

**Sallenave Elsa**

Travail de Fin d'Etudes - Diplôme d'Etat d'Infirmier

Promotion 2006/2009

Fondation Léonie Chaptal

*L'éveil du  
coma est entre  
nos mains*



**Note au lecteur : « il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à L'IFSI<sup>1</sup> Léonie Chaptal et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »**

---

<sup>1</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers

## Remerciements


**Mes remerciements les plus sincères à ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce Travail de Fin d'Etude.**

Merci plus particulièrement à :

- Monsieur Filippa (cadre de santé) pour l'accueil dans son service, et sa disponibilité.
- Mademoiselle Frienck Daphné pour ses apports en psychomotricité et son sens de la littérature.
- Ma Mère, pour son soutien inconditionnel, et la relecture.
- Mon Père, pour la mise en forme informatique et sa patience.

Et un grand merci à tous les infirmiers interrogés, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Enfin merci à Janine Bharuja qui a su réveiller en moi le sens du toucher...



*« nos cinq sens correspondent à des ouvertures par lesquelles nous recevons toutes les perceptions qui se transforment ensuite en conceptions, en idées »*  
(Arnaud Desjardin)

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	1
<b><u>I/ analyse questionnaire de pré-enquête</u></b> .....	2
<b><u>II/ Problématique</u></b> .....	6
<b><u>III/ Cadre de référence</u></b> .....	9
<b><u>I / Les soignants</u></b> .....	9
<b><u>1°) soignants, soins et santé</u></b> .....	9
<b><u>2°) historique de la profession infirmière</u></b> .....	10
<b><u>3°) cadre juridique</u></b> .....	11
<b><u>II / Le soigné</u></b> .....	11
<b><u>III/ La relation soignant/soigné</u></b> .....	12
<b><u>IV / Un monde à part : la réanimation</u></b> .....	14
<b><u>1°) le service de réanimation</u></b> .....	14
<b><u>2°) la différence entre coma végétatif et coma artificiel</u></b> .....	15
<b><u>3°) la phase d'éveil</u></b> .....	17
<b><u>4°) vécu psychique du patient dans le coma</u></b> .....	18
<b><u>V / Les différents types de toucher dans la relation soignant-soigné</u></b> .....	19
<b><u>1°) le toucher technique</u></b> .....	20
<b><u>2°) le toucher relationnel</u></b> .....	20
<b><u>3°)le toucher déshumanisé, voire déshumanisant</u></b> .....	21
<b><u>VI / La pratique du « toucher massage »</u></b> .....	22
<b><u>1°) historique du massage</u></b> .....	22
<b><u>2°) la création du « toucher massage »</u></b> .....	23
<b><u>3°) le « toucher-massage »</u></b> .....	24
a) technique de base.....	24
b) apports du « toucher massage » aux patients.....	24
c) apports aux soignants.....	25
d) contre indication.....	25

<b><u>4°) le « toucher massage » et le droit</u></b> .....	25
a) dans le rôle propre infirmier.....	25
b) monopole du massage par la profession de masseurs kinésithérapeutes	26
<b><u>IV / Enquête</u></b> .....	26
<b><u>1°) méthode de recueil de données</u></b> .....	26
a) le choix de la population.....	26
b) le choix de l’outil.....	27
c) le choix du lieu.....	27
<b><u>2°) déroulement de l’enquête</u></b> .....	27
<b><u>3°) synthèse des résultats</u></b> .....	28
<b><u>V / Analyse</u></b> .....	33
<b><u>1°) la fuite du relationnel</u></b> .....	33
<b><u>2°) le manque de communication</u></b> .....	34
<b><u>3°) changement d’attitude face à un patient en phase d’éveil</u></b> .....	35
<b><u>4°) réponses à la question de recherche</u></b> .....	36
a) accepter le « toucher-massage ».....	36
b) développer le « toucher-massage ».....	37
c) reconsidération du patient en tant que sujet.....	38
<b>Conclusion</b> .....	40
<b><u>ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIE</u></b>	
<b><u>ANNEXE I</u></b> : Questionnaire de pré-enquête.....	1
<b><u>ANNEXE II</u></b> : Grille d’évaluation de l’anxiété du patient en phase d’éveil.....	3
<b><u>ANNEXE III</u></b> : Prise en charge holistique.....	4
<b><u>ANNEXE IV</u></b> : Charte du patient hospitalisé.....	
<b><u>ANNEXE V</u></b> : Le score de Glasgow.....	7
<b><u>ANNEXE VI</u></b> : Témoignages sur les bienfaits du toucher relationnel.....	8
<b><u>ANNEXE VII</u></b> : Grille d’entretien et Grille de relance.....	9
<b><u>ANNEXE VIII</u></b> : Témoignages de coma.....	11

## Introduction

Je suis étudiante en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année. J'ai commencé mes études, juste après avoir passé mon baccalauréat. Je me rappelle avoir choisi ce métier pour son côté humain, relationnel porté sur le bien être ou mieux être de l'autre. Je suis donc passée du statut de lycéenne au statut de future professionnelle de santé en très peu de temps.

Les premiers stages sont vite arrivés et la confrontation à la réalité du métier a été dure à accepter dans les premiers temps. En effet je me suis rendue compte que les infirmières<sup>1</sup> manquent crucialement de temps pour prendre en charge les patients de la manière qui leur conviendrait. J'ai aussi constaté que les soins pratiqués (pansement, pose de perfusion, pose de sonde..) sont pour la plupart douloureux voir gênants. Il n'est pas rare de voir un patient appréhender la venue de l'infirmière de peur de « ce qu'elle va encore lui faire ».

Mais au fil des stages et des années et grâce à la richesse des rencontres aussi bien sur le terrain qu'à l'école, à la multitude d'expériences vécues, je me suis construite une identité et un projet professionnel qui ne cessent de grandir et qui me redonnent espoir.

Grâce à la formation de « toucher-massage »<sup>®2</sup> dispensée à l'école dans le cadre d'ateliers de développement personnel, ma vision du simple toucher a évolué, mon toucher s'est enrichi, j'ai pu y trouver un sens nouveau qui m'a permis de développer une qualité relationnelle plus profonde.

Le thème de mon mémoire portera donc sur le toucher et le « toucher-massage » dans la relation soignant/soigné, et plus particulièrement en service de réanimation.

Toutes mes expériences de stages ont fait mûrir en moi de multiples questionnements : comment redonner une dimension plus humaine aux soins infirmiers qui deviennent de plus en plus techniques, comment les rendre les plus agréables possible ?

Comment faire pour que le patient ne se sente pas comme un corps objet mais comme une personne à part entière ?

Afin de m'aider à progresser dans ma démarche problématique, j'ai distribué un questionnaire de pré-enquête (annexe I) destiné à des infirmiers d'un service de réanimation,

---

<sup>1</sup> Pour infirmière, lire partout infirmier/infirmière

<sup>2</sup> « toucher-massage »<sup>®</sup> est un terme déposé. Pour des raisons de commodité pour le lecteur, la mention ® n'a pas été reprise dans l'ouvrage.

dont l'analyse suit directement cette introduction. Dans un deuxième temps, se trouve donc la problématique qui explique mon cheminement vers ce thème et qui se termine par une question de recherche. Dans un troisième temps je vais définir le cadre de référence de ce travail qui est élaboré à partir des mots clés de la question de recherche, et qui comportera donc différentes parties : les soignants, les soignés, la réanimation avec des définitions sur les différents comas et la phase d'éveil, mais aussi une partie sur les différents types de toucher et une présentation du « toucher massage ». Le quatrième temps consistera en la présentation de ma démarche d'enquête et la synthèse des résultats obtenus. Enfin dans une cinquième partie, nous confronteront ces résultats au cadre de référence précédent, afin d'apporter une analyse fiable et réaliste, qui permettra peut être de répondre à la question de recherche.

### **I / Analyse du questionnaire de pré enquête**

Ce questionnaire a été distribué à l'équipe soignante du service de réanimation d'un grand hôpital parisien spécialisé en toxicologie.

J'ai eu un retour de 10 questionnaires remplis par des infirmiers dont 2 hommes et 8 femmes.

L'analyse de ce questionnaire commence à la quatrième question qui était :

#### 4 Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans ce service ?

**Les trois principales motivations des infirmiers qui viennent travailler en réanimation sont :**

- ❖ la technicité des soins
- ❖ l'intensité du travail
- ❖ la spécificité du service et la diversité rencontrée

1 personne sur 10 prend en compte le relationnel comme motivation.

On voit bien que c'est le côté technique qui attire essentiellement les infirmiers à travailler en réanimation.

Ensuite la 5<sup>ème</sup> question était la définition d'un service de réanimation.

Question qui s'est avérée difficile d'après ce qu'ils m'ont exprimé.

Une définition est revenue 5 fois sur 10 : « service de prise en charge de patients présentant une ou plusieurs défaillances vitales intubé/ventilé »

Puis les autres définitions ont donné :



« Service polyvalent, technique et humain avec la prise en charge de la détresse vitale et de l'entourage du patient »

« unité de soin prenant en charge des patients présentant une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant la mise en œuvre de techniques « extraordinaires » ayant pour objectif de sauver le patient »

« Service de pointe, aiguë »

« Service dans lequel on doit prendre soin du corps tant que l'esprit ne l'a pas regagné »

Une personne n'a pas su répondre.

On voit que la première image qui définit la réanimation est l'image du patient intubé/ ventilé (cinq réponses sur dix reprennent ces termes).

Il est clair que le patient intubé/ventilé est l'image première que l'on se donne d'un tel service, et ce n'est d'ailleurs pas qu'une image, car la majorité des patients sont bien intubés et ventilés. La deuxième image serait aussi le patient dans le coma or tous les patients ne sont pas dans le coma. On voit ensuite, l'importance de la gravité de l'état de santé des patients avec les termes de défaillances vitales, détresse vitale qui reviennent presque à chaque fois.

Une définition émet la notion de « sauver le patient » avec des techniques « extraordinaires ». On retrouve ici la notion d'ambiguïté du service de réanimation qui effleure les limites avec la vie, donc avec la mort, et qui à la fois fascine mais fait peur.

La suite de la question était la définition d'un patient dans le coma, sédaté :

Pour la plus part du personnel infirmier, un patient sédaté est un patient « endormi de manière artificielle (5 réponses sur 10) dans le but d'effectuer des gestes techniques le plus souvent invasifs, ou régler les défaillances (2 /10), aréactifs aux stimuli extérieurs (2/10) et dont l'état de conscience est altéré (1/10)»

Je voudrais relever une définition qui m'a particulièrement marqué : « *un patient dépendant dans sa totalité, vulnérable* ». Je pense que la notion de vulnérabilité est fondamentale pour une prise en charge globale et de qualité. En effet un patient dans le coma a déjà tous les risques liés au décubitus et à l'immobilité (risque d'escarres, risque thrombo-emboliques, risque d'infections...) mais il est aussi vulnérable face à l'altération de son niveau de conscience qui amène à une emprise totale du soignant.

Ensuite la 6<sup>ème</sup> question portait sur le vécu du patient dans le coma en réanimation :

6. Pensez-vous qu'un patient dans le coma peut :

- souffrir physiquement  ressentir des émotions  souffrir psychiquement  entendre

J'ai été agréablement surprise par les réponses.

Seule une personne pense qu'un patient dans le coma ne souffre que physiquement, et n'adhère donc pas au vécu psychique d'un patient dans le coma.

Une personne a répondu qu'elle ne savait pas mais elle précise que « *dans le doute j'agis comme si le patient ressentait* ».

Une personne a répondu les 4 critères en précisant que « *cela dépend du stade de coma* » et donc de sa profondeur.

Pour la question n° 7 :

7. Avez-vous l'impression de communiquer avec un patient dans le coma, sédaté ?

Huit personnes ont répondu oui et une personne a précisé « *parfois* » et une autre « *selon le stade* ». Deux personnes ont répondu non. Le prolongement de la question était « Si oui par quels moyens ? »

- paroles  toucher  présence  au travers de la famille  autres : \_\_\_\_\_

Ainsi les 8 personnes ayant répondu oui à la question précédente, communiquent toutes par la parole, ce qui est très positif.

50% des infirmiers utilisent le toucher comme autre moyen de communication, mais quel toucher ?

Le toucher technique des soins ou le toucher investi « *apprivoisé* » ?

La question n° 8 portait sur la vision du toucher :

- positive  sexuelle  tabou  vitale  négative  essentielle  réservé aux proches

La vision sexuelle du toucher est la réponse d'un homme. On se heurte ici à une des réticences de la population en général à développer le sens du toucher puisqu'ils l'assimilent à une pratique sensuelle voire sexuelle. Le toucher implique pourtant un échange d'être à être avant tout.

La question n°9 :

Avez-vous entendu parler du « toucher massage » ?

Neuf personnes sur dix ont déjà entendu parler du « toucher- massage » ce qui me paraît très encourageant.

Une seule personne n'en a jamais entendu parler. On retrouve que c'est l'infirmière diplômée depuis le plus longtemps (8ans). Le « toucher-massage » était alors encore moins développé.

D'après la question n°10 on peut énoncer que seulement trois personnes ont déjà pratiqué le « toucher-massage » dans leur vie professionnelle.

D'après la question n°11 :

11. Pour vous, que peut apporter la pratique du « toucher massage » chez un patient en réanimation ?

Sept personnes sur dix ont répondu le critère « apaisement », ce qui témoigne de leur croyance en la pratique.

La personne ayant répondu le critère « rien » est la personne ayant une vision sexuelle du toucher. Et une personne ayant répondu le critère « gêne » est la personne ayant une vision négative du toucher.

Une personne a répondu à la fois gêne et apaisement. Ce qui a pourtant l'air paradoxal.

Pour la question n°12 : A quel moment ou sur quel patient le « toucher-massage » pourrait il être, pour vous, le plus bénéfique ?

80% des infirmiers pensent que le « toucher-massage » pourrait être le plus bénéfique pour un patient en phase d'éveil, 60 % pour un patient conscient intubé/ ventilé, 20% pour un patient dans le coma, 20% pour un patient conscient non appareillé.

On voit bien ici que la phase d'éveil est, pour tous les infirmiers, considérée comme la phase la plus anxiogène, et donc où le toucher serait le plus bénéfique.

Ces réponses ont été particulièrement utiles pour m'aider dans mon avancée vers une étude de population plus précise.

Enfin d'après la dernière question : Dans vos représentations la pratique du « toucher massage » a t'elle sa place dans la pratique infirmière ?

Seulement six personnes sur les dix ont répondu « oui », ce qui ne me paraît pas beaucoup lorsque l'on met en rapport leur vision du toucher (majoritairement positive même vitale ou essentielle) et les bénéfices qu'ils pensent du toucher massage (apaisement détente ...).

Le métier d'infirmière a pourtant le rôle certain de viser le mieux être de la personne.

Ainsi quatre personnes ne pensent pas que le « toucher-massage » a sa place dans la pratique infirmière, mais qu'il fait parti du rôle des kinésithérapeutes.

On se heurte ici au problème de monopolisation du massage par la profession de Masseurs Kinésithérapeute qui est exprimé par les soignants eux-mêmes.

Ils pensent que cette pratique est interdite et ne fait pas partie du décret de compétence de l'infirmière ni de l'aide soignante.

Nous allons maintenant voir dans la problématique qui suit, quel a été le point de départ pour trouver ce thème et comment suis-je parvenue à y croire autant.

## **II/Problématique**

Notons tout d'abord que dans la mise en place d'une relation soignant soigné de qualité, les attitudes (regard, posture, expression du visage), les paroles rassurantes sont évidemment indispensables pour que le patient se sente considéré. Mais le toucher est pour moi un des éléments les plus subtils, le plus vrai dans une telle relation. Il est clair que c'est un sens bien spécifique, c'est le seul sens réciproque, on ne peut toucher sans être touché, et le seul sens que l'on ne peut éviter : « *La peau ne peut ni se fermer les yeux ou la bouche, ni se boucher les oreilles ou le nez* »<sup>1</sup>. On peut donc faire semblant d'écouter quelqu'un mais on ne peut toucher sans être en contact direct, sans sentir son poids, son odeur, le grain de sa peau. De plus le toucher fait partie intégrante de notre pratique.

Cette prise de conscience du toucher a été bien évolutive au cours des stages. Je me rappelle de mon tout premier stage, mon premier aperçu du métier, en maison de retraite

---

<sup>1</sup> D. Anzieu Le Moi-peau Editions Denod

médicalisée. Les personnes âgées dont je m'occupais souffraient de démence de type Alzheimer ou de la maladie de Parkinson. Je devais effectuer la toilette complète au lit d'une vieille dame. La vision de ce corps si maigre et si fragile qui reflétait la souffrance, m'était difficilement supportable. J'ai donc commencé à laver cette dame par le visage tout en douceur, puis le torse et les bras, jusqu'aux mains qui étaient fermées avec une rigidité incroyable. L'ouverture de ses mains a été ma première victoire. Grâce au toucher, le soin a pris une tournure étonnante. La vieille dame s'est quelque peu détendue, et pour ma part, ce soin qui paraissait si pénible à effectuer est devenu plus agréable, moins tortionnaire.

Je me demande alors ce qu'une toilette effectuée avec douceur peut coûter en plus au soignant ?

Nous avons tous en tant qu'étudiants été choqués par la rapidité et la brutalité de certaines toilettes au lit observées. Le toucher devient alors un « toucher déshumanisé » et donc déshumanisant. Je désire non pas rejeter la faute sur le personnel – chacun a entendu parler des conditions de travail parfois inacceptables dans les maisons de retraites – mais me questionner sur la manière dont on utilise le toucher. Aussi, comment peut-on le réinvestir ?

J'ai donc fait l'expérience au cours d'un autre stage en maison de retraite d'un réinvestissement du toucher par le « toucher-massage ». En effet, j'ai monté un projet de « toucher-massage » pour les personnes âgées qui le désiraient ou en ressentaient le besoin. Mon premier constat a été la réticence des personnes âgées face à cette proposition. C'est une population « sous touchée » aussi bien dans le passé car le toucher est resté très longtemps tabou - et le reste encore aujourd'hui - que dans le présent où le corps de la personne âgée est dévalorisé, comme à l'abandon.

Par la force des paroles et par la qualité de la relation de confiance mise en place au préalable, j'ai eu la chance de pouvoir pratiquer le « toucher-massage » sur des personnes âgées en isolement affectif. Grâce aux massages, nous sommes entrés dans une réelle relation de confiance. J'ai pu observer une vraie détente de leur part avec le relâchement des traits du visage ou des trapèzes. Mais ce qui m'a le plus marquée a été leur capacité à se confier après un massage, constituant de fait un moment unique. Avec le massage on s'engagerait naturellement vers une relation d'aide. Je me demande alors comment faire accepter le toucher-massage par les patients d'une part, et par le personnel soignant d'autre part.

Plus les stages passaient, plus je découvrais combien le toucher - et quand cela était possible le « toucher-massage » - était une pratique révolutionnaire pour les patients, ainsi que pour les soignants. La relation soignant/soigné devient alors une relation d'être à être unique. De plus, concernant les infirmières, on sort du cadre des soins protocolaires pour entrer dans un espace de créativité et d'expression. Mais le caractère innovant de cette pratique ne serait-il pas le frein même de son avancée ? En remettant en cause la mise à distance du corps dans les techniques médicales sophistiquées, cette pratique dérange en effet certains principes médico-culturels, dont la conception de la relation soignant/soigné à l'hôpital qui prône une certaine « distance thérapeutique ».

Pour aller plus loin encore, je me suis demandée dans quel service le toucher investi et le relationnel souffraient le plus. Le service de réanimation m'est apparu comme une évidence étant donné la haute technicité des soins, l'appareillage. On peut même jusqu'à oser dire que le patient n'est plus considéré comme un être mais comme un corps relié à des machines.

Le questionnaire de pré enquête (ANNEXE I) distribué lors de mon premier stage de troisième année en réanimation a conforté quelques unes de mes idées. Notamment sur les motivations premières des infirmiers allant travailler en service de réanimation. Leur motivation prend en compte essentiellement le côté technique et l'intensité du travail. Le côté relationnel du métier est donc relégué au second plan. D'autre part, leur avis sur le vécu psychique du patient dans le coma artificiel (80% des infirmiers adhèrent à cette idée) et l'apport que le « toucher-massage » peut lui procurer (détente, apaisement..) m'ont encouragée à aller dans ce sens. De plus, leur quasi unanimité sur la phase d'éveil en tant que moment le plus propice à la pratique du toucher-massage m'a fait beaucoup réfléchir. J'ai d'ailleurs pratiqué le « toucher-massage » lors de cette phase avec des résultats très forts et convaincants comme par exemple une diminution de l'agitation (ANNEXE II). J'ai donc décidé d'étoffer mon étude sur le « toucher-massage » chez un patient en phase d'éveil émergeant du coma artificiel.

J'avais pourtant, dans un premier temps, l'idée d'étudier cette pratique sur un patient dans le coma. Mais je me suis heurtée à quelques réticences car le vécu psychique du patient dans le coma est une idée encore récente (1980) qui n'a pas encore fait sa place et qui demeure controversée. La parole commence à faire ses preuves et à être de plus en plus utilisée par les soignants, mais le toucher a, quant à lui, de nombreuses barrières à franchir.

La phase d'éveil est par ailleurs, la phase la plus anxiogène aux yeux des soignants et c'est celle qui m'a le plus intriguée lors de mon stage .Elle représente les limites du coma, du conscient et de l'inconscient. Elle est à la fois visible (lutte du patient avec le respirateur, agitation corporelle jusqu'à l'ouverture des yeux) et invisible (vécu psychique du patient dans cette phase intermédiaire). Le rôle du soignant est primordial dans ces instants, il est d'aider le patient à continuer sa progression vers la réalité, le stimuler, mais aussi le calmer et faire en sorte que ce retour à la réalité soit le moins brutal possible.

Le « toucher-massage » serait alors une clé pour un retour dans le monde extérieur de la manière la plus douce.

**Comment la pratique du « toucher-massage » en service de réanimation peut-elle être acceptée et développée par les soignants, afin d'aider le patient émergeant du coma artificiel à vivre la phase d'éveil de la manière la plus douce possible, et amener à une reconsidération du patient en tant que sujet ?**

### **III CADRE DE REFERENCE**

#### **I/ Les soignants :**

##### **1°) Soignants, soins et santé**

Pour bien cibler le rôle des soignants qui est de « *rendre la santé à un malade* »<sup>1</sup>, il est indispensable de définir la santé.

Or, beaucoup de définitions, assez différentes les unes des autres, existent.

Dans Le Petit Larousse, la santé renvoie à un organisme fonctionnel, elle est définie par « *État de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien* », et « *état de l'organisme bon ou mauvais* »<sup>2</sup>. Si l'on s'en tient à cette définition de la santé, le rôle des soignants devient alors purement fonctionnel et organiciste. Mais l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), en 1946 puis en 1978 définit la santé comme : « *un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>3</sup>. La santé dépend donc de l'individu lui-même et de son environnement. De plus les définitions de l'OMS et de

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse, page 947

<sup>2</sup> Le Petit Larousse, page 916

<sup>3</sup> Cité dans Le toucher relationnel au cœur des soins, Blanchon Carine

l'UNICEF<sup>1</sup> insistent sur le fait que la santé englobe les dimensions biologique, psychologique et socioculturelle d'un individu.

Le soignant n'est donc pas seulement là pour aider la personne à se rétablir d'un point de vue fonctionnel. Il est aussi là pour veiller à ce que ces quatre dimensions qui forment l'individu soient prises en compte, respectées et favorisées afin d'aboutir à un état de bien être ou de mieux être complet et maximum. On parle alors de prise en charge holistique, c'est-à-dire globale du patient. (ANNEXE III)

Etre soignant implique aussi la notion de prendre soin, d'être concerné par l'autre, par ses difficultés à vivre et par son individualité.

*« Des valeurs humanistes et altruistes sont les bases de notre discipline (....) Prendre soin, c'est avant tout accueillir l'autre, aller à sa rencontre, oser la communication, dans une ouverture d'esprit faite de tolérance, de chaleur humaine, d'authenticité »<sup>2</sup>*

Tout au long de cet écrit, le terme de soignants sera employé pour désigner les professions d'infirmière et d'aide soignante. En effet, en étant le plus souvent au chevet du malade, jour et nuit, et en répondant aux besoins de confort et de mieux être des patients, ces deux professionnels occupent une position et un rôle unique à l'hôpital. Il est vrai que : *« Soigner constitue par essence l'expression de l'art infirmier »<sup>3</sup>.*

Nous allons maintenant définir la profession d'infirmière en tant que telle, puisque c'est essentiellement sur elles que se base ce travail.

## **2\*) Historique de la profession infirmière**

Le métier d'infirmière a connu beaucoup d'évolution au cours du temps. En 1905 les soins infirmiers deviennent un droit pour tous et passent de la charité à l'Assistance publique.

En 1930, la question de la responsabilité infirmière a été pour la première fois débattue et la règle suivante a été adoptée : *« Sa propre responsabilité ne sera pas engagée tant qu'elle se conformera rigoureusement aux instructions qu'elle a reçues »<sup>4</sup>*

En milieu hospitalier les actes deviennent déjà de plus en plus techniques, et le travail de soins d'hygiène est relégué aux aides-soignantes. Cette profession est effectivement apparue en 1956 pour pallier la pénurie d'infirmière et pour les soulager dans leur travail.

---

<sup>1</sup> United Nations Children's Emergency Fund ou Fonds des Nations unies pour l'enfance

<sup>2</sup> L'infirmière et les soins palliatifs Editions Masson, Nature du soin infirmier

<sup>3</sup> Blanchon Carine, Le toucher relationnel, page 92

<sup>4</sup> Blanchon Carine, Le toucher relationnel au cœur des soins, page 91



En 1968, la crise de la société française n'a pas épargné les infirmières qui voulaient retrouver le sens originel de leur fonction mais aussi se débarrasser de l'image de religieuses, soumises, dévouées.

En 1993, une série de loi et de décrets vient parachever le cadre juridique de la profession d'infirmière. L'un des décrets est relatif aux règles professionnelles, un autre, appelé décret de compétence, régit les actes et l'exercice de la profession. Il définit précisément le cadre et le contenu de l'exercice infirmier, et notamment, le rôle propre, qui signe bel et bien l'autonomie de l'infirmière.

### **3°) Cadre juridique de la profession d'infirmière**

Le décret de compétence que l'on utilise actuellement est le décret du 29 juillet 2004. Ce décret définit dans son article R. 4311-2, les soins infirmiers par des soins « *préventifs, curatifs ou palliatifs qui intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* ». Il définit les soins relevant du rôle propre infirmier par « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a la compétence pour prendre des initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [...] Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évaluent.* »<sup>1</sup>. Il définit également le rôle en collaboration par « *[...] l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer (soins relevant du rôle propre) avec la collaboration d'aides-soignantes, [...] qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* »<sup>2</sup>.

Au long de ce mémoire, nous nous pencheront sur la qualité des soins infirmiers dans le domaine des relations avec le malade, ou le soigné...

## **II/ Le soigné**

Le soigné, c'est bien évidemment celui qui reçoit les soins et donc une attention particulière. Mais le terme de soigné n'est que très peu utilisé au détriment du terme de patient. Le Petit Larousse définit ce mot, qui est à la fois un adjectif et un nom par :

---

<sup>1</sup> Article R.4311-3

<sup>2</sup> Article R4311-4

Patient : « - *adjectif* : 1 qui a de la patience, qui la manifeste 2 *PHILOS* : qui subit l'action, passif ; - *nom* : personne qui consulte un médecin »<sup>1</sup>

Le patient est donc par définition une personne malade qui attend et qui subit. Il doit accepter de se laisser aller et d' « abandonner son corps aux mains des autres »<sup>2</sup> la plupart du temps par des personnes inconnues : les soignants.

Les patients se retrouvent « à un moment précis ou à une durée indéterminée, dans un temps de vie suspendu, entre parenthèse »<sup>3</sup>. En effet leur mode de vie qui comprend toutes leurs activités socioprofessionnelles, leurs relations amicale, amoureuse, familiale, est mis au second plan. Ils n'ont plus de réelle notion du temps, les jours ou les semaines paraissent durer une éternité. Ils sont angoissés par leur avenir immédiat, qui représente les soins qu'on va leur imposer, mais également par l'avenir incertain de ce qu'ils vont devenir.

Le patient est donc avant tout une personne à part entière, avec son histoire personnelle, sa personnalité, son caractère. Mais c'est surtout une personne fragilisée par la perte de ses repères et par sa maladie contre laquelle il doit sans cesse lutter.

Les patients sont donc à une période de leur vie, et dans un univers, où ils sont plus ou moins vulnérables. Pour les protéger, une charte du patient hospitalisé a été rédigée et affichée dans tous les services hospitaliers (ANNEXE IV)

### **III/ La relation soignant/soigné**

La relation soignant/soigné est : « *le lien existant entre ces deux personnes* » (Le Petit Larousse), l'une soignante et l'autre soignée. C'est une relation particulière puisque déterminée par l'identité des protagonistes.

Cette relation s'établit grâce à la communication verbale et non verbale. La communication verbale comprend « *les mots, le ton, les intonations, les rires et les soupires* »<sup>4</sup> et sert donc dans cette relation à accueillir le patient, l'informer, répondre à ses attentes, lui expliquer les soins...

Mais il y a plusieurs façons de dire les choses, tout comme il y a plusieurs façon d'écouter : « *distraitement, attentivement, avec ennui, intérêt ou empathie* »<sup>4</sup>. La relation

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse, page 755

<sup>2</sup> Le toucher dans la relation soignant/soigné, page 51

<sup>3</sup> Le toucher dans la relation soignant/soigné, page 49

<sup>4</sup> Le toucher dans la relation soignant soigné p 39

soignant/soigné peut être tellement délicate (contexte de la maladie, de la mort...) ou difficile à mettre en place, que les mots ne viennent plus, ou ne suffisent plus. C'est là qu'intervient la communication non verbale « *basée sur la compréhension implicite de signes non exprimés par le langage* »<sup>1</sup>. Elle comprend le regard et l'expression du visage, la posture et les mouvements du corps, les gestes, tous les contacts physiques et le toucher. Le regard, l'expression du visage et la posture vont pouvoir être de précieux indicateurs de l'état de santé du patient et de son état émotionnel. Inversement le patient pourra également voir dans le regard du soignant, dans sa gestuelle, dans sa posture, la confiance qu'il a de lui, son état de stress, de gêne, mais également son assurance, son empathie. Ils sont les moyens de communication non verbale le plus souvent utilisés, de manière inconsciente. Mais le toucher, lui, est un véritable moyen de communication puisqu'il peut être utilisé pour exprimer un sentiment ou une émotion particulière. Il peut accompagner la parole ou se suffire à lui-même. C'est un sens très profond, le premier de nos cinq sens, mais aussi le dernier « *on peut être sourd, muet, aveugle, mais on sent jusqu'au dernier moment* »<sup>2</sup>. De plus, c'est le seul sens réciproque, on ne peut toucher sans être touché soi-même. C'est cette réciprocité qui peut faire peur au soignant. Tout comme le patient, le soignant est un être unique avec son histoire, ses expériences, son caractère. Ainsi « *s'approcher du corps souffrant, abîmé par la maladie, fait peur et renvoie le soignant à lui-même...et à la maladie, à la mort que chacun s'évertue à chasser de son esprit* »<sup>3</sup>. D'autre part, le toucher doit être utilisé avec beaucoup de tact et de délicatesse (s'avoir s'abstenir) étant donné la vulnérabilité du soigné : « *la faiblesse physique et psychologique du patient le rend extrêmement sensible (...) ses sensations sont accrues, déformées* »<sup>4</sup>.

D'autant plus qu'on peut entrevoir dans la relation soignant-soigné, une relation dominant/dominé qu'il faut à tout prix éviter : « *le soigné est celui qui est couché, celui qui subit, dominé par sa maladie, sa souffrance, son incapacité ou ses angoisses [...] le soignant debout, dominant, actif et en mouvement représente alors le savoir et le pouvoir* »<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> fr.wikipedia.org/wiki/Communication

<sup>2</sup> Le toucher massage, page 11

<sup>3</sup> Le toucher relationnel au cœur des soins, page 20

<sup>4</sup> Le toucher relationnel au cœur des soins, page 20

<sup>5</sup> Toucher dans la relation soignant soigné, page 50

Nous verrons plus tard que le toucher dans la relation soignant/soigné peut se décliner sous plusieurs formes.

Outre cette image, et la tendance actuelle de la médecine qui a tendance à éloigner le soignant du patient, il peut aussi se développer dans cette relation, une relation de confiance, voir même une relation d'aide. La relation d'aide est une rencontre et une interaction particulière entre deux personnes qui vont se lier pour la même cause. Dans le cadre d'une hospitalisation, l'infirmière va s'allier avec le patient pour l'aider à atteindre le meilleur niveau de santé possible pour lui. Selon Hélène Lazure, la relation d'aide « *c'est éprouver la conscience aiguë du contact avec la personne et sa croissance personnelle dans sa recherche de solutions, tout en respectant le caractère unique de sa personnalité* »<sup>1</sup>. Cette définition précise bien que la base de la relation d'aide est la considération du patient en tant que sujet – « *caractère unique de sa personnalité* ». D'après Le Petit Larousse, la **considération** signifie « *estime, égard que l'on accorde à quelqu'un* »<sup>2</sup>. Avoir de l'estime pour quelqu'un, c'est en « *reconnaître sa valeur* », et la définition philosophique du mot **sujet** évoque un « *individu qui est le support d'une expérience, d'une action, d'un droit, d'une connaissance* » (Le Petit Larousse)

Nous allons maintenant porter notre attention sur un service où les patients sont particulièrement vulnérables, puisqu'entre la vie et la mort - et pour la plupart dans le coma - et donc où la relation soignant/soigné est une des plus difficiles à établir.

#### **IV/ Un monde à part : la réanimation**

##### **1°) Le service de réanimation**

C'est un service hospitalier particulier, souvent perçu comme une ruche où s'active jour et nuit, sous le même éclairage, une équipe soignante menée par les alarmes et le bourdonnement des appareils. C'est un service de pointe, reconnu pour la haute technicité de ses soins, notamment infirmiers. L'équipe soignante est composée en général d'aide-soignante, infirmière, cadre infirmier, médecin réanimateur, internes, kinésithérapeute....

---

<sup>1</sup> Cours sur la relation d'aide

<sup>2</sup> Le Petit Larousse, page 251

La réanimation est défini par Michèle Grosclaude comme « *un lieu où s'exercent un ensemble de techniques dont l'objectif est le maintien et la restauration des grandes fonctions vitales abolies ou perturbées (respiratoire, cardio-circulatoire, rénale...).* Elle comporte des secteurs spécialisés (médical, chirurgical, néonatal...) et accueille une infinité de pathologies et d'étiologies puisque tout évènement somatique peut conduire en réanimation »<sup>1</sup>. Il ne faut pas assimiler la réanimation uniquement aux patients comateux car certains sont plus ou moins vigils, voire lucides. En revanche ils sont presque tous intubés et ventilés (mise en place d'une respiration artificielle), branchés, sondés. Les soins réalisés sont donc lourds « *avec l'inévitable violence que l'on sait* »<sup>2</sup> comme l'intubation, l'aspiration, la trachéotomie, les contentions, le sondage, pourtant nécessaires à la survie.

La réanimation est une discipline médicale jeune qui a pour particularité d'effleurer les limites avec la vie, et donc avec la mort. C'est un service qui fascine tout autant qu'il fait peur. Le mot « réanimation » est déjà porteur de significations surprenantes : il signifie littéralement « faire revenir à la vie ». Le mot latin « anima » signifie « l'âme et la vie, l'air et le vent, le souffle et l'haleine », « animare » signifie « donner la vie ou emplir d'air » et « réanimare », « redonner la vie »<sup>3</sup>. Le terme anglais « ressuscitation » signifie quant à lui tout autant résurrection que réanimation.

D'une façon plus rationnelle, réanimer c'est mettre en œuvre des techniques destinées à contrôler les fonctions menacées (respiration, circulation...) notamment à l'aide d'un matériel suppléant ou recréant un ou plusieurs organes défaillants.

Au milieu de toutes ces techniques de pointes et de cette agitation, se trouve le patient qui est de fait au cœur de toutes les attentions. Nous allons traiter par la suite essentiellement des patients dans le coma, notamment dans le coma artificiel.

## **2\*) Différence entre coma végétatif et coma artificiel**

### **a) Le coma végétatif**

D'une façon simple, il est défini dans Le Petit Larousse comme « *un état caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie*

---

<sup>1</sup> Grosclaude Michèle Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 13

<sup>2</sup> Grosclaude Michèle Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 15

<sup>3</sup> Grosclaude Michèle Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 14

*végétative (respiration, circulation) »<sup>1</sup>. Les causes du coma sont multiples, elles peuvent être métaboliques (hypoglycémie..), toxiques (alcool...), méningées (méningites..) ou encore neurologiques (état de mal convulsif, traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral). La profondeur et la gravité du coma sont évaluées par l'équipe soignante, notamment par les infirmières, plusieurs fois par jour. L'évaluation est faite à l'aide de test de réactivité, comme par exemple le score de Glasgow (voir ANNEXE V) qui est fondé sur l'exploration de certains signes (ouverture des yeux, réponse motrice ou verbale) amenant à un score de 0 à 15. Un score inférieur à 8 marque le coma et un score inférieur à 5 signifie un coma grave. Une autre grille a été élaborée par l'équipe de Cerbère : la grille de Peyrefite (Colombel 1995), qui explore le comportement du patient pendant le coma et permet de prévoir son évolution, la qualité de son éveil et l'adaptation de la prise en charge.*

#### **b) Le coma artificiel**

En réanimation, les patients sont souvent plongés dans un coma appelé coma artificiel. Ce coma peut également être appelé « sédation ». Il est défini par : *« un coma provoqué par le médecin, par l'administration d'un médicament dont la fonction est d'endormir le patient. Il peut durer de quelques heures à quelques jours et permet de traiter un patient gravement malade, le plus souvent, lorsque le patient est sous respirateur et qu'il ne le supporte pas bien »<sup>2</sup>.*

Il est donc provoqué pour assurer un confort physique mais aussi psychique et pour faciliter les techniques de soins lourds. Il est provoqué à partir de plusieurs médicaments. Les benzodiazépines sont actuellement utilisés en priorité pour le cumul de leurs actions, à la fois sédative (pour endormir), anxiolytique (pour calmer), myorelaxante (pour relâcher les muscles) et amnésique (jouant sur les souvenirs du coma). On utilise également des antalgiques, essentiellement des morphiniques pour leur propriété analgésique.

On vient donc de voir que le coma artificiel diffère du coma végétatif car il est provoqué. Dans le coma végétatif, le patient est dans le coma sans qu'il n'y ait de recours préalables aux médicaments (sauf dans le cas d'un désordre neurovégétatif où le coma thérapeutique vient alors amplifier le coma initial).

---

<sup>1</sup> Page 236

<sup>2</sup> [fr.wikipedia.org/wiki/Perte\\_de\\_connaissance](http://fr.wikipedia.org/wiki/Perte_de_connaissance)

D'autre part, puisque le coma artificiel est provoqué, il est plus ou moins contrôlé. Notons tout de même que l'équipe médicale ne peut pas toujours réveiller le patient lorsque son état clinique n'évolue pas favorablement. En règle générale, c'est le médecin qui décide de la levée de la sédation et donc du coma. Cette notion est très importante pour la prise en charge infirmière, car on peut connaître le moment où le patient va commencer à se réveiller, et donc l'aider à se préparer à l'éveil.

### **3°) La phase d'éveil**

Ce moment où le patient va commencer à sortir du coma s'appelle donc la phase d'éveil. Elle commence à la levée de la sédation et dure plus ou moins longtemps – de quelques heures à une journée – selon les médicaments administrés lors du maintien du coma artificiel. On peut aussi la repérer grâce aux manifestations cliniques, notamment lorsque le patient commence à lutter avec le respirateur ou à s'agiter. Michèle Grosclaude définit la phase d'éveil comme « *une phase intermédiaire recouvrant les limites du coma (léger, vigil, proche de l'éveil) où le sujet se prépare à émerger, semble « travailler » à s'éveiller (ou à « refuser »), à revenir dans le monde et où lorsque enfin réveillé (ouverture des yeux), il reste stuporeux et continue sa progression* »<sup>1</sup>. C'est inévitablement une phase très violente pour le patient qui sort d'un coma presque sécurisant, voire enveloppant (monde clos, fœtal), pour se réveiller dans un univers inconnu. Et quel univers ! Il se réveille attaché dans un lit, avec un tuyau dans la bouche, qui le gêne terriblement et qu'il voudrait arracher (c'est pourtant ce qui lui permet de vivre). Il est menacé par des soins, soumis à un décor bruyant et à une lumière crue. Michèle Grosclaude évoque que « *l'éveil a toujours lieu dans une ambiance interne de perplexité, de confusion et de souffrance marquée par l'inquiétante étrangeté (Freud 1971) où le familier se fait étrange et l'étrange familier.* »<sup>2</sup>. C'est également dans cette période que se rapportent la majorité des témoignages de patients sur leur ressenti, leurs expériences perceptives, hallucinatoires, d'angoisse, en quelque sorte leur « rêves », leurs souvenirs.

(ANNEXE VIII)

Le rôle de l'infirmière est donc primordial dans ces instants de retour à la vie. La communication par la parole va permettre de replacer le patient dans son contexte (à l'hôpital, dans un service de réanimation, avec une infirmière...) dans un premier temps puis sur son

---

<sup>1</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 23

<sup>2</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 23

état de santé, les circonstances de survenue, le matériel qui l'entoure, le fait qu'il soit attaché, dans un second temps « *le patient, sous contrôle total de la technique, souvent inconscient, perd plus qu'ailleurs ses repères temporels et spatiaux* »<sup>1</sup> Mais il est également important de stimuler les autres sens du patient, notamment le toucher « *son univers sensoriel est totalement bouleversé, il flotte dans un mode étrange* »<sup>2</sup>. Le toucher et les massages pourront lui permettre de redécouvrir des sensations tactiles lointaines agréables et de redécouvrir son schéma corporel. Le schéma corporel est la référence constante de nos relations avec l'espace, le temps, l'environnement. D'après Descamps c'est une « *figuration topographique du corps que chacun possède en soi(...) prise de conscience globale de mon insertion dans le monde* » (L'intervention du corps, Edition PUF, collection psychologie d'aujourd'hui, 1986) L'objectif premier est donc d'être rassurant et d'apaiser au mieux le patient, dans cette difficile phase.

S'il est plus facile d'envisager de communiquer avec un patient en phase d'éveil, puisque conscient, il est pourtant nécessaire de communiquer avec lui, pendant son coma.

#### **4°) Vécu psychique du patient dans le coma**

Depuis presque 30 ans, Michèle Grosclaude dirige des travaux sur les états extrêmes et recueille de multiples témoignages à ce sujet, qui lui ont permis d'attester que le patient dans le coma « *entend, ressent, comprend, en tout cas bien plus qu'on ne croit* »<sup>3</sup>. Même dans le coma profond, le vécu psychique du patient doit être posé au moins comme une potentialité, même si l'on en doute.

Le fait d'adhérer au vécu psychique du patient dans le coma va permettre de communiquer avec lui et impliquer une sollicitude : « *cette sollicitude qualifie l'intérêt et l'attention du tiers à l'égard du patient, dont il admet ne pas saisir ce que celui-ci comprend, mais dont il est certain de son existence de sujet* »<sup>4</sup>. Elle peut passer par la parole, qui se doit d'être investie, afin d'éviter les glissements liés à une parole instrumentalisée. « Je vais vous aspirer » peut être interprété par le patient d'une façon très violente. Il peut s'imaginer qu'une

---

<sup>1</sup> Le toucher dans la relation soignant soigné, page 144

<sup>2</sup> Le toucher dans la relation soignant soigné, page 144

<sup>3</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 168

<sup>4</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 168



énorme machine va lui aspirer le corps tout entier ! La parole ne se réduit donc pas à « l'information, l'énonciation, l'explication, à un exercice pédagogique consistant à poser l'étiquette du mot sur la chose »<sup>1</sup>. Il est clair qu'investir cette parole n'est pas simple puisque « le tiers se trouve confronté à la difficulté de reconnaître, dans le réanimé, un interlocuteur »<sup>2</sup>. Il faut accepter ne pas avoir de réponses. On parle bien « avec quelqu'un » mais ce quelqu'un est dans l'impossibilité psychique (coma) ou technique (intubation) de répondre. Michèle Grosclaude propose donc « d'habiter son parler et maintenir une cohésion voix/gestes/mots »<sup>3</sup>, afin d'avoir toutes les chances d'entrer en relation avec le patient.

Le toucher est également très important pour entrer dans cette relation puisque « des propos liés dans une telle cohésion et accompagnés en même temps par le contact de la main à plat, légèrement appuyée sur le bras du patient stuporeux, rencontrent une compréhension surprenante »<sup>4</sup>. Ce point contact augmente la compréhension du sujet : « la présence corporelle du tiers et du Sujet dans leurs délimitations externes semble empêcher la fuite des idées et permettre de fixer la pensée »<sup>5</sup>

Et pour le soignant, aller vers le patient de cette façon apporte une dimension plus humaine à sa prise en charge :

*« En réa, le toucher passe après la parole. Je parle beaucoup aux gens même tout à faits endormis, inconscients. Parfois aussi je leur touche la main. Sans certitude qu'ils entendent, qu'ils perçoivent. Cela me permet au moins de me dire que je ne suis pas une machine qui donne des soins à une autre machine »* Témoignage d'Antoine (cité dans Le toucher dans la relation soignant soigné, page 146)

## **V/ Les différents types de toucher dans la relation soignant-soigné**

Au cours d'une journée de travail, les infirmières utilisent pour tous types de soins, un outil de travail particulier : leurs mains. Elles servent de moteur au toucher infirmier qui peut se décliner sous plusieurs formes...

---

<sup>1</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 167

<sup>2</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 175

<sup>3</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 175

<sup>4</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 175

<sup>5</sup> Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, page 175

### **1°) Le toucher technique**

C'est le toucher utilisé lors des soins techniques et usuels (prélèvements, pansements, prise de constantes...) qui rythment la journée. Ce toucher est appris pendant la formation en soins infirmiers, et plus particulièrement pendant les stages. Il demande beaucoup de dextérité, de la précision, de la rapidité et nécessite donc un « savoir- faire » technique.

Cependant, il peut et doit rester un geste humain et non un geste mécanique. Pour y parvenir, il est nécessaire de développer son « savoir être » autour du soin. Le « savoir être » induit lui aussi son propre toucher : le toucher relationnel.

### **2°) Le toucher relationnel**

Il est utilisé pendant un soin, en plus de la technicité, lorsque l'infirmière s'implique à la fois par son toucher et son attitude dans une relation avec un patient. L'attitude comprend la façon dont on s'adresse au patient, la façon dont on va le prévenir du soin, l'information qu'on va lui donner, l'installation et le confort pendant le soin – à la fois pour le patient et pour le soignant –, la prise en compte de ses réactions (peur, douleur) et de l'unicité du patient (âge, sexe, vécu, culture, pathologie, ressenti de l'hospitalisation...).

Il procède donc d'un « savoir être » avant tout. Le toucher relationnel est d'autant plus important que la situation est difficile ou mal vécue pour le patient. Comme par exemple, lors d'une toilette au lit. Le toucher doit donc être juste, rassurant pour ne pas que le patient vive ces moments comme humiliants et infantilissants.

*« Laver le corps d'une personne est un acte extrêmement intime, acte d'intrusion qui n'est pas choisi, mais subi, il faut donc rendre ce soin le moins pénible possible au niveau du ressenti ; il faut qu'il soit une caresse pour le corps et non une agression. