

Ecole d'Enseignement ET DE Promotion sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Secondaire supérieur de transition
Section : Aide-soignant

Les mains d'Elsa

"Au-delà de la manutention, toucher, fait-il partie des soins ?"

Travail réalisé par : *KOBISSA, Zalowonon Isabelle*
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant.

Année scolaire : 2018-2019

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	1
I – PARTIE CONTEXTUELLE	5
II – PARTIE CONCEPTUELLE	8
2.1 Traiter, soigner, quelle(s) différence(s) ?.....	9
Nature des soins	9
L’art infirmier.....	10
2.2 Soigner...Le premier art de la vie	11
L’ Antiquité	11
Le Moyen-âge	12
18ème siècle à aujourd’hui.....	13
Assistant de soins, le futur de l’aide-soignant ?.....	14
2.3 Nos sens.....	15
La peau et sa sensibilité.....	16
Le corps et les émotions	17
2.4 Le toucher, un moyen de communication.....	18
La relation d’aide	19
Distance thérapeutique et proxémie	19
La communication non verbale	21
2.5 Commentaires	21
III – PARTIE PRATIQUE	23
3.1 Intégrer le toucher de manière différente dans notre travail	23
Etude.....	24
Soins techniques et soins relationnels	25
Introduire le toucher de manières différentes peut-il nous aider dans notre travail ?	25
Les différents types de toucher.....	26
Le toucher technique	26
Le toucher relationnel.....	26
Le toucher devient déshumanisé	27
Le toucher déshumanisant	27
Le toucher communication.....	27
Le toucher-massage	28
Les effets sur le système cardiovasculaire	28

Les effets sur les systèmes lymphatique et immunitaire	28
Les effets sur les systèmes nerveux sympathique et parasymphatique	28
Bénéfices concrets pour les personnes soignées	29
Paramètres cliniques à observer	30
Cas d'interdiction et contre-indication du toucher-massage :.....	31
Petits gestes qui peuvent avoir de grands effets	31
3.2 – Accompagner les proches.....	33
La triade.....	33
Notre rôle auprès des proches	34
1) L'accueil des proches	34
2) Donner des informations tout en respectant le secret professionnel.....	34
3) Notre présence lors de moments difficiles.....	35
4) Education des proches dans la réalisation de soins	35
L'absence de geste	37
Absence de sens dans le geste	37
CONCLUSIONS GENERALES	39
Avons-nous répondu à notre question de départ ?	40
D'autres pistes à explorer	40
Mots de la fin.....	42
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	48
Annexe I : La cascade de responsabilité	I
Annexe II : EVA	II
Annexe III : Le test de Spielberg pour l'anxiété situationnelle.	III
Annexe IV : Supination et pronation	V

INTRODUCTION GENERALE

Pendant cette formation, il y a eu quelques moments difficiles que nous avons eu à traverser. Certains que nous pouvions voir arriver et d'autres qui nous ont totalement surpris. Cela n'a pas toujours été facile, mais l'envie de découvrir et comprendre ce qui se trouvait derrière ces moments de doutes et remises en question, ont été plus fortes.

Au cours des stages, nous sommes parfois confrontés à des conditions qui bousculent nos valeurs. Elles remettent en question l'image que nous avons du monde des soins, des soignants, ainsi que celle de notre future profession d'aide-soignant. La situation que nous allons décrire dans cette épreuve intégrée concerne un moment où nous avons réalisé que les soins n'ont pas la même définition pour tous les aides-soignants. Désorientée, c'est ce qui nous a poussé à réfléchir sur la question des soins. Que sont-ils ? D'où viennent-ils ?

En voulant répondre à ces questions, nous avons découvert l'histoire infirmière, l'ancêtre de notre profession. Nous nous sommes rendu compte que la relation par rapport au corps a changé au cours du temps. Cela a influencé notre attitude professionnelle et personnelle.

Nous touchons à longueur de journée les personnes soignées. Néanmoins, ce toucher s'arrête-il à la manipulation de ces corps ou entre-t-il plus profondément dans la relation soignant-soigné ?

Dans un premier temps, nous présenterons le contexte ainsi que les questions qui ont suivi et provoqué ce travail de recherche.

Ensuite, nous développerons le cadre conceptuel à travers les points suivants : les notions entourant les soins, l'histoire infirmière, le double sens du mot "toucher" et l'utilisation de nos sens comme outils de travail.

Puis, nous terminerons par la partie pratique, qui sera développée autour de deux axes qui sont : l'intégration d'un toucher différent dans notre travail et l'accompagnement des proches.

En ce qui concerne le titre de ce travail, il est emprunté à un poème de Louis Aragon. Bien que ce poème parle d'amour entre un homme et une femme, nous trouvons qu'il exprime parfaitement l'effet du toucher.

Nous pourrions remplacer les mains d'Elsa qui sont le sujet principal de ce poème, par les mains du soignant¹. Ces mains qui calment l'inquiétude, brise la solitude, ramènent à l'existence cette personne enfouie sous la souffrance.

Ce poème crie avec douceur l'influence que les mains peuvent provoquer dans le calme apaisant d'un langage sans parole.

¹ Toute proportion gardée.

Les mains d'Elsa

Donne-moi tes mains pour l'inquiétude

Donne-moi tes mains dont j'ai tant rêvé

Dont j'ai tant rêvé dans ma solitude

Donne-moi tes mains que je sois sauvé

Lorsque je les prends à mon pauvre piège

De paume et de peur de hâte et d'émoi

Lorsque je les prends comme une eau de neige

Qui fond de partout dans mes mains à moi

Sauras-tu jamais ce qui me traverse

Ce qui me bouleverse et qui m'envahit

Sauras-tu jamais ce qui me transperce

Ce que j'ai trahi quand j'ai tressailli

Ce que dit ainsi le profond langage

Ce parler muet de sens animaux

Sans bouche et sans yeux miroir sans image

Ce frémir d'aimer qui n'a pas de mots

Sauras-tu jamais ce que les doigts pensent

D'une proie entre eux un instant tenue

Sauras-tu jamais ce que leur silence

Un éclair aura connu d'inconnu

Donne-moi tes mains que mon cœur s'y forme

S'y fasse le monde au moins un moment

Donne-moi tes mains que mon âme y dorme

Que mon âme y dorme éternellement.

Extrait du *Fou d'Elsa* de Louis Aragon

I – PARTIE CONTEXTUELLE

Durant nos stages, certaines situations nous ont posé question, et nous ont donné matière à réfléchir. Souvent, elles avaient en commun le toucher, outil premier de notre profession.

La représentation que nous avons du toucher a été confrontée, parfois de manière violente, à celles des soignants que nous rencontrions. Parmi les situations que nous avons vécu, celle que nous retiendrons pour ce travail de fin d'études s'est déroulée durant notre dernier stage, effectué dans le service des soins palliatifs du CHwapi sur le site Union.

Un dimanche matin alors que nous allions renforcer l'équipe d'un autre service pour les toilettes, l'infirmière que nous accompagnions, a voulu nous préparer à ce que nous risquions d'entendre. Elle fut elle-même surprise que nous ne soyons pas au courant de la façon dont le personnel des soins palliatifs est perçu par les autres services.

Alors que nous faisons la dernière toilette, notre collègue restée seule avait téléphoné. Elle demandait que nous revenions car elle avait besoin d'aide.

Au moment de quitter le service, l'aide-soignante qui nous avait reçu nous a remercié pour notre aide. Ensuite, elle nous a fait part de son incompréhension. Elle ne comprenait pas pourquoi nous voulions et devions retourner si vite dans notre service suite à un appel de notre collègue. Elle s'exprima en ces mots : *"De toute façon, vous ne les réanimatez pas donc, pourquoi vous êtes pressées d'y retourner ?"*, *" Si vous vous ennuyez vous savez où venir ! "*. La phrase qui nous a vraiment fait remettre beaucoup de choses en question : *" Vous ne faites que tenir la main des gens !?"*.

Sincèrement, nous avons été secouée par ce que nous avons entendu. Nous n'arrivions pas à comprendre comment il était possible de réduire à ce point l'importance du travail de soignant et minimiser si simplement la fin de vie d'une personne. D'autant plus que cela venait d'une soignante elle-même. Il semblait que nous n'avions pas la même vision des soins.

De retour dans le service des soins palliatifs, nous ne pouvions nous empêcher de penser à cette phrase : *" Vous ne faites que tenir la main des gens !?"*. Ça nous a amené à nous souvenir d'un patient que nous avons accompagné au début de notre stage.

C'était notre deuxième jour dans le service, encadrée par une infirmière, nous nous préparions à faire une toilette complète au lit en binôme à Monsieur Topaaz Bhaiya², un patient de 63 ans. Cet homme était atteint d'une cirrhose³ autour de laquelle des comorbidités⁴ et complications se sont greffées. Tels que hématomésès⁵, varices œsophagiennes⁶, néo colique⁷, métastases⁸ au niveau du foie et du péritoine⁹, une hémicolectomie¹⁰, un ictère¹¹ très avancé et de plus, il portait des lunettes à oxygène ainsi qu'une sonde vésicale. Dénutri et affaibli par toutes ces pathologies, il n'avait plus les forces nécessaires pour se mouvoir.

A peine le haut du corps lavé par l'infirmière, celle-ci a dû s'absenter de la chambre en nous demandant d'attendre son retour pour continuer la toilette du patient¹². Avec Monsieur Topaaz nous étions nouveaux dans le service et cette disparition de l'infirmière était inattendue. Après avoir saisi son regard, nous lui avons demandé s'il serait d'accord que nous effectuions un effleurage des parties que l'infirmière avait déjà lavées. Comme ça, l'attente serait plus agréable. Il a accepté en faisant signe de la tête.

L'infirmière revenue, nous avons terminé la toilette et habillé Monsieur Topaaz.

Après quoi nous avons fait entrer l'une de ses sœurs dans la chambre.

Pendant le rangement du matériel, la sœur de Monsieur Topaaz nous a dit : "*Qu'est-ce qu'il a l'air bien, il est plus beau que tout à l'heure*". Monsieur Topaaz souriait, alors nous avons dit à sa sœur que pendant la toilette, Monsieur Topaaz avait été massé et qu'il a eu l'air d'apprécier. En nous retournant vers le patient et lui disant : "*N'est-ce pas Monsieur Topaaz ?*" Il a répondu avec un large sourire et quelques gentils mots. Sa sœur était soulagée de voir un certain

² Par devoir de discrétion et respect envers le patient, nous avons choisis un nom et prénom d'emprunt ayant une signification pour nous par rapport au patient que Monsieur était.

³ Cirrhose : maladie chronique du foie.

⁴ Les comorbidités sont des troubles, des conséquences directes ou indirectes de la première pathologie pour laquelle la personne soignée est suivie.

⁵ Hématémèse : vomissement de sang provenant du tube digestif.

⁶ Varices œsophagiennes : dilatation des veines inférieures de l'œsophage.

⁷ Néo diminutif de néoplasme qui est une tumeur cancéreuse. Néo colique est donc un cancer du côlon.

⁸ Métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

⁹ Le péritoine est une fine membrane qui tapisse la cavité abdomino-pelvienne et les viscères qu'elle contient.

¹⁰ La colectomie c'est quand une partie malade du gros intestin ou du côlon est enlevée. Si la moitié (droite ou gauche) est enlevée, c'est une hémicolectomie.

¹¹ L'ictère est une coloration jaunâtre de la peau et du blanc des yeux, des urines foncées, une décoloration des selles et un prurit parfois intense.

¹² Les toilettes se faisant souvent en binôme et Monsieur Topaaz ayant une carrure imposante, cela ne nous était pas possible de continuer seule.

apaisement sur son visage à la place de la douleur. Elle nous avait rebaptisé "la masseuse de Bhaiya¹³" et nous présentait de cette manière auprès de la famille.

Après être sortie de la chambre, avec l'infirmière qui nous encadrait ainsi que l'infirmière chef et le médecin responsable du service, nous avons discuté de ce qui s'était passé.

Elles ont bien accueilli notre initiative auprès du patient. Car d'après les transmissions que nous avons eues, Monsieur Topaaz semblait comprendre les conversations mais ne s'exprimait pas.

Au fil du temps, les forces manquaient à Monsieur Topaaz et la parole disparaissait.

La communication non verbale que nous avons mis en place dès le premier jour, a duré jusqu'au dernier jour de Monsieur Topaaz.

Toutes les expériences vécues auprès des personnes soignées¹⁴ et des soignants, ainsi que les connaissances que nous avons pu acquérir lors de recherches et de lectures professionnelles, nous ont amené à nous interroger de cette manière : Nos représentations du soin sont-elles fondées sur une part de réel ou est-ce une illusion à laquelle nous voulons nous accrocher ? Pourquoi le soin dans ce contexte n'en est pas un pour une autre aide-soignante ? Le toucher est-il important dans l'accompagnement auprès de la personne soignée ? La distance thérapeutique est-elle liée à la distance physique ? Quelle est notre perception du soin ? Qu'est-ce qu'un soin ? La manutention est un acte que nous effectuons plusieurs fois par jour en tant qu'aide-soignant mais au fond est-ce un soin ? Ces gestes, ce toucher que demande la manutention, doivent-ils être posés uniquement dans un but technique ?

