

relation

Le toucher et les soins au corps, des compétences à développer en équipe

■ La relation au corps requiert un ajustement permanent entre la personne soignée, le soignant et l'équipe ■ Une organisation apprenante soutenant l'utilisation du toucher au cœur des soins favorise l'alliance thérapeutique avec le patient et la mise en œuvre interdisciplinaire de celui-ci.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – altération ; corps ; distance ; intentionnalité ; intrusion ; toucher ; relation

Touch and care, skills to develop in a team. The relationship with the body requires constant adjustment between the patient, the caregiver and the team. A learning organisation supporting the use of touch at the heart of care favours the therapeutic alliance with the patient and the interdisciplinary implementation of this approach.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – body; distance; impairment; intentionality; intrusion; relationship; touch

ÉVELYNE MALAQUIN-PAVAN

Cadre supérieur infirmier spécialiste clinique, direction des soins et activités paramédicales et médiateur non médical, référente paramédicale approches complémentaires, site Vaugirard, GH Hupo

Hôpitaux universitaires Paris-Ouest (Hupo), AP-HP, 10, rue Vaugelas, 75015 Paris, France

Lorsque le corps humain nécessite qu'un tiers y porte assistance, le réflexe naturel de protection s'exacerbe, lié à la peur du patient d'avoir mal lorsqu'il est touché comme à la crainte du proche ou du professionnel de provoquer une douleur en touchant ce corps meurtri. Se laisser toucher/oser toucher – même pour la réalisation d'un soin de confort ou nécessaire à la survie – nécessitent des ajustements réciproques au cœur d'une relation mêlant pudeur, intrusion dans l'intimité et intentionnalité perçue. Quel que soit le métier du soin, l'appropriation soignante des modalités opérantes du toucher favorise l'adaptation gestuelle personnalisée au patient, d'autant plus lorsque le soin réalisé s'effectue sur son corps dénudé. Entre principes communs et retours d'expériences, la dynamique de réflexion partagée permet d'agir collectivement pour prévenir l'anxiété préalable du patient comme toute source de douleur induite par le soin.

NÉCESSITÉ DU TOUCHER

La réalisation de la majorité des soins nécessite de toucher le corps du patient ; bon nombre d'entre eux s'effectuent notamment sur son corps partiellement ou totalement dénudé.

Quels que soient les facteurs ayant entraîné l'état corporel actuel, c'est avant tout vers la personne en tant que telle que l'intentionnalité soignante

est dirigée, transcrite en choix d'approches relationnelle, corporelle et tactile visant à prévenir toute douleur induite lors des soins réalisés sur son corps. Dans ce contexte, les obstacles côté patient (à se laisser toucher, à rejeter l'interaction avec violence ou passivité voire à refuser tout soin) comme côté professionnel (à oser toucher, à co-construire avec le patient et/ou un autre membre de l'équipe, à banaliser voire à tenter de fuir la réalisation dudit soin) se cristallisent de fait.

Pour les prévenir, l'organisation du soin, réfléchie en équipe pour rendre visible leur traduction opérante et spécifique, se fonde sur des préalables associant principes de bientraitance et d'éthique, modalités d'entrée en contact et recours au toucher comme vecteur contribuant tant au confort qu'à la participation active du patient lors de ses soins.

PRÉALABLES AU CONTACT TACTILE

La relation au corps s'appréhende selon différentes approches complémentaires entrelaçant des aspects existentiels, culturels, ethniques, générationnels, collectifs et individuels [1]. Pour l'individu, elle est en constante transformation tout au long de son avancée en âge. Dans le contexte des soins, les notions d'intimité, d'altération corporelle et de vécu intrusif sont au cœur de cette relation de corps à corps où s'intriquent

Adresse e-mail :
evelyne.malaquin-pavan@aphp.fr
(E. Malaquin-Pavan).

NOTES

¹L'intrusion se caractérise comme une action consentie ou subie, entraînant un inconfort ou un soulagement, selon la manière de conduire l'interaction et la production du geste de soin.

²Toucher au sens de gestes conduits et produits sur la peau, paumes à plat, mouvements enveloppants amples et répétitifs, alternant une pression et un rythme variés, à mains nues ou avec une crème/huile, qui prend l'aspect de ce qui communément pourrait ressembler à une caresse.

ENCADRÉ 1

Le toucher dans une dynamique d'apprentissage en équipe

Infirmières expérimentées, formées à différentes approches corporelles et à la prévention des douleurs induites par les soins, nous sommes sollicitées à la suite d'une réunion pluridisciplinaire pour organiser un soin en binôme dans l'objectif de contribuer à l'évaluation clinique de la situation ainsi que de transmettre les postures soignantes, notamment auprès de collègues plus novices ou moins familiarisées avec la prise en soins complexe de personnes âgées, comme le montre la situation de Mme R.

■ **Mme R., 79 ans, hospitalisée en unité gériatrique**, est une patiente polypathologique, atteinte de troubles cognitifs modérés, d'un déficit auditif bilatéral, présentant une rétraction des membres inférieurs et porteuse de plaies artériopathiques sévères aux pieds. Ce contexte clinique multifactoriel induit des douleurs lors des mobilisations et des réactions d'appréhension voire d'opposition de Mme R. lors des soins.

Le soin suivant est programmé en binôme avec le(s) collègue(s) de l'équipe référente et l'une d'entre nous :

- **avant le soin**, nous répondons aux interrogations des collègues, revoyons ensemble l'organisation matérielle du soin avant/pendant/après, tenant compte de l'administration des antalgiques (délai d'action optimale), réabordons l'importance d'être réellement présent pour la patiente, des modalités gestuelles/verbales de mise en confiance et d'invitation à la participation, d'anticipation du geste par la parole en parlant assez fort, de face, dans une tonalité rassurante. Nous définissons le "qui fait quoi" dans le binôme à suivre ;

- **au moment du soin**, tout en nous présentant face à Mme R., nous sommes vigilantes à notre ouverture corporelle "large" pour mieux signifier notre présence ; positionnées à sa hauteur, nous lui donnons quelques explications tout en tenant sa main en berceau, en la regardant, en mimant même certains gestes du soin à venir. Tout en observant son faciès, en anticipant le geste par la parole, nous débutons de manière précautionneuse les mobilisations : toucher proportionné invitant au lâcher-prise, mains posées en contact sécurisant sans une trop grande pression. Les soins se déroulent de manière confortable. Mme R. se sent rassurée quand elle serre la main de la personne qui l'accompagne. Nous avançons dans le déroulement de ses soins, à son rythme, en les adaptant à son état du moment, les interrompant ou les fractionnant si besoin (réfection partielle du pansement, toilette partielle plutôt que complète, etc.) ;

- **après le soin**, la mise en commun des observations et des résultats obtenus ainsi que la transmission écrite et orale permettent d'ajuster les modalités du prochain soin.

■ **Notre collaboration rapprochée** avec les médecins, les cadres, les rééducateurs, les aides-soignantes, les autres infirmières, comme le partage avec les étudiants, soutient cette dynamique d'apprentissage réciproque au service du confort physique et psychique des patients au corps souffrant.

Évelyne Saint-Marc, Valérie Viltart

Infirmières équipe transversale, site Vaugirard, GH Hupo, AP-HP

autonomie, pudeur, craintes, pouvoir, compétences et impuissance.

■ **La distance du geste du soin** est celle de la sphère intime (45 cm jusqu'au contact physique) [2], où les canaux sensoriels qui priment sont l'odorat et le toucher. Celui qui est touché réagit selon sa tolérance personnelle et l'engagement corporel des personnes en interaction (lui/le soignant). L'observation clinique guide le soignant pour transcrire l'intentionnalité du soin en approches relationnelle, corporelle et sensorielle dans l'exécution du geste, afin d'aider le patient à en décoder la nature. Lorsque la personne soignée souffre dans son corps, ne comprend pas ce qu'on lui dit, ne peut s'exprimer par des mots, quand ses stratégies d'adaptation sont sollicitées par le changement de milieu, les informations multiples, l'attente, etc., le toucher devient un précieux allié dès lors que le

soignant en cerne la nature [3]. Dans un contexte de crise, de vulnérabilité et d'hypervigilance, le toucher facilite le vécu des soins nécessaires au traitement de la maladie, la dépendance, à la recherche d'un meilleur niveau de confort facilitant la coopération.

■ **Le vécu intrusif du soin** est proportionnel à la qualité de l'approche et de sa répétition. S'introduire dans l'espace de l'autre suppose de comprendre ces phénomènes d'intrusion pour en prévenir le caractère indu¹. Le savoir-faire et le savoir être guident l'entrée en contact, l'ouverture ou le repli sur soi, l'invitation comme l'ingérence [4].

■ **L'altération corporelle** sollicite quatre sens (vue, ouïe, odorat, toucher). Elle nécessite l'engagement corporel volontaire du soignant : la réciprocité de l'adaptation verbale et gestuelle en dépend pour que, au-delà de la prise en compte de l'altération corporelle, la rencontre avec la personne

Le corps dans les soins

ENCADRE 2

Utilisation du toucher en psychomotricité, témoignage

■ Le toucher est au cœur du soin

psychomoteur. En tant que psychomotriciennes, nous cherchons à développer l'intégrité psychocorporelle du patient en touchant son corps dans ses trois dimensions organiques : l'enveloppe corporelle, la cuirasse musculaire [5]¹ et l'ossature :

- **toucher l'enveloppe corporelle.** Quand le patient présente des angoisses de morcellement avec un Moi-peau [6]² perforé (par exemple, du fait de la répétition de soins invasifs) ou que ses limites corporelles ne sont plus clairement définies (manque de stimulations, amputation, etc.), le toucher favorise son mieux-être psychocorporel. Nous lui proposons un toucher contenant, intensifiant la perception de l'enveloppe corporelle et le sentiment d'unité. Par un toucher attentionné, dispensé à mains nues pour transmettre la chaleur humaine, avec de la crème ou un objet médiateur (par exemple, un ballon dégonflé), nous accompagnons le patient dans le réinvestissement de son corps abîmé et sa renarcissisation ;
- **toucher la cuirasse musculaire.** Quand le patient utilise ses muscles comme "carapace" le protégeant contre les soins douloureux invasifs, la douleur chronique et/ou un trop plein d'émotions, il présente de manière réflexe un tonus élevé (crispations, hypertonie) restreignant les mobilisations dans les soins. Par un toucher pression (plus profond), par des vibrations et/ou des bercements, nous guidons le patient dans une recherche de détente et de régulation tonico-émotionnelle ;
- **toucher l'ossature.** Quand le patient a chuté, s'est fracturé un ou plusieurs os, a été accidenté et se retrouve immobilisé par un alitement prolongé, il peut perdre confiance en lui, dans son corps affaibli. Par des percussions, des palpations, des vibrations osseuses ou

des "repoussés plantaires", nous pouvons aider à redynamiser le patient, lui permettant de percevoir sa charpente osseuse sur laquelle il peut reprendre appui et retrouver une solidité interne, véritable sécurité de base.

■ Notre contribution s'inscrit dans la complémentarité des interventions des autres professionnels associés à sa prise en soins.

Ainsi, côté patient, en tant que psychomotriciennes, nous l'accompagnons par ces différents touchers dans les bouleversements de son schéma corporel (corps vécu) et de son image du corps (corps investi), afin de redonner du sens à ce vécu psychocorporel traumatisant.

Côté professionnel, notre expérience nous a appris à reconnaître l'importance de notre propre disponibilité psychocorporelle, impactées nous-mêmes tant par la réflexivité du toucher que par les regards échangés, le jeu des émotions et affects en interaction durant les séances. Le travail en équipe et l'analyse des pratiques sont de précieux supports pour conserver la juste distance.

Alice Baylot, Léa Simonnet

Psychomotriciennes DE, site Corentin-Celton,
GH Hupo, AP-HP

¹ La cuirasse musculaire : concept de Wilhelm Reich, pour qui le refoulement d'une émotion s'opère au moyen d'une rigidification des muscles. L'individu se crispe pour ne pas sentir des émotions trop fortes.

² Le Moi-peau : concept de Didier Anzieu, selon lequel la peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions. La peau est l'enveloppe du corps, tout comme le Moi tend à envelopper l'appareil psychique. Ainsi, les atteintes cutanées peuvent se répercuter au niveau psychique.

qui souffre soit possible... L'enjeu est aussi pour le soignant d'identifier puis de tenir compte de l'écho produit par ricochet sur lui-même : l'altération corporelle du patient confronte aux limites soignantes, conduisant parfois les professionnels à se faire violence pour exécuter le soin, voire au découragement, à la banalisation, source de mécanisation non consciente des gestes produits [7].

PRINCIPES D'ORGANISATION APPRENANTE

Pour pallier les obstacles rencontrés, une dynamique managériale porteuse d'organisation apprenante sait prendre en compte et faire vivre ces principes

du prendre soin. Savoir être touché par celui dont le corps s'altère, trouver la posture ajustée pour créer l'alliance thérapeutique mettant ce dernier en confiance pour qu'il puisse, à son tour, se laisser toucher... sont au cœur des défis du juste soin.

■ **Interrogée en équipe, la compréhension de cette implication sensorielle réciproque** comme celles des canaux non verbaux de communication, dont le toucher [8], guident la production du geste adapté à la personne au moment adéquat. Pouvoir nommer en équipe l'inconfort, l'impuissance voire la répulsion dans la réalisation d'un soin permet d'organiser le relais entre collègues, optimisant la préservation de la disponibilité relationnelle durant le prochain soin.

RÉFÉRENCES

- [1] Coll. La relation au corps. Soins. 2011;756:29-56.
- [2] Hall ET. La dimension cachée. Paris: Éd. Point Seuil; 1966.
- [3] Malaquin-Pavan E. Toucher et toucher-massage au service du soin gériatrique. In: Belmin J, Amalberti F, Béguin AM. L'infirmière et les soins aux personnes âgées. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2005. p. 298-307.
- [4] Coll. L'intrusion dans les situations de soins. Soins. 2015;794:21-56.
- [5] Reich W. L'analyse caractérielle. Paris: Payot; 1971.
- [6] Anzieu D. Le Moi-peau. Paris: Dunod; 1995.
- [7] Malaquin-Pavan E, Pierrot M. Altération corporelle et réciprocité sensorielle, savoir toucher et être touché. Soins. 2009;737:32-3.
- [8] Coll. Le toucher dans les soins. Soins. 2009;737:29-56.
- [9] Hirsch G, Ribadier A, Bois A et al. Points de vue croisés de professionnels du soin autour du toucher. Soins. 2009;737:34-6.
- [10] Fedor MC, Grousset S, Leyssene-Ouvrard C, Malaquin-Pavan E. Le toucher au cœur des soins. Soins. 2008;727:19-22.
- [11] Weiss SJ. The language of touch. Nurs Res. 1979;28(2):76-80.

*Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare être formatrice référente toucher à l'institut supérieur de soins infirmiers.*

L'évaluation clinique de la situation du patient comme l'identification des compétences disponibles dans l'équipe, notamment en matière d'approche corporelle par la posture et par le toucher, permettent d'envisager les modalités organisationnelles du soin. Approfondir ses habiletés d'approche corporelle, de posture, s'anticipe, s'organise et se transmet (*encadré 1*).

■ **Savoir partager en équipe pluridisciplinaire** la manière dont chaque métier de la santé ou de l'aide à vivre intègre le toucher dans sa pratique optimise tout autant la posture soignante que la possibilité collective de solliciter les ressources du patient lors des interactions soignantes. Pour exemples, les travaux d'analyse interdisciplinaire ayant conduit à la publication de ces regards croisés de soignants [9], à s'approprier l'utilisation d'une gestuelle soignante reproductible dans les domaines des soins infirmiers de base, techniques, éducatifs, relationnels [10] ou encore à décrire la nature des touchers dans un métier donné (*encadré 2*).

APPRÉHENDER LE LANGAGE DU TOUCHER EN ÉQUIPE

Au cœur de la relation de soin, lorsque les mains du soignant et le corps du soigné entrent en interaction, le langage du toucher² s'exprime en complément des composantes verbales et non verbales de la communication humaine. Rappelons que ce langage est associé à six composantes [11] dont il est intéressant de noter qu'elles fondent les consignes habituelles des diverses approches

psychocorporelles et/ou de techniques de massage :

- **la durée du toucher** entraîne une connaissance détaillée des frontières de son corps et une plus grande estime pour son apparence corporelle ;
- **la progression des mouvements** encourage une discrimination fine des représentations neurologiques du toucher lorsqu'elle est graduelle ;
- **l'intensité du toucher** est dépendante du degré de pression exercé sur la peau. La variation d'intensités procure une meilleure perception corporelle ;
- **la fréquence des touchers quotidiens** procure un sentiment de rapprochement avec autrui ainsi qu'une augmentation de l'habileté cognitive, affective et sexuelle ;
- **les parties du corps tou-**

chées sont à varier, en lien avec le seuil de sensibilité des différentes régions corporelles touchées ;

- **la perception du toucher** produit d'emblée confort ou inconfort, permettant à l'individu de percevoir les parties de son corps comme significatives si le contact tactile est agréable.

Ainsi, lors des soins, le regard, la posture corporelle, la manière d'entrer en contact tactile du soignant avec le corps comme de s'en séparer, d'associer un toucher enveloppant contenant, soutiennent la mobilisation des ressources de la personne soignée comme la satisfaction de l'équipe par le confort procuré et la coopération observée avec le patient comme avec les autres collègues.

CONCLUSION

Quel que soit le degré d'altération, tout contact avec le corps souffrant d'un patient devient un espace d'interactions tactiles permettant de transmettre une présence contenant et d'accueillir ce qui vient, à condition d'être intégré dans un processus proportionné et réfléchi en équipe pour en garantir le bien-fondé. S'autoriser le toucher dans les soins [8] permet d'entrer en contact différemment avec la personne soignée, de prévenir la douleur et la crainte du soin. Par-delà la technique, savoir tisser cette gestuelle relationnelle universelle sur le corps est partie intégrante du processus de soin à la personne, laissant nos mains traduire l'intentionnalité du prendre soin construite en équipe, malgré les limites et les obstacles rencontrés. ■

Les points à retenir

- **L'approche gestuelle et relationnelle du patient comme de son corps** est à l'initiative du soignant.
- **Vecteur de confort et de transmission de l'intentionnalité soignante**, le toucher favorise la participation active du patient lors de ses soins.
- **Les obstacles à l'utilisation du toucher** s'identifient en équipe pour favoriser la continuité des soins.
- **Une dynamique managériale d'organisation apprenante** soutient la mise en œuvre interdisciplinaire des principes d'approche corporelle bien traitante.