bateau mais c'est quand même des gens qui ont passé leur, voilà qui sont en fin de chemin, en fin de vie pas encore, on peut pas le dire, mais c'est la dernière étape. C'est leur dernière adresse, ils ont de la famille certes, mais ils ne vont plus au travail, ils ne voient plus les copines tous les jours, ils n'ont pas le téléphone portable parce que c'est pas de leur génération. Donc en fait, l'équipe soignante se transforme en semi-proche on va dire, c'est pas des proches mais des semi-proches parce qu'ils ont effectivement des visites le dimanche, certains plus, mais on fait vraiment partie de leur cercle. Donc ce qui rend aussi le côté tactile plus facile à accepter et à engager parce que autant à domicile, ben les gens sont dans la vie active, on leur cercle de proches. Ici c'est différent, on va pas dire que c'est plus cocooning, mais c'est

vrai qu'on va peut-être un peu plus que dans un service d'orthopédie, toucher les gens, bah voilà parce que c'est des petits papis, des petites mamies, ils sont choupiis. Ils ont mal, on a envie de les rassurer "mais ça va aller Odette, ne vous inquiétez pas", "et il est comment mon pansement aujourd'hui ? ", bah "il est de plus en plus beau". Peut-être que oui, en gériatrie, il y a plus de contact du fait de cette tranche de vie particulière, si je pense.

ESI : Et il y a aussi des effets sur la relation, positif ?

IDE 2 : Oui, parce que ça fonctionne en général, ça les apaise et ils parlent. Et après en fait, on a une dame qui appréhendait beaucoup ses pansements, et du coup, le fait de la rassurer, de la toucher, eh ben en fait elle a plus peur qu'elle n'a mal. Et c'est plus sa peur qui la fait appréhender le soin que, que le soin en lui-même quoi. Et par le toucher je trouve qu'on arrive quand même bien à désamorcer ça. Alors, je dis pas que c'est aussi puissant qu'un anesthésique local mais ça aide, c'est un bon outil.

ESI : Du coup il y a un peu une relation de confiance qui se crée ?

IDE 2 : Oui, et voir certains même un lien, ils nous reconnaissent. Euh dans un service d'orthopédie par exemple, les gens entrent et sortent. Nous les gens entrent et sortent mais pas de la même façon, donc ça... C'est une relation particulière la gériatrie, c'est très riche. Les gens nous parlent de leur vie, de leurs enfants, leurs petits-enfants, de leur jeunesse et c'est vrai qu'ils sont, ils sont attachants donc. On peut s'amuser avec eux, chanter fin voilà, je veux dire moi ça m'est arrivé de chanter avec une mamie pendant que je faisais mon soin. Pourquoi pas quoi. C'est un moment sympa, ça leur change les idées.

Je ne sais pas s'il y a des zones qui sont plus touchées que d'autres, moi j'aurais dit la main, l'avant-bras, l'épaule. Je ne sais pas s'il y a d'autres zones qui sont accessibles comme ça aux soignants sans interprétation. Le visage aussi peut-être des fois.

ESI : Oui une main sur la joue.

IDE 2 : Oui voilà la joue un peu, mais ça un petit côté enfantin quoi, la joue. Là on est plus dans des accompagnements palliatifs, des choses comme ça. Le front aussi, sur le front pour des palliatifs.

ESI : Euh, donc on a parlé un peu de tout là. Je ne sais pas si vous avez autre chose à ajouter par rapport à ce qui a pu être dit ?

IDE 2 : Non je crois que j'ai dit ce que, euh plein de choses. Encore une fois, je trouve que la gériatrie c'est très particulier, c'est vraiment une étape particulière, c'est à tout niveau de l'équipe, "tout le monde" touche le patient et on communique beaucoup. On les voit tous les jours, donc c'est complètement différent d'un autre service. Nous bah en fait c'est leur dernière adresse, sauf exception pour déménagement d'enfants ou autre. Donc c'est vrai que ça crée une atmosphère différente dans le soin, on va dire qu'on essaye de les "chouchouter".

ESI : Eh bien, merci beaucoup.

NOM : CORBEL
PRENOM : Chloé

TITRE DU MEMOIRE : L'approche du toucher dans la relation avec la personne âgée

The approach of touch in the relationship with the elderly

Touch is an integral part of nursing care, especially in the technical gestures. However, touching someone is an intimate act, and few caregivers use it in their relationship with patients. A situation encountered during my practical training caught my attention, when I instinctively took the hand of an elderly patient to reassure her and because I had established a special relationship with her. Following several questions, I formulated my initial question for this nursing research thesis, which is: *To what extent in a nursing care, touch of the elderly impact the caregiver-patient relationship ?* Firstly, I did some theoretical research on the two concepts of touch and the **caregiver-patient relationship**. Then, I conducted interviews with nurses working in nursing homes. Finally, I compared these collected Data with the authors' writings. This enabled me to highlight the significant data from this work by adding my personal thoughts. The main findings are that communication is important in the relationship with the patient. Specifically, it's **non-verbal communication** who is widely used to communicate with cognitively impaired **elderly**. Thus, touch contributes to non-verbal communication. Also, what emerges from this is touch has many physical and psychological benefits for the patient, and it contributes to the **trusting relationship** to the caregiver. Nevertheless, because it is an intimate gesture, touch can generate aggressive behavior in people with cognitive impairment. Thus, this study has allowed me to deepen my knowledge in the touch in nursing care, and to think about my professional stance. However, additional questions have emerged about the touch approach with elderly with cognitive impairments.

Le **toucher** fait partie intégrante des soins infirmiers, notamment dans les gestes techniques. Cependant, toucher quelqu'un est un acte intime, et peu de soignants l'utilisent dans la relation avec les patients. Une situation rencontrée en stage m'a interpellée, celle où je prends instinctivement la main d'une patiente âgée pour la rassurer et parce que j'avais noué une relation particulière avec elle. À la suite de plusieurs questionnements, j'ai pu formuler ma question de départ pour ce mémoire de recherche en soins infirmiers, qui est : *De quelle manière le toucher dans les soins infirmiers auprès des personnes âgées impacte-t-il la relation soignant-soigné ?* Dans un premier temps, j'ai réalisé des recherches théoriques sur les deux concepts du toucher et de la **relation soignant-soigné**. Puis, j'ai mené des entretiens auprès d'infirmières travaillant en EHPAD. Enfin, j'ai confronté ces données recueillies avec les écrits des auteurs. Cela a permis de mettre en évidence les données significatives de ce travail en y apportant ma réflexion personnelle. Les principaux résultats sont que la communication a une place importante dans la relation avec le patient. Plus précisément, c'est la **communication non-verbale** qui est beaucoup utilisée pour communiquer avec les **personnes âgées** présentant des troubles cognitifs. Ainsi, le toucher participe à la communication non-verbale. Aussi, il ressort que le toucher a de nombreux bénéfices physiques et psychiques pour le patient, et qu'il contribue à la **relation de confiance** envers le soignant. Néanmoins, parce que c'est un geste intime, le toucher peut générer des comportements d'agressivité chez les personnes ayant des troubles cognitifs. Ainsi, cette étude m'a permis d'enrichir mes connaissances sur le toucher dans les soins, et de réfléchir à ma posture professionnelle. Cependant, de nouveaux questionnements ont émergés sur l'approche du toucher auprès des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

MOTS CLES :
touch, caregiver-patient relationship, non-verbal communication, elderly, relationship of trust

MOTS CLES :
toucher, relation soignant-soigné, communication non verbale, personne âgée, relation de confiance

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021/2024