Nous avons donc choisi la problématique suivante : "*Au-delà de la manutention, toucher, fait-il partie des soins ?*"

¹³ Prénom de son frère.

¹⁴ Patients, résidents, clients.

II – PARTIE CONCEPTUELLE

Un modèle conceptuel est une construction intellectuelle, scientifiquement acceptable, qui vise à expliquer les faits observés¹⁵ [...] et à orienter notre pratique professionnelle. C'est donc dans cette partie, que nous allons poser les cadres théoriques, liés aux observations de la problématique choisie : " Au-delà de la manutention, toucher, fait-il partie des soins ?"

Avant toute chose, l'art infirmier sera abordé. Ce qui permettra d'avoir les notions nécessaires pour pouvoir comprendre l'importance du soin et de tout ce qui le forme.

Ensuite, la différence entre les verbes "traiter" et "soigner" sera faite, avant de découvrir la nature des soins.

Puis, nous terminerons en présentant les moments importants qui ont créé la profession d'aide-soignant, profession qui dépend de celle de l'infirmière. Car c'est à la suite de l'évolution professionnelle de l'infirmière que nous sommes arrivés sur le terrain.

Brièvement et de manière simplifiée, l'histoire sera traversée pour identifier les passages marquants qui ont formé et sculpté le monde paramédical tel que nous le connaissons.

En deuxième lieu, nos sens seront mis à l'honneur avec une attention particulière accordée à la peau et au toucher.

Puis, nous découvrirons que le toucher permet de rencontrer une réalité qui peut être ressentie. Ensuite, nous clôturerons la partie conceptuelle avec la communication et ses différentes méthodes. La relation d'aide selon Carl Rogers sera approchée ainsi que la distance thérapeutique et la proxémie, des repères pour ne pas se perdre dans la relation soignant-soigné.

¹⁵ Que devient le savoir-être dans notre monde aux accents technologiques et scientifiques grandissants ?
Phaneuf M. <http://www.prendresoin.org/?p=3654>

2.1 Traiter, soigner, quelle(s) différence(s) ?

En anglais, *cure* désigne clairement l'action de guérir, traiter une maladie et *care* l'action de prendre soin. En français, les choses sont moins évidentes. La confusion est grande, car nous avons l'habitude d'utiliser le mot soigner tant pour parler de l'action de guérir que de celle de prendre soin. Ce qui a finalement changé complètement le sens du mot soigner mais en regardant à l'origine de ces deux mots, les choses sont claires.

Soigner : Du bas latin *soniare*, du francique *sunjôn*, veut dire "s'occuper de". Soigner à une dimension plus globale, large. Le soin prend en charge la personne dans son entièreté.

Traiter : Action de réparation. Il vient du latin *tractare*, qui signifie tirer, négocier. Il vise à combattre la maladie, cherche à l'arrêter. Traiter a une dimension plus restreinte, centrée et partielle. Le traitement ne traite que la maladie. D'ailleurs, cette action revient au médecin. Ne dit-on pas le médecin traitant ?

Suite à la problématique proposée dans la partie précédente, nous allons nous concentrer sur le *care*, c'est-à-dire l'action de prendre soin.

Dans son livre *Soigner...Le premier art de la vie*, Marie-Françoise Collière compare la pensée générale que nous avons des traitements à celle d'un jardinier. Elle explique que le jardinier prend continuellement soin de ses plantes et quand celles-ci sont malades il les traite. Pendant la durée du traitement, les soins sont encore plus présents car les plantes sont davantage fragilisées à ce moment-là. L'auteur avance que si l'idée est appliquée dans le milieu des soins, la place continue des soins et leur importance vitale seront mieux comprises. En résumé, pour M-F. Collière, soigner c'est accompagner, renforcer tout ce qui permet d'exister. Prendre soin de la vie pour permettre de traverser les passages importants¹⁶, sans pour autant que la personne soit malade.

Nature des soins

La nature des soins est différente des besoins. Le besoin est ce qui est "nécessaire" à une personne. La nature des soins oriente le type de soin à mettre en place ou à apporter pour atteindre l'objectif thérapeutique déterminé par la personne soignée et l'équipe soignante.

L'auteur les décrit en six groupes de soins¹⁷. L'ordre d'application de ces soins peut tout à fait changer en fonction de la situation de la personne soignée.

¹⁶ Exemples : naissance, sevrage, premier pas et premiers mots, entrée à l'école, puberté, premier travail, mariage, premier enfant, etc.

¹⁷ Collière M-F., *Soigner...Le premier art de la vie*, Editions Masson 2^{ème} édition, 2001, pp. 186-189

- Les soins de stimulation :
Ils sont centrés sur la stimulation des fonctions tels que respirer, téter, sentir, entendre, regarder, dans le but de développer les sens et les capacités motrices. Ils permettent aussi de retrouver des aptitudes diminuées ou temporairement perdues.
- Les soins de "confortation" :
Ces soins encouragent et renforcent le sentiment de compétence. Ils aident à renouveler et assimiler une expérience pour que la personne puisse l'acquérir, se l'approprier ou simplement la maintenir.
- Les soins d'entretien de la vie :
Ils maintiennent les capacités acquises et les renforcent pour éviter une régression de façon à faire face à la vie quotidienne tout en continuant de pouvoir manger, se laver, s'habiller, se déplacer, éliminer.
- Les soins du paraître :
Ces soins aident à construire et valoriser l'image de soi. Dans d'autres cas, à diminuer le changement de l'image du corps et la souffrance morale qui l'accompagne. Si ces soins ne sont pas assez présents, cela peut entraîner une mauvaise estime de soi.
- Les soins de compensation :
Ils visent à compenser ce qui n'est pas encore acquis, partiellement acquis ou plus acquis.
- Les soins d'apaisement :
Ces soins prennent souvent la forme de massage et sont appelés "*soins de relaxation*". Ils permettent de se détendre, libérer les tensions, apaiser les causes de perturbations. Soulager ou au moins atténuer la douleur et permettre de mieux supporter des moments difficiles et d'utiliser d'une meilleure façon ses propres ressources

L'art infirmier

Les soignants qui nous ont précédés, ont été invités d'une façon ou d'une autre à laisser l'art du soin aux mains d'autres personnes et/ ou aux profits d'actes techniques. Nous sommes de ce fait, devenus indirectement gardiens de cet art de prendre soin. Nommé aujourd'hui l'art infirmier. *"Le soin, au singulier, permet de rappeler qu'il s'agit – ou devrait s'agir – d'une œuvre de création à chaque fois unique qui concerne une personne dans la singularité de sa*

*situation de vie. C'est pour cela que la pratique soignante est un art et non pas une science.*¹⁸

Hesbeen attire ici notre attention sur l'importance de créer chaque soin de manière unique en l'adaptant à la personne soignée et à la situation qu'elle vit. Sans nous limiter à un modèle irremplaçable, à suivre que nous imposerions précipitamment comme une science exacte à appliquer. M-F. Collière, ajoute que la créativité est une compétence qui demande de rester conscient des progrès possibles et de l'épanouissement que nous pouvons créer avec les ressources qui existent.

Toutefois, si le soin est considéré comme une œuvre, elle n'est pas le fruit d'une personne mais de différents intervenants. Pour Hesbeen *"tel est le soin, une œuvre commune mais unique, un art dont le résultat pour une personne ne peut être que le fruit de la rencontre subtile entre des compétences diverses, toutes utiles à un moment plus ou moins long du processus entrepris"*¹⁹. En tant qu'aides-soignants, nous agissons avant et après l'intervention des médecins, infirmiers et tout autre professionnel de la santé. Etant le plus en contact avec la personne soignée, nous sommes l'un des maillons importants de la chaîne de soins. En connaissant la signification et l'application du prendre soin, nous pouvons adapter nos actions et ainsi avoir une influence positive sur l'impact du soin que l'équipe soignante a mis en place.

2.2 Soigner...Le premier art de la vie

Soigner a toujours fait partie de nos vies, peu importe le temps dans lequel nous vivons. Nous verrons à travers l'Antiquité, le Moyen-âge, et ce jusqu'à aujourd'hui, les grands moments qui ont influencé l'histoire des soins. Nous présenterons également ceux qui influenceront l'histoire, car nous aurons un bref aperçu des soins infirmiers du futur.

L'Antiquité

Dans son ouvrage intitulé *"Soigner...Le premier art de la vie"*, M-F. Collière, identifie la nécessité du soin depuis l'apparition de la vie, jusqu'au bout de celle-ci. Déclarant que *"Dès que la vie apparaît, les soins existent, car il faut "prendre soin de" la vie pour qu'elle puisse demeurer."*²⁰ Que cela soit envers le nouveau-né, le vieillard ou des objets²¹ tels que des lances ou le feu, le soin a toujours fait partie de nos vies dans le but de préserver nos jours.

¹⁸ Hesbeen, W., cité par Eyland I., *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins*. Education. Université Montpellier, 2017, p.60

¹⁹ Ibidem, p.59

²⁰ *Soigner...Le premier art de la vie*, Collière M-F., Editions Masson 2^{ème} édition, 2001, p.106

²¹ Non seulement les outils de chasse mais aussi des éléments de base comme le feu qu'il fallait garder allumer pour se réchauffer, cuisiner, s'éclairer ou éloigner les prédateurs.

Cet art du prendre soin a principalement été celui des femmes. Un exemple à cette époque, la *matrone*²². Les femmes devenues mères, étaient appelées matrones car elles transmettaient comme un secret, leurs expériences aux autres femmes en les accompagnant pendant cette période sacrée du devenir mère. Pendant le travail, elles leur laissaient une grande liberté de mouvements²³ ainsi que le choix de positions²⁴ pour l'accouchement. Car c'est la femme en travail qui ressent et sait ce qui est mieux pour son propre corps. La matrone est là pour l'aider, la rassurer, en résumé pour l'accompagner.

Comme vu au cours d'activités infirmières déléguées, "[...]depuis l'antiquité, les plantes sont utilisées pour soulager les souffrances ; sous forme de plantes médicinales. Ce sont les médicaments d'origine végétale." La connaissance empirique²⁵ s'étendait donc aussi dans le domaine de l'alimentation et des plantes médicinales.

Le Moyen-âge

L'Eglise, grand pouvoir de l'époque, s'est sentie menacée par un savoir jugé dangereux car détenu par des personnes illettrées et encore plus dérangeant : tenu par des femmes. Le pouvoir a minimisé, condamné puis étouffé ce savoir jusqu'à le faire disparaître. Pourtant, ce sont les "*observations [...] de ces femmes qui ont donné toutes les bases [...] de la médecine*²⁶, ainsi que le souligne et le rappelle M-F. Collière.

Au Moyen-âge, la maladie n'était plus perçue tel un passage à accompagner comme c'était le cas dans l'Antiquité. Mais elle est devenue une malédiction, une punition divine. Le corps qui, dans l'Antiquité, était un temple sacré dont nous prenions soin, est devenu quelque chose de honteux et repoussant qui contenait le mal.

Les femmes qui parcouraient ces rangées de lits occupés étaient des religieuses, des *repenties*²⁷ et des veuves. Cependant, il y avait aussi quelques hommes soignants qui pratiquaient auprès de leurs pairs²⁸ blessés lors de chasses ou de guerres.

²² Du latin *matrona*, dérivé de *mater*, mère.

²³ Bougeant, marchant, toujours avec ses mains autour de ses accompagnantes pour la soutenir. Tant physiquement que émotionnellement.

²⁴ Accroupie, à genoux, couchée, ou même assise sur les genoux d'une femme elle-même installée sur une chaise et la matrone accroupie devant la mère pour accueillir l'enfant. Les positions sont prises de manière intuitive par le corps, la femme n'est pas tenue dans une position statique imposée.

²⁵ Connaissance acquise par l'expérience.

²⁶ Collière M-F., *Soigner...Le premier art de la vie*, Editions Masson 2^{ème} édition, 2001, p.109.

²⁷ Anciennes prostituées.

²⁸ Puisqu'il était interdit aux femmes de toucher le corps d'un homme et même des bébés de sexe masculin.

18ème siècle à aujourd'hui

Les religieuses sont aidées par des garde-malades qui, en général, étaient de jeunes femmes célibataires ayant peu d'instruction car elles devaient être très disponibles et dociles.

La médecine a progressé, notamment grâce à Edward Jenner pour la première vaccination contre la variole, Louis Pasteur connu entre autres pour avoir mis au point un vaccin contre la rage mais aussi les pratiques d'hygiène et d'asepsie. Sans oublier Ignace Semmelweis ; cet obstétricien qui nous a fait prendre conscience des infections nosocomiales et l'importance du lavage des mains. Puis l'arrivée des antibiotiques avec la découverte hasardeuse de Alexander Fleming²⁹. Tout cela fera évoluer les choses. Les médecins ne peuvent plus se contenter de garde-malades et ont besoin d'un nombre plus grand de petites mains. Mains qui seront formées comme des instruments efficaces et indispensables pour manipuler ces corps malades.

Arrivent donc les premières infirmières formées.

La vision du corps change et devient plus rationnelle car il est désigné comme source d'infection et non plus comme un emballage fait de peau, contenant les punitions divines.

Pendant la première guerre mondiale, l'infirmière est contemplée, vue comme une héroïne dévouée et courageuse. Ce qui aidera à donner une meilleure image de sa profession. Pourtant l'infirmière³⁰ restera encore considérée comme un instrument au service du médecin en restant fidèle aux ordres de celui-ci.

