



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact du toucher relationnel sur l'anxiété de la personne soignée en milieu hospitalier



Formateur référent : OLERON Marylène

LESAGE Anaïs

Formation infirmière

Promotion 2021-2024

Date : 06/05/2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat de Soins Infirmiers

Travaux de fin d'études :

**Le toucher relationnel et son impact sur l'anxiété liée aux soins dans la relation
soignant-soigné**

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

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Soins Infirmiers 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 : LESAGE Anaïs

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. 1er : 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

Un grand merci à Marylène Oléron, formatrice référente de mémoire, qui a su me guider dans cette démarche avec un professionnalisme et une bonne humeur inégalable.

Merci à Cloé Bourvic, Claude Faleur et Christelle Plessis, pour leur participation active et leur bienveillance.

Merci à Kilian Le Cam et à tous mes camarades de la promotion 2021-2024 qui sont une source inépuisable de courage et de bienveillance.

Merci à Misty, ma précieuse amie féline, dont la présence douce et les caresses réconfortantes ont été un exemple vivant de la puissance du lien tactile dans notre bien-être émotionnel.

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Le cheminement vers la question de départ.....	1
2.1 – Situation n°1 : “L’étrier crânien”.....	1
2.2 – Situation n°2 : “Le gaz du sang”.....	2
2.3 – Situation n°3 : “Le changement de service”.....	2
2.4 – Questionnement.....	3
3. Le cadre théorique ou conceptuel.....	3
3.1 – Le contexte de soin.....	3
3.2 – L’anxiété.....	4
3.3 – La relation soignant-soigné.....	6
3.4 – La communication.....	9
3.5 – Le toucher.....	11
4. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	15
5. L’analyse descriptive et interprétative de ou des entretiens.....	16
6. La discussion.....	20
7. La conclusion.....	24
Bibliographie.....	26
Webographie.....	26

Annexe I : Guide d’entretien

Annexe II : Transcription du premier entretien

Annexe III : Transcription du deuxième entretien

Annexe IV : Transcription du troisième entretien

Annexe V : Analyse des entretiens

Abstract

Siglier

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ASH: Agent de Service Hospitalier

AVP: Accident de la Voie Publique

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DU: Diplôme Universitaire

HET: Hôpital En Tension

IDE: Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

MADD: Maintien à Domicile Difficile

MIRSI: Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Citation

“C’est le mode instinctif des contacts, qui tisse la trame des relations humaines”

(Prayez P., Savatofski J., 2017)

1. Introduction

Dans le cadre de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, en lien avec les Unités d'Enseignement 3.4 "Initiation à la démarche de recherche" et 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles" et mettant en pratique les compétences 7 "Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle" et 8 "Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques" du référentiel infirmier, je vais traiter le sujet du toucher relationnel et de son impact sur l'anxiété induite au patient par le contexte hospitalier.

Le sujet de la recherche porte sur l'influence du toucher relationnel, lors d'une situation anxiogène, sur le patient. Nous allons aborder les différents aspects de la communication, en se concentrant sur la notion de toucher, et dans quelles situations il est possible ou non de l'appliquer au patient et s'il est bénéfique ou non de s'en saisir.

Mon vécu personnel dans les stages m'a permis de m'intéresser davantage aux notions de communication, et notamment au toucher, que j'ai toujours pratiqué de manière instinctive dans ma pratique professionnelle. C'est, pour moi qui suis de nature introvertie, un autre moyen de communiquer plus universel. Pas besoin de parler la même langue ou de se forcer à parler. Cela représente également pour moi une preuve de confiance que de se laisser toucher par quelqu'un et cela permet d'établir un lien de confiance qui sera bénéfique pour la suite de la prise en soin. J'espère, par les recherches sur ce sujet, en apprendre bien plus sur cette méthode et comment l'améliorer afin de pouvoir l'utiliser dans ma future pratique infirmière.

2. Le cheminement vers la question de départ

2.1 – Situation n°1 : "L'étrier crânien"

Situation n° 1, "L'étrier crânien". La situation se passe lors de mon stage en service de neurochirurgie de cinq semaines. Le patient en question est arrivé le jour même dans le service, transféré d'un autre CHU. Suite à une chute de 6 mètres au travail il y a environ 10 jours, il a été hospitalisé là-bas avec des côtes cassées à droite, puis, lors d'une mauvaise manipulation, il a eu une luxation des cervicales, ce qui a aggravé son état et motivé son transfert. Ce dernier est alité à plat avec un collier cervical qui maintient sa tête. Il est prévu de lui poser un étrier crânien de traction afin d'étirer le rachis pendant 24 à 48h avant de réduire la luxation au bloc opératoire. Durant l'après-midi nous étions en attente de l'étrier qui était à la stérilisation. A 20h30, commence l'installation de l'étrier par l'interne, assisté de l'infirmière. En tant qu'étudiante infirmière de première année, je suis

positionnée derrière l’infirmière et observe. Je remarque que le patient commence à avoir un faciès anxieux en entendant l’agitation autour de lui et je tente de le rassurer en lui expliquant l’installation nécessaire. Il semble soulagé. Le matériel est finalement prêt, le champ stérile est installé et l’interne effectue la déterision en quatre temps. Ce dernier approche la seringue contenant l’anesthésique local de la tempe droite du patient et le pique sans le prévenir, ce qui provoqua chez ce dernier un sursaut de peur associé à un faciès angoissé, il a levé les mains en cherchant manifestement à attraper quelque chose. Je décide donc d’attraper ses mains tout en lui expliquant que tout est normal et que l’interne est simplement en train de lui injecter l’anesthésique local et, en voyant que ce dernier approche l’aiguille de la tempe gauche, lui précise qu’il va faire l’autre côté. Le patient s'est agrippé à mes mains tout en me remerciant et a semblé moins anxieux. J’ai alors décidé de continuer à lui tenir les mains et de lui expliquer toutes les étapes du soin du mieux possible. S’en est suivi l’installation des poids, la réinstallation du lit, de la sonnette, le rangement du matériel... Le patient a aussitôt demandé à qui il avait “broyé les mains”, je lui ai dit que c’était moi, et il m’a remercié pour mon attention, et a remercié toute l’équipe qui “a été géniale”.

2.2 – Situation n°2 : “Le gaz du sang”

Situation n°2, “Le gaz du sang”. Lors de mon stage en service de soins intensifs hépato-digestif de sept semaines, un patient ayant un capital veineux pauvre doit avoir un gaz du sang. Ce patient est très anxieux car il sait qu’il s’agit d’un examen douloureux, il en a déjà eu lors de précédentes hospitalisations. Je suis étudiante infirmière et j’observe donc l’infirmier en poste qui va pratiquer le soin. Le patient se tourne alors vers moi en exprimant son inquiétude et me demande si je peux lui tenir la main, et je m'exécute. Le patient m’a semblé plus rassuré et détendu et m’en a remercié.

2.3 – Situation n°3 : “Le changement de service”

Situation n° 3, “Le changement de service”. En soins intensifs hépato-digestif, une patiente d’une cinquantaine d’années a appris qu’elle devrait changer de service dans la journée car son état est “trop bon” pour rester en soins intensifs et qu’elle était arrivée en soins intensifs uniquement à cause d’une pénurie de lits dans les services dits “classiques”. Cette patiente de nature timide était dans ce service depuis plusieurs jours et s’y était habituée. En milieu d’après-midi, elle pleure en disant qu’elle ne comprend pas pourquoi elle ne peut pas rester et que c’est trop difficile. Je décide donc de prendre un temps pour faire un entretien infirmier afin de comprendre ses inquiétudes et tenter de la rassurer. Durant cet entretien, je lui ai posé la main sur l’épaule durant quelques minutes en la valorisant. Cela a semblé l’apaiser, suite à quoi je l’ai accompagné pour le transfert, qui s’est fait sereinement. Je lui ai souhaité une bonne continuation en lui serrant les mains, ce à quoi elle m’a remercié.

2.4 – Questionnement

De ces trois situations vécues, on peut retirer des points communs : la notion de communication, de proxémie, de rassurance, du développement d'une relation de confiance soignant-soigné... Mais ce qui semble ressortir le plus, c'est l'utilisation du toucher qui, dans chacun de ces cas, a permis d'apaiser l'anxiété des patients, anxiété créée par un soin ou une situation anxiogène, et a permis un bon déroulement du soin et/ou de la suite de la prise en soins.

Cela nous amène à nous poser plusieurs questions :

- En quoi notre communication, ou manque de communication, peut-elle influencer le comportement des patients ?
- Une communication adaptée permet-elle d'apaiser une situation anxiogène ? De la même manière pour le toucher relationnel ?
- De quelle manière une communication adaptée permet-elle l'installation d'une relation de confiance ?
- Le toucher relationnel a-t-il un impact sur le patient ?
- Le toucher relationnel a-t-il également un impact sur le soignant qui le pratique ?

Ce qui, après mûre réflexion, nous amène à cette question de départ :

En quoi le toucher relationnel dans la relation IDE-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxiogène ?

3. Le cadre théorique ou conceptuel

3.1 – Le contexte de soin

En premier lieu, il nous est nécessaire de définir et préciser le cadre dans lequel nous opérons : Qu'est-ce qu'un contexte de soin ? Tout d'abord, un contexte est défini comme "l'ensemble des circonstances dans lesquelles se produit un événement, se situe une action" (*Larousse, s.d.*).

Pour Bioy et al (2013), le milieu hospitalier est un milieu "étrange" avec ses propres règles. Le patient y est amené à respecter des horaires prédéfinis de repas, de visites, à abandonner une part de son intimité ne serait-ce que de part les questions médicales. Les patients, comme l'indique leur nom, sont placés dans un état d'attente continue : attente d'un examen, d'un résultat, d'un diagnostic, d'un pronostic, d'une permission, d'une date de sortie, etc... Ces positions d'attente, l'inconfort de l'incertitude, tous ces éléments favorisent l'état anxieux chez les patients placés dans ce contexte si particulier qu'est le milieu hospitalier.

3.2 – L’anxiété

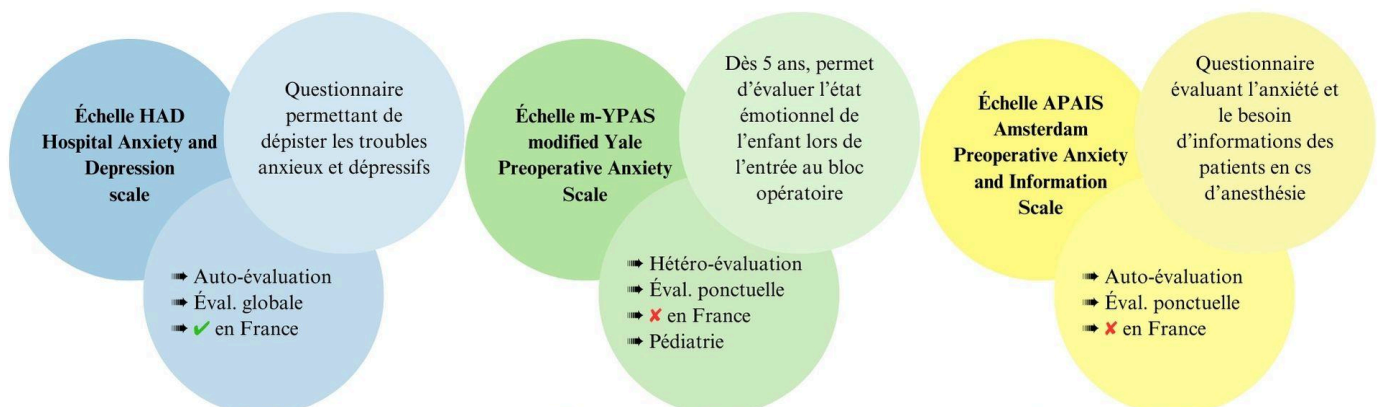
Un jour ou l'autre, au cours de sa vie, chacun de nous a eu à faire face à l'anxiété. En effet, le phénomène n'est pas pathologique en soi. Il est même utile de ressentir de l'anxiété dans certaines circonstances, notamment pour surmonter ou éviter une menace. Toutefois, selon son degré d'intensité et sa fréquence, l'anxiété peut rester dans des limites acceptables ou côtoyer le domaine pathologique. L'hospitalisation, la maladie et ses traitements mettent la personne en présence d'une grande variété de menaces susceptibles de créer de l'anxiété. (Bioy et al., 2013, p.60)

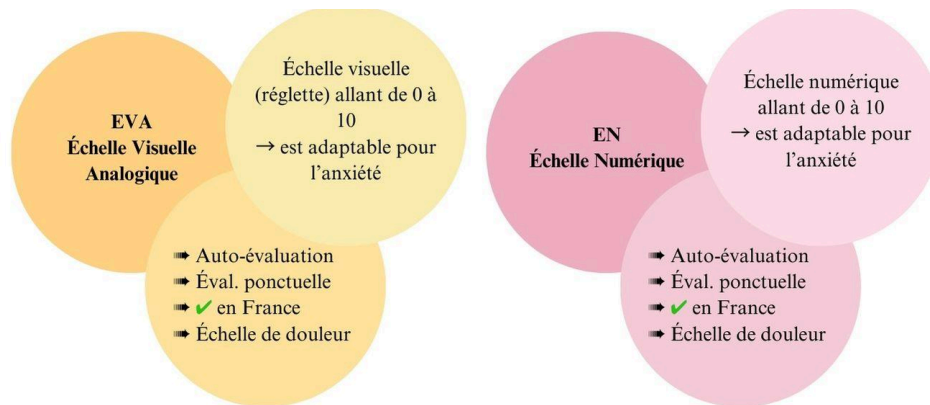
Mais alors qu'est-ce que l'anxiété ? Selon le dictionnaire Larousse (s.d.), l'anxiété peut être définie comme un "trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité". Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières la définit comme "un état de trouble de nature psychologique, s'accompagnant de phénomènes physiques plus ou moins intenses... causé par l'appréhension d'évènements extérieurs et/ou de circonstances particulières... Les troubles anxieux ... et les formes de dépression relèvent du domaine de la psychiatrie" (Paillard, 2023, p.45) (ndlr : Nous ne traiterons pas ici du trouble anxieux généralisé, ni de toute forme de chronicité). Communément, il est dit que l'anxiété est un état affectif désagréable en réaction à un danger imprécis, non spécifique ou inconnu pour la personne. En règle générale, l'objet de ce danger est issu des représentations de la personne. Il s'agit d'un mécanisme de défense. La situation de patient est une situation anxiogène par définition, le patient est témoin d'un spectacle technique et humain qu'il ne saisit pas, et il peut, par exemple, ressentir de l'anxiété avant un soin parce qu'il se le représente, à tort ou à raison, comme douloureux, il s'agit là d'un phénomène d'anticipation. L'anxiété peut se manifester par une sensation de malaise, un sentiment de doute, d'inquiétude, de peur, des palpitations, une hypertension, des tremblements... ces réactions physiologiques sont transmises principalement par le système nerveux autonome. Il existe différentes sources d'anxiété pouvant affecter le patient, le milieu hospitalier en général, comme dit précédemment (position d'attente, d'incertitude, d'incompréhension, sentiment de vulnérabilité...), mais également les recherches sur internet, problème d'autant plus actuel avec l'indispensabilité du téléphone portable. En effet, les patients y trouvent des informations parfois erronées, incomplètes ou exagérées, desquelles ils se font une idée préconçue sur leur pathologie et sur le déroulé de tel ou tel examen. Ce type d'anxiété, dite d'anticipation, est difficile à "combattre" par l'équipe soignante.

Comme dit précédemment, il s'agit d'un trouble psychologique s'accompagnant de phénomènes physiques, leur intensité va varier selon le degré d'intensité de l'état anxieux. Il existe différents types d'anxiété :

- L'anxiété légère : l'attention du patient est accrue, il peut anticiper les facteurs de son anxiété (par exemple : un soin à venir supposément douloureux...) et il est en questionnement permanent. Il est en capacité cependant de concentration et de capacité d'analyse de la situation.
- L'anxiété modérée : le patient a des difficultés à analyser la situation, son attention devient sélective, il va se concentrer uniquement sur ce qui le concerne directement et ne pas forcément remarquer ce qui se passe autour de lui, il va préférer ne pas "s'éparpiller", ce qui lui permet de conserver un certain contrôle de la situation. La concentration et l'apprentissage sont plus compliquées.
- L'anxiété grave : la perception et l'analyse de la situation par le patient sont altérées de façon importante, ainsi que la capacité d'apprentissage. Il est difficile pour lui de comprendre la situation et sa capacité de communication (verbale et non-verbale) est entravée (discours éparpillé...). De plus, le patient peut présenter une hyperventilation, de la tachycardie, des céphalées, des vertiges, ainsi que des nausées.
- L'état de panique : le patient se trouve en incapacité de communiquer, de comprendre la situation, et a tendance à amplifier de manière exagérée des détails et à se focaliser dessus. De plus, ses réactions à un stimulus sont imprévisibles. De la même manière, le patient présente des signes cliniques tels que : une douleur thoracique, une sensation de suffocation, un étourdissement, des nausées ou un essoufflement...

Pour détecter et évaluer l'anxiété, il est nécessaire d'observer le patient et de rechercher dans son discours et son comportement des signes d'anxiété comme cités précédemment. Ce repérage présente un aspect intuitif, car il renvoie à l'affectif, parfois inconscient, de la part du malade ainsi que du soignant. Il existe un certain nombre d'échelle d'évaluation de l'anxiété, ce qui permet l'utilisation d'un langage commun aux soignants et un meilleur suivi de son évolution :





Il existe bien d'autres échelles, qui sont, de manière générale, plus ciblées sur la détection d'un trouble anxieux généralisé, d'un syndrome dépressif, ou encore de la douleur. Suite à l'évaluation de l'anxiété du patient, il est nécessaire de savoir comment communiquer efficacement avec celui-ci, puisqu'il se trouve dans un état psychique momentanément altéré. Selon le degré de l'anxiété, cette communication se doit d'être adaptée :

Anxiété légère

- Aider le patient à se donner des repères fixes, voire à se faire apporter des objets personnels (photos, dessins de ses enfants, etc...)
- Informer sur les moments importants de la journée (soins, examens...)
- Proposer des exercices de respiration, de relaxation.
- Aider à la verbalisation des craintes du patient.
- Identifier avec lui les moments un peu difficiles et lui demander de trouver des "pensées ressources" (images familières, éléments de réassurance..)

Anxiété modérée

- Aider la personne à trouver les causes de son anxiété.
- Explorer avec elle les moyens de résoudre les problèmes qui sont à l'origine de cette anxiété.
- L'inciter à exprimer ses sentiments.
- Identifier avec elle les mécanismes d'adaptation utilisés habituellement lors d'épisodes semblables.
- Respecter les silences et les pleurs.
- Créer un climat de compréhension empathique.

Anxiété grave ou états de panique

- Installer le patient dans un endroit calme et sécuritaire.
- Diminuer les stimuli auditifs et visuels.
- Rester auprès du patient.
- Supprimer tout élément de risque de blessure pour le patient ou pour autrui.
- Éviter de toucher le patient sans son autorisation.
- Ne pas rationaliser ni raisonner.
- Rester calme tout en établissant des limites au comportement agressif.
- Laisser le patient s'exprimer, mais en l'aidant à sortir du piège de la rumination pour chasser l'idée obsédante de l'anxiété.
- Lui faire pratiquer des exercices respiratoires.
- Lui donner des instructions concises.
- Surveiller les signes de diminution de l'anxiété.
- S'abstenir de demander au patient de faire des choix ou de prendre des décisions.
- L'aider à reconnaître qu'il est anxieux.
- L'inciter à se concentrer sur le présent.
- L'autoriser à se déplacer dans la pièce afin qu'il puisse canaliser sa tension.

(Bioy et al., 2013, pp.63-64)

La prise en soin de l'anxiété ne peut être seulement médicamenteuse, elle ne serait que symptomatique et partielle. Il est nécessaire d'y inclure une prise en soin relationnelle, il est important, notamment, que le patient puisse verbaliser son anxiété et a un besoin de réassurance. On peut également faire appel à des techniques de sophrologie et d'hypnose. Il est important d'éviter d'utiliser des négations dans son langage, il va privilégier "soyez rassuré" à "ne vous inquiétez pas".

3.3 – La relation soignant-soigné

La relation soignante mise en place par l'infirmier, d'autant plus lors d'une situation anxiogène, a une valeur thérapeutique indéniable, une relation de confiance s'établit, il s'agit de la relation soignant-soigné. C'est cette relation soignant-soigné que le dictionnaire des concepts en sciences infirmières définit comme :

une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience... Pour Alexandre Manoukian, c'est la "rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires". Cette relation nécessite trois attitudes :

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

La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions (Paillard, 2023, pp.448-449).

D'après le Code de la Santé Publique, Article R4311-2, en vigueur depuis le 08 août 2004 : "Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade" et la personne soignée doit être prise en soin dans son intégralité, dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.. De plus, le principe d'humanité, que l'on retrouve parmi les 7 principes humanitaires de la Commission Européenne, précise qu'une "solution doit être trouvée aux souffrances humaines partout où elles se manifestent, en prêtant une attention particulière aux populations les plus vulnérables." Une personne hospitalisée, pour quelque raison que ce soit, se retrouve, de par sa situation, dans une position de vulnérabilité et d'impuissance. D'après le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, la vulnérabilité est, "dans le langage commun, une faiblesse, une déficience, un manque, une grande sensibilité spécifique à partir desquels

l'intégrité d'un être, d'un lieu, se trouve menacée d'être détruite, diminuée, altérée" (Paillard, 2023, p.588-589). D'après la même source, l'impuissance est "l'état dans lequel une personne se sent totalement incapable de faire face à une situation ou de trouver des solutions possibles lorsqu'elle est en état de crise" (Paillard, 2023, p.216). En cela, le rôle infirmier au sein du milieu hospitalier se doit de prendre en compte ces notions, notamment dans la relation développée avec le patient. D'après Carl Rogers (1902-1987), psychologue humaniste américain qui a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide, de la médiation et de l'éducation, la relation d'aide est une relation dans laquelle "au moins l'un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie" (s.d.). La relation d'aide définie ainsi est l'essence même de ce qu'est la relation soignant-soigné. Cette dernière peut se présenter sous différentes formes, selon la relation établie avec le patient, ainsi que les objectifs fixés :

- Relation éducative : a pour but l'éducation, la formation et le développement d'un être humain. Elle est synonyme de pédagogie ou d'andragogie. Il s'agit d'une transmission de savoirs. Le patient est acteur, voire expert.
- Relation thérapeutique : pôle relationnel comme axe prioritaire de la rencontre (entretien psychiatrique). Relation soignante en soi, produit des effets plus ou moins évaluables.
- Relation coopérative : fondée sur la coopération (action de participer à une œuvre commune), l'accord, l'appui, l'aide, la contribution, la solidarité. Aider autrui à prendre une décision en la construisant avec lui. C'est une relation de facilitation, indépendante et sans imposition externe.
- Relation d'autorité : capacité d'un individu occupant une position hiérarchique ou possédant une compétence reconnue au sein de l'organisation, d'obtenir de la part de ses collaborateurs et/ou de ses subordonnés une conformité aux normes édictées et une obéissance aux ordres. Sans violence, avec le seul système de sanctions positives ou négatives prévues par l'organisation.
- Relation d'acceptation : acte par lequel une partie accepte ce que l'autre lui offre : don, cadeau, accord, consentement. Importance de l'échange. Le risque est le sentiment de dette pour le patient.
- Relation de dépendance : fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose. Le soigné accepte la régression, la soumission et la privation contre une protection, une sécurité et un bien-être. Le risque est un assujettissement, une perte de l'autonomie.
- Relation de maternage : manière d'être en relation avec l'autre en le maternant (relation mère-enfant). Ensemble de soins corporels dans un climat protecteur et affectif permettant l'évolution, la croissance. Le risque est l'infantilisation.

Dans la relation soignant-soigné, plusieurs valeurs soignantes sont fondamentales pour établir une connexion positive et thérapeutique. Voici quelques-unes des valeurs associées à cette relation :

- Respect et dignité : Reconnaître et respecter la valeur intrinsèque de chaque individu en tant que personne, en préservant sa dignité et en traitant ses besoins, ses préférences et ses croyances avec considération.
- Empathie et compassion : D’après le dictionnaire Larousse, l’empathie est la “faculté intuitive de se mettre à la place d’autrui, de percevoir ce qu’il ressent” (s.d.). La capacité de comprendre et partager les émotions, les préoccupations et les expériences du patient, en faisant preuve de sensibilité et de compassion à son égard, favorise une relation de confiance et de soutien.
- Écoute active : Prêter une attention attentive aux préoccupations, aux besoins et aux expériences du patient, en étant présent mentalement et émotionnellement, et en créant un espace sécurisant pour qu’il puisse s’exprimer librement.
- Bienveillance et soutien : D’après le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, la bienveillance signifie “qui veut être favorable à quelqu’un, qui veut du bien” (Paillard, 2023, pp.76-77). Il s’agit d’agir avec gentillesse, altruisme et compréhension envers le patient, en cherchant activement à promouvoir son bien-être et son confort dans un environnement de soins chaleureux et attentionné.
- Confidentialité et respect de la vie privée : Protéger la confidentialité des informations personnelles du patient et respecter son droit à la vie privée, en garantissant la sécurité et la confidentialité de ses données médicales et de ses échanges personnels.
- Collaboration et partenariat : Impliquer le patient dans le processus de prise de décision

Cependant, dans une relation professionnelle telle que celle-ci, il est indispensable de protéger son soi et ne pas y impliquer de sentiments personnels au risque de ne plus conserver sa neutralité, ce que l’on peut observer notamment lorsque se produit un transfert ou contre transfert : le transfert s’observe quand le patient attribue inconsciemment au soignant une attitude qu’un membre de son entourage a eu avec lui et qui avait généré du bonheur, de la souffrance ou un manque. À l’inverse, le contre-transfert s’observe lorsque le soignant intègre inopportunément le transfert et répond à celui-ci au risque qu’il réagisse personnellement par rapport à son propre vécu. Le maintien d’une certaine “distance” entre le soignant et la personne soignée peut permettre un maintien de son objectivité et de sa neutralité dans les soins. Selon Pascal Prayez (s.d.), psychologue clinicien :

Instaurer la bonne distance avec la personne soignée n’est pas inné pour un soignant. Mais l’expérience aide. Et si chaque relation est singulière, des postures de base peuvent être mises en place par les infirmières. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise distance avec un patient, on parle davantage de distance juste ou injuste.

