

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CROIX ROUGE FRANCAISE -TOULOUSE**

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
En vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier
Promotion 2004-2007

Le toucher en cancérologie : une aide pour le patient
ou une intrusion dans son intimité ?



Guérin Sabrina

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CROIX ROUGE FRANCAISE -TOULOUSE**

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
En vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier
Promotion 2004-2007

Le toucher en cancérologie : une aide pour le patient
ou une intrusion dans son intimité ?

Guérin Sabrina

***« Chaque toucher n'a de valeur que par l'interprétation
qu'on lui accorde »***

François Brooks

Touche...

Touche une herbe,

Touche une fleur,

Touche un fruit,

Touche un arbre et sa peau rugueuse,

Touche un caillou chauffé par le soleil,

Touche une bûche prête à se consumer pour te réchauffer.

Touche un petit oiseau, blotti avec confiance au creux de ta main,

laisse-toi imprégner par sa douceur, par le moment qui passe,

par l'air que tu respires, par la chaleur du soleil.

Touche une main, elle te raconte une histoire,

Touche un pied, et sens le chemin parcouru,

Touche une jambe, un corps et permets lui de te rencontrer,

tu rencontreras son âme.

Touche un corps qui s'abandonne, et tu te laisses aller aussi

dans cette confiance, dans le respect de l'autre,

tu accueilles l'autre en toi, comme lui te reçoit.

Touche, Touche, Touche, la vie est là, passant par ton coeur

pour aller jusqu'au bout de tes doigts.

Touche, Donne, Reçois

et entre dans cette dimension qui t'emmène vers l'infini.

Monique Wauquier

Remerciements

- ☺ Je tiens à remercier Mme LAURENS, pour sa pédagogie, son soutien et sa gentillesse.

- ☺ Egalemeut mon Concubin, Pierre, pour son soutien, son aide dans les lectures et relectures.

- ☺ Aussi mes proches, ma famille et amis pour les conseils, le soutien et lectures.

Sommaire

Introduction	p2
I) Constats	p3
II) Cheminement personnel	p
Analyse des constats	p
Questionnements	p
Cheminement vers la question de départ	p
Mes représentations personnelles du toucher	p
III) Les approches théoriques	p
Le toucher	p
La relation d'aide	p
La spécificité de la cancérologie	p
Les bienfaits du toucher	p
<i>La communication</i>	p
<i>L'apaisement</i>	p
Les limites du toucher	p
<i>L'intimité</i>	p
<i>Les cultures et les traditions</i>	p
IV) Elaboration d'une problématique	p
V) Question de recherche	p
Conclusion et Réflexion professionnelle	p

Introduction

Tout au long de ma formation, lors de mes stages j'ai pu assister à des situations d'angoisse et d'anxiété des patients lors de gestes douloureux ou pendant des traitements longs et difficiles. Effectuant la majeure partie de mes stages en cancérologie dans le cadre d'un contrat de formation, j'ai pu donc observer la réponse des soignants face aux signes des patients exprimant leurs émotions dans les services relevant de cette discipline. Parfois, lors des soins, j'ai eu la possibilité d'être « en plus » et j'ai pu apporter mon aide aux patients afin de les apaiser ou reconforter. Mais, très souvent, une relation par le toucher se mettait en place et la proximité alors établie par cette relation reconfortait le patient. De plus, durant un stage de psychiatrie, j'ai pu pratiquer des « toucher massages » avec une infirmière relaxologue. Cet abord du soin a été difficile pour moi car je me suis demandé si ces patients atteints de maladies psychiatriques allaient accepter que je sois si proche d'eux. Encore, lors de remplacements d'aide soignante, j'ai pratiqué des touchers relationnels à des patients de chirurgie. Ces moments m'ont rapproché d'eux et ont établi une relation de confiance. Enfin, durant mon stage optionnel d'été aux soins intensifs, j'ai découvert que le toucher permettait de communiquer avec des patients sédatisés ou en incapacité de communiquer verbalement.

Néanmoins, je me suis demandé si ce type de relation était recevable dans le cadre d'une relation de soins.

Pour tenter d'apporter des pistes de réponses, je suis partie de situations de soins, vécues en stage, dans lesquelles le toucher est impliqué. Après avoir mis en mots les deux situations qui m'ont amenées à réfléchir sur ce thème « le toucher dans la relation de soin en cancérologie : aide ou intrusion ? » je consacrerai ma première partie de mon pole théorique aux définitions et caractéristiques du toucher. Ensuite je parlerai brièvement de la relation d'aide et de la spécificité de la cancérologie. Encore, dans une quatrième partie j'exposerai les bienfaits du toucher que sont la communication qu'il établit et l'apaisement. Enfin, en regard des bienfaits du toucher, j'en étudierai ses limites : l'intimité, la culture et les traditions.

Constats

Situation 1

Dans un service de médecine de semaine spécialisé en chimiothérapie, l'infirmière et moi-même accueillons Mme B. qui arrive ce mardi vers 15h pour sa deuxième cure de chimiothérapie. Le traitement ne commencera que vers 17h. En effet, on doit attendre la livraison du produit dans le service faisant suite à la prescription du médecin. Mme B., 67 ans, est infirmière à la retraite, connaît sa pathologie ainsi que les produits qui lui sont administrés et les qualifie de « poisons ». Elle éprouve une grande angoisse, est très demandeuse et nous explique que lors de la première cure à l'hôpital de jour elle a eu des palpitations qui l'ont inquiétées.

Son traitement se compose de plusieurs poches de perfusions dont les deux premières se font l'une à la suite de l'autre. La première est un produit qui passe en une heure. Les effets secondaires immédiats possibles sont connus. La deuxième passe sur trois heures et est sans effets secondaires immédiats.

Plus tard, lors de la perfusion du premier produit, Mme B. demande à ce que l'on reste à côté d'elle pour la surveiller au cas où elle ferait « un arrêt cardiaque » dit-elle. Elle pleure, elle gémit, elle tient les mains de l'infirmière et les miennes. Elle tient à ce que l'interne la scope. Elle dit sentir le produit passer dans ses veines et que son cœur chauffe. L'infirmière, l'interne du service et moi-même restons auprès d'elle et discutons tout en la rassurant. L'infirmière vient ensuite me demander à l'entrée de la chambre de rester avec elle si je le veux bien. J'accepte de veiller sur elle tout au long de la perfusion qui doit durer une heure.

Je prend la main de Mme B, qui jusque là était prise par l'infirmière. Puis je redémarre la perfusion jusque là arrêtée. Je la règle, pour un instant, plus lentement car la patiente surveille tout ce que je fais. Nous commençons à discuter de son angoisse et à mettre des mots dessus. Je lui caresse la main avec mon pouce et la rassure tout en accélérant la perfusion. Elle remarque mon geste, reste calme mais bouge nerveusement ses jambes ; visiblement elle ne sait que faire de ce corps qui se laisse envahir par ce « poison ». Elle me dit qu'elle sait ce qu'elle a et que de toute façon « ces poisons » ne lui feront rien, que tout est joué d'avance.

Je lui propose la télévision pour la divertir, ce qu'elle accepte mais à condition que je la regarde avec elle. Je lui tiens toujours la main et allume l'appareil. Une grande discussion commence à propos de l'émission à la TV et la perfusion passe, tous les signes de son angoisse disparaissent, Me B. semble sereine.

Le repas arrive. Il ne reste que vingt minutes de perfusion environ. Je propose à Mme B. de rester seule ces vingt dernières minutes et qu'elle m'appelle si il y a problème. Elle accepte mais seulement dix minutes. Un compromis est trouvé : Mme B. mange son entrée et elle m'appelle ensuite. Je lui laisse la sonnette à portée de mains et regagne la salle de soins à l'autre bout du couloir. Là, j'explique à l'interne que cette dame est maintenant sereine et quelle mange. Vingt minutes plus tard, Mme B. m'appelle pour me dire que sa perfusion est terminée et qu'elle a mangé son entrée. Je prépare la perfusion qui suit et lui propose de continuer sa séance en mangeant. Cette perfusion dure 3 heures. Mme B me dit que le plus dur est passé. Je mets la perfusion et la laisse finir son repas. Le produit finira vers 22h et l'infirmière de nuit sera là.

Une heure plus tard, avant de partir, je vais la voir et discute avec elle. Elle me demande de l'excuser pour tout ce temps qu'elle m'a demandé de lui accorder mais que pour elle passer de l'autre côté de la barrière lui est insupportable.

Situation 2

Dans un service de soins intensifs du même établissement spécialisé en cancérologie, j'ai pu prendre en charge un patient de 60 ans, opéré d'un cancer de la langue, porteur d'une canule de trachéotomie. Le premier changement de canule avait été fait la veille, en ma présence, par l'interne et le chirurgien. Ce soin s'était assez mal passé pour le patient car celui-ci s'était beaucoup angoissé. De plus, l'interne pratiquait pour la première fois ce soin et donc elle était anxieuse. Le jour suivant, nous devons changer la canule et le patient s'est montré très paniqué à l'annonce du soin et m'a agrippé fortement la main pour me montrer son angoisse. Devant cette situation, l'infirmière qui devait m'encadrer pour faire le soin, a changé la canule pendant que je restais près du patient. Tout au long du soin, cet homme m'a tenu la main ponctuant de petits serrages à chaque geste de l'infirmière. J'ai gardé sa main dans la mienne jusqu'au bout du soin. A la fin du soin, le patient m'a remercié (par écrit sur une ardoise) d'être resté auprès de lui et de lui avoir tenu la main.

Cheminement personnel

Analyse des constats et questionnement

J'ai choisi ces situations car le soin relationnel fait partie du **rôle infirmier** et représente une majeure partie de ses actes quotidiens en service de cancérologie. Des situations d'**angoisse** du patient comme celles-ci sont récurrentes et l'infirmière doit savoir y faire face avec *tact*.

Dans ces cas précis, la cure de chimiothérapie et le changement de canules de trachéotomies sont des moments peu agréables pour le patient. L'infirmière doit être apte à prendre en compte les moments d'angoisses et de détresse du patient lors du passage des produits et lors de soins angoissants.

Le **toucher** est un acte que l'infirmière utilise dans tous les soins infirmiers et l'effet produit par le toucher peut être perçu différemment par le patient et cela selon les **représentations** qu'il en a.

Je me suis tout d'abord posée la question suivante : dans les deux situations, les patients se sont-ils apaisés grâce au toucher ? Dans ce cas : ***Le toucher constitue-t-il un moyen de diminuer l'angoisse chez le patient ?*** En effet, le fait de leur avoir caressé et tenu les mains et avoir été proche d'eux par ce geste leur a éventuellement permis de s'apaiser.

J'ai ensuite cherché des questions relatives au toucher en rapport avec des concepts professionnels de l'infirmière.

En premier lieu je me suis posé une question toute simple :

Le toucher est-il un soin ? Cette question m'est venue car je ne savais pas si le toucher est un soin, s'il figure dans le décret infirmier. J'ai donc étudié le décret et il est écrit dans

l'article R. 4311-2¹ « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.* » Ainsi il n'est pas dit clairement que le toucher est un soin ; mais participe t'il à la notion de « qualité des relations avec le malade » ?

Néanmoins le toucher s'inscrit-il dans la relation soignant soigné ? En effet, la relation est définie comme « *une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. Ce sont des modalités pratiques, concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent. Une relation désigne aussi tout ce qui, dans l'activité d'un être conscient, implique une interdépendance, une interaction avec un milieu* »² Comme il est dit dans cette définition, elle doit permettre une communication or le toucher est un moyen de communiquer comme le rappelle De Vito en 1985 « *Le non verbal permet de communiquer nos attitudes, nos émotions [...] chaque geste, [...] chaque mouvement des mains [...] a une signification particulière.* »³

Les différents types de relations soignant/soigné⁴

- La relation sociale de civilité : C'est une relation qui est basée sur l'échange de propos portant sur des banalités (la météo, le programme TV, l'actualité...) Elle vise à rendre l'individu à l'aise et donc de rentrer en relation de confiance avec le soignant afin de faire connaissance.
- La relation fonctionnelle : Il s'agit ici d'un soin infirmier tel que le recueil de données d'entrée du patient. Il met en place une relation plus de renseignements que le soignant doit avoir pour prendre en charge le patient de façon optimale.
- La relation d'aide : Là la relation de confiance doit être établie entre le soignant et le patient pour qu'elle lui soit bénéfique. Celui-ci est en demande d'écoute active de la part du soignant. Cette relation rentre dans le rôle propre infirmier.

¹ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique portant sur la profession d'infirmier

² Définition du Petit Robert

³ Soins et communication par le toucher Niveau 1, Formation audit conseil, CHU Toulouse, 2004

⁴ Malabeuf, les différents niveaux de relation, Soins formations, Pédagogie encadrement, N°4, 1992

Le toucher de mes situations ne se reconnaît pas exactement dans ces différents types de relations mais pourtant il permet de communiquer et donc d'entrer en relation avec le patient.

Toucher c'est communiquer et communiquer c'est entrer en relation.

Si le toucher participe à cette relation avec le malade, je me suis interrogé sur la distance entre le soignant qui touche et l'être touché donc ***le toucher enfreint-il la distance professionnelle ?*** Définie comme « *la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle*⁵ ».

Cette question s'est posée à moi lorsque je me suis demandée si mon geste était en concordance avec la distance professionnelle que je dois appliquer dans ma profession et mon attitude lors de ma prise en charge des patients.

Partant de ce principe de distance professionnelle, j'ai pensé au climat de confiance dans la relation soignant soigné qui doit être primordial pour que le patient soit coopérant et je me suis alors demandée si ***le toucher installait un climat de confiance et de communication entre le soignant et le soigné ?*** Je sais que le toucher constitue un élément de communication non verbale en partie. Mais est-il nécessairement un outil ou un mode de communication induisant la confiance du soigné vers le soignant ?

Pour continuer dans cette dimension de relation au patient je me suis questionnée afin de savoir si ***le toucher constitue un élément de soutien ou une intrusion dans l'intimité du patient ?*** Cette interrogation s'est faite suite au cours sur la démarche la relation d'aide. Ainsi, je me suis demandée si le toucher s'inscrivait dans la démarche de soutien que l'infirmière peut mettre en place avec le patient. Dans le cas où il ne s'y inscrit pas, constitue-t'il une intrusion dans l'intimité du patient ? Est-il un signe d'empathie ?

Suivant cette réflexion et dans le souci de compléter la notion « d'intrusion dans l'intimité du patient » je me suis posé la question suivante : ***L'infirmière prend-elle en compte l'interprétation du patient lorsqu'elle utilise spontanément le toucher ?*** Je me suis posée cette question suite à une discussion avec mes proches concernant mon travail de fin d'études. En effet, l'un d'eux m'a évoqué le fait que si une infirmière l'abordait par

⁵ MARTIN M, La distance professionnelle, The International journal of applied philosophy 1997, USA

le toucher, il aurait l'impression soudaine qu'elle allait lui annoncer une très mauvaise nouvelle. Visiblement, pour cette personne, ce geste évoquerait un réconfort pour mieux accepter le pire...versant du thème que je n'avais pas pensé explorer.

Parallèlement, *L'infirmière est-elle plus à même d'utiliser le toucher spontanément vers une femme que vers un homme ?* Je me pose là une question qui rejoint celle sur la spontanéité, car s'ajoute ici la notion de l'autre dans son genre. En effet, est-ce que l'infirmière aurait le même comportement envers un homme ? Selon « Le tabou sexuel est présent dans toutes les cultures » ; mais à l'hôpital, selon les patients, ce tabou est balayé par le contexte hospitalier. Toucher une partie intime du corps pour la toilette devient alors normal pour certains patients, mais l'est-il pour tous ? Selon Henley⁶, « *le toucher est une forme d'intimité qui est interprétée différemment par les hommes et les femmes ; si les femmes n'interprètent pas comme sexuel d'être touchées par un homme, les hommes, en revanche, interprètent comme sexuel d'être touchés par une femme* »

Afin de balayer tous les domaines, je me suis posé une question simple émanant de la personnalité du soignant qui touche à savoir : *le toucher répond-t'il à une notion de spontanéité de la part du soignant ?* Par cette question j'entend : le toucher est-il un geste émanant spontanément du soignant même si celui-ci n'y est pas formé au préalable ? Je me suis posée cette question lors de mes stages en soins infirmiers. En effet, je pose très fréquemment ma main sur un patient pour le rassurer. Lors d'un soin douloureux dont je ne suis pas l'actrice principale, je tends systématiquement mes mains vers le patient afin de lui proposer mon aide et quelque chose à quoi se raccrocher. J'ai aussi pu remarquer que ce geste n'est pas systématiquement utilisé par les soignants.