Durant la seconde guerre mondiale, l'infirmière se détache du médecin de manière plus affirmée. Au rythme où la science et les techniques évoluent, le médecin veut se libérer de certaines tâches en les confiant à un bras droit compétent et formé : l'infirmière. L'hôpital devient alors un lieu où le soin sera de plus en plus technique. Il se retrouve donc obligé de créer et diversifier les professions, notamment pour combler les manques provoqués par la délégation de tâches. Car si les médecins ont transféré bon nombres d'actes aux infirmières, celles-ci se sont aussi déchargées de certaines de leurs attributions. Ce qui créa notre profession d'Aide-soignant.

²⁹ Cours d'Hygiène & Hygiène professionnelle - Vantomme P.

³⁰ Définition du métier d'infirmière donnée par l'Union des Femmes Françaises en 1920 : " Le rôle de l'infirmière est de servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin." <https://laboutiquedesinfirmieres.com/blogs/blog-des-infirmieres/l-histoire-des-infirmieres>

Comme le précise le profil professionnel de l'aide-soignant sur le site du [Réservoir](#), *L'aide-soignant est un professionnel de la santé spécifiquement formé en matière de soins, d'éducation et de logistique pour assister l'infirmière*. Depuis les années 1970 jusqu'à aujourd'hui, la formation d'aide-soignant est de plus en plus professionnalisée et réglementée.

Voici quelques dates concernant notre profession :

- Accord social du 01 mars 2000. La fonction aide-soignant est définie dans la Loi en matière de santé.
- Loi en matière de santé du 10 août 2001. Garantir un statut, une formation, une reconnaissance et un cadre légal à l'aide-soignant.
- Arrêtés royaux d'exécution du 12 janvier 2006 : fixant les modalités d'enregistrement de l'aide-soignant et fixant la liste des activités que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier(ère) et dans une équipe structurée.
- Clarifications de la liste d'actes (CTAI³¹, 2013)
- Enregistrement : compétence de la FWB³² (2014)

Assistant de soins, le futur de l'aide-soignant ?

L'évolution de notre profession ne compte pas s'arrêter au mois de mars 2019, où nous avons appris l'allongement de 150heures à notre formation.

Le vieillissement de la population, le nombre de maladies chroniques augmentant et ainsi que la hausse des besoins spécifiques de la population. Tous ces éléments ont amené le système de santé belge, à vouloir s'orienter vers une stratégie différente, dont voici deux fils conducteurs :

- Garantir la qualité des soins
- Augmenter l'accessibilité (financière et de proximité par exemple via les soins ambulatoires)

La révision de la loi sur les professions de santé, aura un effet de rebondissement sur chaque profession.³³Ce qui créera un nouveau modèle³⁴ évolutif de la nôtre, qui changera également de nom. Le terme aide-soignant, sera remplacé par celui d'assistant de soins.

Voici la définition proposée par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier :

³¹ Commission Technique de l'Art Infirmier.

³² Fédération Wallonie-Bruxelles

³³ Cf. **annexe 1**

³⁴ Le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur et le profil professionnel de l'assistant de soins se trouve ici <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfai-201701-avis-concernant-le-modele-de-fonctions-pour-les-soins-infirmiers-du-futur>

"Par assistant de soins, il faut entendre : « un praticien de l'art infirmier spécifiquement formé pour délivrer des soins infirmiers de base permettant de protéger, promouvoir ou optimiser la santé du patient/client, prévenir les maladies et les blessures et apaiser les souffrances.

En fonction de la situation de soins, l'assistant de soins assume les soins de manière autonome (soins infirmiers de base) ou sous la supervision de l'infirmier (soins infirmiers complexes).

L'infirmier détermine, après une évaluation de l'état de santé du patient et de ses besoins en soins, si la situation de soins requière des soins infirmiers de base ou des soins infirmiers complexes. »

L'assistant de soins est l'évolution de l'aide-soignant actuel, tant en ce qui concerne la formation, les compétences que la liste des prestations techniques de l'art infirmier pouvant être effectuées, à ce jour, par l'aide-soignant." C'est pour cette raison que Madame la Ministre Maggie De block, a déclaré³⁵ en date du 16 mars 2019, souhaiter compléter notre formation de 150 heures³⁶.

Actuellement, les actes infirmiers que nous pouvons exécuter de manière déléguées sont limitées. Notre futur profil professionnel étendant davantage nos compétences, ces heures de formation complémentaires ne sont qu'un début à notre transformation³⁷. Ceci afin que la transition³⁸ et l'évolution de notre profession, se fassent avec les compétences adéquates et requises.

2.3 Nos sens

Après avoir parcouru notre histoire professionnelle, abordons quelques outils utiles à cette profession, les sens.

Bien que le sens du toucher est en quelque sorte le centre de ce travail, les autres sens y ont aussi leur place. Chacun d'eux joue un rôle important en nous aidant à percevoir le monde qui nous entoure. D'ailleurs il semble que chacun d'eux soit lié en quelque sorte au toucher. Montagu écrivait que *[..] tous les sens sont d'une manière ou d'une autre des récepteurs*

³⁵ L'aide-soignant pourra bientôt prodiguer davantage de soins aux patients. Article issu du site de Madame la Ministre Maggie De Block <https://www.maggiedeblock.be/fr/laide-soignant-pourra-bientot-prodiguer-davantage-de-soins-aux-patient/>

³⁶ Les nouveaux actes délégués qui pourront être confiés aux aides-soignants, après la formation complémentaire. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/mars.2019_faq_aides-soignants.pdf

³⁷ Pour avoir des détails sur la futur formation https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2018-01_-_assistant_de_soins_18-02-06.pdf

³⁸ Avis concernant les mesures transitoires du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2018-05_-_assistant_de_soins_mesures_transitoires-passerelle_18-06-12_1.pdf

cutanés. On peut dire que les yeux, les oreilles, le nez et bien sûr la langue commencent par "sentir" avant de voir, entendre, sentir ou goûter.³⁹ En fait nous avons cinq sens et chacun d'eux à son organe respectif mais aussi son propre moyen de perception tactile. Ce qui revient à dire que d'une certaine façon tous les sens sont des récepteurs cutanés.

- Le sens du goût se perçoit par les papilles de la bouche.
- L'ouïe se perçoit par les vibrations du tympan.
- Le sens olfactif se perçoit par la muqueuse nasale.
- La vue est perçue par la lumière qui passe à travers la pupille (bien que la vue soit le seul sens à être directement connecté au cerveau et donc traite l'information directement).
- Le toucher est perçu par les récepteurs cutanés.

La peau et sa sensibilité

Bien que l'une des fonctions principales de la peau soit de nous protéger de l'extérieur, elle reste très sensible. Riche en terminaisons nerveuses, et encore plus au niveau du bout des doigts. Ces terminaisons possèdent différents types de récepteurs, qui envoient les informations vers le cerveau. Ce sont les aires sensorielles qui gèrent l'information. Chaque partie du corps a son aire qui est composée de deux parties. Une aire primaire qui réceptionne l'information et une aire secondaire qui interprète le message.

Ces informations sont traitées en fonction des perceptions ressenties : la douleur, la température, la proprioception⁴⁰ et la perception tactile. Le corps réagira donc par rapport aux informations que le cerveau réceptionnera. Il est intéressant de souligner que la perception tactile ne traite pas uniquement les informations reçues quand quelque chose de visible touche notre corps. Car le son en faisant vibrer le tympan a le même effet sur la peau, qu'un toucher.

En effet, en se basant sur les études menées par Mirkin, de l'Institut de physiologie Pavlov à Leningrad, Montagu rapporte qu'[...] *il existe une relation entre le toucher et le son beaucoup plus profonde que nous n'en avons en général conscience. La sensibilité de la peau est telle qu'elle réagit aux ondes sonores autant qu'aux pressions physiques.*⁴¹ C'est d'ailleurs ce qu'a démontré la professeur Psyche Loui et son collègue Luke Harrison, dans l'article *Quand la*

³⁹ Montagu A., La peau et le toucher : Un premier langage, Seuil, 1979, p.148

⁴⁰ C'est la perception du corps, de la position des différentes parties du corps. *C'est une perception à laquelle nous recourons fréquemment sans savoir qu'elle existe. Plus facilement démontrée qu'expliquée, la proprioception est la perception « inconsciente » de l'endroit où se trouvent les différentes parties du corps, et ce à chaque instant. La proprioception de la peau participe avec l'oreille et les yeux à l'équilibre.* Cours d'anatomophysiologie - Vantomme P., chapitre VI : l'appareil sensoriel, p.3

⁴¹ Montagu A., La peau et le toucher : Un premier langage, Seuil, 1979, p.176

*musique procure des orgasmes*⁴². Ils expliquent qu'il est possible de vivre un orgasme de la peau, un frisson musical. Ce qui démontre que notre corps peut être aussi intimement touché sans qu'il n'y ait contact physique. Un simple mot murmuré à l'oreille peut donner des frissons de plaisir ou de peur. La peau a donc le pouvoir de renforcer le plaisir ou le déplaisir ressenti.

Le corps et les émotions

Le corps n'a pas seulement un rôle fonctionnel, mais il est également le berceau de nos émotions. Le toucher est essentiel pour un équilibre émotionnel et physique dès les premiers instants de notre vie.

Quel lien peut-il bien y avoir entre les émotions et le toucher ?

Il existe plusieurs théories qui traitent de nos émotions, mais ici celle de Schachter S. sera retenue⁴³, appelée la théorie de l'identification cognitive. Le psychologue affirme que les émotions naissent grâce à l'assemblage entre une réaction de notre corps, de notre pensée(mémoire) et l'évaluation de la situation (son contexte). Ce qui peut expliquer pourquoi parfois les mots peuvent blesser autant que les coups ou être aussi doux et agréables qu'une caresse. D'ailleurs, c'est en faisant le lien entre nos ressentis physique, notre pensée et le contexte dans lequel nous sommes que la voix peut devenir également un substitut au contact.

Comme lu un peu plus haut, la vibration du son a autant de pouvoir que le toucher. Associée à notre pensée, nos souvenirs et le contexte dans lequel nous sommes, peut provoquer une émotion aussi vive qu'un toucher. D'ailleurs, un simple regard peut avoir le même impact. Le regard est une autre façon de toucher et de se sentir exister. En touchant un corps, notre corps est en même temps touché et nous nous sentons exister. En accrochant un regard, nous sommes regardés et nous existons à travers ce regard.

Dans la maladie, le regard de l'autre a une grande influence dans l'équilibre de l'image corporelle. Selon Psychomédia, *l'image corporelle inclut la perception qu'une personne a de son corps, la perception qu'elle croit que les autres en ont, ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son corps et comment elle se sent dans son corps*⁴⁴. C'est justement dans ce regard (qu'il soit celui des proches ou d'un soignant), que la personne soignée cherchera le reflet de son

⁴²Quand la musique procure des orgasmes <https://www.francemusique.fr/musique-classique/quand-la-musique-procure-des-orgasmes-1416>

⁴³ Cours de méthodologie relationnelle – Lallemand J-F, pp.21-25

⁴⁴ <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/image-corporelle>

changement physique, provoqué par la maladie. Cette évolution peut aussi troubler ou impressionner les proches. Cela se ressentira dans leurs gestes et/ou paroles. Dans ces conditions, leur relation risque d'en être affectée.

Le regard que la personne porte sur elle-même est tout aussi important que les regards reçus car il peut avoir une influence, non seulement sur son image corporelle mais aussi sur le ressenti de ce corps. Pensons par exemple à la personne souffrant de paralysie : il est essentiel qu'elle puisse prendre conscience de sa capacité à ressentir au-delà de la "zone non paralysée"⁴⁵. Son corps et ses sensations sont toujours vivantes au-delà de la zone touchée par la paralysie. Il faut alors l'accompagner à se redécouvrir et explorer de nouvelles zones de bien-être grâce aux sensations qu'elle apprivoisera petit à petit. Les plaisirs qui existaient avant la paralysie ne peuvent pas être remplacés. Le plaisir se déplace dans un endroit du corps peu touché ou touché différemment jusqu'alors et peu à peu s'installe. Le fait d'apprendre à connaître le schéma de ce corps inconnu l'aidera à se sentir à nouveau comme une personne dans toute sa globalité et non accepter de n'être qu'un corps abîmé.

La personne soignée peut aussi refuser ce corps qui ne semble plus être le sien. [...] « *ce corps malade, ce n'est pas moi !* » *Ce corps que l'on avait oublié ou presque, est réapparu malade et souffrant et on l'affirme alors étranger à soi, infidèle et même ennemi par trahison.*"⁴⁶ Au fond, que la personne soignée ne se voit qu'à travers sa pathologie ou au contraire rejette son corps transformé, l'image corporelle s'en retrouvera affectée. L'importance du regard, de l'accompagnement du soignant jouera donc un rôle important dans la traversée de cette étape de transformation qui est comparable à un deuil. Deuil du corps que la personne avait avant la maladie.

2.4 Le toucher, un moyen de communication

D'après le profil de l'aide-soignant présent sur le site du Réservoir⁴⁷, la communication est la première tâche qui nous est confiée. Pour établir une relation humaine et professionnelle avec la personne soignée et son entourage ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe, nous devons savoir communiquer.

⁴⁵ Hamon Mekki F., Faire découvrir de nouvelles sensations corporelles aux personnes blessées médullaires, in Soins, n°737, juillet-août 2009, p.41.

⁴⁶ Vantomme P., *Le « corps à corps » soignant-soigné*, Essai, 1991, p.13

⁴⁷ Profil professionnel de l'aide-soignante

<http://www.lereservoir.eu/TEXTES%20LEGAUX/PROFIL%20AS.pdf>

Étymologiquement, le terme communication vient du latin *communicare* qui signifie "mettre en commun". " *Bien communiquer, c'est faire passer un message à l'aide d'un langage choisi et permettre de maintenir l'échange avec la personne.* "⁴⁸ Comme il est écrit dans le cours de communication appliquée, il y a du choix dans les moyens d'expression et il est important de pouvoir les connaître et les adapter. La communication est comme un fil que deux personnes doivent garder tendu. Si nous sommes trop proches, le fil se détend et si nous sommes trop éloignées il risque de se casser. C'est pour quoi nous devons tout le temps nous ajuster à l'autre. En fonction de sa position, du langage⁴⁹ que la personne utilisera, nous devons nous adapter pour maintenir la communication.

La relation d'aide

Dans notre travail, nous sommes amenés à créer des liens avec les personnes dont nous nous occupons. C'est pourquoi la communication est importante. Une communication adéquate permet de créer une relation appropriée. Cette relation qui doit être mise en place s'appelle la relation d'aide. Carl Rogers, définit la relation d'aide comme " *la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation.* " ⁵⁰L'un de nos rôles est de promouvoir l'autonomie du patient, donc d'inviter la personne soignée à utiliser ses propres ressources, lui permettre, même dans la difficulté, de garder son autonomie.

L'approche centrée sur la personne repose sur ces fondements :

- L'authenticité : "*C'est être profondément soi-même dans le comportement verbal comme dans le non verbal et dans une relation humaine pleine de sincérité.*"⁵¹
- Le non-jugement : accepter et respecter la personne telle qu'elle est.
- L'empathie : C'est reconnaître et comprendre les émotions et sentiments d'une autre personne "comme si" nous étions à sa place. Être assez proche pour comprendre la situation et l'aider, tout en gardant une certaine distance de sécurité pour ne pas glisser dans ses souffrances.

Distance thérapeutique et proxémie

Quelle est la distance nécessaire pour ne pas se perdre dans la relation avec la personne aidée ?

⁴⁸ Cours de communication appliquée – Père Y.

⁴⁹ Langage du corps ou de la voix.

⁵⁰ https://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide

⁵¹ Cours de communication appliquée – Père Y.

La distance d'après le dictionnaire Larousse est *un intervalle, un espace entre deux personnes ou plusieurs personnes*. Le terme thérapeutique lui désigne *une partie de la médecine qui s'attache à guérir et à soulager les malades*.

La distance thérapeutique est donc un espace dont le but est de soulager le malade.

Comment savoir à quelle distance se positionner ? C'est là que la notion de proxémie intervient. La proxémie est l'étude des distances physiques entre deux personnes. Ces distances dépendent de notre culture, du lieu où nous sommes, de notre activité et de notre état d'esprit. Comme elle fait partie de la communication, la proxémie demande une adaptation continue pour que le message atteigne son destinataire.

Néanmoins, l'anthropologue Edward Twitchell HALL qui est à l'origine de cette approche, distingue quatre zones de distances :

- La distance intime (entre 0 et 45 cm) : l'entrer dans cette sphère, nous met au plus près du corps de l'autre, de sa chaleur, de son odeur. Les contacts physiques sont plus présents et les mots peu nombreux au profit du non verbal. Les échanges émotionnels et sensoriels sont plus nombreux et facilités.
- La distance personnelle (entre 45 et 120 cm) : cette distance est utilisée pour se retirer des autres pendant une conversation particulière. Le verbal prend plus de place et le contact avec le corps de l'autre est diminué.
- La distance sociale (entre 120 et 360 cm) : c'est souvent celle utilisée lors d'échanges avec des amis et collègues de travail. Le contact corporel est bref et les détails visuels du visage sont perçus avec moins de précision.
- La distance publique (au-delà de 360 cm) : la réaction de l'autre n'est pas forcément recherchée et le contact corporel n'intervient plus. C'est une distance utilisée lorsque nous parlons à un groupe.

La communication non verbale

D'après les distances décrites par E.T HALL, notre profession nous place souvent dans la sphère intime de la personne soignée. C'est la distance qui utilise le plus le non verbal.

Nous savons que l'affaiblissement et l'altération du corps peuvent entraîner l'abandon progressif des mots au profit du langage corporel. Le langage non verbal est dans ce cas important à connaître et à appliquer.

Selon Ayala Borghini, " [...] la manière dont on va être perçu comme individu, ça se joue dans la manière même dont on va s'approcher, rencontrer l'autre. "⁵² Avant même de prononcer un mot, notre approche corporelle envoie des messages, qui vont avoir un impact sur la relation. D'ailleurs d'après Mehrabian, 93%⁵³ de notre communication orale est non verbale. Un regard, un sourire, un toucher, tous ces gestes sont des moyens de communication qui parlent pour nous sans un mot.

2.5 Commentaires

Marie-Françoise Collière a offert à travers le partage de l'histoire une vision plus large du domaine du soin, leurs sens premiers et étymologiques. De l'histoire, des faits et des possibilités à explorer.

Quant à Montagu, il a rappelé la nécessité physiologique et psychologique du toucher pour la construction de toute personne. Il a également démontré que même sans être touchée de manière tactile, la peau pouvait réagir.

Ensuite, partant de ce toucher intouchable, les recherches se sont dirigées vers la sphère émotionnelle. La théorie de l'identification cognitive de Schachter est apparue comme étant la plus adéquate des théories sur les émotions. Car elle prend en compte trois aspects qui permettent de nuancer et colorer les émotions.

Il était important aussi de faire ressortir la relation d'aide. Notre première mission en tant qu'aide-soignant est d'établir un lien humain et professionnel. La relation soignant-soigné, pour qu'elle soit juste, demande une approche centrée sur la personne. Créer un lien humain et professionnel en étant ni trop proche, ni trop distant n'est pas facile. C'est là que E.T. HALL, donne certaines indications à utiliser pour qu'un ajustement en fonction des personnes et

⁵² Le bébé apprend son corps par le toucher de son parent <http://www.yapaka.be/video/video-le-bebe-apprend-son-corps-par-le-toucher-de-son-parent>

⁵³ 38% de l'information passe par le ton et le son de la voix, 55% par l'expression de notre visage et les mouvements de notre corps, ce qui fait 93%. Les 7% restant sont la signification et le sens que nous donnons au mots. *Communication orale : « la règle des 3V » de Mehrabian* <http://ere-libre.com/communication-orale-regle-3-v-mehrabian/>

circonstances rencontrées soit fait. Car dans la société telle qu'elle est actuellement, l'aspect "diversité" doit être pris en compte dans les relations et dans les soins.

Les aides-soignants travaillent principalement avec leur corps et celui des autres, en évoluant le plus souvent dans la zone intime. Cette zone utilise plus que les autres la communication non verbale qui est un des langages utilisés et analysés lors d'observations. L'observation qui est d'ailleurs l'un des mots les plus importants dans notre profession car elle permet d'obtenir et transmettre des données objectives⁵⁴ ou subjectives. Données qui seront utiles pour une prise en charge adaptée et évolutive de la personne soignée.

Notre profession étant de nature tactile, cela nous amène à utiliser ce sens à double sens de deux manières : d'une part pour une approche physique, et de l'autre plus psychologique.

Toute communication, qu'elle soit verbale ou non verbale passe par le toucher. Le toucher est un élément central dans la création du lien soignant-soigné. D'où l'importance qu'il soit approprié et bien placé, ce que nous tenterons de visualiser au chapitre suivant.

⁵⁴ *Les données objectives sont mesurables, elles ont un début et une fin. Nous pouvons les compter et les observer car elles sont perçues par l'un de nos cinq sens (vue, ouïe, odorat, gout, toucher). Les données subjectives sont nos interprétations personnelles, nous ne pouvons pas les vérifier car elles sont liées au ressenti, aux expériences et au vécu de chacun.* Cours de psychologie appliquée aux métiers de l'aide et des soins aux personnes, Lallemand J-F., chap. III : Aperçu de quelques méthodes relationnelles : L'observation. P.13.

III – PARTIE PRATIQUE

La partie conceptuelle a en quelque sorte donné du sens à une pratique de soins, ce chapitre-ci présentera les aspects pratiques de ce sens.

Que peut faire un aide-soignant pour que le toucher fasse partie intégrante de la relation soignant-soigné ?

Pour répondre en partie⁵⁵ à cette question, des pistes seront proposées et divisées en deux éléments.

Celles-ci peuvent être applicables aussi bien dans les structures collectives et hospitalières qu'à domicile. Il convient toutefois de s'adapter, en respectant les principes déontologiques et éthiques de l'établissement.

Premièrement, les différents types de toucher dans notre travail seront abordés et trois en particulier seront développés.

Le second volet concernera l'accompagnement des proches, thème qui paraît parfois négligeable ou négligé. Pourtant, il a aussi son importance et peut avoir également des répercussions sur la personne soignée.

3.1 Intégrer le toucher de manière différente dans notre travail

"85% des soins infirmiers nécessitent le toucher pour être effectués."⁵⁶ Ce sens est donc très présent dans notre travail, mais il est souvent vu comme un simple outil pour la manutention. Les gestes qui constituent la manutention tout comme ceux qui composent la toilette sont souvent jugés ingrats. Pour Malet D. et Benchekroun T-H [...] *la manutention devrait être considérée comme un soin.* [...] tout comme la toilette en fait partie.

Notamment parce que ce sont des gestes essentiels dans la prise en charge d'une personne dont les moyens physiques et/ou cognitifs ont diminué l'autonomie.

Ce que nous essayons d'éclaircir dans l'ensemble de cette épreuve intégrée, n'est pas seulement le fondement des soins mais également leurs effets et la qualité de ceux-ci.

De plus pour Malet D. et Benchekroun T-H., [...] *un soin de qualité doit répondre à trois critères. Tout d'abord, l'objectif du soin doit être atteint pour aboutir à une réalisation efficace*

⁵⁵ Il existe encore d'autres pistes que celles proposées car il y a autant de possibilité que de personnes à rencontrer.

⁵⁶ Delalieux P. et al., cités par Bonneton-Tabarès. F., Lambert-Libert A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3^e édition, Med-Line Editions, 2013, p.71

de la tâche prescrite. Ensuite, il doit se dérouler dans un souci de confort pour le patient et enfin il doit instaurer une relation de qualité [...] ⁵⁷.

Dans les chapitres précédents, le toucher a été décrit comme ayant un impact direct sur la relation et la confiance de la personne soignée. Le toucher utilisé lors de la manutention peut donc être un élément important. Non seulement pour construire, renforcer la relation d'aide et la confiance de la personne soignée envers le soignant, mais également envers elle-même.

Ce qui lui permettra d'être plus autonome et de collaborer davantage dans son projet de soins.

Il existe des façons différentes de toucher que nous pouvons améliorer.

Bonneton-Tabariès et Lambert-Libert identifient dans leur livre⁵⁸ cinq types de toucher. Ils peuvent parfois s'associer l'un à l'autre.

Il s'agit du toucher technique, toucher relationnel, toucher déshumanisé et déshumanisant, du toucher communication ou communication non verbale et du toucher-massage. Pour rester en lien avec le contexte qui a permis l'écriture de cette épreuve intégrée, nous allons nous concentrer sur trois touchers en particulier.

Avant de les développer, une différence entre les soins techniques et les soins relationnels sera faite.

D'abord, découvrons les résultats d'une étude réalisée dont le but était de mesurer l'impact de la pratique du toucher dans les soins. Les chercheurs ont voulu en particulier mesurer les répercussions ressentis par le patient, lors d'actes de soins potentiellement douloureux ou angoissants.

Étude⁵⁹

Le but était d'identifier les circonstances de soins dans lesquelles le toucher est le plus bénéfique, afin de pouvoir formuler des recommandations pour une meilleure pratique.

Les outils d'évaluation qui ont été utilisés sont l'Echelle Visuelle Analogique⁶⁰ pour la douleur et le test de Spielberg⁶¹ pour l'anxiété situationnelle. Les huit situations de soins retenus pour cette étude étaient la toilette, la recherche d'un meilleur sommeil, avant un examen

⁵⁷ Malet D. et Benchekroun T-H., *Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants*, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [Online], 14-1 | 2012 <https://journals.openedition.org/pistes/834?lang=fr>

⁵⁸ Bonneton-Tabarès. F., Lambert-Libert A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3^e édition, Med-Line Éditions, 2013, p.75

⁵⁹ L'étude est consultable sur ce lien <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/97/85.pdf>

⁶⁰ Cf. **annexe 2**

⁶¹ Cf. **annexe 3**

invasif,⁶² pendant les soins de pansement, la recherche de bien-être, le lever, la prise de sang et la pose de voie veineuse.⁶³

Les résultats de cette étude montrent que dans sept situations sur les huit évaluées, le toucher a un effet positif soit sur la douleur, soit sur l'anxiété, voir même les deux.

D'après cette étude, le toucher semble être un outil supplémentaire dans les mains du soignant. Outil qui pourrait améliorer la qualité des soins et la prise en charge de la personne soignée.

Soins techniques et soins relationnels

Comme leurs noms l'indiquent, les soins techniques demandent d'effectuer des gestes bien précis. Allant des soins de stomies cicatrisées à la réfection de lit, en passant par les soins d'hygiène.

Les soins relationnels ne sont pas aussi évidents à définir. Nous pourrions dire que c'est la manière dont les actes sont effectués. Ce sont des soins qui demandent d'être investis dans une relation de confiance avec la personne soignée.

Finalement, l'un ne va pas sans l'autre. C'est en quelque sorte ce qu'explique Hervé Menaut : *"Les soins techniques ont une dimension relationnelle, les soins relationnels ont une dimension technique."*⁶⁴ Donc, il y a une base plus technique dans l'un et une base plus relationnelle dans l'autre mais l'un ne va pas sans l'autre.

Introduire le toucher de manières différentes peut-il nous aider dans notre travail ?

En regardant attentivement la liste des tâches décrites dans le profil de l'aide-soignant⁶⁵, le toucher est un outil qui permet de répondre à la quasi-totalité de ces rôles et peut même les faciliter. Voici d'autres exemples qui s'ajoutent à ceux cités précédemment :

- Créer, maintenir ou renforcer le lien, la communication avec la personne soignée notamment pendant une période d'isolement⁶⁶
- Compléter en douceur les soins d'hygiène
- Faciliter la réalisation des soins effectués, seule ou en binômes
- Calmer les angoisses, peurs et douleurs

⁶² Un acte médical invasif est un acte qui impose l'effraction de la peau ou des muqueuses.

⁶³ La pose d'une voie veineuse périphérique, c'est quand un cathéter est introduit dans une veine pour permettre l'administration de solutés quand la voie orale n'est pas possible.

⁶⁴ Les soins relationnels existent-ils ? <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm?contenu=article>

⁶⁵ <http://www.lereservoir.eu/TEXTES%20LEGAUX/PROFIL%20AS.pdf>

⁶⁶ Isolement dans le sens de créer un moment particulier avec une personne hors d'un groupe, mais également lorsqu'il s'agit d'isolement infectieux.

- Evaluer, prévenir ou soulager la douleur
- Percevoir ses limites et capacités en tant que soignant dans une distance intime
- Etc.

Les différents types de toucher

Précédemment, différents types de toucher ont été évoqués. Ceux-ci seront adaptés en fonction des soins à appliquer.

Le toucher technique

C'est le toucher qui est appris en formation et qui est utilisé pour les soins courants, souvent de manière rapide et technique. Ils demandent parfois une installation particulière de la personne soignée et généralement il s'effectue sur une zone précise du corps.

Exemple de situation et amélioration proposée : lorsque nous devons aider l'infirmière à la mobilisation de la personne soignée pour un soin précis. Les prises en supination⁶⁷ sont préférables à celles en pronation⁶⁸ afin que la personne soignée se sente accompagnée dans les gestes. Comme il est suggéré dans le livre *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, « [...] *quel que soit le soin que vous êtes en train de réaliser, le patient doit se sentir « porté » et non « attrapé ».* Ce geste le met en confiance [...] Lui qui se sent si vulnérable, [...] est rassuré lorsqu'il est maintenu avec fermeté, mais surtout sans douleur⁶⁹. » Cela évitera à la personne soignée d'avoir l'impression que son corps est dirigé par des mains étrangères et aussi de ressentir les gestes comme une aide plutôt qu'une agression.

Le toucher relationnel

Ce toucher relie la technique à un toucher plus présent et demande aussi une certaine attitude vis-à-vis de la personne soignée. Ce toucher permet de vivre plus sereinement les moments où la personne soignée se retrouve dans une position délicate qui la rend stressée ou mal à l'aise. Exemple de situation et amélioration proposée : pendant la toilette, la personne soignée se met à nu dans tous les sens du terme. Cela peut provoquer un sentiment d'humiliation ou la faire se sentir infantilisée car ce sont des gestes qu'elle était seule à effectuer en toute intimité. Utiliser

⁶⁷ La supination est la position qui correspond à la main ouverte, paume vers le haut. Position utilisée notamment pour sortir un bébé de son berceau. Cf. **annexe 4**.

⁶⁸ La pronation est la position de la main ouverte paume vers le bas. Cette position se transforme en pince de crabe si elle est utilisée pour déplacer un membre. Cf. **annexe 4**.

⁶⁹ Bonneton-Tabariès F., Lambert- Libert A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3^e édition, Med-Line Editions, 2013, p.77

des gestes enveloppants permet à la personne soignée de se sentir sécurisée et unifiée. Notamment quand la pathologie a affecté un membre en particulier et donc focalisé l'attention sur cette zone.

Le toucher déshumanisé et déshumanisant

Le toucher devient déshumanisé quand les gestes sont quotidiens et répétés. Ils peuvent vite devenir mécaniques et expéditifs.

Exemple de situation et amélioration proposée : lors de changement de protection de la personne soignée. Même si les gestes sont intégrés, la façon de les appliquer est importante. L'inconfort ressenti peut se faire oublier par une simple parole personnalisée. Ce qui rendra ce moment plus agréable tant pour la personne soignée que pour nous.

Le toucher déshumanisant, c'est quand la pathologie et ses répercussions sont mises au premier plan, et la personne et ses capacités au second plan.

Exemple de situation et amélioration proposée : quand la personne soignée réapprend à manger de manière autonome par voie orale. Si celle-ci semble avoir un rythme inhabituel ou si certains aliments tombent du couvert, il est préférable de la laisser faire à son propre rythme et la conforter dans ce qu'elle arrive à faire. Ne surtout pas prendre la fourchette et le faire à sa place pour qu'elle finisse plus vite son repas. Dans le cas où une intervention de l'aide-soignant est nécessaire, il est important d'expliquer à la personne soignée le pourquoi de cette action.

Le toucher communication

Il fait partie de la communication non verbale. Il est un moyen pour créer ou renforcer la relation d'aide.

Exemple de situation et amélioration proposée : la personne soignée doit être accompagnée à un examen médical. L'examen en soi n'inquiète pas la personne mais elle a déjà fait part de la raison de son angoisse. Tout examen lui rappelle le jour où elle a appris sa pathologie. Plutôt que de lui dire que ça n'est pas grave, c'est juste tel examen, ce qui reviendrait à lui dire : "*Je ne m'intéresse pas à vous, à ce que vous ressentez*". Il est préférable de simplement s'approcher d'elle avec un regard non fuyant et poser une main sur son épaule ou sur son bras. Un regard, une main, un sourire peut remplacer beaucoup de mots et offrir un accompagnement sécurisant.

Le toucher-massage

Ce toucher relie les deux sens du mot toucher. Celui qui fait appel au contact physique et celui qui touche aux émotions. Comme vu dans le chapitre 2.4, le corps crée les émotions via le contact que la peau reçoit. Nos mains deviennent alors le déclencheur de sensations que le corps de la personne soignée reçoit. Cette énergie provoquée est reçue et transformée en une sensation de bien-être. C'est un toucher qui peut être intégré dans les différents soins qui sont apportés.

Les touchers qui rappellent la problématique choisie sont le toucher relationnel, le toucher communication et le toucher-massage. Une liste de tous les effets bénéfiques remarqués sur les personnes soignées recevant ces touchers serait trop longue à réaliser. Pour cette raison, ils seront divisés en quatre grandes parties.

Les effets sur le système cardiovasculaire

Les vaisseaux sanguins ont un rôle de transporteurs. Par la stimulation du toucher, ils se dilatent et créent une hyperthermie⁷⁰. La légère rougeur qui accompagne la chaleur montre une augmentation du flot sanguin. Cet accroissement d'activité améliore le transport de l'oxygène et des nutriments ainsi que l'évacuation des toxines.

Les effets sur les systèmes lymphatique et immunitaire

La circulation de la lymphe⁷¹ est stimulée, ce qui accroît en quelque sorte notre protection immunitaire, sachant que la lymphe participe au mécanisme de défense immunitaire. Le système lymphatique protège le corps des maladies et des infections. Ce système est constitué de ganglions qui servent de filtre et de vaisseaux qui permettent de transporter la lymphe dans tout le corps. Celle-ci passe par un ganglion, permettant d'écarter les bactéries, corps étrangers et virus, qui seront maîtrisés par les globules blancs.

Les effets sur les systèmes nerveux sympathique et parasympathique

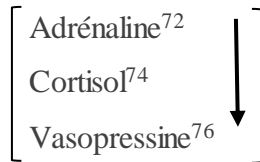
Le système nerveux sympathique met notre corps en alerte lorsqu'il se sent en danger. Le corps est alors prêt à fuir ou combattre, il est donc sous tension. Ce qui entraîne une accélération cardiaque et respiratoire, une contraction des muscles, un ralentissement du système digestif et de l'adrénaline. Par contre, lorsque le corps bénéficie d'un toucher-massage, c'est le système nerveux parasympathique qui est activé. Le corps se met au repos, les idées sont plus claires et

⁷⁰ Réchauffement.

⁷¹ La lymphe est un liquide biologique blanchâtre, transporté par le système lymphatique.

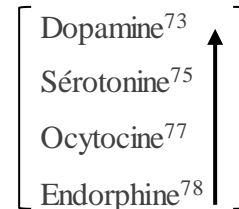
les émotions également. Tout ceci s'explique par l'augmentation de certaines hormones et la diminution d'autres :

Celles-ci diminuent



alors que

Ces hormones augmentent



Ce mécanisme offre pour résultat une sensation de bien-être général. Ce sont les millions de récepteurs qui sont à la surface de la peau qui vont envoyer des messages à l'hypothalamus⁷⁹ et ainsi déclencher la production d'hormones.

Bénéfices concrets pour les personnes soignées⁸⁰:

- Offre une autre possibilité de communication
- Préviend et soulage la douleur
- Diminue la pénibilité des soins
- Diminue le stress
- Aide à se détacher du désir de tout maîtriser
- Améliore l'estime de soi (s'estimer soi, s'aimer, avoir confiance en soi)
- Intégrer doucement les modifications de son schéma corporel
- Sentir et ressentir son corps
- Augmente la sensibilité tactile
- Equilibre les émotions en libérant ce que la bouche n'arrive pas à relâcher
- Meilleur transit
- Peau plus saine, souple et mieux nourrie
- Diminution des œdèmes

⁷² hormone de l'anxiété

⁷³ hormone du bonheur

⁷⁴ hormone du stress

⁷⁵ hormone du bien-être

⁷⁶ hormone de l'agressivité

⁷⁷ hormone de la tendresse

⁷⁸ Hormone du plaisir, antalgique, euphorique, etc.

⁷⁹L'hypothalamus est une glande du cerveau, impliquée dans la régulation de nombreuses fonctions de l'organisme comme fonctions la faim, la soif, le sommeil ou la température corporelle. Il est aussi impliqué dans le comportement sexuel et les émotions.

⁸⁰ Bien qu'il y ait un soignant et un soigné, il n'y a pas de touchant et de touché. Car c'est un acte aussitôt appliqué aussitôt ressenti. De ce fait, les bienfaits sont identiques pour les soignants.

- Récupération musculaire
- Sentiment d'exister
- Plus réceptif à l'instant présent, à vivre l'"ici et maintenant"
- Augmente la concentration
- Etc.

L'observation des paramètres cliniques, en plus des ressentis corporels et psychiques de la personne soignée, seront examinés. Tous ces éléments, pris en compte, permettront de juger l'impact du toucher et ainsi avoir une meilleure évaluation des bénéfices de celui-ci. Il est important de ne pas interpréter mais plutôt de vérifier auprès de la personne soignée, les effets ressentis pour éviter toute surestimation ou sous-estimation du toucher.

Paramètres cliniques à observer

D'après Evelyne Malaquin-Pavan⁸¹, voici les paramètres à prendre en compte :

- Le pouls, la tension artérielle.
- La respiration : soupirs d'aise, baisse ou accélération de la fréquence respiratoire, régularisation du rythme, allongement de l'expiration, voire compliance⁸² pulmonaire pour la personne soignée sous respiration artificielle.
- Les mimiques faciales : un sourire ou au contraire crispation, rictus⁸³, rythme de succion, etc.
- Les mouvements des yeux : fermeture, détente des paupières, accroche du regard, larmes de détente, etc.
- Le tonus et la compliance musculaire (visage, membre, corps entier) : relâchement de la nuque, tête déposée sur l'oreiller, allongement des membres, poids du membre dans la main, agitation ou ralentissement des mouvements, crispation ou décrispation des mains, grattage, recherche ou refus du contact avec la main du soignant, etc.
- Le niveau d'attention : soutien du regard, éveil, présence à l'autre et à l'interaction, anticipation de certains mouvements, etc.

⁸¹Malaquin-Pavan E., *Évaluation des bénéfices du toucher et du toucher-détente*, in Soins, n°737, juillet-août 2009, pp.51-53

⁸²La compliance est la capacité de souplesse et de distension d'un organe à adapter son volume face à une pression.

⁸³Contraction des muscles de la face, donnant au visage l'expression d'un rire crispé.

- La modification de l'élocution et de la tonalité vocale : diminution ou arrêt des cris, rapidité ou ralentissement du débit verbal, mots prononcés éprouvés, temps de silence, etc.
- Le sommeil : bâillements, quantité et qualité, somnolence voire endormissement, etc.

Un article paru en 2009 dans la revue Soins, *Evaluation des bénéfices du toucher et du toucher-détente*, mentionne que le toucher a des effets positifs également sur les sujets se réveillant d'un coma artificiel. Apparemment, les touchers relationnels, communication et toucher-massage apportent une sécurité de base qui fait que l'agitation et la perte de repères spatio-temporels⁸⁴ habituellement observées sont atténuées.

Cas d'interdiction et contre-indication du toucher-massage :

- Présence d'hématome : risque de provoquer des kystes en plus d'induire une sensation très douloureuse.
- Lésions dermatologiques : risque de propagation.
- Hyperthermie : le toucher-massage pourrait augmenter davantage la température et favoriser le déplacement de l'infection dans une autre zone du corps.
- En cas d'inflammation : éviter de mobiliser les tissus périphériques.
- Phlébites : toucher-massage INTERDIT car il y a un risque de provoquer une embolie pulmonaire en détachant le caillot par les mouvements exercés lors du massage.

Petits gestes qui peuvent avoir de grands effets

Ci-dessous des gestes et attitudes, qui pourraient avoir des répercussions positives lors de soins où le toucher sous toutes ses formes est utilisé :

- Chauffer les mains avant un soin, surtout si elles sont froides
- Port de gants UNIQUEMENT en cas d'isolement, de toilette intime, d'élimination des urines et des selles de la personne soignée. Également lorsque les mains du soignant sont lésées, avant tout contact potentiel avec du sang, des liquides organiques, des plaies exsudatives, avant tout soin septique. Car cette seconde peau que peuvent être les gants, deviennent dans certains cas une barrière non contre les microbes mais contre un réel contact, un lien humain nécessaire.

⁸⁴Les repères spatio-temporels sont des éléments qui permettent de situer notre corps à la fois dans l'espace et le temps.

- Veiller à neutraliser au maximum les parasites sonores comme : éteindre ou diminuer le son de la télévision/radio, fermer la porte et les fenêtres pour atténuer les bruits extérieurs.
- Poser la main sur l'épaule ou le cou pour saluer une personne qui ne peut plus utiliser/ressentir les membres supérieurs.
- Prêter une attention à la façon dont les mains arrivent sur le corps et quittent celui-ci. Le geste doit être fluide et calme et non brusque et rapide. Sinon même partie d'une bonne intention, le geste peut être ressenti comme une agression.
- Regarder la personne soignée dans les yeux.
- Sourire
- Parler avant d'agir et expliquer nos gestes
- Parler même si la personne soignée n'est plus en mesure de pouvoir répondre. La personne soignée est une personne malade et non une maladie qui habite un corps.
- Prendre en compte la partie du corps oubliée ou négligée à cause de l'attention donnée à celle atteinte par la pathologie.
- Laisser l'une de nos mains près de celle de la personne soignée lors de soins. Cela lui permettra de créer un contact s'il en ressent le besoin sans pouvoir ou vouloir l'exprimer.
- Pensons également à toujours (re)couvrir⁸⁵ la personne soignée.

Pour que ces quelques pistes d'actions soient efficaces, il est important de les accompagner de deux concepts que sont, la pudeur et le tact. *“La pudeur réside moins dans la dissimulation du corps que dans la qualité du regard qui se pose sur lui[...]C'est désormais, pour les mentalités comme pour le Code pénal, le regard et non le corps qui est sexualisé.”*⁸⁶ Même si la pudeur est devenue une représentation personnelle, il faut le plus fidèlement possible respecter les valeurs, l'identité, les choix religieux, philosophiques et culturels de la personne soignée.

Bien que le tact soit un synonyme du mot "toucher", il désigne également une façon d'être à l'autre. Dans un entretien vidéo réalisé à l'occasion du Colloque "Soins, corps & langages" organisé en novembre 2018, Ayala Borghini présente le tact comme *« [...]la manière dont on s'approche de quelqu'un dont on respecte une certaine distance. Où on considère l'autre vraiment comme un sujet. Où on va justement attendre les réponses de l'autre. Pour savoir s'approcher et la manière qui est acceptée. C'est quelque chose de tellement spécial, qu'on*

⁸⁵ Chose que Madame Derycke n'a eu de cesse de rappeler. Merci Madame Derycke.

⁸⁶ Bologne J-C, Pudeurs féminines - voilées, dévoilées, révélées, Editions du Seuil, 2010, 11p.

arrive à sentir quelle est la bonne manière de s'approcher de quelqu'un pour ne pas le faire trop vite ou de ne pas rester trop en retrait⁸⁷." D'ailleurs, souvent le tact est associé à une sorte d'intuition délicate. Tout comme le toucher, qui est l'extension de gestes simples fait de manière intuitive.

Notons également que même si le toucher-massage peut être agréable, il doit toujours faire l'objet d'une demande auprès de la personne soignée. Un soin imposé ou fait par habitude, peut être assimilé à une agression, une maltraitance. Douce maltraitance dirons certains, maltraitance tout de même. Au fond, est-ce que ces deux adjectifs peuvent réellement s'accorder ?

Le toucher demande aussi au soignant d'être disponible. Non seulement sur le plan temporel, bien qu'il soit possible d'inclure ce geste à la plupart des soins, mais également disponible émotionnellement. Le présentéisme⁸⁸, n'est pas favorable à ce genre de soin car le toucher c'est aller à la rencontre de l'autre mais également de soi-même. De ce qui est ressenti intérieurement et physiquement.

3.2 – Accompagner les proches

Si notre rôle premier est de prendre soin de la personne soignée, son entourage doit être aussi accompagné. Une hospitalisation peut bouleverser profondément le lien d'attachement⁸⁹. Les proches sont dans ce cas les mieux placés pour soutenir la personne affaiblie et maintenir ce lien.



Pour qu'elle puisse être une relation harmonieuse, il est important d'avoir une représentation de l'aidant. L'aidant est quelqu'un qui apporte une aide régulière et indispensable à la qualité de vie d'une personne, devant faire face à un déficit d'autonomie (maladie, handicap, accident, vieillissement, etc.). Cet aidant n'a pas obligatoirement un lien familial⁹¹ avec le malade.

⁸⁷ Le bébé apprend son corps par le toucher de son parent <http://www.yapaka.be/video/video-le-bebe-apprend-son-corps-par-le-toucher-de-son-parent>

⁸⁸ Présent de corps mais ayant la tête ailleurs.

⁸⁹ Le sens du toucher, joue également un rôle important dans le lien d'attachement. Ce lien est un lien affectif profond et durable qui unit deux êtres. Nos figures d'attachement sont celles vers qui nous nous tournons, vers qui nous ressentons le besoin de nous rapprocher lorsque nous sommes dans une situation de mal-être.

⁹⁰ Groupe de trois personnes ou choses étroitement associée.

⁹¹ Ami, voisin, etc.

Les tâches assurées par ceux-ci sont nombreuses. Elles peuvent être de l'ordre des soins, des loisirs, de la présence, aide administratives, etc.

Notre rôle auprès des proches

Dans la revue Soins Aides-Soignantes du mois de décembre 2011, un dossier a été consacré aux rôles de l'aide-soignante auprès des proches. Il y est aussi énumérés certains des besoins et attentes de ceux-ci. Tel que, besoin d'information, de relais, d'accueil, d'isolement et d'intimité, d'aide dans la gestion matérielle, mais aussi psychique et spirituelle. Voici quelques points abordés dans cet article :

1) L'accueil des proches

Accueillir signifie "recevoir quelqu'un qui arrive". Autrefois, le verbe accueillir signifiait, avant tout, "accompagner, être avec". Ce moment va jouer un rôle dans la création d'un lien de confiance entre la personne soignée, son entourage et l'équipe soignante. L'établissement de cette relation de confiance se reflètera sur l'ensemble de la prise en charge future. Il est donc important de donner une attention particulière à l'accueil. Selon Walter Hesbeen⁹², voici huit éléments nécessaires pour établir une relation de confiance :

- La chaleur du sourire, du regard, du ton de la voix
- L'écoute de la personne soignée et/ou de son entourage, de leurs questions et inquiétudes
- La disponibilité, par une attention particulière accordée à la personne accueillie
- La simplicité à travers, notamment, l'utilisation d'un langage adapté
- L'humilité, grâce à laquelle le soignant doit identifier les limites de sa fonction
- L'authenticité
- L'humour utilisé avec tact et prudence peut permettre de dédramatiser une situation
- La compassion, qui favorise la compréhension du vécu des proches

2) Donner des informations tout en respectant le secret professionnel

Ces renseignements peuvent être d'une part d'ordre organisationnel pour aider les proches à accorder au mieux leur vie à celle du service. D'autre part, cela peut concerner des informations permettant à l'entourage d'aider, d'accompagner la personne soignée. Pour informer au mieux, cela demande non seulement de respecter certaines règles de communication comme : écouter

⁹² Hesbeen W, cité par Thibault-Wanquet P., *Le rôle des aides-soignantes et la place des aidants naturels dans le soin*, in Soins Aides-Soignantes n°38, décembre 2011, pp.1-12

les demandes, adapter son langage, s'assurer d'avoir été compris, transmettre les échanges aux autres membres de l'équipe. Mais il faut également qu'il y ait une collaboration étroite avec toute l'équipe soignante pour que les informations justes soient données.

3) Notre présence lors de moments difficiles

Toute l'équipe soignante est concernée par l'accompagnement des proches de la personne soignée. Cependant, en tant qu'aides-soignants, étant moins impliqués dans les soins techniques que les infirmières, une relation privilégiée avec les personnes soignées et leurs proches est facilitée. Cette relation peut les aider à faire face à la situation et favoriser une certaine adaptation au bouleversement lié à l'état de santé de leur proche. Les besoins spécifiques des proches dans les moments difficiles sont :

- L'information : sur l'état de la personne soignée mais également concernant le déroulement des événements afin de pouvoir s'y préparer.

- Être accompagné

L'expression des émotions est parfois difficile. En proposant d'accompagner la personne dans un endroit calme et un peu à l'écart, cela lui offre une présence rassurante et encadrante. Ce qui renforce le lien de confiance et permet d'amorcer la communication.

- Être rassuré

- Souhaiter l'isolement, l'intimité

Le besoin de se retrouver seul avec la personne soignée doit être respecté. Pour pouvoir répondre au mieux à cette demande, il est important, en fonction du service, d'organiser le travail afin d'éviter d'interrompre trop fréquemment cette intimité.

- Se sentir utile

Plus que sa présence, le proche souhaite parfois donner certains soins ou gestes, si petits soient-ils, pour le confort de la personne soignée. Ces gestes, comme l'aide lors du rasage, de l'habillage, ou un toucher-massage, sont à favoriser et à accompagner.

- Être relayés et bénéficier d'une aide lors de difficultés

Par exemple, lorsqu'il s'agit d'informer ou aider à parler de la situation à un autre membre de la famille.

4) Education des proches dans la réalisation de soins

En tant qu'aide-soignant, nous devons participer au travail d'éducation avec et sous la responsabilité de l'infirmière. Dans ce cadre, partager certaines connaissances et savoir-faire

avec l'entourage, permet à celui-ci d'être autonome dans l'application des soins à leur proche. *"L'éducation à la santé est un assemblage d'expériences d'apprentissages, destinées à faciliter l'adaptation recherchée pour la promotion, l'entretien ou la restauration de la santé"*⁹³. Elle ne concerne donc pas uniquement une approche sur la connaissance de pathologies mais peut être également mise en place dans un but de bien-être. L'approche est centrée sur la personne et tient compte *de toutes les dimensions de l'être humain (biologique, psychologique, socioculturelle, spirituelle)*.⁹⁴ Un modèle type de projet ne peut être appliqué à tous les proches puisque chaque histoire est différente, vécue différemment et approchée autrement.

Toujours pour rappeler la problématique, le toucher sera utilisé dans l'approche éducative. Toucher n'étant pas seulement être en contact physique avec une personne mais également *Émouvoir quelqu'un, faire impression sur sa sensibilité*.⁹⁵ Notre rôle auprès des proches combine parfaitement ces deux aspects dans le projet d'éducation à la santé.

Dans cette approche, le toucher peut être précieux quand les proches ont besoin de se sentir utiles et il peut aussi permettre de garder une forme de communication, quand la communication orale devient difficile ou s'éteint.

Quand une personne est confrontée à la maladie ou la fin de vie d'un proche, il arrive que des comportements particuliers soient observés. Deux exemples seront exposés : les proches qui s'abstiennent de tout geste et ceux ayant perdu le sens de celui-ci. En renonçant à toucher ou ne retrouvant plus la signification du geste posé, la communication n'existe plus ou la nature du message est modifiée, perturbée.

⁹³ D'après la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

⁹⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_th%C3%A9rapeutique_du_patient

⁹⁵ L'une des définition du dictionnaire Larousse.

L'absence de geste

Le changement physique causé par la pathologie peut aussi troubler ou impressionner les proches. Cela peut faire que des gestes et/ou paroles soient retenues. D'autant plus si un appareillage entoure la personne soignée.

Dans ce cas, l'absence de geste est parfois causée par la difficulté de reconnaître le proche, la peur de lui faire mal ou le sentiment d'être inutile face à la situation. La nature⁹⁶ des soins dans ce cas seront :

- L'acquisition ou la confortation d'un geste pour les aider à accompagner ou aider la personne soignée en se sentant utile.
- Permettre une meilleure acceptation de la nouvelle image de leur proche. Les sortir du désarroi, de la peur qui les empêchent de reconnaître celui-ci.

Absence de sens dans le geste

Parfois, l'aidant peut se sentir enfermé dans un rôle de soignant, au désavantage de la relation affective qui le lie au malade. Cela arrive le plus souvent quand les soins s'effectuent à domicile, mais pas seulement. Les gestes d'entretien de la vie⁹⁷ et de compensation, pour lesquels le proche se rend disponible, deviennent des gestes d'une grande technicité. Les démonstrations de tendresse s'effacent peu à peu et se font remplacer par le souci de bien faire et vite faire car la peur du pire les pousse à réagir. Sans soutien familial ou extérieur, il est difficile de pouvoir prendre du recul. L'épuisement émotionnel et physique prend alors place et alourdit le vécu. Se crée alors une distance affective que les proches utilisent comme une sorte de protection leur permettant de rester réactifs.

Dans ce cas, le toucher sera utilisé comme soin d'apaisement. En premier lieu, cela permettra au proche de se recentrer sur lui-même et sur ses émotions en diminuant le besoin de tout maîtriser. Tout ceci en apportant du bien-être, du plaisir à leur proche.

Ensuite, le toucher pourra être une nouvelle façon de communiquer ce que les mots n'arrivent plus à dire avec tendresse. Les gestes deviendront plus intuitifs et fluides, à l'inverse des gestes calculés et anticipés. Cela redonnera un sens à un geste devenu ingrat ou routinier.

Enfin, cela pourra aider le proche à garder sa place de figure d'attachement en évitant de se noyer dans les actes techniques liés à la pathologie.

⁹⁶ Pour rappel, la nature des soins prend en compte ce que l'équipe soignante souhaite apporter ou mettre en place pour atteindre le but thérapeutique visé.

⁹⁷ Cf. page 16.

Pour qu'une mise en place d'un processus d'apprentissage soit efficace, nous devons identifier et respecter les points suivants : le souhait de l'aidant d'apprendre le soin, sa capacité à le réaliser, complètement ou partiellement, sa compréhension de toutes les étapes du soin, sa capacité à évaluer si la réalisation du soin est satisfaisante.

En fonction de ces éléments et en tenant compte des dimensions de la personne concernée par cet apprentissage, il y a des moments⁹⁸ qui peuvent être propices à cet échange :

- Lors de la toilette
- Coiffure
- Rasage
- Application de lotion/après-rasage, etc.
- Aide lors de manutention
- Mise au lit, rituel de coucher

Gardons à l'esprit, que certains comportements et propos qui nous semblent inappropriés ou disproportionnés, sont généralement l'expression de souffrances et de difficultés à faire face à la situation. Ces réactions⁹⁹ peuvent changer d'une personne à l'autre et aussi varier d'un moment à l'autre chez une même personne. Il est important de ne pas juger ces réactions, même si cela demande d'accorder du temps et une véritable écoute. L'empathie dans une véritable relation d'aide, permettra de maintenir le dialogue.

⁹⁸ Il ne s'agit que de quelques exemples. Les possibilités sont nombreuses et toujours à envisager en équipe et avec la personne concernée par l'apprentissage et bien sûr le bénéficiaire des soins.

⁹⁹ Le sentiment d'être anéanti, l'indifférence, le refus de la réalité, l'évitement, l'agressivité, la violence, etc.

CONCLUSIONS GENERALES

L'art de prendre soin de la vie est devenu une profession. Profession qui a évolué et parfois a été dénaturée dans les mots et les gestes qui la définissent.

Cependant, malgré ces changements, le toucher est resté le moyen de communication utilisé chaque jour dans notre travail. Réaliser l'impact physique et émotionnel que ce toucher peut donner permet de réorienter notre pratique professionnelle, tant par notre savoir-faire que notre savoir-être.

La profession d'aide-soignant, nous amené à être dans l'espace personnel et plus souvent encore dans la sphère intime des personnes dont nous prenons soin et donc au plus près de leur corps. Corps qui s'exprime par un autre langage dont nous sommes peu conscients est pourtant le premier utilisé en toutes circonstances. Car le premier engagement offert dans une relation, est proposé par le regard. Ce regard miroir est le point de départ de toute communication. La qualité de cette attention, aura une résonance sur la future relation soignant-soigné.

Une relation d'aide fondée sur un lien humain dès le départ deviendra par la suite un atout et un gain de temps pour le soignant. En effet, nous croyons qu'un lien privilégié permet à la personne soignée de se sentir en confiance, ce qui peut désarmer des situations conflictuelles, encourager l'implication de celui-ci dans son projet de soins et améliorer son autonomie. Ce lien de confiance étendu également aux proches de la personne soignée, participe aussi à l'amélioration de sa condition et apporte un support aux personnes qui constituent ses repères, son monde.

Le contexte dans lequel la problématique a été tirée met en parallèle la vision des soins dans le service des soins palliatifs et la vision de ces soins par des soignants d'autres services.

Les soins palliatifs permettent de soulager la douleur, qu'elle soit d'ordre physique, psychologique, sociale ou spirituelle. Les soins prodigués sont centrés sur la personne et sa famille, toujours avec dignité et intégrité.

Lors de notre stage, il n'y a pas un jour qui se soit passé sans que les patients, les familles et proches expriment leur reconnaissance pour la présence et les soins offerts.

Beaucoup pensent que cette façon de travailler tient uniquement au fait que ce service n'a que peu de patients¹⁰⁰. Certainement que cela a une influence, mais personnellement nous ne croyons pas que cela en soit la seule raison.

De plus, l'humanité dans les soins n'enlève en rien la technicité et le professionnalisme dont l'équipe doit également faire preuve à tout instant. Nous savons aussi qu'il y a d'autres services et institutions qui ont du personnel soignant travaillant avec la même approche.

Certes, ils ont peut-être un temps différent à accorder mais ils offrent une qualité de présence toute aussi grande.

Avons-nous répondu à notre question de départ ?

" Au-delà de la manutention, toucher, fait-il partie des soins ? "

L'objectif de notre travail n'était pas de convaincre que le toucher est indispensable dans notre pratique professionnelle, même en dehors des gestes de manutention. Malgré cela, il nous semblait important de pouvoir comprendre pourquoi deux aides-soignants pouvaient avoir une vision si différente concernant le toucher. Est-ce que le toucher relationnel serait simplement un effet de mode ? Est-ce que ce sont juste les soignants trop sensibles ou idéalistes qui pensent à ce genre de "soin" ?

Après une confusion totale et l'incompréhension, la curiosité nous a poussé à chercher des éléments de réponses. Éléments et non réponses, car finalement tout est subjectif lorsqu'il s'agit du domaine de l'humain, car des sentiments et des sensations sont approchés.

Avant d'être des soignants, nous sommes des êtres avec nos héritages familiaux, culturels et émotionnels aussi. C'est ce qui fait qu'une réponse générale telle que "Le toucher doit être reconnu comme soin" ou "Le toucher n'est pas un soin", ne peut être établie.

Ceci dit, la réflexion qui découle des questions et remises en question est parfois plus stimulante que de trouver une réponse trop évidente. Nourrir nos interrogations permet d'avoir une vision d'ensemble plus éclairée et différente.

D'autres pistes à explorer

Grâce à ce travail, nous avons réalisé avec plus de clarté l'investissement personnel que cela demande également. Notre profession nous amène à être en corps à corps la plus part du temps. Des techniques nous sont apprises pour prendre soin de ces corps et un peu du nôtre.

¹⁰⁰ Six lit dans le service du site UNION.

Des bases de psychologie nous sont transmises également pour nous permettre d'avoir un minimum d'outils afin de comprendre ceux que nous aurons à accompagner.

Toucher, c'est également être touché. Si nous ne connaissons pas un minimum notre corps, ses réactions, ses ressentis tant internes qu'externes, les corps auxquels nous sommes confrontés chaque jour, peuvent nous déstabiliser et/ou nous pousser à nous distancer, de nous-même et de l'autre ou au contraire se perdre en l'autre. La juste distance existe envers la personne soignée mais qu'en est-il concernant le soignant ? Ne serait-il pas tout aussi important et intéressant d'avoir des outils pour nous-même ?

Un autre sujet que nous avons pu mieux saisir est le temps.

Souvent, nous pensons que pour être au plus près des émotions de la personne soignée et avoir une relation de confiance, il faut du temps, trop de temps. En réalité, le temps est une notion personnelle.

Dans la mythologie grecque, Chronos est un dieu représentant le Temps et la Destinée. Kairos, lui était celui du moment juste. Moment que nous pourrions appeler *l'instant T*. Un moment précis, décisif où les choses basculent, [...] *avant est trop tôt, et après trop tard*.¹⁰¹

Quand un patient est atteint d'une pathologie, lors de l'annonce ou de la complication de celle-ci, un changement important s'opère dans sa vie. C'est alors que le passage du temps Chronos "vie ordinaire" au temps Kairos "particulier", peut être accompagné par les soignants que nous sommes. La distance avec laquelle nous approchons les patients est importante et la notion du temps l'est tout autant. Car le temps est vécu différemment que nous soyons soignants ou soigné.

Tout comme le temps Chronos et le temps Kairos peuvent cohabiter en fonction de notre place de soignant ou soigné, l'urgence peut se vivre également en parallèle.

Les sources de l'urgence peuvent être d'ordre endogène¹⁰² ou exogène.¹⁰³ Ces sources sont détaillées en trois catégories :

- L'urgence artificielle

Ex : Pression des supérieurs pour un plus grand rendement.

- L'urgence événementielle

Ex : Catastrophe naturelle (séisme, tsunami, cyclone...)

¹⁰¹ Kairos <https://fr.wikipedia.org/wiki/Kairos>

¹⁰² Une cause interne. Par exemple lorsque nous nous fixons des objectifs.

¹⁰³ Une cause externe, qui ne dépend pas de nous.

- L'urgence existentielle

Ex : Annonce d'une maladie incurable ou toutes autres [...] situations où le temps s'accélère et vient bouleverser la vie des personnes, les met en situation d'échec ou de perte, [...], de remise en question d'un aspect important de leur identité physique, sociale ou psychologique."¹⁰⁴ Nicole Giroux et Anne Boucher, dans leur article *De Chronos à Kairos : la communication dans l'urgence existentielle*, soulignent ici l'importance d'inclure tout changement important qui affecte l'identité de la personne comme une urgence existentielle. Car en réduisant cet espace, le risque est de refuser l'existence d'une réelle souffrance.

Souvent l'urgence est associée à la rapidité d'action. Si cela l'est pour les urgences événementielles et artificielles, c'est différent pour les urgences existentielles. Qui elles, au contraire, demandent un ralentissement progressif du rythme.

Cependant, quelle que soit l'urgence, les circonstances sont vécues avec une intensité aussi vive.

En ayant conscience de ces temps différents, nous pouvons réaliser que cinq minutes auprès d'un patient se trouvant dans une urgence existentielle aura un impact profond sur lui. De notre côté, l'urgence artificielle que nous subissons peut se passer de ces cinq minutes et vite les rattraper.

Mots de la fin

Même si Monsieur Topaaz glissait peu à peu dans le coma, quand nous le touchions, il semblait reconnaître notre toucher et réagissait.

Un après-midi, au moment de quitter le service, la main glissée dans celle de Monsieur Topaaz¹⁰⁵, nous lui avons dit : "*Cette fois je viens vous dire au revoir pour de bon*"¹⁰⁶. Au moment même où nous avons prononcé ces mots, quelque chose nous a traversé. Comme si c'était réellement la dernière fois.

Quand nous sommes revenue le lundi, nous avons appris que Monsieur Topaaz était décédé le jour où nous lui avons dit *au revoir pour de bon*. Nous avons reçu un bouquet de sa part, où il était écrit : *Merci à toutes pour vos soins*. Signé de son prénom.

¹⁰⁴Giroux N., Boucher A., *De Chronos à kairos : la communication dans l'urgence existentielle*
<https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3394>

¹⁰⁵ Monsieur Topaaz était dans un état comateux.

¹⁰⁶ Nous lui avons déjà dit au revoir à la fin de notre service pensant ne plus revenir dans sa chambre.

Dans ce cas, toucher le patient, tenir sa main était bien plus qu'un contact physique. C'était un moyen de faire connaissance, communiquer, rassurer, apaiser des peurs, des souffrances.

C'était un accompagnement tant pour lui que pour sa famille qui était réconciliée avec l'image corporelle de Monsieur Topaaz. Corps qu'ils ont vu changer en quelques mois et ont eu de la peine à reconnaître. Ce titre de masseuse de Bhaiya, donné par l'une de ses sœurs, nous a permis d'avoir un lien de confiance et un accompagnement facilité avec le patient et sa famille.

Au fond, avec ce que nous sommes, avec notre sincérité dans la relation, nous pouvons créer un lien privilégié.

Comme le dit Margot Phaneuf, avec : *"notre volonté de développer des rapports privilégiés avec la personne soignée[lui], nous parvenons à nous utiliser de manière thérapeutique et à l'aider à évoluer vers un mieux-être à la mesure de sa situation¹⁰⁷."* En tant qu'aide-soignant, nos mains et notre personne sont les premiers outils thérapeutiques dont nous disposons et pouvons mettre à profit pour une efficacité et un bien-être professionnel.

Notre profession continuera certainement d'année en année à évoluer d'un point de vue technique.

Cependant, nous pensons sincèrement qu'une chose restera immuable, que nous soyons aide-soignant ou assistant de soins, nous resterons des êtres humains allant à la rencontre d'autres êtres humains avec tout ce que cela comporte d'humanité et de sensibilité, refoulée ou acceptée. N'attendons pas d'être frappés par une maladie ou un accident pour nous rappeler l'importance d'être touché.

Nous clôturons ce travail avec une citation qui exprime le toucher dans son double sens, et le rétablissement de Soi et de l'autre, qu'il permet.

"Celui qui sait parler avec ses mains, écouter avec ses yeux, entendre avec ses silences, celui-

là sait guérir."

Jacques Salomé

¹⁰⁷ Phaneuf M., *La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi*
<http://www.prendresoin.org/?s=La+communication+et+la+relation+soignant-soign%C3%A9>

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- Bologne J-C, Pudeurs féminines : voilées, dévoilées, révélées, Editions du Seuil, 2010, 416p.
- Bonneton-Tabariès F., Lambert-Libert A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 3^e édition, Med-Line Editions, 2013, 153p.
- Collière M-F., *Soigner...Le premier art de la vie*, 2e édition, ©InterEditions, Paris, 1996, Masson, Paris, 2001, 456 p.
- Montagu A. *La peau et le toucher : Un premier langage*, Seuil, 1979, 224p.

Revues

- Hamon Mekki F., *Faire découvrir de nouvelles sensations corporelles aux personnes blessées médullaires*, in Soins, n°737, juillet-aout 2009, pp.40-41
- Hents F. et al., *Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers*, in Recherche en soins infirmiers, n°97, juin 2009, pp.85-97
- Thibault-Wanquet P., *Le rôle des aides-soignantes et la place des aidants naturels dans le soin*, in Soins Aides-Soignantes n°38, décembre 2011, pp.1-12

Divers

- Vantomme P., *Le « corps à corps » soignant-soigné*, Essai, 1991, 16p.

Cours

- Psychologie appliquée – Lallemand J-F
- Méthodologie relationnelle – Lallemand J-F.
- Communication appliquée – Père Y.
- Activités infirmières déléguées – Stallaert M.
- Hygiène & Hygiène professionnelle - Vantomme P.
- Education à la santé - Vantomme P.
- Anatomophysiologie – Vantomme P.

Sitographie

- Toucher dans le soin <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/toucher-dans-le-soin> (page consultée le 23/01/2019)
- Les mains d'Elsa <https://www.poesie.net/aragon1.htm> (page consultée le 02/03/2019)
- De Chronos à kairos : la communication dans l'urgence existentielle <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3394> (page consultée le 05/03/2019)
- Les 3 types de temps : Chronos, Kairos et Aïôn <http://www.3hcoaching.com/connaissance/les-3-types-de-temps-chronos-kairos-et-aion/> (page consultée le 05/03/2019)
- Quand la musique procure des orgasmes <https://www.francemusique.fr/musique-classique/quand-la-musique-procure-des-orgasme-1416> (page consultée le 20/03/2019)
- L'image corporelle, un concept de soins https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/direction_des_soins/documents/concept_ic_22oct06.pdf (page consultée le 24/03/2019)
- Historique de l'aide-soignant <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-aide-soignant/historique/> (page consultée le 25/03/2019)
- Histoire et évolution de la profession infirmière <https://slideplayer.fr/slide/13903321/>
- Que devient le savoir-être dans notre monde aux accents technologiques et scientifiques grandissants ? <http://www.prendresoins.org/?p=3654> (page consultée le 25/03/2019)
- La communication et la relation soignant-soigné. Vers l'utilisation thérapeutique de soi <http://www.prendresoins.org/?s=La+communication+et+la+relation+soignant-soign%C3%A9>
- Le toucher <http://www.alaincassourra.com/le-toucher.html> (page consultée le 25/03/2019)
- Edward T. Hall, la distance proxémique, les Hopis et les Navajos <https://amnistiegenerale.wordpress.com/2018/02/15/edward-t-hall-et-la-distance-proximique/> (page consultée le 25/03/2019)
- Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01704708/document> (page consultée le 28/03/2019)
- FAQ Aides-soignants https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/mars.2019_faq_aides-soignants.pdf (page consultée le 02/04/2019)

- Profession : aide-soignante

http://www.chrmonshainaut.be/sites/default/files/news/aide_soignants/1-profession_-_aide-soignant.pdf (page consultée le 09/04/2019)

- La relation d'aide <http://www.ch-montpon.fr/wp-content/uploads/2015/01/la-relation-daide-selon-carl-Rogers-module-5-FL.pdf> (page consultée le 09/04/2019)

- Communication orale : « la règle des 3V » de Mehrabian <http://ere-libre.com/communication-orale-regle-3-v-mehrabian/> (page consultée le 09/04/2019)

- Le bébé apprend son corps par le toucher de son parent <http://www.yapaka.be/video/video-le-bebe-apprend-son-corps-par-le-toucher-de-son-parent> (page consultée le 11/04/2019)

- Stratégie d'évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/97/85.pdf> (page consultée le 11/04/2019)

- Profession : aide-soignant. Etat des lieux et perspectives http://www.chrmonshainaut.be/sites/default/files/news/aide_soignants/1-profession_-_aide-soignant.pdf (page consultée le 16/04/2019)

- Définition image corporelle <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/image-corporelle> (page consultée le 18/04/2019)

- La relation d'aide https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/ebim/documents/La_relation_d_aide_ICL.pdf (page consultée le 18/04/2019)

- Etude de la proxémie selon Edouard Hall http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.poncet-jeanne_m&part=203631 (page consultée le 19/04/2019)

- Proxémie <https://fr.wikipedia.org/wiki/Prox%C3%A9mie> (page consultée le 19/04/2019)

- Avis du Conseil de l'Art Infirmier concernant la formation continue des praticiens de l'art infirmier https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2018-02_-_formation_continue_18-04-17.pdf (page consultée le 20/04/2019)

- Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété-forme Y (IASTA-Y) <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/inventaire-d-anxiete-situationnelle-et-de-trait-d-anxiete-forme-y.html> (page consultée le 23/04/2019)

- EVA http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/notice_echelle_visuelle_analogique.pdf (page consultée le 23/04/2019)

-Les soins relationnels existent-ils ? <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>

<http://www.ethicalformation.com/wp-content/uploads/2014/09/toucher-massage.pdf> (page consultée le 30/04/2019)

- Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants <https://journals.openedition.org/pistes/834?lang=en> (page consultée le 06/05/2019)

Sites Internet consultés régulièrement

<http://www.lereservoir.eu>

<https://www.cairn.info/>

<https://www.littre.org/>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<http://www.cnrtl.fr/definition/>

<http://www.synonymes.com/>

<http://www.antonyme.org/>

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr>

ANNEXES

Annexe I : La cascade de responsabilité

Annexe II : L'Echelle Visuelle Analogique

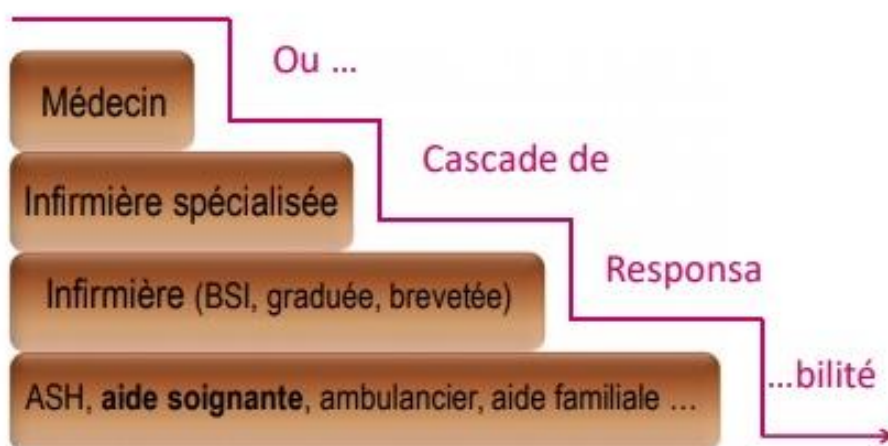
Annexe III : Le test de Spielberg

Annexe IV : Supination et pronation

Annexe I : La cascade de responsabilité

L'illustration ci-dessous, explique la cascade de responsabilité. Les postes en haut de l'escalier distribuent des tâches aux postes se trouvant la marche en dessous et ainsi de suite.

Redistribution des tâches à des non médecins ...



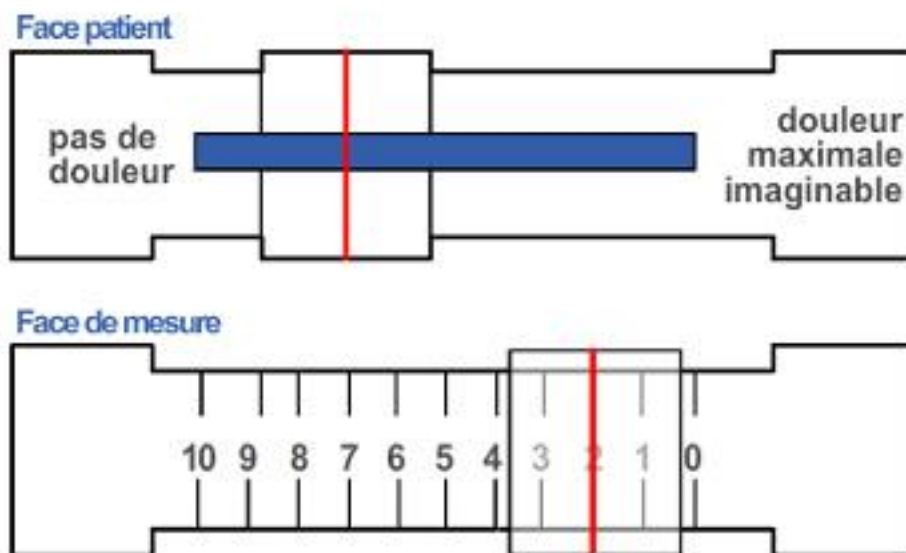
Source <http://www.lereservoir.eu/PDF/DOCUMENTS/HISTOIRE%20STATUT%20AS.pdf>

Annexe II : EVA

Une sorte de thermomètre qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

En se munissant d'une échelle visuelle analogique, le soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de sa douleur au moyen d'un curseur qu'il déplace. Le soignant veillera à ne pas montrer la face graduée avec les chiffres au patient et ne pas lui donner le chiffre.

Échelle visuelle analogique (EVA)



Annexe III : Le test de Spielberg pour l'anxiété situationnelle.

Cette échelle comprend 2 parties :

- l'une évaluant l'anxiété-état (AE) qui reflète l'état émotionnel actuel (IASTA forme Y-1) ce qui permet d'évaluer la nervosité et l'inquiétude du patient lors de la séance.
- l'autre évaluant l'anxiété-trait (AT) qui reflète l'état émotionnel habituel (IASTA forme Y-2).

No dossier: _____

Date: _____

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

IASTA (Forme Y-1)

Traduit et adapté par Janel Gauthier et Stéphane Bouchard, Université Laval (1993)

CONSIGNES: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre

d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire.

Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre

approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous

vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous

attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais

donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les

sentiments que vous éprouvez présentement.

Beaucoup
 Modérément
 Un peu
 Pas du tout

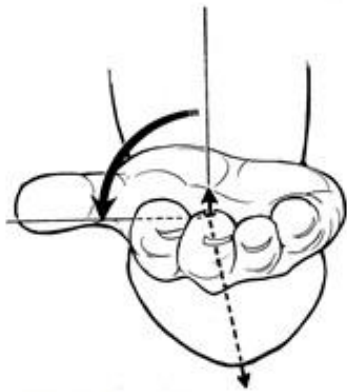
1. Je me sens calme	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e)	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e)	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e)	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles	1	2	3	4
8. Je me sens comblé(e)	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e)	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux(se)	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e)	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e)	1	2	3	4
15. Je suis détendu(e)	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e)	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé(e)	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides	1	2	3	4
20. Je me sens bien	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE
IASTA (Forme Y-2)

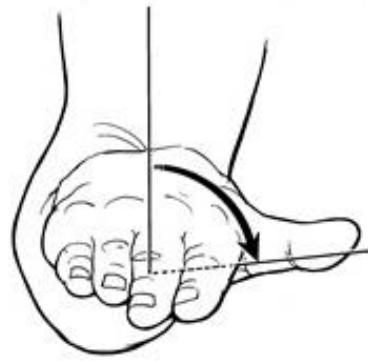
CONSIGNES: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	Presque Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens bien.....	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.....	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine ...	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.....	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e).....	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.....	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.....	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes				

Annexe IV : Supination et pronation



Supination



Pronation