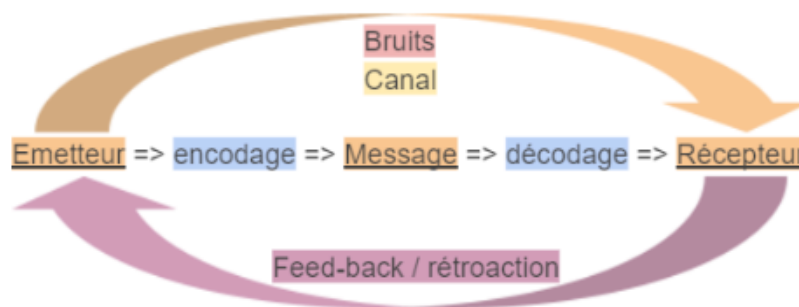
3.4 – La communication

“Il est probable que le savoir-faire le plus difficile à acquérir dans la relation d'aide est l'art de percevoir le sentiment qui a été exprimé et d'y répondre”

Carl Rogers (2019, p139)

La communication est définie, de manière générale, telle que “l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage” (Larousse, s.d.). D'un point de vue technique, la communication peut être représentée ainsi :

un émetteur encode un message qui va être décodé par un récepteur. Ce message passe par un canal (la voix...) et peut-être perturbé par des bruits, des parasites (bruit de fond, masque...). Le feedback représente la réaction du récepteur au message qui va être perçu par l'émetteur (mimiques, répétition...).



Modèle de communication de Shannon et Weaver (1949)

Il existe deux grands types de communication : la communication verbale et la communication non verbale, ou paralangage. La communication verbale comprend les mots, mais aussi le ton, les intonations de la voix, les rires, les soupirs, etc. La communication non-verbale, en réalité la plus présente dans les relations interpersonnelles, comprend le regard, l'expression du visage, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps et tous les contacts physiques en général. D'après une étude menée en 1967 par Albert Mehrabian, professeur de psychologie Iranien, “les statistiques nous disent que les mots ne comptent que pour 7 % dans la communication, la voix pour 38 % et le non-verbal, 55 %.” À noter que cette étude présente des limites et qu'elle n'est pas applicable à chaque contexte de communication, cependant elle représente bien l'importance du langage non verbal et de la limite du langage dit verbal.

*“Entre
Ce que je pense,
Ce que je veux dire,
Ce que je crois dire,
Ce que je dis,
Ce que vous avez envie d'entendre,
Ce que vous entendez,
Ce que vous comprenez...
Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.
Mais essayons quand même...”*

Bernard Werber

La communication non verbale, souvent négligée au profit du langage verbal, est essentielle. Elle se manifeste à travers les expressions faciales, les gestes, la posture, le regard, le ton de la voix etc, transmettant ainsi les pensées et émotions de manière souvent plus révélatrice que les mots eux-mêmes. Cette forme de communication accompagne, complète ou même remplace parfois le langage verbal, et, bien qu'elle ne soit pas aussi précise, la communication non verbale peut révéler, de façon consciente ou non, les émotions et ressentis. Les expressions faciales sont l'un des aspects les plus visibles de la communication non verbale. Notre visage peut refléter une importante gamme d'émotions, allant de la joie et du bonheur à la tristesse, la colère, la peur ou le dégoût. Les micro-expressions, ces expressions faciales fugaces et souvent involontaires, peuvent révéler nos véritables sentiments même lorsque nous essayons de les dissimuler. Les gestes et les mouvements corporels sont également des éléments importants : les gestes des mains, la posture, la proxémie (distance intime, personnelle, sociale, ou publique) et les orientations spatiales (tourne le dos, etc...) peuvent tous transmettre des messages sur notre niveau de confort, notre intérêt, notre engagement ou notre désaccord dans une interaction. Le contact visuel est un autre moyen puissant de communication non verbale. Un contact visuel direct peut indiquer de l'attention, de l'écoute et de l'intérêt, tandis qu'un manque de contact visuel peut suggérer de la timidité, de la nervosité ou du désintérêt. Cependant, les normes culturelles et sociales peuvent influencer la signification et l'interprétation du contact visuel dans différentes situations. La vocalisation, y compris le ton de voix, le rythme, l'intonation et le volume, est également un aspect important de la communication non verbale. Notre façon de parler peut transmettre des émotions telles que la confiance, l'enthousiasme, l'agressivité ou la sympathie, et peut influencer la façon dont nos messages sont perçus et interprétés par les autres. Enfin, l'environnement peut créer une atmosphère de confort ou de tension, favoriser l'interaction sociale ou la solitude, et transmettre des messages sur le statut, le pouvoir ou l'identité sociale. Ensemble, ces différents éléments de la communication non verbale travaillent de manière synergique pour enrichir et

compléter notre communication verbale, ajoutant des nuances, de la profondeur et de la complexité à nos interactions avec les autres.

3.5 – Le toucher

Le toucher est un élément indissociable de la communication non verbale. Dans un contexte de soin, le toucher, qui plus est à visée relationnelle, est un élément fondamental de la relation soignant-soigné.

“Le toucher est aussi une forme de communication. Comme toute communication, toucher implique toujours deux personnes : celui qui touche, celui qui est touché.”

(Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, p.40)

Avant de s’avancer davantage sur le toucher relationnel, il est important de s’arrêter sur le côté physiologique du toucher. Le sens du toucher dépend de la peau qui est considérée comme le plus grand organe du corps humain, avec environ 18 000 cm² chez l’adulte. Elle est composée de diverses sortes de récepteurs sensibles à la pression, au tact, aux mouvements rapides vibratoires, à la température... Les effets physiologiques médicalement reconnus du toucher sur la peau sont de :

- augmenter la perspiration insensible (élimination permanente et inapparente d’eau) en augmentant le débit des glandes sudoripares ;
- faciliter les sécrétions sébacées ;
- entraîner des échanges de substances grasses (pénétration de crèmes, pommades) ;
- et enfin, provoquer des rougeurs, ce qui peut améliorer la nutrition cellulaire.

(Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, p.19)

De plus, d’après France Bonneton-Tabariés et Anne Lambert-Libert (2006), les réactions du toucher ont également des effets sur les terminaisons nerveuses (affiner la sensibilité cutanée et augmenter le seuil de réponses aux excitations tactiles), sur la circulation sanguine (permet d’ouvrir les capillaires dormants, ce qui entraîne une augmentation de la pression veineuse et de la vitesse sanguine), au niveau musculaire (détente musculaire, facilitation de l’élimination de substances nocives et facilitation de la libération d’oxygène). Pour ce qui est du ressenti de la douleur, le toucher peut avoir un effet de contrôle en inhibant l’activation des récepteurs à l’information nociceptive (génératrice de douleur) au profit de l’information non douloureuse, il s’agit de la théorie du “gate-control”, ou théorie du portillon (Wall et Melzack, 1965).

Le toucher est un des cinq sens décrits par Aristote (384 av. J.C. - 322 av. J.C.), philosophe et polymathe grec de l’Antiquité, qui, dans ses oeuvres, a proclamé que le toucher est chez l’animal le seul sens à être absolument indispensable :

Tout corps est tangible, c’est-à-dire perceptible au toucher : il est donc nécessaire que le corps de l’animal lui aussi possède le tact pour que l’animal assure sa propre

conversation. Les autres sens, en effet, s'exercent à travers des milieux extérieurs : tels l'odorat, la vue, l'ouïe. Mais s'il entre en contact avec autre chose, l'animal dépourvu de la sensibilité tactile ne pourra fuir certains objets ni appréhender les autres.

(traité *De Anima*, s.d.).

Le toucher est donc un sens des plus important, qui, de plus, répond à un besoin fondamental de l'être humain. En effet, "tout comme le regard ou la parole, le toucher sert à entrer en contact, à témoigner d'une qualité de présence à l'autre et à maintenir ou améliorer la qualité du temps qui reste à vivre" (Malaquin-Pavan, 2009, p.30). En touchant la personne, on répond donc à un besoin fondamental, mais on entre également dans une intimité certaine. Comme le précise Matray, enseignant d'éthique biomédicale et auteur de *La présence et le respect : éthique du soin et de l'accompagnement*, (2004) "toucher à l'intimité de l'homme c'est le rejoindre dans cette part la plus intérieure, la plus secrète de son existence". En celà, le toucher relationnel, au niveau de la proxémie, se situe dans la distance intime (entre le contact physique et 45 cm de distance), distance où les interactions par le toucher peuvent être perçues de trois registres différents :

- la violence et l'agressivité ;
- l'érotisation, la sensualité et la sexualité ;
- la tendresse, les comportements de protection et le réconfort

(Malaquin-Pavan, 2009, p.31)

Il est donc nécessaire de tenir compte du consentement de la personne avant d'entrer dans cette relation intime qu'est le toucher, ainsi que d'observer les différentes réactions de celle-ci afin de réajuster sa gestuelle. Le toucher comporte six traits qui peuvent être adaptés à chacun : "la durée du toucher, les parties du corps concernées, la progression des mouvements, l'intensité du toucher, la fréquence ou la somme des touchés, enfin la perception du toucher" (Malaquin-Pavan, 2009, p.30).

Toucher, c'est s'engager, s'impliquer dans la relation avec l'autre, car votre main qui touche reflète vos sentiments profonds et ne peut tromper comme la parole. En outre, le toucher permet aussi un contact unique, personnel et intime, dans lequel à travers une forme de "corps-à-corps", vous pouvez entrer dans la zone subtile si intime, si infime et infinie du "cœur à cœur" (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, p.94)

D'après France Bonneton-Tabariés et Anne Lambert-Libert (2006), "le toucher relationnel est le toucher effectué pendant un soin lorsque, en plus de votre technicité, vous vous impliquez par votre toucher votre attitude dans une relation avec votre patient. Le toucher relationnel est important dans la relation soignant-soignée, surtout quand la situation n'est pas facile car désobligeante ou stressante pour le patient" (p.83).

Dans la relation soignant-soigné, le toucher relationnel peut être appliqué de différentes manières avec différents objectifs :

- Le massage thérapeutique pour soulager la douleur ou favoriser la relaxation.
- Le toucher empathique (gestes doux et réconfortants) pour exprimer de l'empathie et de la compassion envers le patient.
- Le toucher de soutien (tenir la main...) afin de fournir un soutien physique pendant les moments de vulnérabilité, lors de procédures médicales désagréables par exemple.
- Le toucher de réconfort (toucher le bras...) afin d'offrir un soutien émotionnel par le contact physique, aidant le patient à se sentir sécurisé et apaisé dans des situations stressantes.
- Le toucher qui permet d'établir et renforcer l'alliance thérapeutique, favorisant ainsi la confiance et la compréhension mutuelle.
- Le toucher (poser la main sur l'épaule en exerçant une légère pression...) pour transmettre des messages tels que l'encouragement, le réconfort ou la sécurité.

Selon France Bonneton-Tabariés et Anne Lambert-Libert (2006), le toucher massage, également connu sous le nom de toucher thérapeutique, est principalement une extension naturelle du contact physique et diffère de l'approche kinésithérapeutique du massage. Bien qu'il ait des bénéfices thérapeutiques en offrant un soulagement et en déclenchant des réactions physiologiques positives chez les patients, il vise avant tout à procurer détente et réconfort. Son objectif premier est d'établir ou de rétablir un lien significatif avec la personne en souffrance, démontrant ainsi une présence attentive et empathique. Il est important de la pratiquer dans de bonnes conditions : dans un endroit calme, en évitant les températures extrêmes (trop chaud ou trop froid), en ayant le temps de la pratiquer, en étant bien installé (soignant comme patient) et en faisant attention à la pression et à la chaleur des mains. Il faut le pratiquer à pleine paume, à vitesse lente et à un rythme non saccadé. Attention tout de même aux contre-indications au toucher-massage telles que : une hyperthermie, un processus inflammatoire, un hématome, des lésions dermatologiques, et surtout, interdiction absolue en cas de thrombose veineuse profonde. De plus, le toucher-massage ne se pratique pas partout mais principalement sur les pieds, les mains, le visage et le haut du dos.

Voici les gestes principaux du toucher-massage :

- pressions glissées : elles s'effectuent dans tous les sens (de haut en bas, de droite à gauche), soit avec l'éminence thénar (partie arrondie à la base du pouce), soit avec l'ensemble de la paume de la main ;
- pétrissage : comme on pétrit de la pâte à pain, les doigts ne "crochètent" pas les muscles ; les mains travaillent ensemble ou l'une après l'autre ;
- ponçage : le pouce effectue des mouvements rotatifs soit sur place soit en déplacement (comme quand on ponce un mur) ;

- effleurage : la pression glissée se veut légère ; l'effleurage concerne les parties les plus fragiles où la peau est fine.

(Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2006, pp.119-120)

Dans une étude publiée en 2009, *Évaluation de l'impact du Toucher dans les soins infirmiers – Résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée*, on découvre une analyse de l'impact du toucher sur l'anxiété : “Pour la toilette, le sommeil, le lever et la pose de voie veineuse périphérique, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les patients qui ont eu un Toucher et ceux qui n'en ont pas eu. Nous remarquerons tout de même que les patients ayant eu un Toucher ont une anxiété un peu plus faible. Pour l'examen invasif nous notons une différence importante entre les patients qui n'ont pas eu le Toucher et ceux qui en ont bénéficié, dans le sens où ces derniers ont exprimé moins d'anxiété. Pour les soins de pansement, de recherche de mieux être et de prise de sang, les patients ayant eu un Toucher ont aussi exprimé une anxiété moindre” (Hentz et al., 2009, p.93). La conclusion de cette recherche indique quant-à-elle “que ce soit pour l'anxiété et/ou la douleur, même en l'absence de différence statistiquement significative, nous avons toujours remarqué un effet positif du toucher. Cette pratique professionnelle, outils supplémentaire dans l'arsenal du soignant, mérite donc d'être plus largement développée et reconnue dans la prise en charge du patient. Elle participe efficacement à l'amélioration de la qualité des soins” (Hentz et al., 2009, p.93).

Pour conclure ce cadre théorique, voici une citation de C. Blanchon (2006) :

Être touché sans prétexte, sans motif thérapeutique, revêt une grande valeur pour tout malade. sentir dans le contact, voir dans le regard de l'autre que l'on est encore vivant et digne d'être touché, regarder, est une aide précieuse pour “se dire” ou exprimer ses craintes ou ses angoisses... Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur non seulement physique, mais morale, et créer une relation privilégiée et un climat favorable à l'expression du vécu de la personne hospitalisée. Sans le toucher, la relation de soin ne pourrait exister. Chaque soignant devrait chaque jour s'interroger sur sa façon de toucher l'autre. ne plus se cacher derrière un acte technique, dépasser le savoir-faire pour le savoir-être. être dans une relation pour permettre aux malades d'être et non de subir. C'est parfois difficile, mais tellement riche. on y gagne en humanité et en sagesse... (p.34)

4. Le dispositif méthodologique du recueil de données

La rédaction du guide d'entretien a été faite en décembre 2023, dès que le cadre théorique fut terminé. Durant janvier 2024, il a été convenu avec mon référent de MIRSI de conduire des entretiens durant mon stage en chirurgie cardiaque qui s'est déroulé de janvier à mars. Il ne me fut pas possible d'interroger des infirmiers durant ce stage. Je décidai donc de demander à une jeune infirmière diplômée de ma connaissance exerçant en neurochirurgie qui accepta aussitôt. Cependant, il me manquait un(e) infirmier(e) afin d'effectuer un deuxième entretien. J'en informai ma référente MIRSI à la mi-mars qui envoya une demande par e-mail à deux unités de médecine du CHU afin de leur faire part de ma démarche. Suite à cela, une réponse m'est parvenue avec les coordonnées d'une IDE intéressée par mon sujet. Après être entrées en contact, nous avons convenu d'un rendez-vous téléphonique. Dans le même temps, étant inquiète de n'avoir aucun retour, j'ai contacté un IDE de réanimation qui était déjà venu nous faire cours à l'IFSI, et ai pu mener un entretien avec lui.

Les deux premiers entretiens ont été réalisés en présentiel et enregistrés à l'aide de l'enregistreur vocal de mon téléphone portable. Le troisième entretien fut un entretien téléphonique, réalisé en haut-parleur et enregistré par mon ordinateur portable. Pour la retranscription des entretiens, j'ai utilisé le logiciel Good Tape, puis ai effectué une relecture en écoutant les enregistrements afin de corriger les erreurs de retranscription.

5. L'analyse descriptive et interprétative de ou des entretiens

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué trois entretiens avec des infirmiers diplômés d'État, issus de différents services hospitaliers et ayant des vécus et expériences différentes. Le premier entretien a été effectué avec une infirmière jeune diplômée, exerçant depuis neuf mois dans un service de neurochirurgie. Le deuxième entretien a eu lieu avec un infirmier exerçant le métier d'infirmier depuis plus de 25 ans et ayant des expériences professionnelles diverses : intérim, service de réanimation médicale, en France et en Guyane. Il exerce actuellement en service de réanimation médicale, est formé à l'hypnose depuis 6 ans (formation "Hypnose, douleur aiguë et anesthésie", formation "Hypnose et thérapie brève", et atelier de spécialisation d'hypno-massage) et est un intervenant régulier à l'IFSI. Le troisième entretien a eu lieu avec une infirmière exerçant depuis 33 ans, ayant pratiqué dans des services de chirurgie générale, de cardiologie (réanimation et chirurgie), de médecine digestive, d'hépatogastroentérologie et exerçant actuellement en unité de médecine polyvalente. Cette dernière a fait plusieurs formations de massage et bien-être dans sa vie privée et applique ses compétences au sein de son service.

Dans le cas de ces trois professionnels, le soins relationnel est considéré comme une partie intégrante et indispensable de notre métier : “C’est un pilier de notre métier. Je pense que c’est même plus que la moitié de ce qu’on fait”, “C’est au centre de mon exercice... c’est mon moteur, la compétence première de tout soignant... C’est essentiel, on ne peut pas soigner sans”, “Le côté relationnel, pour moi c’est primordial”.

Dans le cadre des soins infirmiers, la notion de toucher relationnel est perçue comme “très abstraite” par la jeune infirmière, contrairement aux deux autres professionnels qui, eux, ont de nombreuses années d’expérience, ainsi que des formations en lien en poche. Pour ces derniers, le toucher relationnel est considéré comme indispensable et doit être pris en compte dans tous les soins. Selon eux, le toucher relationnel consiste en un toucher fait pour établir, entretenir une relation avec la personne, la soulager. Un toucher relationnel est à différencier d’un soin technique qui est neutre et ne tient pas compte de la personne (notion de “cobaye” évoquée) et qui peut être considéré comme une agression extérieure, tandis que le toucher relationnel est un acte volontaire ayant un objectif.

Parmi les infirmiers interrogés (dont une formée en toucher-massage), tous pratiquent le toucher relationnel, en fonction des besoins, du consentement du patient et de la possibilité temporelle. Selon eux, n’importe quel soin peut être accompagné d’un toucher relationnel. Il ressort que la pratique du toucher relationnel est dépendante du “côté tactile” du soignant, selon un des infirmiers interrogés : “Ça dépend de la façon dont on est à l’aise avec et dire à un soignant, “tu dois toucher, tu dois approcher un patient et de temps en temps, il faut réussir à lui prendre la main, etc”, je pense que c’est une ineptie. Je m’explique : je pense que notre premier outil de travail, c’est nous-mêmes. Pour être bien, pour bien soigner, il faut être à l’aise avec ce qu’on fait, il faut être à l’aise avec nous-mêmes.” En effet, il apparaît que certains soignants ne sont pas des personnes tactiles, ce qui ne les empêche pas d’avoir de bonnes pratiques professionnelles, ils vont en effet développer d’autres compétences qui leur permettent de réussir à faire autrement.

Il ressort qu’il est difficile de dédier du temps à la pratique du toucher relationnel, dû notamment aux contraintes de service : les horaires, l’organisation, la charge de travail... Il ressort que le toucher relationnel est utilisé principalement au cours des soins et lorsque l’opportunité se présente au cours des passages dans la chambre du patient et/ou que le besoin s’en fait ressentir. Cependant, la nécessité de “prendre le temps” se fait ressentir, au point, pour deux d’entre elles, de finir leur journée “en retard”.

Dans les services hospitaliers, il y a des soins et des situations qui sont particulièrement anxiogènes. Les trois professionnels interrogés exercent dans trois services hospitaliers différents qui

ont chacun leur situation anxiogène. En service de neurochirurgie il s'agit d'opérations chirurgicales du cerveau et/ou du rachis avec les risques que cela comporte (séquelles physiques et cognitives), les annonces de cancer avec, parfois des pronostic vitaux engagés, les attentes d'examen (anatomopathologie...), le devenir, etc... En service de réanimation médicale, "la première des situations, c'est l'entrée en réanimation d'un patient, il est de toute façon... anxieux... Et ensuite, on a quand même beaucoup d'actes qui sont très invasifs en réanimation, qui sont souvent difficilement supportables, psychologiquement et physiquement, parce que derrière, il y a toujours une idée de diagnostic... Donc de toute façon, c'est toujours anxiogène, que ce soit anxieux à cause de la douleur ou anxieux à cause du futur". En unité de médecine polyvalente, les soins ou situations anxiogènes sont liés aux soins techniques en général, à la douleur, à la pathologie (pneumopathies, décompensations respiratoires...), à l'incompréhension (notamment en cas de barrage de la langue), mais également au devenir des patients : "on a beaucoup de personnes âgées quand même, qui ne sont plus dans leur cadre habituel.. l'anxiété, ça peut être sur leur devenir, la peur de ne plus pouvoir retourner chez eux".

Dans ce contexte de soin anxiogène, il est important pour les soignants de repérer les signes d'anxiété du patient. À travers les entretiens, plusieurs méthodes d'évaluation de l'anxiété ressortent, la principale étant l'observation : le patient est-il agité, figé, en sueur, en retrait, tachycarde, pleure-t-il, tend-il la main vers toi, etc... Le deuxième point est le questionnement : "Comment ça va ?", "Est-ce que vous êtes confortable ?", "Avez-vous besoin de quelque chose ?", etc... Pour les infirmiers ayant de l'expérience, il est très important de ne jamais demander directement "Est-ce que vous êtes anxieux ?" car cela pourrait induire de l'anxiété. Pour les deux infirmières interrogées, avec ces deux méthodes, elles précisent évaluer l'anxiété à l'instinct, au "feeling", contrairement à l'infirmier de réanimation, qui lui, se saisit d'une échelle numérique graduée de 0 à 10, "qui s'applique à l'anxiété, au confort ou à la douleur", 0 pas d'anxiété, 10 l'anxiété la plus importante. Le troisième point est l'écoute, à la fois du patient (expression de plaintes, de peur...), et de l'équipe soignante : transmission des collègues en pluriprofessionnalité, lecture du dossier médical, renseignement auprès des familles.

Les professionnels ont été questionnés sur les techniques de toucher relationnel pratiquées qu'ils trouvaient particulièrement efficaces. De cette question ressort des techniques telles que toucher et/ou prendre la main, s'asseoir auprès du patient. Lorsque l'on touche, poser les mains entièrement, bien à plat, accompagner les mouvements, envelopper et sécuriser le patient, réchauffer les mains avant si besoin. éviter de porter des gants au maximum, caresser la tête du patient si besoin, "faire un câlin"... De plus, l'infirmier de réanimation, grâce à son atelier de spécialisation en hypno-massage, utilise également le ressenti corporel "j'utilise de temps en temps ça en mettant le patient en hypnose, quand je fais des pressions sur le corps, je vais partir des jambes par exemple, je vais bien prendre les jambes avec mes mains, je vais appuyer doucement, remonter, appuyer sur le bassin, etc, et permettre

au patient d'observer ce que le toucher lui procure comme sensation dans le corps". L'infirmière formée en toucher-massage précise que "les techniques de massage pour l'anxiété, c'est au creux de la main, juste masser au creux de la main, et c'est très rassurant. Il faut juste demander aux personnes de fermer les yeux quelques minutes, bien respirer, parce que, mine de rien, l'anxiété, si on respire mal, ça augmente l'anxiété. Donc, il faut apprendre aux gens à diminuer leur capacité respiratoire un petit peu pendant l'anxiété. Et juste ça, très souvent, ça suffit".

Dans l'utilisation du toucher relationnel, il peut y avoir des "freins", c'est-à-dire des éléments contextuels limitant la volonté ou possibilité d'utilisation du toucher. Un élément qui revient est la notion d'âge, les trois professionnels interrogés ont un avis différent sur le sujet : pour la jeune diplômée, il est plus difficile de l'utiliser avec une personne de son âge "parce que... tu peux vite te projeter sur quelqu'un de ton âge... je ne m'assois pas à côté de lui, je garde le vouvoiement... et je n'irais pas prendre sa main". Pour l'infirmière formée en toucher-massage et ayant plus d'expérience professionnelle, il s'agit des "plus jeunes... dans la vingtaine,... je ne fais pas, je sens que ça serait peut-être déplacé", ainsi que des hommes de son âge. Pour ce qui est de l'infirmier masculin, il "fait particulièrement attention" lorsqu'il s'agit de personnes jeunes : "Je pense que quelqu'un de 50 ans qui vient utiliser le toucher peut rendre mal à l'aise la personne en face... je suis un homme... Peut-être qu'il y a là une espèce de truc encore généré... dans la société, disant qu'un homme ne devrait pas [toucher]". Il pointe ici ce qui avait déjà été évoqué par l'infirmière expérimentée, c'est-à-dire la notion de genre. En effet il s'agit là du deuxième frein le plus marquant : il ressort qu'il est plus difficile de pratiquer le toucher relationnel avec une personne du genre opposé, une femme a plus de difficultés à aller toucher un homme (d'autant plus du même âge, comme vu précédemment) et inversement. Il se dégage de ces entretiens que la notion de culture, de religion, ainsi que d'éducation du patient revêt également une certaine importance, en effet, s'il s'agit de femmes issues d'une culture ou ayant une religion régissant les relations hommes-femmes, telle que la religion musulmane, pour la plus citée, il est nécessaire de respecter ces coutumes et croyances.

D'autres facteurs, de nature plus personnelle aux professionnels, peuvent altérer la qualité du toucher relationnel tels que, pour l'infirmière jeune diplômée, une mauvaise hygiène corporelle de la personne, ou pour l'infirmier de réanimation, la fatigue et le manque de motivation, et également la perception qu'il peut avoir du patient : "ce que certains patients peuvent avoir fait de mal... quelques [hommes] qui battent leur femme... Le toucher sera juste un soin technique. Je ne pourrais pas utiliser le toucher à des fins de confort ou de prendre soin, c'est au-dessus de mes forces."

Dans chacun de ces entretiens, il est spécifié à chaque fois, que, même en cas de présence de facteurs défavorisants à la pratique du toucher relationnel, si le patient, quel qu'il soit, en fait ressentir le besoin, les infirmiers interrogés iront le pratiquer, eux-mêmes ou par un(e) collègue si besoin.

En lien, la notion de consentement a également été interrogée, et il ressort que pour deux des infirmiers il arrive de demander le consentement au toucher relationnel, mais que dans la majorité des

cas, le recueil du consentement ne se fait pas de manière orale, mais plutôt “au feeling”, “à l’instinct”, il y a une notion d’implicite : “Quand il te tend sa main, je pense qu’il n’y a pas besoin de demander, c’est implicite”, “[l’observation] me permet... de savoir qu’il n’y aura aucun problème”, “je ne le fais jamais... on le fait par instinct, en fait. Pour moi, c’est quelque chose qui se fait naturellement au ressenti, au feeling”.

Dans des contextes anxiogènes, pour chacun des infirmiers interrogés, le toucher relationnel ne peut avoir qu’un impact bénéfique sur l’anxiété du patient, dans la mesure où “s’il est adapté, s’il est bien jugé, s’il est bien évalué, si tous les prérequis sont là avant de le faire”. Cependant ils perçoivent cet impact à des degrés différents : pour la jeune infirmière l’impact est “dérisoire”, “je pense qu’il y a un petit impact quand même... que c’est plus sur le vécu général de l’hospitalisation et pas forcément sur l’anxiété en elle-même”. Pour l’infirmier de réanimation “il peut ne rien faire mais il peut aussi être positif... l’impact sur l’anxiété c’est que c’est positif sur l’anxiété du patient et sur la nôtre en tant que soignant... De toute façon, ça créer une telle alliance, que ça ne peut être que positif, ou ne rien faire. J’ai quand même du mal à penser, à partir du moment où c’est consenti des deux parties, que ça ne fasse rien”. Pour la troisième infirmière il s’agit d’un “impact très important, essentiel même, pour prendre la personne dans son ensemble, avec son vécu, sa maladie... c’est vraiment l’intégrer en tant que personne, telle qu’elle est avec tout son vécu”.

Au moment de la question concernant l’intégration du toucher relationnel dans le futur de la pratique infirmière, deux des trois infirmiers questionnés souhaitent être davantage formés au toucher relationnel : la jeune infirmière exprime que “souvent, c’est des aides-soignants qui font des formations massage... Mais [ce serait bien] aussi qu’on soit formé, parce que ce n’est pas évident”, elle exprime également la peur de faire mal lors d’un toucher massage, par manque de compétence sur le sujet. Pour l’infirmier de réanimation, il est question d’un souhait de formation au toucher-massage en tant que soin relationnel dès les études infirmières, et également, la possibilité d’y être formé durant l’exercice professionnel : “Pendant l’exercice professionnel aussi former les gens... qu’il y ait des équipes, des référents dans les services qui forment les gens à comment toucher un malade parce que moi, je n’ai pas eu de formation”. Pour l’infirmière formée en toucher-massage, elle estime qu’étant donné qu’il existe déjà des formations, c’est que l’importance du toucher relationnel est déjà reconnue dans la pratique infirmière : “on en tient compte, sinon il n’y aurait pas ces formations”. L’infirmier de réanimation ajoute que “on évalue l’anxiété, mais peut-être qu’il faut plus l’évaluer, parce qu’on évalue la douleur dans tous les services, mais évaluons le confort et l’anxiété des patients et des soignants et, peut-être que là, on aura quelque chose”.

6. La discussion

Abordons ensemble la partie de la discussion, qui va me permettre de revenir sur les thèmes abordés dans le cadre théorique ainsi que lors des entretiens. Dans ce contexte, je vais pouvoir commenter et apporter ma propre réflexion sur ces sujets, afin de pouvoir discuter la question de départ posée au préalable et développer mon positionnement professionnel. Pour rappel la question de départ était : En quoi le toucher relationnel dans la relation IDE-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxiogène ?

En premier lieu je souhaiterais reprendre le thème du toucher relationnel. Au vu de mes situations d'appel et de mon appétence pour les soins relationnels, il s'agissait d'un thème qui me tenait à cœur d'étudier et d'approfondir. De plus, les soins relationnels sont un sujet extrêmement large en terme de théories, de pratiques et de contextes d'application, englobant des aspects tels que la communication interpersonnelle, l'empathie, la gestion des émotions, la prise de décision partagée, la résolution de conflits, et bien d'autres encore.

Au vu du caractère personnel que peut prendre la perception de la notion de soins relationnels, il me semblait intéressant de chercher à connaître le point de vue d'autres professionnels sur le sujet. Nous avons vu précédemment que les soins relationnels ont un impact significatif sur le processus de guérison et le bien-être global des patients et que la qualité de la relation soignant-soigné influence grandement l'alliance thérapeutique qui peut être définie comme une collaboration mutuelle et un partenariat entre le patient et le soignant. Durant les entretiens, les professionnels, expérimentés ou non, ont confirmé que, pour eux, les soins relationnels sont indispensables et représentent une partie intégrante et indispensable du métier infirmier, qu'il s'agit de l'un des piliers et pour certains de leur "moteur" dans cette profession. Pour eux, le développement d'une alliance thérapeutique est le premier pas vers une prise en soins globale et optimale, dans cet objectif, ils accordent donc une importance particulière au respect et à la mise en pratique de leurs valeurs soignantes.

Ma question de départ concernant le toucher relationnel, je me suis focalisée dessus dans mes entretiens et recherches. Il s'agit d'un soin relationnel, et conformément aux questionnements précédents, les infirmiers interrogés confirment leur positionnement sur le sujet en précisant tous l'utiliser dans leur pratique professionnelle, même s'il semblerait que la notion en elle-même de toucher relationnel soit un peu flou en début de pratique. Moi-même, avant d'être intéressée par le sujet et d'effectuer des recherches, je ne connaissais pas le terme et ne pensais pas que tous les petits gestes effectués afin d'entrer en relation avec le patient avaient un nom et avaient fait preuve d'autant de recherches et publications. De plus, j'ai été surprise d'apprendre qu'il n'était pas forcément

nécessaire d'être formé pour pratiquer le toucher-massage, étant donné qu'il ne s'agit pas de gestes aussi invasifs sur le corps que la pratique de la kinésithérapie, cependant il existe tout de même des formations accessibles aux professionnels et aux particuliers. Les professionnels interrogés non formés à cette pratique sont en demande de formations de ce type dans les équipes soignantes afin de pouvoir utiliser cette méthode dans les meilleures conditions.

En ce qui concerne l'utilisation du toucher relationnel en service hospitalier, il reste des difficultés telles que la charge de travail élevée, le manque de temps et les contraintes organisationnelles, qui peuvent parfois entraver la capacité des infirmiers à consacrer suffisamment de temps et d'attention à chaque patient. Pourtant la volonté des soignants de "prendre le temps" pour chaque patient se fait ressentir. Ainsi, bien que l'importance des soins relationnels soit reconnue, des efforts continus sont nécessaires pour intégrer pleinement ces aspects dans la pratique professionnelle quotidienne.

De plus, comme dit précédemment, le toucher représente un engagement réel et une implication profonde dans la relation avec l'autre, car il exprime les émotions profondes, sans artifices. De plus, le toucher permet un contact unique, personnel et intime. En cela, il est important que le soignant soit disponible, physiquement et mentalement. Certains soignants ne sont pas très "tactiles" et auront tendance à moins utiliser ce mode de communication. De la même manière, l'âge, le genre, la culture, la religion, l'éducation, etc, sont des caractéristiques propres à chaque patient et qui peuvent heurter la sensibilité du soignant ou entrer en conflit avec ses valeurs. Il est important de connaître ses limites en tant que soignant et d'être capable de refuser de toucher le patient et/ou d'en déléguer la tâche, de rester en accord avec soi-même car, pour prendre soin des autres, il faut avant tout prendre soin de soi-même.

Tout au long des entretiens, la notion d'alliance thérapeutique a été évoquée, que si elle était de bonne qualité, il s'agissait d'un facteur favorisant au toucher relationnel, je suis d'accord avec ça et les recherches effectuées le confirment. Je mets en lien avec cette alliance la notion de consentement, pour moi une alliance thérapeutique de faible qualité ou pas encore installée constitue une incitation supplémentaire à demander le consentement du patient, pas que pour le toucher mais pour n'importe quel soin. Cependant, pour moi, l'inverse n'est pas vrai, ce n'est pas parce qu'il y a une bonne alliance thérapeutique qu'il ne faut pas demander explicitement le consentement (peut-être s'agit-il là de mon positionnement en tant qu'étudiante infirmière), or durant les entretiens il semble que les professionnels, jeunes diplômés ou non, ne le demandent pas systématiquement, voir rarement, pour la pratique du toucher relationnel. La notion avancée est le consentement implicite et le juger au "feeling", à l'instinct. Il est compréhensible qu'au bout de plusieurs années d'expérience le professionnel puisse détecter de manière inconsciente les petits détails de la communication non verbale lui indiquant la possibilité ou non de pratiquer un soin, cependant je considère qu'il peut arriver de se tromper, à cause de la fatigue, de stress, etc, et que le fait de demander explicitement

pourrait éviter ce genre d'erreur, qui, dans un acte aussi intime que le toucher, pourrait être mal interprété.

L'anxiété liée au milieu hospitalier peut provenir de diverses sources, notamment de l'anticipation des soins et des procédures médicales, souvent perçus comme douloureux ou stressants par les patients. Cette anxiété peut être exacerbée par la recherche d'informations sur Internet, où des informations erronées ou incomplètes peuvent conduire à des appréhensions injustifiées. Dans les services hospitaliers, les situations anxiogènes sont variées : en neurochirurgie, les opérations du cerveau et les annonces de cancer suscitent des inquiétudes quant au devenir et aux séquelles physiques et cognitives. En réanimation, l'entrée en unité de soins intensifs et les actes médicaux invasifs sont sources d'anxiété, liées à la douleur et à l'incertitude sur le pronostic vital. En médecine polyvalente, les soins techniques, la douleur et les problèmes de compréhension, notamment chez les personnes âgées, génèrent également de l'anxiété quant au futur et à la possibilité de retourner chez soi. On comprend que chaque service hospitalier est source de situations anxiogènes, toutes aussi diverses et variées les unes que les autres. Je considère qu'il est donc primordial de trouver et appliquer des méthodes d'évaluation et d'apaisement de l'anxiété, au même titre qu'on le fait déjà pour la douleur.

Comme vu précédemment, l'anxiété peut se manifester au travers de réactions physiologiques, et qu'il est nécessaire, afin d'en repérer les signes, d'observer le patient, de l'écouter et/ou de le questionner, en notant toutefois qu'il ne faut pas induire de l'anxiété en utilisant le terme anxieux dans sa question, il vaut mieux se rabattre sur des termes neutres comme "confortable". Mais le repérage de l'anxiété peut présenter un côté intuitif confirmé par les infirmiers interrogés. Cependant, afin de permettre un meilleur suivi de l'évolution de l'anxiété, il est nécessaire d'utiliser un langage commun, c'est-à-dire une échelle d'évaluation. Lors de mes recherches, je n'ai trouvé que peu d'échelles utilisables en dehors des échelles concernant les troubles anxieux, qui ne concerne que les troubles chroniques, ou des échelles, certes intéressantes, mais non validées en France. Les seules échelles utilisables et applicables ponctuellement sont des échelles de douleur dérivées pour s'adapter à l'anxiété : l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN). Comme précisé plus tôt, je trouve dommage qu'il n'y ait pas des méthodes d'évaluation plus objectives et dédiées à l'évaluation de l'anxiété.

Dans des contextes anxiogènes, les infirmiers soulignent l'importance du toucher relationnel pour apaiser l'anxiété des patients, à condition qu'il soit adapté et consenti. Leur perception de son impact varie : pour certains, il semble dérisoire, affectant davantage le vécu général de l'hospitalisation que l'anxiété elle-même, tandis que pour d'autres, il ne peut être que neutre ou positif, renforçant une alliance thérapeutique bénéfique. Ils insistent sur le rôle essentiel du toucher relationnel pour intégrer la personne dans sa globalité. Parallèlement, une étude de 2009 révèle que le toucher, bien que n'ayant

pas toujours une différence statistiquement significative, semble réduire l'anxiété des patients, notamment lors d'examen invasifs et de soins spécifiques. La conclusion de cette recherche encourage donc le développement et la reconnaissance du toucher dans la pratique infirmière, soulignant son effet positif sur la qualité des soins. La perception des infirmiers interrogés et les études menées sont en accord avec le fait que le toucher relationnel semble avoir un effet bénéfique sur l'anxiété des patients, même si ce n'est pas très marquant.

Au début de ce travail d'initiation à la recherche, ma question de départ était :

En quoi le toucher relationnel dans la relation IDE-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxigène ?

Au vu du travail réalisé et de la réflexion qui s'en est suivie, il me semble que cette question a besoin d'être modifiée. Tout d'abord, j'ai mené mes recherches dans un milieu exclusivement hospitalier et ai fait mes recherches sur les situations anxigènes en conséquence. De plus j'en suis venue à la conclusion que le milieu hospitalier est, par définition, anxigène, il me semble donc logique de recadrer la recherche dans ce contexte. De plus on remarque que le toucher relationnel a un impact de nature à apaiser l'anxiété, donc la tournure "en quoi", qui cherche la nature des choses ne correspond pas. Le sujet de la recherche serait plutôt de déterminer à quel point l'anxiété est apaisée, la tournure "dans quelle mesure" correspondrait mieux. Enfin, se limiter à la relation IDE-patient serait trop restrictif pour une recherche, puisqu'on sait que la plupart des soignants formés en toucher-massage ne sont pas infirmiers, je propose donc de cadrer la recherche à la relation soignant-soigné. On en vient donc à la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure le toucher relationnel, dans la relation soignant-soigné, a-t-il un impact sur l'anxiété de la personne soignée en milieu hospitalier ?

7. La conclusion

Le chemin de réflexion sur ce sujet qu'est le toucher relationnel a pris naissance à partir de différentes situations particulièrement marquantes vécues en stage qui abordaient les notions de communication, de proxémie, de réassurance du patient, du développement d'une relation de confiance soignant-soigné, mais principalement de l'utilisation du toucher qui, dans chacun des cas, a permis d'apaiser l'anxiété des patients, induite par le milieu hospitalier. En suivant la trame méthodologique donnée par l'IFSI, et avec l'aide de ma référente pédagogique, s'en est suivi un questionnement qui m'a permis d'arriver à une question de départ : En quoi le toucher relationnel dans la relation IDE-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxigène ? À partir de cela, j'ai pu effectuer des recherches basées sur des articles de revues médicales, des livres publiés, des dictionnaires de concepts, des textes de loi... écrits par différents

auteurs dans différents champs de discipline tels que la communication thérapeutique, la relation soignant-soigné, le toucher relationnel, etc. L'étape suivante a été la rédaction d'un guide d'entretien avec pour objectif d'approfondir les apprentissages théoriques. J'ai pu interroger trois infirmiers diplômés d'État exerçant en milieu hospitalier, qui m'ont apporté des éclaircissements sur la réalité de terrain face aux soins relationnels, ainsi que leurs points de vue sur le sujet et leurs valeurs professionnelles. Une phase d'analyse descriptive des entretiens est venue compléter ma démarche. Enfin, s'en est suivi l'étape de la discussion qui m'a permis de confronter les résultats obtenus et de mettre en avant les points saillants de la discussion, ce qui m'a permis par la suite de pouvoir étoffer plus précisément ma question de départ vers une question de recherche.

À travers l'examen des entretiens et des données théoriques, il est clair que le toucher relationnel représente un aspect crucial du soin, capable d'influencer positivement l'expérience des patients confrontés à des situations anxieuses.

Premièrement, l'étude souligne l'importance du toucher relationnel comme composante fondamentale des soins relationnels. Les professionnels interrogés ont unanimement confirmé son rôle essentiel dans l'établissement d'une alliance thérapeutique solide, favorisant ainsi une prise en charge globale et optimale. Cette constatation met en lumière la nécessité d'accorder une attention particulière à la dimension relationnelle dans la pratique infirmière, notamment dans un contexte hospitalier où les patients peuvent éprouver des niveaux élevés d'anxiété.

Deuxièmement, cette recherche met en évidence les défis pratiques auxquels sont confrontés les soignants dans l'intégration du toucher relationnel dans leur quotidien. Les contraintes de temps, la charge de travail élevée et les barrières organisationnelles peuvent limiter la capacité des infirmiers à consacrer pleinement l'attention nécessaire à chaque patient. Cependant, malgré ces obstacles, l'aspiration des soignants à offrir des soins individualisés et empathiques demeure palpable.

Troisièmement, l'étude souligne la nécessité d'une approche respectueuse et consentie du toucher relationnel. Les professionnels reconnaissent l'importance du consentement du patient, tout en soulignant que son recueil n'est pas toujours fait de manière explicite. Ceci renforce l'idée que la perception instinctive des signes d'anxiété chez le patient est à l'origine de l'interprétation d'un consentement implicite.

En somme, cette étude m'offre des connaissances précieuses pour ma future pratique professionnelle, elle souligne l'importance du toucher relationnel dans la relation soignant-soigné et met en lumière la merveilleuse complexité des soins relationnels : tout le monde est différent. Elle me fait réfléchir sur la question de son intégration dans la pratique infirmière, tout en invitant à une réflexion continue sur les meilleures pratiques pour répondre au mieux aux besoins psychosociaux des personnes soignées.

Cette expérience de travail de recherche dans le cadre de mes études en soins infirmiers a été, pour moi, une expérience enrichissante et formatrice qui m'a permis de m'interroger sur mes propres pratiques soignantes et d'entreprendre une démarche de réflexion personnelle. J'ai perçu ce travail comme étant long et fastidieux, de part la quantité de contenu demandé et mon habitude à procrastiner. J'ai assez mal vécu la recherche d'infirmiers à interroger, car ce fut long et compliqué dans le sens où il avait été convenu que je trouve des volontaires pour participer aux entretiens durant mon stage de semestre 5, ce qui ne fut pas probant. Ceci m'a donné l'impression d'avoir pris du retard sur le programme de rédaction chapeauté par l'IFSI. Cependant, ce mal être est à nuancer, car je fut ravie du déroulé de mes entretiens qui furent de bonne qualité et utiles pour mes analyses. Le côté fastidieux et très cadré d'un travail de recherche est, je l'entends, bien nécessaire, cependant, cela ne me donne pas envie de mener des recherches infirmières durant ma future pratique professionnelle. Je préférerais nourrir ma curiosité sur les différents sujets qui pourront m'interroger de manière personnelle, et éventuellement communiquer les éléments que je trouverais pertinents à mon entourage, mais absolument pas de m'astreindre aux limitations qu'implique un travail de recherche officiel.

Bibliographie

- ❖ Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2013). *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques* (3^e éd.). Éditions Bréal.
- ❖ Blanchon, C. (2006). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Éditions Elsevier
- ❖ Bonneton-Tabariés, F., Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Éditions Med-Line.
- ❖ Douleur et anxiété (2023). *L'infirmière*, n°34-35, 24-25.
- ❖ Flament, S. (2014). Les nouvelles techniques de prise en charge de la douleur et de l'anxiété. *Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*, n°231, 24-28.
- ❖ Malaquin-Pavan, É. (2009). Le toucher dans les soins. *Soins*, n°737, 29-55.
- ❖ Paillard, C. (2023). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (6^e éd.). Éditions Setes.
- ❖ Phaneuf M. (2011). *La relation soignant-soigné* (2^e édition). Éditions Chenelière Éducation.
- ❖ Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrand, J., Paniagua, C., Mathé, B., & Gerbaud, L. (2009). Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers - Résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée. *Recherche en Soins Infirmiers*, n°97, 92-97.
- ❖ Prayez, P., Savatofski, J. (2017). *Le toucher apprivoisé* (4^e édition). Éditions Lamarre.

Webographie

- ❖ Article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 08 août 2004
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006161001/#LEGISCTA000006161001
- ❖ Bioy, A. (2017). Chapitre 5. Présences. Dans : Antoine Bioy éd., *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (pp. 79-94). Paris: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.servi.2017.01.0079>
- ❖ Commission Européenne. (s.d.). *Les principes humanitaires*.
https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/who/humanitarian-principles_fr#:~:text=Le%20principe%20d'humanit%C3%A9%20signifie,de%20conflits%20arm%C3%A9s%20ou%20autres.
- ❖ Crampe-Casnabet, M., & Perrin, M. (éds.). (1994). *Représentations du toucher*. ENS Éditions.
<https://doi.org/10.4000/books.enseditions.18848>
- ❖ Gineste, Y., Marescotti, R. & Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 42-55. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>
- ❖ *Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne*. <https://www.larousse.fr/>
- ❖ Rogers, Carl R. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF Sciences humaines.
<https://doi.org/10.3917/esfsh.roger.2019.01>

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien

En quoi le toucher relationnel dans la relation IDE-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxiogène ?

Introduction

Bonjour, pourriez vous vous présenter brièvement, mentionner votre parcours professionnel ?

- Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmier ?
- Qu'est-ce que vous préférez dans le métier ?
- Nombre d'années d'expérience dans ce service ?
- Quelle approche avez-vous avec les soins relationnels ?
- Diplôme Universitaire ?

Pourriez vous décrire le service dans lequel vous travaillez ?

- Spécialité du service, pathologies principales
- Nombre de patients
- Nombre de soignants : Médecins, IDE, AS...
- Nombre de patients par infirmier

Le toucher relationnel

Que pensez-vous du concept de "toucher relationnel" ?

Comment définiriez-vous ce concept dans le cadre des soins infirmiers ?

- En quoi ça consiste ?
- Quelle utilité ?
- Qui le pratique ?

En quoi le toucher relationnel diffère-t-il du simple geste technique dans la relation avec le patient ?

Comment le toucher relationnel est intégré dans votre pratique quotidienne en tant qu'infirmier ?

Pratiquez-vous le toucher relationnel ? Si oui : Dans quelle situation ?

Prenez-vous / Avez-vous le temps de le pratiquer ?

Y a-t-il des temps dédiés dans votre journée ?

Si non : Pour quelle raison ?

Impact sur l'anxiété

Dans le service, y a-t-il des soins ou des situations particulièrement anxiogènes ? Pour le patient Pour le soignant

Comment évaluez vous l'anxiété d'un patient avant d'appliquer des techniques de toucher relationnel ?

Pouvez-vous partager une expérience où vous avez utilisé le toucher relationnel pour aider un patient anxieux ?

Quelles techniques spécifiques de toucher relationnel trouvez vous particulièrement efficaces pour apaiser l'anxiété chez les patients ?

Potentiels freins

L'âge du patient a-t-il un impact sur votre utilisation ou non du toucher relationnel ? Jeune / âgé Du même âge

**Comment abordez vous la question du consentement du patient avant d'appliquer des techniques de toucher relationnel ?
Le faites vous à chaque fois ?**

Comment tenez vous compte de la diversité culturelle des patients dans l'utilisation du toucher relationnel ?

- Religion
- Origine ethnique
- Education

Y a-t-il d'autres éléments qui peuvent vous empêcher d'utiliser le toucher relationnel ?

Conclusion

En conclusion, comment percevez vous l'impact du toucher relationnel dans la prestation de soins, en particulier dans des contextes anxiogènes ?

Selon vous, quelles pourraient être les évolutions futures dans l'intégration du toucher relationnel dans la pratique infirmière, en tenant compte des enjeux éthiques et culturels ?

Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter sur le sujet avant de conclure ?

Annexe II : Transcription du premier entretien

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'intervieweuse

Date : Mercredi 13 mars 17h30

IDE : l'infirmière = l'interviewée

Durée de l'entretien : 55 minutes

ESI “ Bonjour. Est-ce que tu peux te présenter brièvement, mentionner ton parcours professionnel ?

IDE Ok. Alors, du coup, moi, je suis jeune diplômée. J'ai été diplômée là en juillet. J'ai fait mon IFSI directement après le bac. Du coup, je n'ai pas d'expérience professionnelle autre que quand j'ai travaillé en tant qu'étudiante, enfin, en tant qu'aide-soignante pendant mes études. Et là, mes neuf mois d'infirmière, je suis au service de neurochirurgie. Voilà.

ESI Qu'est-ce que tu préfères dans ce métier-là ?

IDE Dans le métier d'infirmière ? Je pense que ce que je préfère, c'est vraiment l'accompagnement des gens. Certains soins techniques, vraiment, j'adore, mais le plus quand même, c'est l'accompagnement en général des gens et de la famille aussi. C'est ce que je préfère. La proximité avec les gens.

ESI Quelle approche as-tu avec les soins relationnels ?

IDE Alors, moi, ça, je trouve ça... En vrai, c'est un des piliers, je trouve, de notre métier. Je pense que c'est même plus que la moitié de ce qu'on fait. Si tu prends notre temps de travail, plus de la moitié, je pense, c'est du soin relationnel. Surtout dans mon service, pour le coup, là, il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de soins relationnels. Mais je pense qu'on l'utilise vachement, nous, dans notre service. Voilà.

ESI Tu as choisi la neuro, peut-être un peu pour ça aussi, le fait d'avoir besoin de beaucoup discuter avec les gens ?

IDE Non, parce que moi, à la base, la neurochirurgie, pour moi, c'était les traumatismes crâniens. Et je me retrouve avec des tumeurs agressives au cerveau, donc non je ne savais pas dans quoi je mettais les pieds, donc je n'ai pas choisi pour ça, mais au final, j'y retrouve mon compte, mais ce n'était pas pour ça, à la base.

ESI Donc, le service de neurochirurgie : tout ce qui est tumeur cérébrale, tout ce qui est rachis aussi ?

IDE Ouais, et il y a plein de choses, je te disais un peu les pathologies, il y a plein de choses différentes. Déjà, il faut séparer tout ce qui est traumatisme de tout ce qui est onco, parce qu'en vrai, on a les deux, mais ça peut aller du trauma crânien à de l'AVP super grave, embarrure, où tu dois enlever un

bout du crâne, à la petite mamie de 80 ans qui est tombée à la maison et qui a un hématome sous-dural. La partie traumato, ça va vraiment du gros accident à la chute toute bête. Et sinon, il y a toute la partie onco, et là, c'est un peu plus délicat, on a toutes les tumeurs qu'on peut avoir, du coup, au cerveau, et aussi au niveau du dos, sachant qu'en traumato, on a aussi le dos, mais c'est assez compliqué parce que les rachis, ils peuvent être pris en charge et par les orthos et par les neurochir, du coup, on a des dos, mais pas forcément en prise en charge neurochir, ça peut être des orthos qui sont chez nous parce qu'on arrive plus à faire du dos, en soi, ce n'est pas vraiment nous. Bon, c'est assez spécial, mais oui, globalement, c'est les traumatismes de la tête et du dos et les tumeurs de la tête et du dos. Globalement, c'est ça. Ça peut aller de la petite tumeur à l'annonce de la grosse tumeur et il reste quelques mois, quoi. Voilà.

ESI Vous avez des soins palliatifs peut-être aussi ?

IDE On a une chambre réservée aux soins palliatifs. Une chambre qui est un peu plus aménagée avec un poste de radio, une boîte confort avec du thé, du café, tout pour la famille, genre des tasses, des trucs comme ça. C'est une chambre qui est plus spacieuse et qui est juste à côté du salon des familles, comme ça, pour se réunir en famille et tout. C'est mieux. On a des lits réservés ortho, la chambre de soins palliatifs et on essaye de mettre en place un secteur, puisqu'on est divisé en quatre secteurs, on essaye de mettre un secteur où on met toute la neuro en cours. Mais on n'y arrive pas. C'est trop compliqué avec les entrées et les sorties et ci et ça. On n'y arrive pas. Mais dans l'idée, ce serait comme ça que ça devrait se passer, mais ça ne se passe pas comme ça. Sur le papier, c'est comme ça, mais en vrai, pas du tout.

ESI La réalité, ça diffère toujours un peu de toute façon. On fait comme on peut. En nombre de soignants et nombre de patients, de patients par infirmier, vous êtes combien à peu près ?

IDE Il y a quatre secteurs. Le matin, il y a un infirmier par secteur, un aide-soignant par secteur. Donc, voilà, deux aides-soignants volants. Donc, le matin, c'est ça. Six aides-soignants et on a nos deux coupes dans la journée. Donc, six aides-soignants, six infirmiers le matin. Plus l'infirmière de coordination, du coup, qui gère un peu tous les soins autour des cancers. C'est vraiment l'infirmière de coordination qu'on apprend à l'école basique avec les soins de support. Donc, on fait ça. Et l'après-midi, on passe du coup à un infirmier par secteur, un aide-soignant par secteur. Et la nuit, c'est trois infirmiers pour quatre secteurs, deux aides-soignants pour quatre secteurs. C'est un peu plus restreint. Sachant qu'en coupe, on a deux horaires de coupe, il y en a un qui fait 8h-16h et l'autre qui fait 9h-17h, donc, on est là sur une grosse partie de la journée, et souvent, on fait notre administratif, mais on est en renfort dans les services s'il y a besoin. Voilà. Et au niveau des patients, on a deux secteurs qui prennent 12 lits. Deux secteurs qui prennent 10 lits. Voilà. Sachant qu'on a nos HET. Techniquement, on a 44 lits ouverts et on peut en avoir 45. C'est 12 ou 10 (Ndlr : lits par secteur).

ESI Ça marche. C'est que des chambres doubles ?

IDE Quasiment. Peu de chambres simples. C'est un peu compliqué.

ESI Ça marche. Qu'est-ce que tu penses du concept de toucher relationnel ?

IDE Moi, je pense que c'est très abstrait... mais... je trouve que c'est un concept qui est assez intéressant parce que je trouve qu'il a la propriété de soigner, en tout cas, il faut être soigné par autre chose que vraiment les médicaments ou les soins techniques. Donc, moi, je trouve ça plutôt intéressant. C'est une autre manière de voir un peu le soin et moi j'aime bien.

ESI Oui une autre manière de l'aborder un peu.

IDE Oui, c'est ça.

ESI Tu sais en quoi ça consiste concrètement parce que tu dis que c'est un peu flou ?

IDE Oui, c'est flou. Je ne pourrais pas te donner une définition comme ça. Je ne pourrais pas te donner la définition.

ESI En fait, dans le toucher, il y a deux types de toucher. Il y a le toucher dans les soins. Tu es obligé pour faire ta prise de sang, prévention d'escarres, etc. Oui. Et tu as le toucher relationnel qui peut aller juste de la caresse, de la main sur l'épaule ou même carrément un massage du dos pour soulager les douleurs ou ce genre de choses. C'est tout un ensemble. Oui, ça peut être pratiqué par infirmier, aide-soignant, kiné, médecin s'il veut.

IDE C'est plus rare, je pense (rires).

ESI La main sur l'épaule, peut-être (rires).

IDE La main sur l'épaule, oui. Ça dépend du médecin. Mais oui, ça peut se faire. Ça peut s'envisager.

ESI Comment le toucher relationnel est intégré dans la pratique quotidienne en tant qu'infirmier ?

IDE Donc là, on parle vraiment du massage, de la caresse... d'autres choses que le soin technique pur?

ESI Oui.

IDE Je pense qu'il peut être intégré tout le temps. Tout le temps, ça dépend. Mais il n'y a pas de... Je pense qu'il faut vraiment l'intégrer dans notre pratique déjà, ça c'est sûr. Je ne sais pas si tout le monde est d'accord avec ça, parce qu'il y a des gens qui ne font pas ça du tout, enfin moi j'ai vu dans mon service des gens qui sont très... (fait un mouvement de recul), qui ne s'approchent pas quoi. Mais... c'est quoi déjà la question ?

ESI Comment tu l'intègres ?

IDE Ah oui, comment on l'intègre dans la pratique. Genre concrètement, qu'est-ce qu'on fait ?

ESI Oui. Est-ce que c'est plus instinctif ? Est-ce que tu dédies des temps ? Est-ce que...

IDE Oui... moi, je pense... dédier des temps, c'est compliqué quand tu es dans un service où il y a vachement de turn-over, où on a beaucoup de patients, où on a plein de soins techniques assez cadrés et tout. Au niveau des horaires, dédier du temps ça va être compliqué. Que ce soit les infirmiers ou les aides-soignants, ça peut être compliqué dans l'organisation actuelle de mon service, ce n'est pas possible. Mais en soi, dans la chambre, on y rentre minimum trois fois par service, donc trois fois dans huit heures minimum. Donc, ça fait trois opportunités en fait de le faire. Donc, s'il y a l'opportunité, s'il y a le moment pour et s'il y a la nécessité, oui. Après, il faut prendre le temps de le faire. Moi, je sais que je prends le temps, toujours, parce que je me dis que je finirais en retard. Donc, quitte à finir en retard un peu plus, ce n'est pas très grave(rires).

ESI Tu pars avec l'idée que je vais finir en retard de toute façon (rires).

IDE Dans tous les cas, je finirais en retard, donc, je ne suis plus à dix minutes près. Mais oui, je pense qu'on peut l'intégrer vraiment à chaque fois en fait quand on est dans notre chambre. S'il y a besoin, ben ouais, pourquoi pas.

ESI Et donc tu dis "s'il y a besoin" et dans quelle situation du coup ?

IDE Ben, moi, je sais que quand je rentre dans la chambre d'un patient je demande toujours "Comment ça va ?". Mais comment ça va vraiment ? Je sais qu'il a mal. Il s'est fait opérer. Logique qu'il a mal. C'est logique. Donc, oui, oui, il a mal. Donc, ça ne va pas parce qu'il a mal. Mais comment ça va vraiment ? Enfin... ce n'est pas parce que tu n'as pas mal que tu vas bien. Ce n'est pas parce que tu as mal que ça ne va pas. Enfin...

ESI Psychologiquement ?

IDE Oui, voilà. Comment il va en fait ? S'il s'est fait opérer, ben, comment ça s'est passé ? Comment vous avez vécu la chose ? Etc. Si ça ne s'est pas vraiment passé, comment vous appréhendez ? Et de là, ben, tu vois, si le patient, il a envie de parler. Tu vois s'il a pas envie de te parler, tu vois s'il a des choses à dire ou pas. Et à ce moment-là, c'est là où, en fonction de ce qu'il me répond, en fonction de comment il réagit, ben, je m'assois ou je fais des trucs comme ça. Moi, souvent, ce que je fais, c'est que je m'assois à côté du patient ou alors, ça dépend du patient, ça dépend de la proximité. Mais tu vois, je m'assois, je lui demande si je peux m'asseoir à côté de lui. Donc, moi, je trouve que c'est bien de se mettre en... À côté, à côté, pas en face à face. Alors, à côté, à côté, c'est bien. Ou s'il ne veut pas ou que je ne sais pas, il y a des barrières ou que j'en sais rien, il n'y a pas la place, je ne sais pas, je me

mets accroupie à sa tête, comme ça (mime le mouvement). Non, mais pour ne pas que je le regarde de haut, quoi. C'est un peu bizarre de dire comment ça va alors qu'il est en bas de moi. C'est bizarre. Je me mets à sa hauteur. Et après, en fonction, ça peut arriver de mettre une main sur l'épaule ou même, par exemple, prendre la main. Quand tu parles prendre la main, si tu sens que tu as besoin de faire ça avec ton pouce, ben, tu fais ça avec ton pouce (caresse sa main avec son pouce). Enfin, voilà. Ça arrive aussi que des fois, quand tu t'assois, ce soit les patients, mais je pense qu'ils le font sans s'en rendre compte en fait, ils te tendent la main. Mais ils ne s'en rendent pas compte. Du coup, quelqu'un te tend la main, tu la prends, tu la saisis. Ça veut dire qu'il en a besoin. Mais oui, une main sur l'épaule, quand tu vois qu'une personne, ça ne va vraiment pas. Moi, ça m'est même déjà arrivé vu que je suis à côté de la prendre comme ça et mettre ma main sur l'épaule opposée parce que j'ai l'impression que ça crée un cadre, tu vois, de... pas de protection, mais un cadre de... je suis là. Je ne sais pas vraiment ce que je peux te faire mais je suis là.

ESI Comme un petit cocon, un petit peu ?

IDE Ouais voilà.

ESI Oui. C'est super. C'est exactement ce que j'entends par le toucher relationnel.

IDE Parfait. Olala. Incroyable.

ESI Bon, super. Quand tu n'as pas le temps de les prendre, de toute façon, c'est une question d'organisation, de timing.

IDE Ah oui, non, on n'a pas le temps, c'est vraiment pas possible. Dans le service où je suis les infirmières, elles gèrent vachement l'administratif. Donc, en vrai, nos passages dans les chambres, si les patients vont bien, les patients vont bien. C'est horrible à dire comme ça et si on me dit ça va, ça va.

ESI Tu creuses pas ?

IDE J'essaye de creuser au max mais... c'est horrible à dire mais... des fois c'est expéditif, c'est pas normal mais c'est comme ça actuellement. Mais en fait on ne peut pas se détacher pour être au plus près du patient mais je pense que c'est juste l'organisation de mon service, j'ose espérer que dans d'autres services c'est pas comme ça... je pense que c'est beaucoup comme ça mais...

ESI Donc tu disais que toi c'était pour rassurer les gens s'ils appréhendaient etc... Donc moi mon sujet c'était justement le toucher relationnel, l'impact que ça peut avoir sur l'anxiété. Comme tu es en service de chirurgie c'est pas mal

IDE Surtout en chirurgie du cerveau ! C'est pas un bras cassé là, on t'ouvre la tête !

ESI Même le dos ! Est-ce que dans le service t'as des soins ou des situations particulièrement anxiogènes ?

IDE On a que ça, on a vraiment que ça. Que ce soit pour le soignant même, enfin... plus pour le patient, quand même, que pour le soignant, mais on a que ça, c'est impressionnant. Et d'extérieur moi je comprends pas comment les gens ils restent calmes y'a des patients qui disent "bah non j'étais un peu stressée hier, je me fais opérer tout à l'heure là, ça va". Mais moi on me dit qu'on m'opère le cerveau mais je crie, je crie du début à la fin et je hurle de stress c'est pas possible. Les gens ils arrivent à être sereins, pourtant on a que des situations anxiogènes. Par exemple on a, il y a pas longtemps, un patient qui coupait un arbre, il s'est pris une branche sur la tête du coup il est tombé, il s'est fait une fracture au niveau des cervicales qui était stable. Une fracture au niveau des cervicales, tu tournes la tête c'est la tétraplégie il était dans le lit il est resté une semaine et il disait "je veux me lever", on lui disait "non monsieur, vous connaissez les risques, vous ne pouvez pas vous lever comme ça, nous on ne vous laissera pas vous lever, vous pouvez pas faire ça puisque vous pouvez devenir tétraplégique" et en fait c'est super stressant : on te dit que si tu bouges tu deviens tétraplégique ! Mais nous on ne s'en rend pas compte parce qu'on prend la distance parce qu'on voit ça tous les jours mais... imagines : tu es dans un lit et on te dit "si tu bouges tu es tétraplégique", c'est super anxiogène comme situation. Donc déjà il y a juste le stress de "au moindre mouvement je peux clairement plus avoir la même vie qu'hier", sinon des personnes on leur dit vous avez une lésion au cerveau, d'accord quand t'es pas dans le soin, quand tu sais pas, tu te dis "j'ai un cancer au cerveau, je vais mourir". Il y'en a qui ne sont pas très graves, ils s'enlèvent et puis c'est bon on en parle plus, donc non, il y'en a qui sont bénin et c'est pas grave entre guillemets (mime les guillemets avec ses doigts). C'est quand même grave d'avoir une lésion au cerveau ! Même là je prends trop de recul alors que c'est une dinguerie quand même d'avoir une lésion au cerveau ! Du coup là, c'est stressant surtout qu'on leur fait l'annonce et t'as des gens on leur dit vous avez une lésion au cerveau, on l'a vu tard, du coup elle grossit, et donc ça s'appelle un glioblastome et puis bah il vous reste 3 mois. ça c'est anxiogène aussi comme situation. Le fait des fois de pas savoir aussi, parce que, on l'a vu dans les cours, le diagnostic de certitude d'une tumeur cancéreuse c'est la biopsie, tu commences par la biopsie, mais l'anapath elle sort pas le lendemain comme une prise de sang, c'est 2-3 semaines après, pendant ces 2-3 semaines t'es entre le "soit je meurs dans 3 mois" soit "ça va c'est ok". C'est un truc de fou de dire ça aussi ! C'est fou, tout est anxiogène ! C'est le genre de service où : soit ça va, tu viens, tu repars, t'as l'impression qu'il s'est rien passé, soit tu viens et ta vie bascule. J'ai une dame qui est rentrée qui était super stressée en plus, je m'en souviens, je m'étais assise à côté d'elle. Elle était rentrée parce qu'elle avait mal à la tête depuis peut-être un mois. J'ai dit "mais madame, un mois... vous vous êtes pas posé de question ?" "non non j'ai mal à la tête, ça arrive à tout le monde" et là elle est arrivée en urgence pour découverte de lésion, et lésion ça veut tout et rien dire, du coup quand on lui dit ça, la dame elle stresse, on lui dit lésion ça veut tout et rien dire, "vous avez des raisons de stresser, c'est normal, mais on verra... il faut attendre"

et en fait elle stressait, elle stressait, elle stressait, mais à en pleurer ! Ce qui est normal, elle va se faire opérer du cerveau, et au final là c'est vraiment le cas typique de : t'arrives en neurochirurgie, ta vie bascule, et aujourd'hui elle est en réanimation... au final, elle avait raison de stresser et, c'est vraiment ce genre de personnes où tu te dis "moi je comprends pas comment les gens ils restent calmes" c'est impressionnant les gens qui nous disent qu'ils stressent il y en a quasiment pas, il y en a quasiment pas!

ESI Ils ne le disent pas mais est-ce qu'ils le montrent ?

IDE Non ! Ils attendent ! Mais si c'était moi je serais en train de crier ! J'ai une fois une dame qui a dit "je stresse" et qui s'est mise à pleurer, une seule fois. Ça fait que neuf mois que je suis là-bas et des gens qui se sont fait opérer de la tête j'en ai vu beaucoup et une seule fois cette dame qui a dit en pleurant "j'ai peur parce qu'on va mourir à la tête", en plus on lui ouvrait même pas la tête à cette dame mais le fait que ce soit dans le cerveau elle s'est dit "on va m'ouvrir la tête". Donc on a que ça, que des situations très stressantes, et pour le soignant aussi on a des situations très stressantes, parce que du coup c'est un service où il peut y avoir des urgences, pas mal d'urgences, ça arrive, et c'est très stressant comme situation, tout le temps, tout le temps, donc voilà... c'est stressant comme service. Je recommande pas... (rires)

ESI Tu recommandes le métier mais pas le service (rires).

IDE Non mais c'est vrai que je suis impressionnée par les gens, je pense qu'on est dans un des services les plus stressants. C'est le cerveau ou le dos, les risques sont énormes ! Peut-être que les gens ne le montrent pas, je pense qu'ils ne le montrent pas tu peux pas te dire "oui demain je me fais opérer à 8h de la tête", tu peux pas te dire ça calmement ou alors c'est que tu es vraiment déconnecté de la réalité.

ESI "Après demain je vais à la banque, après après demain j'ai un massage", c'est un rendez-vous ou quoi ?

IDE C'est ça et puis "mince j'ai oublié de nourrir le chat", bah non, on s'en fout pas du chat, mais faut opérer la tête voilà c'est très stressant mais... y'a des gens ils se pressent pas, je pense qu'ils stressent et ils le montrent pas mais ils le cachent super bien, c'est impressionnant ! En vrai faut le voir pour le croire ! Moi je pensais que j'allais arriver dans un service où ça allait être l'hécatombe ! Je pense que je me suis grave égarée là ! moi ça me choque tous les jours je me dis mais pourquoi il stresse pas lui ? Il est calme, c'est bizarre ! Tout le monde est gentil mais c'est pas une raison, c'est pas parce que ton infirmière est gentille que...

ESI Le fait de voir que tout le monde est calme autour de toi, ça doit aider aussi à rester calme.

IDE Effectivement ouais c'est impressionnant.

ESI Est-ce que tu en as qui sont anxieux au-delà de la chirurgie en elle-même ? ou des risques que ça peut inclure ? de la douleur ?

IDE Même l'anxiété... par exemple des personnes qui ont eu mal une fois à un lever, la douleur elle a une mémoire, tu as eu mal une fois, ça ne veut pas dire que t'auras mal demain, surtout si je t'ai donné de la morphine avant. Mais ils vont tellement avoir peur et stresser, de ce lever qui a été catastrophique la veille, qu'ils ne vont pas vouloir se lever, ils vont être super stressés de se lever. On leur dit "mais vous avez fait le plus dur, allez, je vous ai donné de la morphine, il faut essayer ! Peut-être bien que vous aurez mal, mais peut-être bien que non", mais ils sont tellement stressés.

ESI Ils sont dans l'anticipation de ce qu'ils ont vécu c'est ça ?

IDE Oui, ou alors des personnes qui se sont déjà fait opérer une ou deux fois, des tumeurs ça récidive, enfin pas tout le temps, mais ça peut récidiver, du coup il y en a qui ont déjà eu 3 opérations de la même chose, ça repousse à chaque fois. Du coup si ça s'est mal passé une fois, ils vont être super stressés et nous on leur dit "mais c'est une nouvelle hospitalisation c'est différent et tout", mais du coup ils stressent par rapport à ça, ce qui est logique. En plus, les gens font des recherches sur internet mais ça n'aide pas. Après, ils ont raison de stresser, on les opère de la tête, mais du coup ça n'aide pas non plus parce que des fois, en vrai, nous on le sait on prend du recul, leurs lésions c'est pas grand chose, tout est relatif, du coup comme ils ont regardé sur internet ils sont trop stressés ! Et on leur dit "mais ça va... enfin non ça va pas mais... soufflez un coup quoi ! ". Bon bref... voilà.

ESI Dans l'anxiété, les gens ont tendance à être "focus" plus sur ce qui leur fait peur, ils se recentrent un peu sur eux-mêmes, ils essayent d'éviter de s'éparpiller, ça c'est typiquement les symptômes de l'anxiété.

IDE Il y en a ils vont être bloqués... Oh ! Une fois c'était une famille, ça j'étais choquée...

ESI Les familles aussi du coup?

IDE Oui, une famille qui était super stressée ! C'est très stressant pour les familles aussi, on a annoncé qu'il y a une lésion au cerveau quand-même

ESI La question se pose de "qu'est-ce qu'il va devenir ?"

IDE Oui, eux ils font les recherches sur internet par exemple, le patient pas forcément parce qu'il est pas forcément en état, mais les familles sont chez elles. J'ai eu une famille mais... moi j'étais choquée ! Carrément je crois que je me suis arrêtée en plein soin d'urgence ! Je l'ai regardée, je me suis dit "mais elle se fout de moi, c'est pas possible, c'est une blague et on m'a pas prévenue ? " J'avais un patient qui faisait un OAP, décompensation respi et tout... je devais avoir deux mois de diplôme, j'étais en train de trembler en mode "qu'est-ce qu'il se passe ? " Du coup je commence à m'activer hop on fait ça, hop on

fait ça, hop hop hop, je me mets dans le truc, je réfléchis pas, je sais ce qu'il faut faire, je l'ai appris à l'école, tac tac j'enchaîne. La sœur du patient, qui m'arrête : "non mais vous lui avez mis son patch de nicotine ? parce que je pense qu'il est en manque de cigarette". Et là je la regarde je regarde le patient, je me suis vraiment arrêtée dans ma course en mode "quoi ? ". Je crois que je lui ai dit "non mais on s'en fout là ! C'est pas le moment ! " Je ne vais pas rester calme, j'étais à bout de nerfs ! Et elle me dit "non mais son patch vous y avez pensé ? " Elle m'engueule en plus ! Je me dis "mais... attends... tu me racontes quoi là ? " Et du coup, je crois qu'à un moment donné je me suis énervée "mais vous voyez bien qu'il ne respire pas trop là, il a du mal à respirer" et après elle me chope, moi j'étais toujours en train de courir, "non mais il ne respire plus parce que vous avez dit qu'il ne respirait plus, vous l'avez stressé". Moi j'étais là "mais il est inconscient ton frère ! Il est glasgow pas beaucoup là, laisse moi tranquille" et elle était en boucle sur le patch de nicotine alors qu'il respirait presque plus, il était bleu, et elle a bloqué, je pense qu'elle était très stressée de se douter de la suite que... ça n'existait pas.

ESI Ça lui a fait peur et elle a bloqué sur ce qu'elle connaissait, le patch de nicotine.

IDE C'est un truc de fou ! Des fois on est là mais... vraiment on se dit mais... qu'est ce qui se passe ? Les gens sont tellement stressés qu'ils vont au plus simple, ils ne réfléchissent pas. En fait, je pense qu'ils ont tellement peur de ce qui peut se passer... Au final, elle avait raison d'avoir peur, il est parti en réa et tout, logique avec un OAP. Elle avait raison d'avoir peur. Il y a beaucoup de familles très stressées, ce qui s'entend. Des fois, on a des jeunes, quand t'as un garçon de 16 ans, il fait la taille d'un adulte donc il est obligé de se faire opérer en chirurgie adulte vu que les chirurgies pédiatriques c'est trop petit le matériel. Un patient, 16 ans, glioblastome, déjà ça pue, et en fait cette famille là, ils avaient déjà perdu un fils de 16 ans, 2 ans avant, d'un glioblastome. La maman qui fait un transfert, qui stresse bien, qui se met à pleurer, à hurler dans la chambre... moi j'étais là avec mes petits mouchoirs, je les donnais, je ne servais pas à grand chose mais j'étais là. Elle stressait, elle pleurait mais à plus pouvoir respirer, du coup ma collègue lui a carrément fait un câlin. Elle est allée voir ma collègue elle a dit "j'ai besoin d'un câlin" du coup ma collègue elle a fait quoi ? elle a fait un câlin. Au final elle avait raison de stresser parce qu'il est décédé, mais... tu te dis en fait ce que tu connais, ce que tu as déjà vécu, ça empiète vachement quand même... au final elle avait raison... c'était pas facile...

ESI Elle a eu cette capacité de demander clairement ce dont elle avait besoin.

IDE Je crois que ma collègue avait dû lui dire "de quoi avez-vous besoin ? " parce qu'il était parti au bloc. Quand c'est comme ça pour un jeune de 16 ans, on laisse la famille attendre dans la chambre, dès qu'on a des nouvelles on les appelle, on va les voir, on leur ramène de l'eau, du café, du thé... là, c'est compliqué, il y avait un lit accompagnant mis en place... Du coup ma collègue a dit "qu'est ce que je peux vous faire ? Vous avez besoin de quoi ? Là, il est parti, de quoi vous avez besoin ? " et elle a dit en pleurant "d'un câlin" et ma collègue lui a fait un câlin.

ESI Ça l'a soulagé quand même ?

IDE Au moins elle voyait qu'on était là. Je pense que ça n'a rien enlevé à sa douleur du fait que son fils avait une tumeur agressive au cerveau...

ESI Non bien sûr. C'est le fait de savoir que tu n'es pas seule.

IDE Oui je pense que c'est ça. Même si on ne remplace pas la famille, on est un peu là quand même, on fait peut être acte de présence mais... même des fois c'est suffisant. Voilà, ça nous atteint, ma collègue elle m'a dit "elle m'a demandé un câlin, j'ai fait un câlin et après j'ai pleuré".

ESI Qu'est ce qui ferait que tu n'utiliserais pas le toucher relationnel chez quelqu'un ?

IDE Son âge. Je pense que c'est vachement dépendant des gens. Moi j'ai 21 ans, je suis jeune, là j'ai un patient qui a 21 ans... je peux pas.

ESI Parce qu'il a le même âge que toi ?

IDE Parce qu'il a le même âge que moi. Je pense, pour moi, je ne serais pas à l'aise de le faire [le toucher relationnel], c'est gênant pour moi. Peut être que pour lui aussi ce serait gênant, je sais pas, mais moi je le ferais pas... j'y arriverais pas. J'irais pas le faire, et c'est bête à dire mais même si je sais que c'est ce dont il a besoin, je ne serais pas à l'aise.

ESI Est-ce que tu aurais plutôt tendance à déléguer du coup ?

IDE Oui. Déjà les patients de mon âge j'aime pas m'en occuper parce que... c'est un peu bizarre... parce que en fait tu peux vite te projeter sur quelqu'un de ton âge. Là le patient, très gentil, j'ai été avec lui pendant longtemps, plusieurs jours à suivre, et...ce qui est horrible à dire c'est que ce qu'il a eu ça aurait pu être moi. Il était en boîte de nuit, il est sorti de la boîte alcoolisé et, en fait, la commune n'avait pas mis de grillage au-dessus d'un pont, du coup il y avait un trou. Il était alcoolisé, il a titubé et il est tombé pile poil là où il y avait le trou. Et tu te dis que ça peut arriver à tous les jeunes de 21 ans qui sortent et c'est mon cas, et du coup, j'arrive pas, je me dis mais... en fait, c'est un truc tout bête, mais je me dis qu'on a le même âge sauf que moi je suis là et je vais bien et que lui, il est paraplégique alors qu'il était comme moi hier et j'arrive pas... J'aime pas ça, je ne suis pas à l'aise. J'aime pas dire ça mais je ne m'assois pas à côté de lui, je garde le vouvoiement alors que les autres le tutoient, il préfère qu'on le tutoie, j'arrive pas à le tutoyer et j'irai pas prendre sa main.

ESI Oui tu te protèges aussi. T'as raison.

IDE Je serai pas à l'aise de toute façon, je n'y arriverai pas, je le sais. Ça serait juste bizarre, la situation. Tout le monde serait mal à l'aise, je pense.

ESI Et pour ce qui est des personnes âgées ?

IDE Je vois beaucoup les personnes âgées, ils aiment bien, je trouve, les petites mamies, elles sont friandes de ça, quand même. Les petits papis aussi. En fait, dans notre service il y en a beaucoup sont confus ou qui ont pris un choc sur la tête, ils sont un peu perdus. Sauf que quand tu es perdu et que tu ne fais que te lever sans autorisation, du coup, on doit te contentionner sinon tu vas te recasser la figure. Quand tu es perdu, que tu ne sais pas où tu es, que tu as l'impression d'être à Paris, alors qu'on est à Rennes, et que tu as l'impression qu'on est en décembre, bah merde, il fait soleil. Et qu'en plus, tu es attaché, bah tu es perdu, tu ne sais pas où tu es. Du coup, moi, je pense que t'es juste super triste de "mais qu'est-ce qui m'arrive là ? " Et du coup, ces patients là je les aime bien. Je leur dit "je suis XXX, je suis l'infirmière d'hier" et je prends leur main, et je fais ça (caresse sa main avec son pouce), "mais si, on s'est vus, vous ne vous souvenez peut-être pas de moi, mais moi je me souviens de vous." Ils aiment bien, ça arrive souvent chez les papis et mamies. Ils aiment bien. Les personnes âgées, ils aiment bien, quand même. J'adore les personnes âgées. Ils me font trop rire. Bref, du coup, je pense qu'à partir de la quarantaine, je serai à l'aise, avant je ne serais peut-être pas trop à l'aise.

ESI Avant ça te gêne ?

IDE Oui. Peut-être 35, allez, mais avant, je sais pas...

ESI Et les jeunes, genre le jeune de 16 ans ?

IDE Si, les jeunes de 16 ans, si. Ce serait vraiment la tranche de mon âge à 35. En fait, ma tranche d'âge. Voilà. J'exagère un peu en disant que 35 c'est ma tranche d'âge mais tu vois... ma dizaine quoi. Ma dizaine, je ne serais pas à l'aise.

ESI Est-ce qu'il t'arrive d'aborder la question du consentement parfois ?

IDE Oui, c'est important. Imagine que l'infirmière, elle a l'impression que tu as envie qu'on te mette la main sur l'épaule, alors que juste, tu as envie qu'elle te laisse tranquille, mais tu es juste trop polie pour lui dire. Tout le monde n'aime pas qu'on le touche. Moi, je demande "est-ce que je peux m'asseoir à côté de vous ? ", bon déjà, s'il me dit non, merde. C'est pas grave, ça arrive, je comprends, "je n'ai pas envie que tu mettes ton pantalon sale sur mon lit propre", tu vois. Je comprends, je suis comme ça chez moi aussi. Donc, bon, je comprendrais qu'il ne veuille pas. Du coup, je m'accroupis et puis après je vois, des fois, je dis "est-ce que je peux vous prendre la main ? " ou des choses comme ça. Mais il y a des fois, ça se fait au feeling. Mais je suis sûre qu'ils ne s'en rendent pas compte, les gens. Quand il te tend sa main, je pense qu'il n'y a pas besoin de demander, c'est implicite, ça veut dire "prends-la".

ESI Il y a quand même un geste qui t'autorise. Donc, c'est un consentement implicite ?

IDE C'est ça. Ou même, des fois, le corps qui s'ouvre un peu vers toi ou des trucs comme ça. Mais si le patient est allongé droit et qu'il ne se retourne pas ne serait-ce qu'un peu vers moi, qu'il ne me regarde pas, je comprends qu'il ne veut pas. Parce que sinon, il serait... Son corps, il s'ouvre. Le langage corporel. Et puis, bah... "Est-ce que je peux vous prendre la main ?" ou "est-ce que vous voulez que je vous tienne la main ?" Ou des trucs comme ça. Des fois, ça se sent, tu sens, en fait, que t'as pas besoin, je sais pas comment dire. C'est dans le regard, peut-être, ou dans la parole, je sais pas trop. Tu sens que tu peux ou pas. En fait, que tu peux, c'est... Faut pas le faire quand tu peux. Faut le faire quand la personne montre qu'elle le veut. Parce que moi, tu vois, tu peux me toucher le bras. En soi, je m'en fous. Mais je t'ai pas dit que je voulais que tu me touches le bras. En soi, tu peux me toucher le bras. Je te dirai rien je m'en fou, mais moi j'ai pas envie que tu me touches le bras, des trucs comme ça... Donc, bon.

ESI Ok, ça marche. Est-ce que tu tiens compte aussi de la diversité culturelle de tes patients pour le toucher ? Si jamais tu sens que c'est pas dans leur éducation, dans leur religion, dans leur...

IDE Enfin, religion, je pense plutôt à un soignant homme, pour le coup. Bah ouais, c'est plus ça qui est compliqué, je pense. Mais même, des fois, les hommes musulmans, ils ne veulent pas que ce soit des femmes. Bah, moi, s'il veut pas, il veut pas, si c'est pas dans sa culture, c'est pas dans sa culture, je veux pas l'obliger non plus. Mais oui, pour moi, je pense que c'est important de se renseigner là-dessus, quand même. Parce que... On peut vite blesser quelqu'un ou il peut se sentir offensé très vite. Mais si on ne sait pas, c'est compliqué. Mais je pense que c'est important de le prendre en compte. Même juste des personnes qui sont pudiques, de base. Même en dehors de la religion, hein. Il y a des gens qui sont très pudiques. Ils ont pas forcément envie que tu leur touches leur bras, parce qu'eux, ils aiment bien leurs petits trucs, ils aiment pas se dévoiler, ils sont sous la couette. Tu forces pas. En fait, c'est... voilà. Comme tu connais à peu près tes patients, quand même, au moins de caractère et tout, bah, tuernes vite ça. Mais si, par exemple, j'ai un patient qui a une certaine religion, homme, et qui veut pas que ce soit une femme. Eh bah, si c'est moi et que j'ai pas le choix d'y aller parce qu'il y a que des femmes dans le service, bon, bah, j'y vais quand même. Mais je vais pas... je vais... je vais m'excuser et tout, mais j'irai pas du tout rentrer dans sa sphère. Parce qu'au final, quand tu fais du toucher relationnel, t'es super proche. Tu vois, je vais pas te faire ça là (Fait semblant de me toucher le bras en étant à distance). Je suis à un mètre de toi et je te touche, c'est trop bizarre. Il faut que tu sois dans la distance intime pour toucher je pense. C'est-à-dire qu'il faut vraiment que tu sois à côté et tu ne peux pas rentrer dans l'espace des gens comme ça, c'est pas possible. Non, c'est... ça met mal à l'aise tout le monde, quoi. Non, mais c'est vrai, tu te dis qu'il y a quelqu'un que tu ne connais pas, bon, elle a l'air gentille, elle est infirmière, j'espère qu'elle fait bien son métier. Mais ce n'est pas parce qu'elle est infirmière et c'est ce qu'elle fait que tu dois lui faire confiance et que tu as envie qu'elle s'assoie à côté de toi. Donc, je pense que c'est important de prendre ça en compte quand même. On ne peut pas rentrer dans la sphère des gens comme ça. Moi, si c'était moi, ça m'embêterait que quelqu'un vienne

me toucher alors que j'ai pas envie qu'il me touche. Ca m'embêterait même qu'il s'assoie trop près. Voilà...

ESI Super. T'es une bonne infirmière.

IDE J'essaye. (rires)

ESI Bon. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui peuvent t'empêcher d'utiliser le toucher relationnel ou tu n'en vois pas d'autres ?

IDE ... Je ne sais pas si je peux le dire.

ESI Dis toujours...

IDE Si c'est une personne qui arrive du domicile et qui a un état cutané assez douteux... je ne mets pas mes mains... En fait, le truc, c'est que je ne me vois pas toucher quelqu'un avec des gants. On est où, là ? C'est-à-dire que c'est un pestiféré ? Non, pas du tout, on ne fait pas ça. Par contre, je ne me vois pas non plus mettre ma main nue sur une peau euh... douteuse. Donc... L'hygiène corporelle, quoi. Mais en même temps, je ne me vois pas mettre des gants, non, ça se fait pas, c'est limite une insulte. Mais du coup, j'irais pas de moi-même. Après, je me dis que des mains, ça se lave, si vraiment je sens que le patient en a besoin, je me dis "bon, tu te laves les mains après, c'est pas grave. Chloé, tu t'assoies, si il faut, tu vas changer ta tenue après, on s'en fout." J'ai jamais eu l'occasion, mais me connaissant... ça pourrait m'arriver d'y aller, même si, de base, j'irais pas faire un toucher relationnel. Parce que je n'ai pas envie d'y coller ma peau, parce qu'au final, on rentre dans notre espace intime à nous aussi en le faisant, donc même si, de base, je n'irais pas coller ma peau à sa peau, bon... je pense que je le ferais instinctivement. Mais tu vois, par exemple, des gens, des personnes âgées qui sont tombées à domicile et qui sont restées au sol pendant, ça arrive, 72 heures, des fois, ils sont dans leurs excréments et tout. Ils arrivent comme ça et tu as juste une envie, c'est de la rassurer, la petite mamie qui panique et qui ne sait pas pourquoi elle est là. Mais d'un autre côté, tu te dis "ouais... ouais, quand même, là, j'atteins ma propre... c'est ma sphère qui prend, là." Mais bon, j'ai pas eu l'occasion. Comme ça, j'irai pas, oui... mais je sais que j'irai, que j'irai me laver les mains après. Mais si on me laisse le choix et que ça ne nécessite pas, j'irai pas... mais me connaissant, j'irai quand même. Mais dans l'idée, non.

ESI Ça marche. En conclusion, comment est-ce que tu perçois l'impact du toucher relationnel dans les contextes anxiogènes ?

IDE Moi, je trouve que c'est très important. Et qu'en vrai, tu ne peux pas enlever le stress d'une personne parce qu'elle stresse pour d'autres raisons que... Enfin, tu peux rien au fait que... Bah, dans mon service, tu peux rien au fait qu'elle va se faire opérer de la tête. Tu peux rien au stress. Mais tu montres que bah... C'est-à-dire que vous êtes pas toute seule en soi. Elles se font opérer. Moi, je me

fais pas opérer, mais je suis là. Moi, des fois, je leur dis, je sais pas quoi faire, mais madame, je suis là. Je dis, je sais pas ce que je peux vous apporter, mais si y a besoin, je suis là. Même si c'est que pour parler, même si vous avez besoin de parler, bah je suis là. Je donne pas que des doliprane. Des fois, je dis ça. Et juste le fait que tu apportes une présence, peut-être du soutien un petit peu, mais en même temps, c'est assez compliqué parce qu'on est pas la famille, on est pas proches, on connaît pas la personne. Nous, on a l'impression que les patients, ils nous aiment bien parce qu'on est gentils et qu'on donne des compotes, mais si ça se trouve, le patient, il ne nous aime pas, c'est juste qu'il est trop poli pour le montrer. Du coup, bah, en vrai, tu veux essayer de faire du soin relationnel, mais juste tu l'embêtes. C'est déjà arrivé à une collègue une fois, elle nous a fait rire, elle nous a raconté ça, elle a dit "mais en fait, il ne me le disait pas, mais je le faisais chier". Je dis "ah ouais, c'est pas facile". Je ne sais pas comment dire, je trouve ça trop important. Est-ce que ça diminue beaucoup l'anxiété ? Je pense pas. Est-ce que ça la diminue ? Je ne suis pas sûre. Parce que dans tous les cas, il stresse, il y a une raison de pourquoi il stresse. L'événement anxieux arrive quand même et il arrivera dans tous les cas, donc il sait ça. Mais au moins, on est là, on se montre disponible et peut-être que ça va peut-être pas aider, mais peut-être se dire, bon, bah, je suis quand même stressée par rapport à ce qui va se passer. Mais si j'ai besoin, je peux parler ou elle sera toujours là. Même des fois, c'est déjà arrivé. Ma patiente, elle s'était mise à pleurer parce qu'elle pensait qu'on allait lui opérer la tête. Enfin, on lui a opéré la tête, mais on l'a pas ouverte, on est passée en artérielle. Donc, voilà, il y avait un petit point de ponction, mais bon, c'était dans le cerveau quand même. Tu peux même stresser pour un doigt cassé. De toute façon, t'as le droit de stresser quand... tu stresses pour ce que tu veux, pour n'importe quoi, dans tous les cas. J'avais dit "je vous accompagne jusqu'au bloc opératoire, madame" parce qu'il y avait un bon feeling. Et on était dans le couloir et je lui tenais la main et j'ai abandonné mon secteur, ça, c'est pas bien, faut pas faire ça, et je l'accompagnait jusqu'au bloc. En fait, ça passe c'est dans le même couloir, c'est en face. Mais je l'accompagnais parce qu'elle en avait besoin. Je sais pas vraiment si j'ai enlevé son stress, mais au moins, j'étais avec elle. Je l'ai distrait pendant deux petites minutes, quoi. Je sais pas si ça fait baisser le stress. Je pense pas. Enfin, moi, je pense que si je me fais opérer de la tête... L'infirmière est bien gentille, hein, mais je me fait opérer de la tête quand même. Je saurais pas dire si ça enlève. Mais en tout cas, c'est intéressant, je trouve. Et juste, des fois, de parler, bah... Ça fait du bien, enfin, de parler... Pas de parler, mais genre de t'asseoir à côté de quelqu'un et de passer un moment avec lui. Et d'avoir une main dans la main, ça fait du bien. Je pense que tu peux te sentir plus... Le toucher relationnel, je pense qu'il sert plus à te sentir écouté qu'à te déstresser. Parce que dans tous les cas, tu vas avoir ce que tu vas avoir. Mais ça... Je pense que ça peut aider à créer un lien aussi entre l'infirmier ou l'aide-soignant... enfin, les soignants et le patient. Mais je ne suis pas sûre que ça enlève le stress. J'espère, mais... je sais pas.

ESI Ça diminue l'impact peut-être un petit peu ?

IDE Peut-être un petit peu. Mais en vrai, je ne pense pas que ce soit énorme. Je pense que c'est vraiment dérisoire. Par rapport à un bon Alprazolam, disons... je rigole, quoique... mais... en vrai, si tu fais les deux, je pense que le patient, il est bien. En vrai, voilà. Toi, dans ton mémoire, tu trouves que ça diminue le stress, au final ? C'est ça, la réponse ?

ESI Non, y a pas de réponse. C'est pour ça que je fais les entretiens. C'est pour voir ce que t'en penses, toi.

ESI Donc, pour toi, ça ne diminue pas vraiment l'anxiété du patient. Mais toi, ça te fait quoi, du coup ?

IDE Moi, je suis contente, parce que ce que j'aime, c'est la proximité avec le patient. Donc, c'est juste que je fais ce que j'aime, au final, être là. Je ne sais pas si je sers à grand-chose, mais je suis là. Et moi, j'aime bien montrer que je suis là pour les aider.

ESI Est-ce que c'est un sentiment d'être utile ?

IDE Bah ouais, quand même. Ouais, c'est ça. En fait, ça me rend heureuse parce que souvent, les patients, ils vont dire "merci, ça m'a fait du bien". Et je suis pas sûre que, fondamentalement, je leur ai enlevé du stress. Mais juste le fait qu'ils aient passé un petit moment avec moi et qu'ils soient contents, et bah... je suis contente. Voilà. C'est tout. Parce qu'après, j'aime bien poser des sons d'urinaire, aussi, mais j'ai plus l'occasion de faire du toucher relationnel que de poser des sons d'urinaire. Même si je saute sur toutes les sondes urinaires du service. Moi, si je devais faire mon métier parfait, je poserais des sondes urinaires et je discuterais, et genre... je passerais du temps avec les gens, je ne ferais que ça, mais bon, ce n'est pas possible.

ESI Et du coup, selon toi, quelles pourraient être les évolutions futures dans l'intégration du toucher relationnel dans la pratique infirmière en tenant compte des enjeux futurs ?

IDE Moi, je pense que ça pourrait être intéressant de laisser des temps dédiés, enfin, d'organiser... c'est pas forcément possible partout, tu vois, mais de faire en sorte qu'il y ait... Mais il y en a dans certains endroits, en plus, des moments un peu détente où tu as des aides-soignants, souvent, c'est des aides-soignants quand même, qui font des formations massage. Et moi, j'avais vu ça en psy surtout, peut-être parce qu'ils ont plus le temps de faire ça....

ESI Il y en a aussi en soins palliatifs.

IDE Oui, voilà. Et par exemple, ils ont des créneaux et juste... ils font des massages des mains aux gens, ils ne parlent même pas, après, ils disent que "si le patient veut parler, on parle, mais moi, je ne vais pas engager la discussion". Et ils leur font des massages de mains. Et moi, je trouve ça trop bien, ça te décentre de pourquoi tu es là. T'es là parce que parce que ça ne va pas, mais tu as dix minutes où ça va. En vrai, dix minutes où ça va, dans la vie de quelqu'un qui est hospitalisé, c'est déjà dix minutes

où c'est bien. C'est pas mal. Ça veut dire que sur la journée, t'as dix minutes en moins où ça ne va pas. Donc c'est bien,. Moi, je pense qu'il faudrait plus démocratiser ça, ou faire en sorte... je pense que tout le monde, peut-être pas tout le monde, mais beaucoup de gens ont envie de le faire. Mais peut-être aussi qu'on soit formé, parce que ce n'est pas évident. Moi, j'aimerais bien pouvoir faire des massages et tout. Ça me ferait trop plaisir de faire ça. Mais je sais pas faire, je vais lui déplacer des vertèbres ou j'en sais rien, je vais pas le faire.

ESI T'as peur de faire mal ?

IDE Bah oui. On leur fait déjà assez mal avec nos soins. C'est pas pour qu'en plus, en voulant être mignonne, en voulant être douce, je fasse encore plus mal, ce n'est pas possible. Je pense qu'il faudrait qu'on ait des formations dessus, c'est intéressant. Parce que... en soi, si tu regardes les dimensions de la santé, il y en a plusieurs. Bon, la santé physique, c'est globalement, je pense, ce qui, à l'hôpital, entraîne le plus de stress. Mais tu as toute la dimension psychique où c'est toi, là, en tant qu'infirmier, tu peux essayer d'agir autre qu'avec tes médocs, là. Et ça, on peut le faire avec le toucher relationnel, mais ce n'est pas grand chose, tu vois. C'est déjà mieux que rien, je pense. C'est peut-être un grain de sable dans toute une plage, mais... Une plage avec un grain de sable en moins, c'est une plus petite plage, quand même. Mais tu vois, quoi.

ESI Je suis d'accord.

IDE C'est tout petit. Mais c'est mieux que rien, je pense. Mais c'est... je trouve qu'en vrai, on ne fait pas assez. Mais... bon, après, il faut parler du système de santé français, mais là, c'est... Là, on va pas dans notre truc, là. Là, on va pas... C'est l'organisation générale... je pense qu'à notre petit niveau, on peut déjà commencer, mais juste s'asseoir à côté du patient, si c'est pas sur son lit, ça peut être sur une chaise. Et puis prendre sa main, ça... c'est gratuit. Mais il y a des gens qui ne sont pas comme ça. Il y a certains soignants... C'est aberrant.

ESI Il y en a, tu penses que c'est dû au caractère de la personne ou c'est juste parce que je fais mon boulot et pas plus ou... ?

IDE Je pense que c'est un peu de tout. Mais ouais, il y en a, c'est "je fais mon boulot et pas plus", c'est chaud. Moi, je pars du principe que si tu passes une journée de merde, dis-toi que la patient qui est dans son lit, sa journée c'est encore plus de la merde que la tienne parce qu'il n'a pas envie d'être là, qu'il est malade, qu'il a mal, qu'il ne voit pas sa famille. Donc s'il y a bien une personne qui peut essayer de lui redonner le sourire, en vrai c'est qui ? Bah c'est toi. Donc pourquoi ne pas le faire ? C'est gratuit, tu finiras pas plus en retard si t'as posé ta main sur l'épaule que si tu l'as posée sur ta hanche. Tu la poses dans tous les cas. Mais je sais pas... C'est vraiment il y a des gens c'est "je fais mon taf" et je pense qu'il y a des gens qui ne voient pas l'intérêt. Je pense qu'il y a des gens qui ne devraient pas faire ce métier du coup. Je pense qu'il y a des gens qui ne devraient pas faire ce métier.

ESI Est-ce qu'il y a quelque chose que tu veux ajouter pour conclure ?

IDE Non j'ai déjà trop parlé je crois. J'espère que je n'ai pas dit trop de conneries. Je pense qu'il y a un petit impact quand même. Je pense que c'est plus sur le vécu général de l'hospitalisation et pas forcément sur l'anxiété en elle-même. Je pense qu'ils sont juste plus à l'aise et peut-être qu'ils le vivent mieux. Qu'ils développent peut-être le fait qu'il y ait une relation de confiance qui s'installe aussi entre le patient et le soignant. C'est trop important. En dehors du fait de l'opération en termes de chirurgie, t'as des patients à qui on fait mal, mal, mal, mal avec nos soins et bah ils vont quand même venir te dire merci à la fin, ils disent "vous êtes gentils", "bah, j'essaye hein, on fait de notre mieux." Je pense que ça joue là-dessus, sur le vécu de l'hospitalisation, pas sur l'entité en elle-même. En fait, il faut leur laisser un bon souvenir hein. Parce qu'on a une mémoire, la douleur a une mémoire qui est importante, toi t'as une mémoire qui est importante donc, si tu vis mal une situation et bah tu vas stresser. Et même par exemple quelqu'un qui se fait, c'est déjà arrivé à des patients qui disent "moi j'aime pas les hôpitaux parce que là-bas ils étaient méchants". Bah ouais mais du coup déjà ils nous disent "je vous aime pas", ça part mal. Ça demande beaucoup plus d'efforts du coup pour remettre sur les rails. Et du coup il y en a qui sont plus stressés de la prise en charge que de l'opération en elle-même au final. Parce qu'ils sont tombés sur celles de xxx qui n'étaient pas gentilles. Je ne sais pas si on est gentils, on essaye en tout cas. Moi chaque fois les patients me disent que je suis gentille, je leur dit que j'essaye et je suis trop gênée, je suis en mode "ah ah merci", un petit peu le syndrome de l'imposteur. Voilà. Moi je dis des fois je dis "bon bah merci, ça fait plaisir d'entendre ça." mais ça dépend du patient et de la relation que tu as avec.

ESI Bon bah super, merci à toi.

IDE Bah de rien.

Annexe III : Transcription du deuxième entretien

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'intervieweuse

Date : Jeudi 21 mars 2024 11h

IDE : l'infirmier = l'interviewé

Durée de l'entretien : 57 minutes

ESI “Alors bonjour, est-ce que tu peux me présenter brièvement ton parcours professionnel ?

IDE Donc moi j'ai fait mon école ici à Rennes de 1994 à 1997, ensuite j'ai fait mon service militaire de 10 mois en tant qu'infirmier, et après j'ai fait une année d'intérim dans toute la France, j'ai bougé un petit peu partout. Ensuite je suis arrivé à l'hôpital de Rennes en réanimation médicale en juin 1999, jusqu'en fin d'année 2002, et là je suis parti travailler en Guyane deux ans et demi, en réanimation aussi. Et puis je suis revenu en 2004 en réanimation médicale également, et depuis j'y suis, j'ai travaillé 20 ans de nuit, et maintenant je suis de jour depuis 4 ans, et... 21 ans de nuit, je suis de jour depuis 4 ans, et je me suis formé à l'hypnose depuis maintenant 6 ans.

ESI Oui, dont tu es venu nous parler en amphi.

IDE Oui !

ESI Très intéressant. D'accord, beaucoup de réa effectivement, donc tu as fait l'hypnose, est-ce que tu as autre chose, un DU ?

IDE Non, je n'ai pas de DU, j'ai fait l'hypnose, mais j'ai fait deux formations, ça a duré 3 ans, en même temps je bossais, mais j'ai eu “hypnose, douleur aiguë et anesthésie”, et après j'ai fait “hypnose et thérapie brève”, qui est une approche beaucoup plus psychologique, qui durait 2 ans, donc j'ai surtout fait une cinquantaine de jours de formation de l'hypnose.

ESI D'accord.

IDE Mais ça ne donne pas un diplôme universitaire, cette formation que j'ai faite, ça donne une autorisation de pratiquer l'hypnose dans le monde, mais pas de diplôme universitaire. Je ne souhaitais pas le faire, parce que... je pourrais le faire, mais c'est beaucoup plus théorique, c'est beaucoup moins pratique.

ESI D'accord, oui, il y en a un quand même.

IDE Mais non, je n'ai pas de DU, douleur, tout ça, j'ai déjà eu la chance d'avoir deux grosses formations. Il y a une histoire de coûts des formations, je pourrais passer des DU, mais il y a d'autres collègues, et voilà, je n'ai pas à prendre, j'ai déjà eu de la chance de faire tout ça.

ESI Ok. Bon, très bien. Qu'est-ce que tu préfères dans le métier ?

IDE Wow ! Ce que je préfère dans le métier, c'est la relation, la relation humaine avec les patients et les familles, c'est ce que je préfère. Je suis en réanimation, mais c'est largement ce que je préfère. Oui, oui, ce n'est même pas forcément... c'est notre métier en fait, c'est notre travail. Notre travail, c'est ça, le reste, c'est de la technique et on n'est pas des chirurgiens vasculaires, etc, la dextérité, l'asepsie, tout ça, une fois qu'on a l'expérience et quelques années de pratique, ce n'est pas... non, non, c'est vraiment la relation humaine qui m'intéresse.

ESI Super. Quelle approche as-tu avec les soins relationnels ?

IDE C'est vaste.

ESI C'est vaste, oui.

IDE Quelle approche j'ai avec les soins relationnels ? C'est au centre même de mon exercice. C'est la première chose que je fais dans la journée, avant quoi que ce soit, hors situation d'urgence, bien sûr. Mais c'est la première chose que je fais dans la journée. C'est l'approche que j'ai dans les soins relationnels. Dans les soins relationnels ?

ESI Oui.

IDE Dans les soins relationnels... C'est une relation, c'est appliquer à moi-même ma valeur professionnelle première c'est l'humilité, de façon à ne pas avoir de position haute par rapport aux familles ou aux patients, adopter une position donc basse. Mon approche avec les soins relationnels... et puis c'est une approche où je suis ultra motivé, quoi ! C'est-à-dire, ça me fait super... c'est mon moteur, quoi. C'est mon moteur dans ma profession. J'ai toujours dit que si un jour, dans une situation terrible, dure, dure émotionnellement, le jour où j'arrêterai de serrer les dents pour ne pas pleurer, eh bien, j'arrêterai mon métier. Ce sera terminé. J'aurai fait le tour, je serai devenu, je ne ferai plus bien mon métier. J'arrêterai. Donc, en fait, c'est une approche passionnée avec... aux soins relationnels, j'y accorde une importance, du temps, dès que je peux. Je vais prendre tout le temps qu'il me faut pour développer cette compétence qui devrait être la compétence de tout soignant. La compétence première de tout soignant. Mon approche, c'est que c'est essentiel, qu'on ne peut pas soigner sans.

ESI Très bien. Super. Juste une petite aparté. Est-ce que tu peux me décrire le service dans lequel tu travailles, donc la réa ?

IDE Oui. Donc, moi, je suis en réanimation. On a entre deux et trois patients chacun. On travaille en binôme avec une aide-soignante, un aide-soignant, avec une présence médicale accrue, il y a toujours beaucoup donc, voilà. Les pathologies rencontrées, c'est insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, détresse neurologique, grosses tentatives de suicide, les

transplantations hépatiques et beaucoup de personnes qui ont une insuffisance hépatocellulaire et voilà... et un melting pot de tout ça de temps en temps, et voilà. C'est un service de 24 lits de réanimation et 6 lits d'unité de soins continus. Donc, c'est une très grosse équipe, il y a beaucoup de monde. Je travaille en 12 heures, de 7 heures à 19 heures. Et voilà.

ESI Ok. Très bien. Parfait. Qu'est-ce que tu penses du concept de toucher relationnel ?

IDE Eh bien, j'en pense beaucoup de choses. Je pense déjà que ça dépend de chaque soignant. Ça dépend de la façon dont on est à l'aise avec et dire à un soignant, "tu dois toucher, tu dois approcher un patient et de temps en temps, il faut réussir à lui prendre la main, etc", je pense que c'est une ineptie. Je m'explique : je pense que notre premier outil de travail, c'est nous-mêmes. Pour être bien, pour bien soigner, il faut être à l'aise avec ce qu'on fait, il faut être à l'aise avec nous mêmes, faut être bien nous mêmes et... si un soignant n'est pas tactile, par exemple, on ne va pas lui demander d'aller toucher sans arrêt le patient. Donc en fait, ça va pas être son champ de compétences, il va en développer d'autres qui vont lui permettre de réussir à faire autrement. En ce qui me concerne, je suis plutôt très tactile, ça fait un peu bizarre de dire ça mais... tu vois ce que je veux dire, je touche facilement les patients. Je pense qu'il y a à prendre en compte, dans le toucher, la dimension personnelle de la personne, c'est à dire son attitude par rapport à la proxémie, sa culture, son sexe, son sexe et sa culture, les deux. Si on ne prend pas ça en compte et bien on se trompe. Parce que... ce n'est pas parce que dans mes compétences personnelles, je pense, qu'en soin relationnel et en toucher je suis plutôt à l'aise, qu'il faut penser que c'est la solution pour tous les patients. Donc ça va être à moi de faire très très attention au vécu des patients par rapport à ce que ça va être bien que je touche ou ne pas être bien que je touche, et donc en fait... malgré tout, le toucher relationnel doit être pris en compte dans tous les soins qu'on fait. Qu'on le fasse ou qu'on ne le fasse pas, n'importe quel soin peut être accompagné d'un toucher relationnel, je pense. Je sais pas si ça répond à ta question ?

ESI En quoi le toucher relationnel diffère-t-il du simple geste technique dans la relation avec le patient?

IDE Pour moi, je ne mets pas le toucher relationnel dans les soins techniques. Un toucher relationnel, c'est un toucher fait pour établir une relation, pour entretenir une relation, soulager un patient. Un toucher relationnel n'est pas un soin technique, le soin technique, on ne touche pas le patient, en fait, on l'agresse donc... enfin on l'agresse, c'est une agression extérieure. Tandis que le toucher c'est un acte volontaire ayant un objectif.

ESI Est-ce que tu arrives à l'intégrer dans ta pratique quotidienne ?

IDE Oui tout le temps. Tous les jours, tous les jours et plusieurs fois par jour. C'est dommage que j'ai pas pu vous passer des vidéos à mon cours. Je l'intègre tous les jours dans ma pratique et la première des choses que je fais c'est que, comme j'accorde une importance essentielle à l'alliance thérapeutique

avec les patients, cette relation est essentielle pour soigner à mon sens, je dis bonjour aux gens. C'est bête à dire ! C'est quand même très bête, mais quand je suis revenu de ma formation hypnose, ma première, je vais voir un bon pote qui est un super professionnel et je lui ai dit "tu sais, en fait, je crois qu'on dit pas bien bonjour aux gens" "Punaise ! tu as raison c'est dingue, la base on le fait pas." Et donc en fait quand je dis bonjour, et bien je tends la main, et donc c'est le premier touché que je fais, que j'établis, que j'analyse évidemment. J'ai toujours un objectif, mon objectif c'est de créer l'alliance, montrer à la personne que j'y accorde de l'importance, je regarde comment il me sert à la main, je regarde sa réaction. Est-ce qu'il va être ok pour me serrer la main ? Est-ce qu'il va avoir un mouvement de recul ? Est-ce que sa main est moite ? Est-ce que la poigne est ferme ? Est-ce qu'elle est pas ferme ? Est-ce qu'elle est fuyante ? Est-ce que, dès que c'est enlevé, est-ce qu'elle reste ? Etc... Déjà de toute façon, 100% de mes patients, en dehors des patients sédatisés, encore que... mais je leur dit pas bonjour de la même façon, ils ne me serreront pas la main. Mais oui donc je l'intègre tout le temps, lors des toilettes parce que là c'est peut-être un des seuls soins où c'est quand même plus...

ESI Ça mixe le soin relationnel et le soin technique.

IDE Ça mixe vraiment, ça mixe tout le temps. C'est totalement différent mais n'empêche que voilà... quand je tourne un patient, quand je lui prend le bras pour une prise de sang, j'intègre tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps le toucher avec le patient. C'est une évidence. Dès le moment où le patient est ok.

ESI T'as peut-être plus de refus en tendant la main depuis le COVID ?

IDE Non, non aucun. Je n'ai pratiquement aucun refus quand je sers la main aux personnes. Ou si je vois que la personne ne sert pas trop la main, on a, je précise, j'ai précisé à Kilian, et c'est hyper important quand même, mais bon, même si tu t'en doute, il n'y a absolument aucun jugement dans ce que je dis, jamais, jamais, jamais, donc en fait, de temps en temps, on peut s'occuper de femmes musulmanes qui sont vraiment... dont la religion est très importantes, et qui ont une relation aux hommes qui est un peu différente. D'une autre culture, d'une autre religion ou d'une autre culture, et donc, en fait, là, je suis toujours plus prudent. Par exemple, je sers moins la main, ou je peux proposer, mais par contre, je ne vais pas toucher la personne, mais en fait, je vais avoir le mouvement de toucher la personne, c'est-à-dire, je vais toucher le lit, poser ma main, "bonjour, vous allez bien ?" Hop, voilà, c'est comme si je lui avait serré la main, c'est exactement pareil, ça ne change rien, mais voilà, oui.

ESI Ok, ça marche. Du coup, moi, mon thème, c'est l'impact sur l'anxiété que ça peut avoir, le toucher relationnel. Est-ce que dans ton service, il y a des soins ou des situations qui sont particulièrement anxiogènes ?

IDE Ah oui, en fait, la première des situations, c'est l'entrée en réanimation d'un patient, il est de toute façon, par définition, par essence même, anxieux, il y a, je pense, 9 patients sur 10 qui rentrent qui sont

anxieux. Et ensuite, on a quand même beaucoup d'actes qui sont très invasifs en réanimation, qui sont souvent difficilement supportables, psychologiquement et physiquement, parce que derrière, il y a toujours une idée de diagnostic de est-ce qu'on va pouvoir quitter la détresse vitale et puis basculer sur un futur ou pas ? Donc de toute façon, c'est toujours anxiogène, que ce soit anxieux à cause de la douleur ou anxieux à cause du futur, est-ce que je vais m'en sortir, et anxiogène à cause du résultat qui va déboucher du soin qui est fait. Donc, oui, anxiété à tout niveau, anxiété qu'on évalue en permanence, toujours.

ESI Du coup, je rebondis, comment tu évalues l'anxiété, du coup ?

IDE La première des choses, je l'évalue par observation. Juste l'observation. La règle des trois O, quoi, observer, observer, observer. Tout le temps. Donc, d'ailleurs, la première chose que je fais quand je rentre dans une chambre, c'est que j'observe la personne. C'est la première chose, d'ailleurs, que je fais tout le temps dans ma vie. J'observe toujours la personne, très rapidement, mais qui se dirige vers moi, ou etc. Je passe mon temps... enfin, c'est naturel, quoi. Mais, donc observer comment elle est dans son lit, est-ce qu'elle est agitée, est-ce qu'elle est figée, est-ce qu'elle est en sueur, est-ce que... etc. Ensuite, on a la chance d'avoir des... enfin la chance... on a des surveillances sous scope. Et donc, j'observe un peu les paramètres, la fréquence cardiaque, la tension, tout ça, est-ce que c'est normal ou est-ce que ça va évoluer dans la journée, etc, ça peut être un paramètre d'anxiété. Et puis, là, je le demande à la personne mais je ne demande jamais "est-ce que vous êtes anxieux ?" Hors deux, trois fois, hors étude particulière, justement, hors situation de recherche puisqu'il faut évaluer, etc. Mais la première des choses que je demande aux personnes, c'est "est-ce que vous êtes confortable ?" Parce que l'anxiété est source d'inconfort. Je pense que c'est décrit dans la littérature, je serais étonné du contraire. L'anxiété est source d'inconfort. Donc, je demande toujours, "est-ce que vous êtes confortable ?" "Oui, oui, je suis bien confortable" "Ok. Donc là, rien de spécial ?" "Non, non, ça va" "Ok". Eh bien, je ne vais pas chercher plus loin. Jamais, jamais, jamais. Je ne vais pas demander, est-ce que vous êtes anxieux. Ou alors, "je ne suis pas bien. Je suis... je ne me sens pas bien. Je suis... je suis stressé" "Ok, d'accord. Mais stressé comment ? C'est quoi ? C'est une angoisse, de l'anxiété ?" "De l'anxiété" "Ok, d'accord. Alors, sur une échelle de 0 à 10", là, maintenant, je demande. C'est-à-dire, je n'ai pas induit le fait que la personne était anxieuse. C'est hyper important, je pense. Et donc, j'utilise une échelle numérique, qui est une échelle qui est reconnue dans la littérature, de 0 à 10, qui s'applique à l'anxiété, qui s'applique au confort ou à la douleur. De 0 à 10, 0, pas de l'anxiété, 10, c'est l'anxiété la plus importante. Et la personne me transmet, voilà. Et la troisième façon dont j'évalue l'anxiété, c'est que j'écoute mes collègues. Mes collègues vont pouvoir me faire remonter qu'ils trouvent le patient anxieux, que ce soit aide-soignant, psychologue, médecin, famille, me transmettent, voilà, je prends... J'essaie de me renseigner un peu sur le passé de la personne en regardant son dossier médical et en demandant aux familles. Il y a des personnes, naturellement, on dit "Ah, il a toujours été

anxieux, celui-ci”, bon, eh bien, je suis obligé de prendre ça en compte. Donc, voilà comment j'évalue l'anxiété.

ESI Est-ce que tu peux partager une expérience où tu as utilisé le toucher relationnel pour apaiser, justement, un patient anxieux ? Ou pas, tu n'es pas obligé.

IDE Si, si. Il y en a deux. La première, c'était une dame qui avait une leucémie, d'un certain âge, je ne me souviens plus de son âge, elle était âgée, enfin, pas âgée, mais elle était bien abîmée par la vie, la pauvre dame, enfin, la vie, les maladies qu'elle a pu avoir. Elle avait une leucémie et elle était vraiment pas bien. Et ce qui, après échange avec elle, ce qui la rendait... elle ne dormait plus, etc. En réa, elle n'était pas intubée ni ventilée. Mais elle avait eu... un état de choc septique, du coup, une atteinte de la tension, etc. Et elle me disait “J'ai froid, j'ai tout mon corps qui tremble par moments. Je sens que ça vient et ça devient insupportable, j'ai des... tout mon corps tremble” Elle me dit “Regardez, là, c'est en train de venir.” Ok. J'ai la chance d'avoir des mains qui sont chaudes, et donc, je lui ai dit... je lui ai dit... l'objectif était clair au départ, c'est que je réussisse à soulager cette fameuse anxiété, quoi. Puisqu'elle se déclarait vraiment anxieuse à cause de ça et puis à cause de sa pathologie, etc, et de son futur qui était plus qu'incertain, malheureusement. Et en fait, eh bien... je venais pour faire de l'hypnose, enfin... pour faire de l'hypnose, pour voir si l'hypnose pouvait améliorer quelque chose. Et je me suis rapproché d'elle et je lui ai posé mes mains sur ses deux épaules, j'avais remarqué que ses épaules étaient toujours décollées du lit. Et donc, je lui ai posé mes mains sur les deux épaules sans lui dire de poser les épaules, je savais qu'elles allaient se poser, les deux épaules. Et là, elle m'a dit “Ah, ça fait du bien, vos mains sont chaudes.” Et donc, en fait, ça, c'est clairement un bénéfice du toucher qui était un peu chanceux, ça tombait pas mal. Mais ça, c'était vraiment un bénéfice du toucher. Et puis après, j'ai fait la séance d'hypnose. Elle n'a plus tremblé, elle a dormi, enfin, c'était formidable, elle avait chaud. Mais j'ai fait diffuser, à partir du toucher, grâce au toucher, j'ai fait diffuser la chaleur dans tout le corps. À partir de l'endroit où il y avait... parce qu'elle m'a dit “Oui, oui, mais c'est bien, là. Mais vous ne pouvez pas rester ici tout le temps.” J'avais dit que non, effectivement. Et j'allais faire tout ce qu'il fallait pour... Donc ça, c'était une première expérience. Et la deuxième expérience, ce n'est pas moi qui l'ai faite. Il y avait une dame enceinte qui était perturbée, qui était un peu paumée, elle disait un peu n'importe quoi, elle ne savait plus trop où elle allait. Je ne sais plus pourquoi elle était là, c'était assez grave. Elle n'était pas intubée ni ventilée, mais on ne savait pas dans quel sens ça allait tourner. Elle était enceinte et enceinte de six mois, je crois, quelque chose comme ça, donc ça pouvait être... Elle avait toutes les raisons d'être anxieuse. Mais en tous les cas, manifestement, les manifestations d'anxiété, elle était hyper inquiète, elle regardait partout, ça n'allait pas du tout. Et donc, j'essaye de faire une approche de communication thérapeutique, et ça ne... je vois bien, ça ne fonctionne pas. Et l'hypnose, pour ces patients qui sont perturbés, on évite, parce qu'on dissocie un esprit qui est déjà dissocié, ce n'est pas très bon, ça le fait pas. Et j'ai une collègue qui est formée en toucher-massage. Et donc, je lui ai dit, il n'y a pas beaucoup de boulot, c'était la nuit, “est-ce que tu

peux aller la voir ?” Cette dame ne dormait pas depuis quatre jours, “est-ce que tu peux aller la voir ? il y a le temps, est-ce que tu es motivée ?” “Oui, oui, j’y vais.” Elle y a passé trois quarts d’heure, elle a utilisé le toucher, tout ce qu’elle sait faire, les pressions... je ne suis pas formé à ça, mais elle a été formée à ça. La dame a dormi toute la nuit, et le lendemain, elle était totalement orientée. Un impact ultra magnifique du toucher. Voilà.

ESI Super.

IDE C’est les deux expériences qui me viennent comme ça.

ESI C’est très parlant.

IDE Mais vraiment, ça a été l’effet à neuf. Je... Je ne caricature pas. Elle a dormi tout le reste de la nuit alors qu’elle ne dormait pas et le lendemain, grâce au toucher, elle a dormi. Comme elle a dormi, elle est plus orientée, comme elle est plus orientée, elle peut lutter plus facilement contre l’anxiété. Clairement, il y a eu un impact énorme.

ESI Un cercle vertueux.

IDE Oui, vraiment. Voilà.

ESI Est-ce que tu as des techniques spécifiques de toucher relationnel que tu trouves particulièrement efficaces ? Donc tu disais, poser la main...

IDE Ouais, poser la main... le toucher relationnel c’est quand on prend un bras pour une prise de sang, il ne faut pas prendre par le poignet, tirer et poser la main, non, il faut soutenir le bras, avec la main gauche je vais prendre sous le coude et la main droite va accompagner la main vers moi. Quand les mains sur quelqu’un pour un massage ou un... alors, le toucher c’est pas du massage, je sais, mais il n’empêche qu’on touche quand-même...

ESI Le massage en fait partie

IDE Oui c’est ça, le massage en fait partie, mais... on y est, on y est vraiment, on pose vraiment les mains. Quand j’étais... juste avant d’être papa, ma femme était enceinte et j’ai fait de l’haptonomie, et l’haptonomie justement c’était le toucher. Et en fait, c’était faire bouger le bébé avec ses mains, l’amener à soi, ce serait censé créer une relation particulière. Et donc, en fait, il fallait vraiment les poser, ces mains-là. Et voilà, et donc, j’y pense tout le temps, en fait. C’est pour ça que je dis ça, j’y pense tout le temps dans mon exercice professionnel. Quand je pose les mains sur quelqu’un, je les pose vraiment, vraiment, vraiment bien à plat. Donc, voilà, c’est accompagner, c’est quand on prend un bras, quand on tourne quelqu’un, c’est l’envelopper, le sécuriser. C’est éviter de porter des gants au maximum, j’en porte très peu. J’en porte pour des prises de sang. Dès que je fais une toilette et tout, je

fais pas, voilà. C'était dans quel soin ? C'est ça ta question ? C'est dans quel soin j'utilise le toucher ? Non, c'est dans quelles circonstances ?

ESI Oui. Non. Quelle technique spécifique de toucher tu trouves efficace ?

IDE Alors, c'est là où je ne suis peut-être pas le meilleur expert, comme je n'ai pas de formation toucher, c'est difficile pour moi de décrire une technique de toucher, tu vois ce que je veux dire ?

ESI Oui. Mais déjà, tu as décrit de mettre les mains bien à plat. Ça reste des techniques quand même.

IDE Oui. Réchauffer ses mains un peu avant si besoin... c'est essentiellement ça. Et si j'ai quand même fait un atelier de spécialisation de l'hypnose et de... C'était quoi ? Hypnose ? C'était un tout truc genre hypnose massage. Mais en fait, j'utilise de temps en temps ça en mettant le patient en hypnose, le ressenti corporel, quand je fais des pressions sur le corps, je vais partir des jambes par exemple, je vais bien prendre les jambes avec mes mains, je vais appuyer doucement, remonter, appuyer sur le bassin, etc et permettre au patient d'observer ce que le toucher lui procure comme sensation dans le corps. J'utilise beaucoup ça. Voilà, c'est à peu près la technique. Et la technique de base, quand je le sens, c'est quelqu'un qui pleure, il m'arrive, comme sur un gamin, mais je ne le prends pas pour un gamin, mais lui frotter la tête et dire, je comprends et tout, c'est normal. Il faut y mettre de soi quand on veut soigner, quand on fait le toucher, il faut mettre de soi-même, si on ne met pas de soi-même, je pense qu'il n'y a aucun impact. Je pense. Mais voilà, c'est à peu près ça.

ESI Maintenant, on va aborder les freins au toucher relationnel. Est-ce que l'âge du patient a un impact ? Si c'est quelqu'un du même âge que toi, ou si c'est quelqu'un de particulièrement jeune ?

IDE Oui. Alors, même âge que moi et plus âgé, je n'ai pas eu d'impact. Particulièrement jeune, je fais particulièrement attention. Alors, tu dis l'âge, je suis obligé, peut-être que le sexe, tu vas le rajouter derrière.

ESI Oui, oui, oui.

IDE Mais oui, l'âge quand même. Oui. L'âge quand même. J'ai... Mais ça vient peut-être de moi. Oui. J'ai une facilité à la proxémie, à partir du moment où la personne a, on va dire, 30 ans, quoi. Je dis en gros, jusqu'à 100 ans. J'ai une facilité à cette proxémie et donc à utiliser le toucher, que j'ai beaucoup moins quand c'est quelqu'un qui a 20 ans. Et voilà. Pourquoi ? Ma réponse, c'est parce que je ne le sens pas. Mais enfin... C'est parce que je ne le sens pas. C'est parce que j'ai l'impression que chez un jeune, moi, à 50 ans, qu'utilise le toucher... Bon. Je ne dis pas que je ne le fais jamais. Je ne dis pas que je ne le fais jamais, mais je le fais vraiment une fois que l'alliance thérapeutique est vraiment présente. Et puis, j'ai toujours l'impression... je pense que dans la maturation d'un être humain... on apprend à aborder la façon dont on est touché totalement... on voit ça totalement différemment. Évidemment, je n'ai jamais de gestes déplacé, mais je ne voudrais pas que le toucher que j'ai puisse avoir une

quelconque connotation et je pense que quand on est très jeune... enfin, plus jeune, on n'a pas des très très jeunes, nous, mais on a à partir de 17 ans, quoi. Je pense que... quelqu'un de 50 ans qui vient utiliser le toucher, etc., peut rendre mal à l'aise la personne en face. Et ça n'engage que moi. Et je suis un homme. Peut-être qu'il y a là une espèce de truc encore genré, là, qui traîne... qui traîne dans la société, disant qu'un homme ne devrait pas... et pourtant, vu tout ce que je fais, je dois avoir une bonne part féminine, parce que... pour le toucher je suis plutôt à l'aise, mais enfin, bon, déjà, je suis infirmière, c'est déjà pas mal. Bon, c'est vrai qu'avec les jeunes, je fais très attention à ça, je l'utilise beaucoup moins, beaucoup moins. C'est la version que j' ai avec mes patients.

ESI Bon, je suppose que le sexe aussi joue...

IDE Oui, le sexe aussi joue, mais le sexe joue différemment. Encore une fois, le toucher pour une femme... Là, c'est vraiment de l'observation. C'est de voir quand justement je lui sers la main s' il y a un mouvement de méfiance. Alors, une jeune femme, là vraiment je fais super gaffe, là, j'utilise très peu le toucher, là, je vais pas... si, je peux lui proposer, si elle pleure, je peux lui poser la main sur l'épaule, lui dire "oui je comprends", etc. Si, j'ai une bonne alliance thérapeutique avec elle au départ. Après, une femme... par exemple, j'ai... mais c'est de l'observation, c'était quand ? C'était lundi. Il y avait une Roumaine qui était hospitalisée. Et ce n'est pas moi qui l'avais en charge. Je ne sais même pas comment elle était. Elle sonne, et en fait, elle était sur le bassin. Je viens répondre à la sonnette, j'ouvre et j'ai tout de suite vu... mouvement de recul, elle m'a regardé, elle ne parlait pas français. Donc, j'ai fait... (mime avec les gestes) "Pas moi, hein ?" Elle m'a fait "non". Mais voilà, je fais super attention. Elle était assez jeune. Une femme jeune, vraiment, je fais super gaffe. Et puis, j'en ai parlé tout à l'heure, la question de culture. C'est hyper important, et notamment les femmes musulmanes... les femmes musulmanes ou d'autres cultures. J'en découvre tous les jours, d'ailleurs, enfin, tous les jours, j'en découvre souvent. Mais on a beaucoup, beaucoup cela avec femmes musulmanes ou hindous, les femmes turques, les femmes... alors, les religions, ça dépend en Turquie, mais... Là, clairement, je fais super attention au toucher, notamment au moment de la toilette, j'essaie toujours de ne pas être présent, et vraiment, je fais super gaffe au toucher. C'est des gens qui, dans leur culture, se touchent entre femmes, beaucoup, mais qui ont quand même un rapport à l'homme, de par leur religion, même si elle est très équilibrée et super tolérante, une exigence disant que c'est le mari et ce n'est pas les autres hommes qui doivent toucher, ce qu'on doit respecter.

ESI Bien sûr. Quand tu parles de culture, tu parles effectivement de culture, de religion, etc, peut-être aussi, une question d'éducation ?

IDE Ah, oui, oui. Alors, là, ça rejoint tout à fait une question d'éducation. Je parle beaucoup de religion à chaque fois que je pense au toucher, c'est bizarre. On peut avoir des familles, je parle de religion musulmane, mais aussi de religion catholique, des familles qui sont issues de... alors, c'est difficile de savoir l'éducation qu'on eu les gens, on ne le sait pas tout le temps. Mais l'éducation rejoint

quelque chose dans le toucher qu'il faut prendre en compte, c'est le passé, c'est le passé de la personne. On a, régulièrement, des périodes où il y a beaucoup de tentatives de suicide, c'est par périodes, au printemps, il y en a beaucoup. Et il se trouve que, malheureusement, on a quelques jeunes femmes qui font des tentatives de suicide et qui ont une histoire très lourde derrière elles, souvent, qui peut être une histoire d'abus, qui peut être une histoire de tout ça. Alors, évidemment, évidemment, évidemment, je fais super gaffe. Là j'allume tous mes warnings et je mets un point d'orgue à ne pas utiliser le toucher. Parce que je ne sais pas comment elle va être à l'aise et je préfère laisser peut-être une femme faire. Voilà. Mais l'éducation, ce n'est pas facile, je trouve, à prendre en compte. Sauf si on connaît bien la personne qu'on s'en occupe ou qu'elle est là depuis un moment, que les collègues me transmettent, que la famille est très... je schématise, hein, qu'ils se vouvoient avec leurs parents et... une famille de dix, je schématise à fond. Ben, je... C'est sûr que là, je ne vais pas d'emblée aller faire, pratiquer... je ne vais pas avoir la même proxémie avec la personne, elle ne va peut-être pas attendre ça. De toute façon, le non-verbal va me le dire. Je crois bien ne jamais m'être planté, pas au moins... en tout cas, pas depuis que je suis formé à l'hypnose. Le non-verbal, le corps parle de lui-même. Mais l'éducation, c'est difficile, de savoir quelle éducation ils ont, je trouve. Parce que ce n'est pas forcément dans un dossier médical, pas forcément dans les relevés, pas forcément dans... compliqué.

ESI Mais peut-être un petit peu aussi... avec nos préjugés, aussi, peut-être ?

IDE Ah ben oui, ben, la preuve, le préjugé, j'ai un préjugé. Enfin, c'est pas un préjugé, mais une femme musulmane, je vais faire gaffe. Alors que si ça se trouve, elle n'en a rien à faire. Forcément. Il y a nos préjugés, puis l'alliance thérapeutique, elle est dans les deux sens. Donc, de temps en temps, avec un patient, on a une bonne alliance, de temps en temps, on ne l'a pas. Le patient peut l'avoir avec nous, mais nous, on ne l'a pas du tout avec lui. On est humain. Et donc, là, forcément, le toucher va être beaucoup moins efficace, on va être beaucoup moins à l'aise, beaucoup moins... Et puis, oui, nos préjugés, sans doute. Moi, je n'ai pas beaucoup de préjugés. C'est un peu... je ne pense pas avoir beaucoup de préjugés négatifs, en tous les cas. C'est-à-dire que je vais toucher aussi bien... je schématise encore, mais un gros alcoolique obèse, qu'un mec sportif ou une nana, je dirais, normalement faite, enfin, la normalité, je n'y crois pas non plus, mais normalement faite aux yeux de la société. Mais, du coup, je ne juge que très rarement les gens, ça existe vraiment peu chez moi. Comme ça, je pense que c'est une chance, c'est sûr. Par contre, j'ai des collègues où les préjugés, forcément, ça va impacter le toucher. Forcément, forcément. On ne va pas soigner de la même façon. Il y a un sentiment, parfois, de reproche aux patients d'avoir telle ou telle pathologie, notamment pour l'alcoolisme. Je ne sais pas si dans ta formation, tu as déjà eu ça, mais on l'entend très, très souvent, "de toute façon, ils picolent, et puis, ils ont de la chance, les alcooliques, c'est eux qui s'en sortent le mieux. Ils arrivent toujours à passer les caps, alors que l'autre, il n'a rien fait pour avoir ça, quand même, et il a ça." L'autre non plus n'a rien fait pour avoir ça, il est juste malade. Et eux, c'est sûr que ce préjugé-là, par exemple, va induire un comportement soignant qui va diminuer ce toucher vers la

personne. Moi, je n'ai pas le sentiment d'avoir ça, de préjugé négatif. Après, j'ai forcément des préjugés par rapport à mes connaissances. Mais, notamment, encore, j'en reviens sur des trucs religieux, notamment, ou le préjugé sur le fait qu'une jeune, un mec de 50 ans ne va pas pratiquer le toucher chez une jeune de 20 ans. Est-ce que c'est un préjugé, je ne sais pas. Peut-être... peut-être, je ne sais pas... Préjugé, pour moi, c'est négatif. Tu vois ce que je veux dire ?

ESI Oui, oui, oui, ça a une connotation négative. Mais préjugé, c'est un préjugement techniquement, littéralement, donc, ce n'est pas forcément négatif.

IDE Non, non, non, je suis d'accord. Je suis d'accord. C'est vrai.

ESI Est-ce que tu abordes la question du consentement du patient ? C'est ce que tu disais. Oui, l'observation, etc. Ah, mais est-ce que...

IDE Oui, très souvent.

ESI À chaque fois ?

IDE Non, pour être honnête, non. Pas à chaque fois. Pas à chaque fois parce que, justement, cette fameuse observation-là me permet, des fois, de savoir qu'il n'y aura aucun problème.

ESI C'est un peu un consentement implicite, du coup.

IDE Oui. Et puis, je continue à observer. Si jamais, par exemple, je pose la main sur l'épaule et que je vois qu'il y a un mal-être, je le sens tout de suite. Je ne crois pas m'être jamais trompé sur le sujet, franchement, je ne crois pas, peut-être, mais je ne crois pas. Mais de temps en temps, il m'arrive... mais c'est de temps en temps, je dois être honnête, il m'arrive de dire à la personne “ça ne vous dérange pas si je pose ma main ?” “ça ne vous dérange pas si je vous prends la main pendant que le médecin vous pose un cathéter central ?” ça, c'est un truc que je fais souvent, “et puis, comme ça, vous pouvez la serrer fort, fort, fort.” Et puis, juste savoir que je suis là pour elle, par le toucher. Et là en fait je demande souvent “est-ce que...” et là, la personne, c'est très rare qu'elle dise non. À partir du moment où on a une bonne alliance thérapeutique, la personne, elle va savoir que notre objectif, c'est de le soigner et de... c'est son mieux-être. Donc, à partir de ce moment-là, le toucher ne peut pas être pris de façon mauvaise. Et là, pour le coup, je me contredis, mais sur des gestes, par exemple, je pense aux cathéters centraux, les poses de cathé, des choses comme ça, même une femme qui a une religion qui, normalement, dirait non, elle va te choper la main, elle va te prendre la main parce que là, cette chaleur corporelle, ça va lui faire du bien. Et puis moi, ça me permet d'évaluer plein de choses. Mais si, ça m'arrive quand même de demander le consentement. Mais ça m'arrive de ne pas le demander explicitement. Par contre, je n'applique pas, encore une fois, ma proxémie si je sens que ce n'est pas... Je ne suis pas un ayatollah du toucher en disant que le toucher est, de toute façon, quoi qu'il arrive, une façon de soigner et que si on ne touche pas, on ne soigne pas. Eh bien, ça ne marche pas comme ça,

parce qu'il n'y a rien de pire qu'une idée quand on n'a qu'une idée. C'est comme si je disais, alors que je suis à fond là-dedans, l'hypnose est une solution qui doit s'appliquer à tous les patients. C'est une connerie, c'est archi-faux, ce serait une grosse erreur de dire ça. Eh bien, le toucher, c'est pareil pour moi, ça ne s'applique pas à tous les patients et on ne doit pas toucher tous les patients. Parce que dans ce cas-là, on aurait une position haute et il n'y aurait pas d'alliance thérapeutique, et on se doit d'avoir une position basse. Et en même temps, on est certain d'une chose, c'est qu'on ne sait pas si on doit le faire ou pas tant que le patient ne nous a pas donné de façon corporelle ou verbalement, effectivement, l'autorisation. Je suis d'accord avec toi. Quoi qu'il arrive, quoi qu'il arrive. Je pense que ça éviterait certains trucs qu'on peut entendre de soins qui sont pris de travers, alors que c'est... ce n'est pas forcément voulu. On a la toute puissance en tant que soignant sur nos patients, donc, en fait, si on lui impose un toucher, on le viole, on viole son intimité.

ESI Ils sont en position de vulnérabilité.

IDE Plus que ça.

ESI Est-ce qu'il y a d'autres éléments, que l'âge, le sexe, etc., qui peuvent t'empêcher d'utiliser le toucher relationnel ?

IDE Donc âge, sexe, culture, une mauvaise alliance thérapeutique, un manque de motivation de ma part. Parce que la vie, c'est comme ça, quand on travaille, il y a des jours où on n'est pas bien, on est fatigué, on n'est pas motivé, ça ne m'arrive pas souvent, franchement, ça doit m'arriver, forcément. Ce qu'a fait le patient, ce que certains patients peuvent avoir fait de mal, ça, ça m'empêche de le toucher. Je pense que là, et pourtant je ne devrais pas, il nous arrive de temps en temps d'avoir quelques salopards qui... quelques salopards qui battent leur femme. Je ne peux pas utiliser le toucher à des fins... je ne peux pas. Le toucher sera juste un soin technique. Je ne pourrais pas utiliser le toucher à des fins de confort ou de prendre soin, c'est au-dessus de mes forces. Voilà. Ou une femme qui bat ses enfants, ou un homme. Si je sais ça, je ne ferai pas, parce que je ne vais pas être sincère, parce qu'il n'y aura pas de moi, et puis parce que je n'ai pas envie. Parce que là, par contre, j'ai un préjugé. Là, je juge la personne. Autrement, non, je pense que c'est tout.

ESI D'accord. Est-ce que, quand tu pratiques justement le toucher relationnel, qu'est-ce que ça t'apporte à toi ?

IDE Déjà, juste professionnellement et à intérêt d'évaluation, ça m'apporte plein de données. Ça m'apporte une donnée, savoir si tout simplement la personne est glacée ou brûlante, donc des données techniques qui vont me permettre peut-être d'évaluer des choses, de prendre la température, de voir s'il y a des sueurs, etc, la respiration ne va pas. Donc ça, ça m'apporte ça, déjà, le toucher. C'est ça ta question ? Qu'est-ce que ça t'apporte ?

ESI Oui.

IDE Et quand le toucher est consenti et agréable, ça m'apporte un renforcement de cette alliance thérapeutique. J'y reviens toujours à cette alliance thérapeutique, décidément, toujours, toujours, toujours. Donc personnellement, ça m'apporte ça. Et puis de toute façon, si le toucher est efficace chez la personne, si ça lui fait du bien, ça m'apporte ce qui est, je crois, en haut de l'échelle des pyramides de ce qui nous fait du bien en tant que professionnels et en tant qu'êtres humains, c'est la gratitude. Et avoir la gratitude de nos patients, c'est pas un gros mot, ça fait du bien à soi. Et je pense que ça m'apporte ça, je pense que ça m'apporte essentiellement ça. C'est la gratitude des gens. Si ce toucher est bien fait, ça leur fait du bien. Ça m'apporte de pouvoir continuer à faire mon métier aujourd'hui. Ça m'apporte de pouvoir continuer à bosser. Et je pense que si je n'avais pas ça, le toucher ou d'autres choses, je ne travaillerais plus, je ne serais plus infirmier aujourd'hui. Je n'aurais pas tenu autant d'années, tu vois. Et donc, en fait, oui, je pense que c'est ça que ça m'apporte. Et puis, c'est ce que je suis, moi. Donc, de toute façon, même si en tant que soignant, on ne doit pas être totalement ce qu'on est soi, on apporte quand même, c'est une bêtise de dire le contraire, on apporte énormément de ce qu'on est avec les patients, tu vois. Ça m'apporte ça. Ça m'apporte de mettre mes tripes dans les soins. Ça m'apporte vraiment une proximité avec les gens, avec les patients, qui est énorme, toujours, cette alliance thérapeutique. C'est ça que ça m'apporte. Ça fait du bien. Si ça fait du bien aux patients, ça me fait du bien.

ESI En conclusion, du coup, comment tu perçois l'impact du toucher relationnel dans les soins, dans les contextes anxiogènes ?

IDE Je pense que c'est une dimension qui est à explorer pour essayer de diminuer l'anxiété chez un patient, je me pose la question de savoir... je pense qu'il faut que ce soit toujours associé à quelque chose d'autre. Pourquoi je pense ça ? Parce que je ne suis pas formé au toucher. J'imagine que dans le toucher passage il y a d'autres choses, une communication adaptée qui doit être présente, mais je ne suis pas un spécialiste et je ne peux pas me permettre de dire... voilà. Donc... attends redis moi c'est quoi ta question ?

ESI Comment tu perçois l'impact du toucher relationnel ?

IDE Oui. Pour moi, s'il est adapté, s'il est bien jugé, s'il est bien évalué, si tous les prérequis sont là avant de le faire, il ne peut pas avoir d'effet négatif sur l'anxiété, je pense qu'il peut ne rien faire mais il peut aussi être positif. C'est comme l'hypnose, ça peut ne rien faire, ça peut faire mal aussi si on le fait mal. Si on fait bien le toucher, si on est bien formé ou si on a une bonne expérience à ça, il ne peut être que positif sur l'anxiété du patient parce qu'on établit une relation, une relation d'un des sens, et on remobilise un sens qui est souvent oublié dans nos cinq sens. C'est à dire que le visuel est tout le temps stimulé, l'auditif aussi puisqu'il y a du bruit dans les soins, l'olfactif parfois, malheureusement, ou des

fois bien si on met du parfum au patient, et le gustatif s'il peut manger ou les mauvais goûts dans la bouche. Le toucher, d'emblée, est tout le temps agressif pour eux, puisque c'est le moment où on vient faire les soins, parce que eux ne font pas la distinction, forcément, au départ, entre toucher et toucher à visée de soins. Je pense qu'on rajoute, qu'on complète le cinquième sens de la personne par quelque chose de confortable et agréable, puisqu'il a un objectif, et qui ne peut être du coup que positif, il peut déclencher des émotions chez la personne, la faire pleurer, parce que, justement, on va remettre en action un sens, de façon agréable, et qu'en mettant en action un sens de façon agréable on va déclencher chez la personne des sensations corporelles qui vont lui envoyer des messages au cerveau qui vont être soit, un bien-être, soit un souvenir, ou les deux, soit etc etc. Et donc c'est un impact mental et puis le toucher c'est 100% des soignants... on a tous, dans notre façon d'être, dans notre être humain, dans nos cinq sens, on en privilégie deux ou trois, les deux ou trois autres on les laisse tomber. Tu n'as qu'à regarder les amérindiens en forêt, avec la vue, ils voient un écureuil à 200 mètres dans la forêt amazonienne que toi tu ne vois pas. Donc nous on l'utilise peu on l'utilise et chez un soignant... si je te demande de réfléchir à quelque chose, tu vas faire quoi ? Souvent les soignants, ils vont faire quelque chose comme ça (lève les yeux au ciel) donc ça c'est des gens qui sont kinesthésiques. On a de toute façon une appétence au toucher et si on est soignant c'est pas par hasard. Je me suis éloigné à fond de ta question, je ne sais même plus...

ESI Comment tu perçois l'impact ? C'était ça, mais c'est super.

IDE L'impact sur l'anxiété c'est que c'est positif sur l'anxiété du patient et sur la nôtre en tant que soignant, puisqu'on a le droit aussi nous d'être anxieux face à certains patients. De toute façon, ça crée une telle alliance, que ça ne peut être que positif, ou ne rien faire. J'ai quand même du mal à penser, à partir du moment où c'est consenti des deux parties, que ça ne fasse rien, et qu'il y a un objectif clair derrière. Je pense.

ESI Très bien. Selon toi du coup quelles pourraient être les évolutions futures dans l'intégration du toucher relationnel dans la pratique infirmière ?

IDE Alors là, elle est simple ! J'ai l'impression... je n'attaque pas la formation infirmière du tout... Alors déjà qu'on soit formés par les études bien plus que ce qu'on est, puisque je t'ai dit au début que ma place dans les soins relationnels, c'est mon premier soin, et je pense que c'est le soin qui devrait être de tout infirmier et infirmière, donc il faudrait que ce soit inclus dans la pratique comme c'est inclus pour les kinés. Je ne vois pas pourquoi on peut faire ça pour les kinés et que les kinés, ils se tordent dans tous les sens, ils se font des massages entre eux, entre étudiants ils font des choses, et que ça ne pose jamais aucun problème puisque les formateurs sont formés pour ça, et il y a des prérequis qui sont là pour faire que les choses se passent bien, et qu'il n'y ait pas de choses déplacées. Je ne vois pas pourquoi chez les infirmiers-infirmières on ne pourrait pas faire ça. Donc déjà, former les gens, ça c'est bien, et puis après pendant la formation aussi. Pendant l'exercice professionnel aussi former les

gens, former les gens à ça qu'il y ait des équipes, des référents dans les services qui forment les gens à comment toucher un malade parce que moi, je n'ai pas eu de formation. S'il y a une seule chose dont je suis sûr, c'est que je ne sais pas faire comme, peut-être, il faudra savoir faire. Je fais avec ce que moi je suis, mais ce n'est pas pour ça que c'est forcément super bien. Quand j'étais formé à l'hypnose, par exemple, je suis sorti de mes deux premiers modules en me disant qu'en fait, avant je faisais n'importe quoi en relation, en communication, j'étais à côté de la plaque, même si je pensais être super bien. Peut-être que le toucher c'est pareil, il faudrait former tout le monde au toucher pendant l'exercice professionnel. C'est une croyance impossible à réaliser, comme former tout le monde à la communication, on sait très bien, vu les contextes budgétaires, etc, que ça n'arrivera pas. Par contre former un, deux ou trois référents par service qui eux, comme moi j'ai fait en réa, vont former leurs collègues à la communication thérapeutique, et bien on va faire diffuser ça. Donc formation dès la première année, mais même surtout la première année puisque déjà ça éliminerait quelques brebis galeuses de notre métier qui sont incapables de toucher quelqu'un de façon correcte et qui sont inhumains au possible. Déjà on les éliminera, ce ne sera pas un mal, et après tout au long de la formation. Je pense que, pour améliorer, ça... je ne sais pas s'il y a des évaluations de l'impact du toucher. Effectivement on évalue l'anxiété, mais peut-être qu'il faut plus l'évaluer, parce qu'on évalue la douleur dans tous les services, mais évaluons le confort et l'anxiété des patients et des soignants et, peut-être que là on aura quelque chose. Prendre soin des patients en tant que soignant pour améliorer... notre premier outil de travail c'est nous donc il faut prendre soin de soi, de notre anxiété, etc, avant de pouvoir prendre soin de l'anxiété des autres. Là, c'est une démarche personnelle qu'il faut faire mais qui est essentielle dans notre boulot, je pense. Pour l'améliorer, il faut le développer, ce toucher, ça paraît évident, mais, encore une fois, avec des gens qui sont compétents pour nous apprendre des choses. Moi je ne demande pas mieux, ma collègue, elle m'a appris des choses quand j'ai fait ma formation "l'atelier de spécialisation sur le toucher", et avec l'hypnose j'ai appris mille choses : la façon dont on prend le bras, je ne le prenais pas comme ça, je ne l'avais même pas imaginé, la façon dont on tourne un patient pour la toilette, la façon dont on découvre le toucher. On parle toujours de toucher avec les mains, le toucher pour moi c'est vachement large, il y a des gens qui utilisent leurs avant bras pour le toucher, moi je ne sais pas faire ça. Le toucher, c'est aussi tout ce que ressent la personne, ça rejoint tout le kinesthésique, quand on découvre un malade avec un drap, on le découvre d'une certaine façon, on laisse toujours une partie couverte quand on fait une toilette, j'ai appris à faire tout ça. Il n'y a que ça, la façon pour développer le toucher dans nos soins c'est se former et avoir des référents.

ESI Est-ce qu'il y a quelque chose que tu veux ajouter ?

IDE Bah non... c'est ça, introduire le toucher dans la formation infirmière, à l'école, autant que la communication thérapeutique, puisqu'on passe notre temps à ça, on passe notre temps à ça. C'est quand même fou, entre la communication thérapeutique et le toucher, c'est peut-être un des trucs qu'on

voit le moins et qu'on fait le plus. On passe notre temps à toucher les patients. Si on peut, à un geste technique, à chaque fois, associer du toucher, on le fait, on doit le faire, tout le temps. On voit bien des élèves, autant que des collègues, aujourd'hui, incapables de toucher un patient.

ESI Ta collègue formée au toucher massage c'est une aide soignante ?

IDE Ouais, elle est partie, c'est une aide soignante

ESI C'est souvent les aides soignantes qui sont formées à ça ?

IDE C'est vrai, beaucoup. C'était super ce qu'elle faisait, c'était vraiment bien. Elle en a fait dormir des patients, c'était super parce qu'ils ne dorment jamais, en réa il y a tout le temps du bruit, c'est anxiogène donc pour diminuer l'anxiété ça avait un impact incroyable. Ce qui est dommage, c'est que je pense qu'elle n'a pas assez partagé.

ESI Elle n'a peut-être pas eu le temps ou la possibilité de le faire non plus ?

IDE Oui et puis elle a une personnalité qui voulait peut-être que... voilà. Il y a des gens qui veulent garder pour eux certaines choses, tu vois ? Alors qu'en fait, il faut qu'on partage à fond ce qu'on sait faire, c'est le principe d'un référent dans un service, je pense, de partager et pas d'être juste référent qui donne ses ordres.

ESI C'est sûr, super

IDE Ça a été ? Parce que je ne suis pas spécialiste du toucher.

ESI C'était très bien, tu m'as apporté plein de choses là.

Annexe IV : Transcription du troisième entretien

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'intervieweuse

Date : Samedi 23 mars 2024 10h

IDE : l'infirmière = l'interviewée

Durée de l'entretien : 40 minutes

ESI "Est-ce que tu peux présenter brièvement ton parcours professionnel, s'il te plaît ?

IDE D'accord. Donc, ça fait 33 ans que je travaille. J'ai commencé en clinique, en chirurgie générale. Après je suis arrivée au CHU. J'ai fait beaucoup de cardio au départ, de la réanimation cardiaque, chirurgie cardiaque. Après, j'ai fait beaucoup de digestif, toute la médecine digestive, hépato-gastro. Après, chirurgie digestive de nuit pendant 17 ans. Et voilà, le parcours de nuit, j'en voulais plus, c'était trop dur pour moi. Et je suis arrivée à l'UMP, donc c'est l'unité de médecine polyvalente qui a ouvert en 2017. Et j'ai eu l'opportunité, parce que, tu ne connais peut-être pas, mais avant, l'hiver, on ouvrait des services ponctuels qui s'appelaient l'UPAP.

ESI Ah non, je ne connaissais pas.

IDE Et qui ouvraient de décembre, en gros, jusqu'à fin mars, début avril, pour accueillir beaucoup les pneumopathies et les gripes des personnes âgées, pour décharger un peu les urgences. Donc ça, c'était sur le volontariat. Donc c'était comme si c'était un service qui n'ouvrait que ponctuellement. Et du coup, c'était un peu de la médecine polyvalente, comme où je suis actuellement, et ça m'a beaucoup plu, je me suis dit, ben, c'est ça que je veux. Et en fait, quand ça a ouvert, ben, j'ai eu l'opportunité, et donc, ça fait six ans que je suis à l'UMP, du coup.

ESI Est-ce que tu as eu des formations complémentaires, des diplômes universitaires, ce genre de choses ?

IDE Non, pas de DU.

ESI Ok. Ça marche. Qu'est-ce que tu préfères dans le métier ?

IDE Alors, le côté relationnel. Pour moi, c'est primordial. J'aurais pas pu travailler dans un bloc opératoire, par exemple. J'ai besoin de... il faut que je cause. Apporter du soulagement par rapport à la douleur physique et morale. Et j'aime bien les soins techniques aussi, j'ai besoin de faire des soins aussi.

ESI Quelle approche est-ce que tu as avec les soins relationnels ?

IDE Alors, je sais pas si c'est vraiment ça, mais en tout cas, adapter mon langage à la personne, se mettre à sa hauteur. Je m'assois souvent sur le fauteuil ou même sur le lit, je sais pas si on a le droit, mais moi, je le fais. Et le sourire, très important.

ESI D'accord, super. Sur ton service, l'unité de médecine polyvalente, est-ce que tu peux me décrire le service ?

IDE Alors, l'unité de médecine polyvalente, en fait, on accueille toutes les pathologies de médecine, sauf la chirurgie, on n'a aucune chirurgie. Et ça peut être de tout, la cardio, la pneumo, l'hémato, la dermato, la psychiatrie et un peu de cancéro aussi, en attendant qu'il y ait de la place au centre Eugènes Marquis. Enfin, tout, sauf la chirurgie.

ESI OK. Ça marche. Il y a combien de patients, combien d'infirmiers... ?

IDE Donc, normalement, on était à 20 patients, mais il y a deux lits HET. Sauf que nous, ces lits-là, ils sont tout le temps pris, en fait, donc, on dit maintenant qu'on a 22 patients. Donc, on a 11 patients par infirmière, parce que nous sommes deux infirmières par équipe. Donc, il y a deux infirmières le matin, deux infirmières l'après-midi. Et une infirmière de parcours, qu'on appelait avant l'infirmière de coupe, et qui est là du lundi au vendredi. Donc, on a une cadre, évidemment. On a aussi une aide-soignante par secteur, une le matin, une l'après-midi, et le week-end, pareil. Une ASH le matin, une ASH l'après-midi, sauf le week-end, elle fait 8h-16h, il n'y en a qu'une. Et sinon, on a plusieurs médecins, internes, externes. On a le kiné, qui malheureusement n'est pas à temps plein chez nous, alors qu'il aurait besoin d'être à temps plein, on demande.

ESI Comme dans beaucoup d'endroits, je pense.

IDE Oui, il paraît. On a le psychologue qui vient un ou deux jours par semaine, la diététicienne et la possibilité de contacter l'ergo et l'orthophoniste, parce qu'on a beaucoup de fausses routes, de gens qui ont du mal à déglutir, donc l'orthophoniste vient faire des bilans. Et on a aussi les élèves de pédicure qui viennent tous les mardis. Ah, mais c'est très intéressant. Si tu veux venir travailler là un jour...

ESI Ah ben, pourquoi pas ? Qu'est-ce que tu penses du concept de toucher relationnel ?

IDE Donc c'est indispensable. Mais par contre indispensable tout en sachant qu'on s'adapte à la personne. Certains vont refuser et il faut le respecter et ça permet, pour moi, de mettre le malade en confiance.

ESI Comment tu définis le toucher relationnel ? Pour toi c'est quoi ?

IDE Ah oui en quoi ça consiste ? Ça peut être juste de prendre la main, un massage. En fait, j'ai oublié de te dire au début, j'ai pas fait de DU mais dans ma vie privée j'ai fait beaucoup de formations de massage, de bien-être.

ESI Ah d'accord !

IDE Donc c'est pour ça, le toucher c'est mon truc. Si je pouvais avoir du temps dédié pour ça, ça serait parfait, mais malheureusement il n'y a pas. Donc ça peut être juste prendre la main, des massages, une technique lors de la toilette, une formation que j'ai eu au sein du CHU sur les massages, parce qu'on disait toutes qu'on n'a pas le temps et en fait elle disait que au le moment de la toilette, d'envelopper au niveau des épaules au lieu de juste faire le dos, et c'est très rassurant. Le massage des pieds c'est très rassurant aussi, ça donne une limite au corps, surtout pour les gens qui sont très angoissés, le fait de juste poser les mains au niveau des pieds, bah ça donne la limite au corps, et du coup, ça rassure la personne. Si la personne est très angoissée, en parlant on peut juste lui mettre les mains au niveau des pieds, on continue à parler, et je ne sais même pas si elle s'en rend compte et ça marche bien.

ESI Pour toi, quelle est l'utilité du toucher relationnel ?

IDE Pour mettre en confiance, rassurer et diminuer l'appréhension du geste technique. D'entrer en contact aussi avec la personne, on est toutes les deux et il se passe quelque chose quoi, enfin j'arrive pas bien à choisir les bons mots, tu vois ce que je veux dire ?

ESI Établir un lien avec la personne, c'est ça ?

IDE Voilà, établir un lien avec la personne, c'est exactement ça. J'ai pas toujours les mots mais...

ESI On comprend. Donc, selon toi, qui le pratique ?

IDE L'infirmière, l'aide-soignante, le kiné, principalement. Parce que les médecins très peu, ils auscultent mais on va pas dire qu'ils prennent... enfin pour moi ce n'est pas pareil, je ne pense pas qu'ils prennent le temps...

ESI En quoi le toucher relationnel diffère-t-il du simple geste technique ?

IDE Oui donc là... c'est pas facile à répondre, mais... le geste technique est neutre, pour moi, il ne tient pas compte de la personne. En fait on pourrait dire que c'est un... un cobaye, ça serait pareil pour moi si on ne met pas le côté relationnel. Voilà.

ESI Très bien. Comment tu arrives à intégrer le toucher relationnel dans ta pratique quotidienne ?

IDE Donc au moment de la toilette, au moment des préventions d'escarres, au moment des changements de position. Oui. Au moment des... ne serait-ce que de prendre une tension, sinon on va

prendre le bras, on va soulever la manche... donc voilà. Pour tous les soins techniques, il y a forcément un toucher relationnel. On fait pas juste la prise de sang, on... déjà on va toucher la peau, on va repérer la veine, ben tout ce moment-là, déjà avant de piquer, avant de faire le soin, c'est pour moi du toucher relationnel.

ESI Ça marche. Du coup, toi tu pratiques le toucher relationnel. Est-ce que tu as le temps de le pratiquer ? Est-ce que tu as des temps dédiés dans ta journée ?

IDE On a pas assez de temps malheureusement, pas de temps dédié. Mais je prends le temps même s'il est court parfois. En fait, je ne me pose pas de questions, c'est instinctif, je ne me dis pas "tiens là, il faut que je fasse du temps relationnel, enfin du toucher relationnel." Ça se fait naturellement au cours de mes soins. Je pense que j'ai acquis par l'expérience, ça fait quand-même 33 ans que je travaille. Et je crois que c'est devenu naturel, c'est devenu inclus dans mes soins, en fait. La charge de travail est parfois très lourde et, quand on a pas de temps, parce que c'est frustrant quelque part de passer d'un malade à un autre, ça m'est arrivé plusieurs fois de me dire ben là, je sens que la personne a besoin, ou elle a besoin de temps pour qu'on soit avec elle et là, par contre, je vais revenir à la fin de mon tour, je vais revenir 5 minutes mais que pour ça. Ça m'arrive souvent, ça.

ESI Ok. Tu dis au patient que tu vas revenir après ou pas ?

IDE Oui, oui, oui. J'ai promis. Je ne sais pas quand, je ne sais pas à quelle heure mais promis, je vais repasser quelques minutes avec le temps que je peux vous accorder mais je vais repasser, et je repasse.

ESI Oui. Au moins, il sait que tu lui accordes de l'importance et que tu reviens...

IDE Voilà et puis il faut dire "je ne sais pas quand", tu ne dis pas "je reviens dans 5 minutes" puisque malheureusement... tu n'es pas sûre de pouvoir tenir ça. Ça peut être à la fin de journée. Voilà.

ESI Super. Donc quel est l'impact que ça peut avoir sur l'anxiété de la personne soignée ?

IDE En fait, on a beaucoup de personnes âgées quand même, qui ne sont plus dans leur cadre habituel donc forcément, il y a beaucoup d'anxiété de la part de ces patients. Le fait qu'ils soient âgés et qu'ils ne sont plus... Le barrage de la langue, qui peut être compliqué, et que parfois, le toucher, ça peut au moins rassurer la personne qui ne comprend rien de ce qu'on lui dit. Donc, voilà. Les gens qui ont des gênes respiratoires, nous, on a beaucoup ça, beaucoup d'anxiété sur les pneumopathies, des décompensations respiratoires, sur la douleur en général. Quand le médecin fait une ponction lombaire par exemple, c'est très important que l'infirmière soit devant avec l'oreiller, qu'elle rassure la personne, qu'elle lui tienne la main, qu'elle lui parle d'autres choses, surtout pendant la ponction. Donc, pour ça, c'est des gestes très importants et qu'il y ait quelqu'un avec eux devant, je pense. On a beaucoup de personnes qui viennent pour MADD, c'est le maintien à domicile difficile, ça c'est les personnes âgées. Donc l'anxiété, ça peut être sur leur devenir, la peur de ne plus pouvoir retourner chez eux, et les soins

techniques en général, forcément, il y a beaucoup d'anxiété parce que faire des soins à l'hôpital, même une simple prise de sang, c'est douloureux, pour que ça fasse pas mal. Donc tous les soins techniques en général peuvent être source d'anxiété. Donc je sais pas si c'est trop ça que t'attendais dans les réponses.

ESI Si, absolument, mais c'est varié, ça dépend des gens que j'interroge de toute façon.

IDE Bah oui, c'est bien, tout le monde comprend sa question avec son vécu, je pense aussi. Donc pour le soignant, l'impact sur l'anxiété, nous on a beaucoup aussi de malades psychiatriques quand même qui viennent régulièrement. Et là, ça peut être anxiogène pour nous, parce que moi je crois qu'on n'est pas assez formés à la psychiatrie, et c'est parfois compliqué l'approche de ces patients. Parce que des fois, il ne faut surtout pas les toucher, parce que c'est pire que tout. Et donc voilà, ça peut être compliqué la prise en charge de ces patients. Pas qu'on ne veuille pas s'en occuper, mais on va être moins à l'aise.

ESI Oui, un petit peu d'appréhension, sûrement, dans certains cas.

IDE Oui, c'est ça. Il y a aussi les douleurs qu'on n'arrive pas, nous, à soulager suffisamment avec les médicaments. Et que du coup, parfois, juste le toucher, on ne va pas dire que ça va remplacer les médicaments, mais ça va au moins contribuer à améliorer. Et on a aussi les personnes âgées confuses qui ont la maladie d'Alzheimer. Là, c'est pareil, ça peut être compliqué aussi.

ESI D'accord. Comment tu évalues l'anxiété chez un patient ?

IDE Alors, à mon instinct, au feeling, j'ai envie de dire.

ESI À ton expérience ?

IDE Ah oui, mais c'est vraiment à l'instinct, ce que je ressens au moment où je suis en face de la personne, quoi. À la position du patient vis-à-vis du soignant, à comment je ressens le patient quand j'arrive dans la chambre, si je le vois... Il y a des gens très fermés, c'est comme ça, on les... il faut les respecter, il y a des gens qui n'aiment pas qu'on les touche. Et je pense que dès que tu rentres dans la chambre, tu vois, comme si la personne s'était mis une barrière. Ça se voit, ça se ressent pour moi. Donc, c'est cette position-là du patient vis-à-vis de nous, si je sens qu'il a mis d'emblée une barrière, je ne vais pas m'amuser à essayer de le toucher, ça c'est sûr. Bon, voilà. Donc je vais faire un petit questionnaire avant, quand même, mais qui se fait tout naturellement : Comment vous sentez-vous ? Êtes-vous confortable ? Avez-vous besoin de quelque chose ? Tout ça, ça va être des questions avant de me permettre de le toucher. Je ne vais pas d'emblée le toucher non plus. Il y a un petit questionnaire avant, quand même.

ESI Tu utilises le mot anxieux dans tes questions. Est-ce que vous êtes anxieux ou pas ?

IDE Non, je dis “Êtes-vous confortable ? Avez-vous besoin de quelque chose ? Comment vous sentez-vous ?” En général, c'est ça. Mais je ne dis pas “avez-vous mal ?”, par contre. On dit qu'il ne faut pas demander “avez-vous mal” puisqu'on induit la réponse, mais “êtes-vous confortable ?” Parce que quelqu'un peut ne pas être confortable juste parce que son oreiller est mal mis, qu'il a un pli sous les fesses avec son drap, il n'a pas forcément besoin d'antidouleur, mais par contre, juste de le réinstaller, de lui dire qu'on est là, de peut-être le toucher justement à ce moment-là, va suffire au lieu de lui donner un Doliprane d'emblée. Donc voilà, c'est important de demander, parce que si on dit “avez-vous mal ?”, il va peut-être dire non, au final, c'est juste son oreiller qui est mal mis, pour lui, ce n'est pas une douleur, mais il n'est pas confortable quand même. Voilà, et pourtant, une fois qu'il sera réinstallé, il sera quand même mieux.

ESI Ok. Est-ce que tu peux partager une expérience où tu as utilisé le toucher relationnel pour aider un patient anxieux ? Ou pas, c'est comme tu veux.

IDE Oui, je peux t'en raconter une, mais je pense que, alors, je ne sais pas si tu peux l'utiliser dans tes réponses de ton mémoire, mais je pense que j'ai du fluide dans les mains. Je sens, j'ai quelque chose, comme les... comment on appelle ça, les magnétiseurs, tu vois.

ESI Oui, comme les coupeurs de feu, tout ça ?

IDE Oui, je pense que j'ai un fluide, et du coup, j'appelle par les mains, déjà, de base. Là, je ne suis pas sûre que tu puisses le mettre dans ton mémoire.

ESI Je ne sais pas, je verrai bien, de toute façon, c'est anonyme.

IDE Bon, oui, ben voilà. Je ne sais pas si on a le droit de faire ce genre de soins quand... ce n'est pas déclaré, c'est juste moi qui fais ça moi-même, tu vois.

ESI Alors, on a vu ça en cours... On peut faire ça si on veut, mais comme ça ne fait pas partie des thérapies reconnues par l'ANSM, on n'a pas le droit de conseiller à un patient d'aller voir un magnétiseur.

IDE Ah oui, voilà. Je ne vais pas dire ça. Moi, je lui dis juste que moi, j'ai du fluide dans les mains et que je peux peut-être l'apaiser comme ça. Et ben là, cette expérience, c'était ça. Je me souviens particulièrement d'un patient très, très douloureux qui avait un cancer de je ne sais plus trop où, le thorax, enfin, tu sais, vers le haut en tout cas. Et il avait des brûlures très importantes dans la partie du thorax, malgré les antalgiques, malgré la morphine, ça lui brûlait énormément. Et en fait, moi, j'ai une pierre autour du cou, j'ai une pierre de tourmaline, et le monsieur s'est intéressé à cette pierre, il a cru que c'était quelque chose de religieux. Il me dit, “vous êtes croyante, vous aussi ?” Je ne suis pas partie là-dessus, je l'ai arrêté tout de suite, je lui ai dit que non et que c'est une pierre de tourmaline et elle me porte chance, elle enlève le négatif de ce qui est autour de moi, et elle m'apaise et je pense qu'elle

apaise des patients quand je rentre dans les chambres aussi. C'était un monsieur qui était très, très croyant, et je lui ai parlé de cette pierre et de ce don que j'avais dans les mains, et tout de suite, il a dit "je veux bien, je veux bien essayer." Donc, j'ai parlé avec lui, je lui ai dit de fermer les yeux, de bien respirer, et j'ai juste apposé mes mains pendant 5 minutes sur son thorax, sans parler. Et c'est incroyable le bien que ça lui a fait. Bon, après, j'étais frustrée parce que j'ai appris que le lendemain, il me réclamait et malheureusement, j'étais en repos. Donc voilà, c'était une très belle expérience, en tout cas.

ESI Ben oui, si ça l'a soulagé, tant mieux.

IDE Ben oui. Mais c'était impressionnant, parce qu'il y avait un contact qui s'était fait par rapport à la pierre au départ, par rapport à la croyance. Je pense que ça l'a mis en confiance aussi. Et donc, voilà. C'était une belle expérience, en tout cas.

ESI Donc, c'est quoi les techniques de toucher relationnel que tu trouves particulièrement efficaces pour apaiser l'anxiété ?

IDE Alors très souvent juste le toucher des mains et s'asseoir près d'eux. Et pareil, j'ai appris les techniques de massage pour l'anxiété, c'est au creux de la main, juste masser au creux de la main, et c'est très rassurant. Il faut juste demander aux personnes de fermer les yeux quelques minutes, bien respirer, parce que, mine de rien, l'anxiété, si on respire mal, ça augmente l'anxiété. Donc, il faut apprendre aux gens à diminuer leur capacité respiratoire un petit peu pendant l'anxiété. Et juste ça, très souvent, ça suffit.

ESI D'accord. On va passer au potentiel frein, du coup. Est-ce que l'âge du patient a un impact sur ton utilisation du toucher relationnel ?

IDE Je n'y avais jamais pensé. Et en réfléchissant, ce qui est le plus simple pour moi dans le toucher relationnel, c'est quand même les personnes âgées, je trouve que c'est plus facile. Avec les plus jeunes, on a parfois des jeunes dans la vingtaine, je ne fais pas, je sens que ça serait peut-être déplacé, sauf si je sens que la personne est très demandeuse, mais d'emblée, je ne vais pas faire. Et pour ceux de mon âge, j'avoue que ça ne va être que les femmes. Je ne me verrais pas commencer à toucher la main de quelqu'un de mon âge. Sauf, c'est pareil, s'il est très anxieux et qu'il me demande et qu'il a besoin que je sois près de lui, évidemment, je vais le faire. Il n'y aura pas de frein à ça. Mais d'emblée, instinctivement, comme je le disais tout à l'heure, ça va être plutôt les femmes ou les personnes âgées.

ESI D'accord, ça marche. Comment tu abordes la question du consentement du patient avant de le toucher ? Et est-ce que tu le fais à chaque fois ?

IDE Alors, je ne le fais jamais. J'avoue ne pas demander. J'en ai parlé du coup à mes collègues hier après-midi et tout le monde m'a répondu la même chose. Parce qu'on le fait par instinct, en fait. Pour

moi, c'est quelque chose qui se fait naturellement au ressenti, au feeling, au... Voilà. Et puis je pense que ça casserait peut-être même limite...

ESI Le côté sincère peut-être ?

IDE Est-ce que je peux vous toucher ? Je pense que ça pourrait même... la personne va se dire "qu'est-ce qu'elle va me faire ? elle veut me toucher, elle veut me faire quoi ?" Donc moi, non, je ne demande pas.

ESI Ok. Est-ce que tu tiens compte de la diversité culturelle des patients ? Niveau religion, origine ethnique, éducation...

IDE Alors, oui, beaucoup de respect suivant la religion, les origines ethniques, l'éducation... En fait, ceux que je vais facilement toucher, ce sont soit des personnes qui vont eux-mêmes me toucher facilement, il y a aussi des gens qui nous prennent la main, ou des personnes avec qui j'ai parlé avant et qui, je sens, sont très ouverts au massage. Voilà. Il y a même récemment, là, une dame sénégalaise, un amour de dame, qui ne me lâchait plus les mains, qui arrêtait pas de dire "merci, vous êtes trop gentille", qui m'a pris la main d'emblée, sans me demander si je voulais qu'elle me prenne la main, et elle ne me lâchait plus, et je l'ai laissée au moins cinq minutes, quand même, me tenir la main, tant pis, j'avais un petit peu de travail, quand même, mais pour elle, je pense que c'était important de dire ce remerciement. C'était important. Mais évidemment, je sais que les personnes d'origine asiatique, entre autres, enfin, Inde et Asie, je pense, je ne les toucherais pas. Enfin pas... je sais qu'ils sont... je les connais un peu pour être allée en Asie, je sais qu'ils ont un respect du... ils mettent une distance. Je pense que le toucher, pour eux, c'est quelque chose de très intime. Voilà. Donc, je ne vais pas d'emblée... non, en général, je ne les touche pas. Enfin, je ne les touche pas, je vais leur prendre la tension, je vais leur faire les soins, tout ça, mais... je les respecte à ce niveau-là.

ESI Ça marche. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui peuvent t'empêcher d'utiliser le toucher relationnel ?

IDE Des personnes fermées, parce qu'on en a, qui, d'emblée, sont très fermées, qui veulent être tranquilles et qui nous le disent clairement, et veulent être dans leur bulle, et je respecte.

ESI D'accord. Ça marche. Il n'y a rien, à un moment, qui te dit, à lui, non, je ne peux pas le toucher, je ne vais pas le faire ?

IDE Ben, on sent. En fait, ça, c'est pareil. Il y a des gens très fermés, on le voit bien. ou qui ont eu une éducation qui... je ne veux pas être méchante en disant ça... une éducation où on sent que le toucher ce n'est pas dans leur culture, dans leur... on le sent, c'est comme ça, les gens de la campagne tout ça c'est plus facile, on parle patois avec eux, on rigole, on va aller toucher leur main, ça se fait naturellement. Je ne vais pas dire que plus le niveau social, culturel est élevé, moins c'est facile de les

toucher, peut-être... enfin, pas forcément en fait, mais ça pourrait. Je n'ai pas assez réfléchi à la question, mais je pense que peut-être, que ça serait moins facile.

ESI D'accord, ça marche. En conclusion, comment tu perçois l'impact du toucher relationnel dans les soins, en particulier dans les contextes anxiogènes ?

IDE Un impact très important, essentiel même, pour prendre la personne dans son ensemble, avec son vécu, sa maladie, ne pas faire le soin à la tâche et passer au patient suivant. C'est vraiment l'intégrer en tant que personne, telle qu'elle est avec tout son vécu. Voilà.

ESI Tu sens que, sur l'anxiété, ça a un impact en tout cas ?

IDE C'est essentiel, essentiel avec un grand E. J'ai remarqué que le temps aussi... ça n'a pas de rapport avec le toucher, mais un peu quand-même, même si on a beaucoup de travail, surtout la nuit, moi j'ai fait 17 ans de nuit, le premier tour que tu fais dans ta journée, si tu prends ce temps, et bien, ça a une répercussion sur tout le reste de ta journée. Si tu vas vite dès le premier tour, que tu vas vite, que tu es agacée... le patient ne va pas être rassuré, il va se demander à qui il a affaire, il ne va faire que de sonner parce qu'il ne sera pas bien... Et je pense que ça va avec le toucher relationnel, c'est le temps, le premier temps que tu passes avec la personne.

ESI Ok, ça marche. Selon toi, quelles pourraient être les évolutions futures dans l'intégration du toucher relationnel dans la pratique infirmière ?

IDE J'aimerais que ce soit inclus, mais il y a quand-même les formations de massage pour les patients, donc je me dit que si on inclut ces formations de massage pour soulager les patients, c'est que on l'inclut. Je suis allée faire des formations pour les patients aussi, on a même appris les petits massages entre collègues, en fin de journée quand on en a marre. Donc c'est qu'on en tient compte, sinon il n'y aurait pas ces formations. Voilà.

ESI Est-ce qu'il y a quelque chose que tu veux ajouter sur le sujet ?

IDE Là comme ça, non. Si il y a d'autres questions qui te viennent sur le sujet, ou si ce que je t'ai dit n'est pas très clair, n'hésites pas à me poser des questions. Mais moi personnellement, je n'ai trop rien à dire sauf que ça fait 33 ans que je travaille et que j'aime toujours mon métier comme au premier jour.

Annexe V : Analyse des entretiens

Objectifs des entretiens :

- Identifier l'approche des professionnels avec les soins relationnels
- Identifier ce qu'ils savent sur le toucher relationnel et comment ils le perçoivent dans le cadre des soins infirmiers
- Identifier l'utilisation ou non du toucher relationnel par les soignants
- Identifier les stratégies mise en oeuvre par l'infirmier dans la gestion du temps dans la pratique du toucher relationnel
- Identifier les soins ou situations particulièrement anxiogènes pour le patient dans leurs services respectifs
- Repérer les méthodes d'évaluation de l'anxiété d'un patient
- Repérer les techniques de toucher relationnel particulièrement efficaces pour apaiser l'anxiété
- Repérer les freins à l'utilisation du toucher relationnel par le soignant et la fréquence de demande du consentement
- Impact du toucher relationnel sur le patient dans des contextes anxiogènes
- Identifier les attentes infirmières concernant l'intégration du toucher relationnel dans la pratique infirmière

Abstract

NOM : LESAGE

PRÉNOM : ANAÏS

THESIS TITLE : The impact of relational touch on the anxiety of the person in care in a hospital setting

TITRE DU MÉMOIRE : L'impact du toucher relationnel sur l'anxiété de la personne soignée en milieu hospitalier

Relational touch is a little-known practice and yet very important in the caring-care relationship. Indeed, during our learning, we are taught technical gestures in order to practice quality care, but what about the so-called “instinctive” gestures, those that are not always thoughtful and yet very present ? Those that allow us to enter into a relationship with the patient ? To appease anxiety ? Hold each other's hand, place one hand on the shoulder, pass one hand on the back, etc...

It seemed interesting to me to deepen the subject through documentary research and semi-structured interviews with caregivers in hospital settings, the main question being : In what way the relational touch in the nurse-patient relationship can have an impact on the anxiety of the person in care in an anxiogenic care context ?

The result is that it seems that relational touch has a beneficial effect on patients' anxiety, even if it is not significant.

The study highlighted the importance of relational touch as a fundamental component of relational care, its essential role in establishing a strong therapeutic alliance, thus promoting comprehensive and optimal care, especially in a hospital setting where patients may experience high levels of anxiety. It was highlighted that, despite the practical challenges faced by caregivers in integrating relational touch into their daily nursing practice (such as time constraints, high workload and organizational barriers), the desire of caregivers to provide respectful, individualized and empathetic care remains palpable.

Le toucher relationnel est une pratique méconnue et pourtant très importante dans la relation soignant-soigné. En effet, lors de nos apprentissages, il nous est enseigné les gestes techniques afin de pratiquer des soins de qualité, mais quid des gestes dits “instinctifs”, ceux qui ne sont pas toujours réfléchis et pourtant bien présents ? Ceux qui nous permettent d'entrer en relation avec le patient ? D'apaiser l'anxiété ? Tenir la main de l'autre, poser une main sur l'épaule, passer sa main dans le dos, etc...

Il m'a semblé intéressant d'approfondir le sujet à travers des recherches documentaires et des entretiens semi-directifs avec des soignants en milieu hospitalier, la question principale étant : En quoi le toucher relationnel dans la relation infirmier-patient peut-il avoir un impact sur l'anxiété de la personne soignée dans un contexte de soin anxiogène ?

Le résultat est qu'il semble que le toucher relationnel ait un effet bénéfique sur l'anxiété des patients, même si ce n'est pas significatif.

L'étude a souligné l'importance du toucher relationnel comme composante fondamentale des soins relationnels, de son rôle essentiel dans l'établissement d'une alliance thérapeutique solide, favorisant ainsi une prise en soins globale et optimale, notamment dans un contexte hospitalier où les patients peuvent éprouver des niveaux élevés d'anxiété. Il a été mis en évidence que, malgré les défis pratiques auxquels sont confrontés les soignants dans l'intégration du toucher relationnel dans leur pratique infirmière quotidienne (tels que les contraintes de temps, la charge de travail élevée et les barrières organisationnelles), l'aspiration des soignants à offrir des soins respectueux, individualisés et empathiques demeure palpable.

KEY WORDS : *relational touch, anxiety, hospital setting, caring-care relationship, nursing practice*

MOTS CLÉS : *toucher relationnel, anxiété, milieu hospitalier, relation soignant-soigné, pratique infirmière*

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé
CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES – Année de formation : 2021-2024