Afin d'étudier le genre de population ou du genre de patients que le soignant prend en charge, je me suis alors demandée si *le toucher avait une spécificité selon le service dans lequel il est utilisé ? Selon la population sur laquelle on le pratique ?* En effet après plusieurs lectures, je me suis aperçue que le toucher est beaucoup utilisé en soins palliatifs. Il y constitue une aide. Par ailleurs, de nombreux écrits relatent du toucher chez la personne âgée. Mais comment est-il utilisé chez des patients infectés, des patients atteints du VIH, chez les cancéreux ?

⁶ Lawler et Collieres « La face cachée des soins, corps sexualité et accessibilité ». Seli Arslan, Paris 2002

Mon cheminement vers la question de départ :

Suite à ce questionnement, je me suis aperçu que les différentes pistes dégagées étaient exploitables en tant que questions de départ. Cependant, devant faire un choix afin de parvenir à ma question de départ, j'ai effectué des lectures sur le toucher. A partir de ces lectures, je me suis rendu compte que l'une des questions m'intéressait : ***Le toucher constitue t'il un élément de soutien ou une intrusion dans l'intimité du patient ?*** En effet, lorsque j'ai utilisé le toucher lors des soins cette question raisonnait en moi : « est-ce que je l'aide ou est-ce que je m'immisce dans son intimité ? »

Néanmoins, dans le souci de préciser le cadre dans lequel je veux travailler, je déterminerai le contexte dans lequel le toucher sera étudié et analysé. Le domaine de la cancérologie m'intéresse particulièrement, car je fais la majeure partie de mes stages dans cette discipline. Il me semble donc plus judicieux de travailler sur cette prise en charge.

De plus, le toucher étant un élément de relation avec le patient, je tiens à l'inclure dans le concept tel que la relation soignant soigné déjà définie auparavant dans mon questionnement.

Ainsi, la question de départ de mon travail est :

Dans le cadre de la relation soignant soigné, l'infirmière en cancérologie est amenée à utiliser le toucher ; En quoi celui-ci constitue t'il une aide pour le patient ou une intrusion dans son intimité ?

Mes représentations personnelles du toucher

Dans le souci de voir évoluer mes représentations et mes propres idées sur le sujet, j'ai pris la décision de poser mes représentations personnelles du toucher. Qu'est-ce que le toucher pour moi ? Quels sont mes préjugés ? Quelles sont les valeurs que j'attribue au toucher ?

Pour moi le toucher revêt deux aspects, son rôle et son utilisation dans le cadre social et un autre dans les soins et la relation soignant soigné.

Personnellement, je ne l'utilise pas du tout de la même façon dans les deux situations.

Dans mes relations sociales, j'utilise le toucher lors des gestes de politesse envers mes proches (la bise du bonjour), je peux l'utiliser pour serrer la main d'une personne. Dans l'intimité, le toucher est à mes yeux un moyen de communiquer sa proximité affective qui ne se partage qu'avec une personne très proche, comme le conjoint. Selon moi, le toucher utilisé dans le social est réfléchi et inscrit dans un code de conduite inculqué dans l'enfance.

En famille, le toucher est pour moi utilisé lors des caresses et des câlins entre les membres de la famille pour apporter tendresse et sécurité.

Dans la relation soignant soigné, le toucher est pour moi une nécessité, il est obligatoire pour l'infirmière de toucher son patient. Il ne m'apparaît pas comme gênant ni intrusif. Il m'apparaît comme une aide offerte par le soignant pour supporter la douleur ou apaiser une angoisse. Je l'utilise spontanément vers la personne soignée sans peur et sans gênes tout en ayant dans l'idée de lui transmettre mon aide et mon énergie. Dans ce cadre là, pour moi le toucher n'est pas inculqué ni dans l'éducation ni la formation du soignant, il répond juste à sa spontanéité et à la force de son altruisme. A mon sens, le toucher est sain, il est lavé de tout tabou de la part du soignant. Mais encore prend-il en compte les représentations du patient vis-à-vis de ses gestes ?

Approches théoriques

Comme dit précédemment dans mon cheminement personnel et mon questionnement, j'ai cherché tout d'abord si le toucher était un soin. En effet, dans le décret il n'est pas clairement dit que le toucher constitue un soin infirmier.

Mais il est dit « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité des relations avec le malade** (...) dans le **respect des droits de la personne** (...) en tenant compte de la **personnalité** de celle-ci dans ses **composantes physiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles** »⁷

Le toucher s'inscrit t-il alors dans ces soins et ces concepts ? Entretien t-il une relation de qualité avec le malade ? Respecte t-il les droits de la personne ? Tient il compte de la personnalité du patient dans ces différentes composantes évoquées et de ses représentations ? Entrer dans son intimité constitue t-il une effraction des composantes arguées dans le décret ?

1. Le toucher

Lorsque nous regardons la définition de toucher dans le dictionnaire nous trouvons « *mettre la main sur, entrer en contact avec, atteindre, émouvoir, attendrir* ». ⁸ Grâce à cette définition assez vaste nous pouvons nous apercevoir que le toucher a plusieurs dimensions. Il peut constituer un moyen de communiquer, un moyen d'atteinte, d'émotion et d'attention. Le toucher est aussi un moyen de voir et de lire pour les aveugles. Le toucher est indispensable à la vie, notre corps est basé sur le toucher, notre toucher ou celui des autres.

Selon Martine Duroux, infirmière, « *Le toucher est essentiel à l'homme. Non seulement il le met en relation avec son environnement, mais il lui permet également de rentrer en contact avec tout ce qui est externe à sa surface corporelle* »⁹

Guy Lazorthes a écrit : « *Le tact et le toucher ne sont pas synonymes. La sensibilité tactile s'étend non seulement sur toute la surface de la peau mais aussi au niveau des*

⁷ Ibid page 6

⁸ Définition du dictionnaire HACHETTE

⁹ « L'interdit du toucher » l'aide soignante mars 1998 n°3

orifices revêtus de muqueuse. Le sens du toucher est concentré dans la main ; toucher signifie en effet prendre contact avec quelqu'un ou quelque chose par mouvement »¹⁰. En effet, nous sommes nombreux à avoir une difficulté à différencier les deux termes.

Selon Anne Jacquet¹¹, infirmière clinicienne, qui s'est inspiré des travaux de Dolorès Krieger et de Hemert Van der Bruggen, il existe différentes natures de toucher.

Le toucher utilisé par le médecin, à visée diagnostique il palpe une partie du corps pour détecter un mal, il s'appelle le *toucher gnostique*.

De plus, il existe le *toucher pathique*, lequel est utilisé par l'infirmière lors de la toilette par exemple .Elle entre en contact avec le patient tout en respectant sa pudeur. C'est aussi le toucher « caresse ». (Travaux de Van der Bruggen 1977)

Enfin le dernier toucher est le *toucher thérapeutique*, qui permet de donner de l'énergie. (Travaux sur l'haptonomie de Dolorès Krieger 1975)

Après ces définitions des différents touchers, nous pouvons dire aussi que l'infirmière touche le patient pour des gestes techniques qui ne sont pas agréables, voire douloureux.

Ainsi, en 1975, Watson a décrit une quatrième nature de toucher. Dans le cadre où l'infirmière touche le patient pour des gestes techniques qui ne sont pas agréables.

Ceci étant défini comme *le toucher instrumental*, il représenterait 82% de nos actes.

Dans mes constats, le toucher utilisé était, à mon sens, le toucher thérapeutique ; car celui-ci a apporté de l'énergie aux patients afin de s'apaiser.

Ensuite dans ses travaux WEISS (1979)¹², donne au toucher six différents symboles.

- La durée : rapidité ou longueur
- Les parties du corps touchées : sensibilité, nombre, force
- La progression des mouvements
- Son intensité
- Sa fréquence
- Ses perceptions : confort ou inconfort

¹⁰ Professeur de l'université de Médecine de Toulouse, « L'ouvrage des sens », Flammarion, 1986

¹¹ Dans son cours « Le toucher relationnel en soins infirmiers »

¹² Idem

Au cœur de mes situations le toucher a été long, au niveau d'une main, la progression du mouvement a été lente et calme pour la première et rapide et intense pour l'autre, et à mon sens a été source de confort pour les patients.

Le toucher soignant a plusieurs objectifs décrit par Anne Jacquet¹³ dans son cours du toucher relationnel. En effet, le toucher peut permettre une relation de confiance, aider une personne malade à prendre conscience de la modification corporelle induite par une pathologie et donc en faciliter l'acceptation. De plus il peut aider à lutter contre le stress, l'anxiété et la détresse d'une situation de soin, il peut servir à prévenir les effets secondaires d'une chimiothérapie anti-cancéreuse.

2 La relation d'aide

Au vue de ma question de départ et des concepts dégagés tel que l'aide dans la relation par le toucher, il me semble important d'évoquer la relation d'aide sans entrer dans les détails de cette démarche très formalisée et protocolaire.

Selon Mucchielli, psychologue social, la relation d'aide se définit comme : « *une relation professionnelle dans laquelle, une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas.* »¹⁴

La relation d'aide est une technique de soins infirmiers formelle. Le toucher à mon sens constitue un vecteur et un outil de ce type de relation. Néanmoins, le toucher décrit dans mes constats est non formel et a permis une relation de soins instantanée. Dans ce cas je le qualifierai de *toucher relationnel*.

3) Spécificité de la cancérologie

Inexorablement le mot « cancer » évoque chez toute personne une représentation induisant une émotion négative. Une personne atteinte d'un cancer est amenée à être confrontée à toutes les représentations de cette maladie : mort, souffrance, deuil, ... c'est ce qui fait la spécificité de la relation soignant soigné en cancérologie. En effet, l'infirmière doit faire face à toutes les souffrances et demandes du patient. Elle doit prendre en charge le patient tout en tenant compte de son cancer.

¹³ Ibid page précédente

¹⁴ Définitions de la relation d'aide. Cours deuxième année IFSI Croix Rouge Toulouse

Les enjeux d'une hospitalisation en service de cancérologie ne sont pas les mêmes que ceux d'un service traditionnel comme la traumatologie ou l'endocrinologie. En effet, le patient vient avec ses représentations du cancer et celle de ses proches. Il passe par des étapes longues et difficiles. Les souffrances et les douleurs engendrées par les traitements sont, suivant les patients, difficilement supportables.

Le toucher dans la relation de soins en cancérologie peut être un moyen de diminuer les souffrances et les douleurs du patient, qu'elles soient psychologiques, morales ou physiques.

4) Les bienfaits du toucher : le toucher relationnel pour communiquer et pour apaiser

Il me semblait important d'aborder une partie concernant le toucher relationnel comme soin bénéfique.

L'infirmière instaure une relation avec le patient dont elle a la charge et ce par le toucher lors d'un soin. Le toucher peut alors avoir à ce moment là deux spécificités ; il peut servir à communiquer (avec un patient sédaté, un patient qui ne parle pas, un patient qui n'entend pas...et cela avec une signification pour lui et pour le soignant qui touche) et servir à apaiser (apaiser la douleur, diminuer l'angoisse avant un soin, avant le coucher, avant de mourir...).

La communication par le toucher

Dans cette partie étudiant le toucher relationnel, il me semble obligatoire d'évoquer la communication par le toucher. En effet, une relation avec le patient s'établit inévitablement sur une communication, qu'elle soit verbale ou non. A la différence de la vue ou de l'ouïe, la communication tactile induit nécessairement une réciprocité dans la relation à l'autre.¹⁵

De plus, Virginia Henderson a défini dans ses besoins fondamentaux, **le besoin de communiquer**. Il est défini par cet auteur comme « une nécessité qu'a l'être humain d'échanger avec ses semblables »¹⁶

¹⁵ <http://membres.lycos.fr/papidoc/>

¹⁶ Cours module soins infirmiers, Virginia Henderson et les besoins fondamentaux, Première année IFSI Croix Rouge Toulouse

Entrer en relation avec le patient, c'est communiquer avec lui. Le toucher en est un moyen. La communication étant définie, comme «*un processus de transmission d'un message d'un émetteur à un ou plusieurs récepteurs à travers un média subissant des interférences sous condition de message de rétroaction ou feedback. Cela associe un acte au message et à la médiatisation qui y sont liés. C'est le contexte qui donne le sens de l'échange*»¹⁷

Il existe deux sortes de communication : la communication verbale et non verbale. La communication verbale est une communication basée sur des signes linguistiques tels que le langage écrit ou oral.

Néanmoins, le toucher constitue un moyen de communiquer non verbalement. La communication non verbale étant déterminée par Martin Winckler comme «*le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole mais au moyen des expressions du visage, des postures, des gestes, de bruits divers. Les choix vestimentaires, la coiffure, la position du corps, le maquillage, les mimiques sont tous des éléments de communication non verbale*»¹⁸. Dans mes situations d'appel, les patients se sont apaisés grâce à ce mode de communication non verbale. Pour la seconde personne trachéotomisée, cela a été son mode de communication principal pour exprimer son angoisse face au soin.

Le toucher apaisant

Ashley Montagu écrit : «*prendre la main d'une personne qui est dans un état d'angoisse est susceptible d'exercer sur elle un effet apaisant, de réduire l'anxiété et de donner globalement un sentiment de sécurité*»¹⁹ Par le biais de cette citation, nous pouvons dire que le toucher est vraiment un moyen d'apaiser le patient en état de stress et d'angoisse. Le cancer étant une maladie stressante et angoissante, l'infirmière en cancérologie peut l'utiliser à visée anxiolytique.

De plus, la douleur est une composante de la maladie cancéreuse et est liée à son évolution. La prise en charge de la douleur a fait preuve de beaucoup de recherche et est

¹⁷ Wikipédia, l'encyclopédie libre, site web : www.wikipedia.org, visité le 13 mars 2007

¹⁸ Odyssee une aventure radiophonique, Le cherche-midi, 2003

¹⁹ Montagu Ashley « la peau et le toucher » Editions Seuil

présente dans les mesures du plan cancer (mesure 42). Hormis les moyens thérapeutiques efficaces afin de soulager la douleur, les moyens non médicamenteux tendent à se développer et peuvent permettre de la diminuer.

Le toucher est moyen non thérapeutique de diminuer la douleur, tout en prenant en compte les différentes douleurs liées au cancer. En effet, la douleur sociale, la douleur psychologique ou morale, la douleur somatique et la douleur spirituelle peuvent être abordées lors de la relation par le toucher. Toutefois, autour du toucher la parole peut être mise en place et des confidences peuvent être faites. De part la proximité du toucher, le patient peut être amené à apaiser ses douleurs en parlant tout en étant dans une relation de toucher.

5) Les limites du toucher : L'intimité, La culture et les traditions

En regard des bienfaits du toucher dans la relation de soin, il me semble évident d'étudier ses limites. En effet, le toucher a des limites qui, à mon sens, sont liées aux notions d'intimité et de cultures et traditions du patient.

L'intimité

Dans cette partie, je prends comme point de départ la charte du patient hospitalisé²⁰, le point VII - **Respect de la personne et de son intimité** : « *le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes [...] des traitements [...] et à tout moment de son séjour hospitalier* »

L'intimité est définie comme ce : « *Qui est contenu au plus profond d'un être ; Qui est tout à fait privé et qu'on cache généralement aux autres* »²¹

Lors d'une hospitalisation, le patient possède son intimité, elle lui est propre mais celui-ci est amené à la partager avec le soignant lors de la toilette par exemple. En effet, lors de la toilette *intime*, le soignant a regard sur des parties du corps que le patient ne montre pas habituellement à une personne qu'il ne connaît pas. Cette intimité est l'intimité physique. Entrer dans cette intimité est alors souvent acceptée par le patient parce qu'il comprend le soin qu'est la toilette. Ensuite peut s'installer une intimité basée sur les

²⁰ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

²¹ Définition de L'intimité, Le petit Robert, 1999

confidences et le ressenti, c'est l'intimité émotionnelle²². Cette deuxième intimité est souvent moins pénétrable. Car le patient ne se sent pas obligé de la partager et entrer dans cette intimité n'est pas perçue comme un soin.

Ces deux intimités décrites caractérisent la globalité du patient. Le soignant se doit de les respecter et de n'y pénétrer que s'il en est autorisé par le patient. Hélas, souvent cette intimité est bafouée inconsciemment par le soignant, lors de la toilette ou lorsqu'il pose des questions au patient. Le toucher est-il un moyen de pénétrer dans l'intimité ? Il pourrait, évidemment entrer dans *l'intimité physique* du patient, mais le but du toucher tel qu'il est décrit dans les constats n'est pas l'intrusion.

De plus, pour préciser une dimension importante de l'intimité, la notion de distance est à développer. En effet, les relations interpersonnelles qu'elles soient de soins ou non sont basées sur la distance mise entre les individus par eux-mêmes.

Comme l'a définie Edward T. Hall²³ il existe quatre types de distance interpersonnelle.

La plus proche, la distance intime (moins de 45 cm), la proximité est totale, elle est la distance des relations intimes strictes (relations sexuelles, de réconfort). Dans cette relation sont perceptible le souffle, les odeurs et la chaleur du corps de l'autre.

Ensuite vient la distance personnelle (entre 45 et 1m20) c'est une distance moins proche que la distance intime, elle est celle des contacts amicaux, elle est bout de bras. On voit le visage de l'autre en entier.

Après la distance personnelle, il existe la distance sociale (1m20 à 3m60) c'est la distance des relations professionnelles, de réunion informelles, la voix est un peu plus forte pour le dialogue.

Pour finir, la distance publique (3m60 à 7m50) est la distance de conférence, de cours et de discours. Les détails ne se voient plus, on voit l'autre en entier.

La relation par le toucher impose une relation intime ou une relation personnelle. Mais, partant du fait que chaque individu est différent devant la distance qu'il accepte dans la relation à l'autre, il est aisé de comprendre qu'un individu peut mal supporter une relation par le toucher.

²² Vérani Laurence, Accepter l'intimité dans les soins, Soins n° 652 février 2001

²³ La dimension cachée. Point seuil chapitre 10

La culture et les traditions culturelles

Cette partie de mon travail a comme point de départ le onzième besoin fondamental de Virginia Henderson : **le besoin d’agir selon ses croyances et ses valeurs**. Celui ci est défini « *une nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal et de la justice, et à la poursuite d’une idéologie* »²⁴ En effet, la dimension culturelle et traditionnelle ainsi que les croyances et valeurs du patient sont des notions importantes dans la relation avec le malade et son respect.

Les infirmières canadiennes définissent la culture²⁵ : « *de façon générale en fonction des tendances communes de comportement acquises ainsi que de valeurs qui sont transmises au fil du temps et qui distinguent les membres d’un groupe de ceux d’un autre. Dans le sens général, la culture peut inclure les aspects suivants : origines ethniques, langues, religion, croyances spirituelles, sexe, classe socioéconomique, orientation sexuelle, âge, origine géographique, histoire collective, étude, éducation et expérience de vie* »

A travers cette définition vaste de la culture, nous pouvons prendre en compte toutes les dimensions culturelles de l’individu afin de comprendre ce qui pourrait le pousser à refuser le toucher ou au contraire l’accepter.

A juste titre, un patient peut refuser un soin, comme il peut refuser le toucher. Ce qui le pousse à ce choix ou à ce réflexe prend, à mon sens, source dans sa dimension culturelle, ses traditions et dans son expérience de vie. La relation au toucher est inscrite dans l’histoire de la personne et ce par son éducation et sa culture. Tout au long de l’enfance, nous recevons des interdits culturels concernant le toucher et ceux-ci inscrivent chez nous un imaginaire corporel qui constitue des barrières dans la relation tactile à l’autre.

Ainsi, France Bonneton²⁶ décrit plusieurs impressions de personnes voyageant dans plusieurs pays évoquant le toucher dans les différentes sociétés.

²⁴ Cours module soins infirmiers, Virginia Henderson et les besoins fondamentaux, Première année IFSI Croix Rouge Toulouse

²⁵ Dreher et Mc Naughton, association canadienne pour la santé mentale, 2002

²⁶ Le toucher dans la relation soignant soigné, Medline IFSI, Paris, 2006

Dans les pays latins, les relations quant au toucher sont très fusionnelles, en effet les personnes sont très tactiles dans leur vie de tous les jours. Les caresses et embrassades sont habituelles.

Dans les pays du Maghreb, les gestes sont autorisés (massages par exemple) mais entre personnes de même sexe.

En Asie, au Vietnam, le toucher est banni en public, il est réservé à la relation conjugale. Les enfants ne sont pas habitués au toucher ni aux embrassades.

En Chine, au contraire, le toucher est très utilisé. Les massages sont largement présents. Mais toucher un mourant c'est lui enlever de son énergie pour partir sereinement.

Chez les juifs, les embrassades sont très exagérées et très fusionnelles entre la mère et l'enfant. Le toucher fait partie intégrante des contacts entre individus.

Chez les personnes ayant des origines britanniques, le toucher est tabou.

Toutes ces visions du toucher dans les différentes sociétés montrent la pluralité des contacts individuels et peuvent expliquer pourquoi certains patients refusent le toucher et n'y trouvent pas un réconfort certain.

Problématique

Nous pouvons nous accorder à dire que le toucher établit inévitablement une relation, qu'elle soit de confiance ou non. Si c'est le cas, il est un moyen de témoigner la présence du soignant lors de moments difficiles pour le patient. Il apaise lors de gestes angoissants et de traitements difficiles. Il est même un moyen de diminuer efficacement la douleur.

Mais, a-t-il ses effets positifs lorsque le soignant le propose ? Et dans ce cas ***A t-il les mêmes effets quand c'est le patient qui le choisit que lorsque c'est le soignant qui le propose ?***

En effet, la relation d'aide qui est déterminée comme un soin formel et établie sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné, prend source à la demande du patient. Si le toucher est proposé par le soignant il ne s'inscrit pas dans cette démarche. Néanmoins il en constitue un outil. Alors, ***comment le toucher peut-il permettre de provoquer une ébauche de la relation d'aide ?***

En cancérologie, la relation d'aide est un outil que l'infirmière utilise très souvent. En effet, elle permet de donner des éléments de réponses que le patient cherche à connaître pour accepter sa maladie et se battre.

L'infirmière doit prendre en compte la globalité du patient atteint d'un cancer. Ses composantes culturelles et traditionnelles sont importantes. Toutefois a-t-elle les outils nécessaires pour agir selon ses croyances ? Le recueil de données à l'entrée permet la connaissance du patient par l'infirmière. Malgré cela, ***une bonne connaissance de la culture et des traditions du patient améliore-t-il sa prise en charge ?***

Ma question de recherche est :

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient en cancérologie, en quoi le recueil de données, permettant la connaissance des composantes culturelles du patient et le toucher, impliquant une approche humaine et de proximité, peuvent-ils permettre la mise en place de la relation d'aide ?

Conclusion et Réflexion professionnelle

Ce travail de fin d'étude m'a beaucoup apporté dans ma pratique et m'a permis de faire **évoluer mes représentations**. En effet au début de mon travail, je portais un jugement sur les soignants quant à leur utilisation du toucher dans les soins. Ensuite, tout au long de mon travail j'ai pu m'apercevoir de mon jugement et le modifier.

Ce travail m'a permis aussi de **m'organiser dans le temps** et dans le reste du travail pour le diplôme d'état. En effet, s'organiser est le meilleur moyen de pouvoir mener son travail à terme et le plus convenablement possible. Ceci est aussi applicable dans le travail infirmier en service.

Ce travail m'a également permis de **prendre du recul** et surtout de développer ma **distance professionnelle**. Je sais qu'il faut faire beaucoup d'effort de ce côté là. Je vais devoir continuer à apprendre à prendre du recul sur mes émotions afin de ne pas me laisser déborder et risquer le *burn out*.

Bibliographie

REVUES

BROOKS François, « La signification du toucher »

DAUTY Alain « L'être touchant » Soins n°12, 2004

DELADOEUILLE Paul « Le toucher dans le soin infirmier », Soins Gérontologie n°11, 1998

DUROUX Martine « L'interdit du toucher », L'aide-soignante n°3, Mars 1998

FRENEAU LAROCHE Marie « La présence par le toucher », Synodies n°1 mars 2004

MALABOEUF « les différents niveaux de relation » Soins formation, pédagogie et encadrement. N°4.1992

MALAQUIN PAVAN Evelyne, « Le toucher : un geste à redécouvrir » Centre de ressources et de documentation en soins palliatifs, accompagnement, mort et deuils

MARASCHIN Joëlle « L'essor du toucher massage dans les soins », Soins n°687. Juillet 2004

MARTIN M, La distance professionnelle, The International journal of applied philosophy 1997, USA

MARTIN-BRAUD Thierry, « Le toucher, un geste technique ou une qualité soignantes? », revue soins, N°662, janvier/février 2002, p.21 à 23

RIOULT Catherine, « Le toucher relationnel pour enrichir sa pratique soignante », SOINS N°628, septembre 1998

SAVATOFSKI Joël « Plaidoyer pour le toucher massage : pourquoi le toucher massage ? » Revue de la coordination nationale infirmière, Janvier 2005

SAVATOFSKI Joël « Etes vous des professionnelles du bien être ? » Les nouvelles esthétiques, Avril 2005

VERANI Laurence, « Accepter l'intimité dans les soins », Soins n°652 février 2001

OUVRAGES

BONNETON -TABARIES et Lambert-Libert, Le toucher dans la relation soignant soigné Medline, Paris 2006

HALL T. Edward « La dimension cachée » Point seuils Chapitre 10

LAWLER et COLLIERES, La face cachée des soins, corps, sexualité et accessibilité. Seli Arslan. Paris 2002

MARTIN M, La distance professionnelle, The International journal of applied philosophy 1997, USA

LAZORTHES GUY, L'ouvrage des sens , Flammarion, 1986

MONTAGU Ashley, La peau et le toucher : un premier langage, Seuil, Paris 1979

WINKLER Martin, Odyssée une aventure radiophonique, Le cherche-midi, 2003

COURS

Cours de soins infirmiers de première année : Virginia Henderson et les besoins fondamentaux. IFSI Croix Rouge Toulouse

Cours de soins infirmiers de deuxième année : La relation d'aide partie 1. IFSI Croix Rouge Toulouse

Cours de Anne Jacquet : le toucher relationnel en soins infirmiers. Module optionnel Troisième année. IFSI Croix Rouge Toulouse

Soins et communication par le toucher niveau 1. Formation audit conseil. CHU Toulouse. 2004

SITES INTERNET

Wikipédia l'encyclopédie libre : www.wikipedia.fr

Google : www.google.fr

www.e-cancer.fr : Le plan cancer

DECRET

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique portant sur la profession d'infirmier

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée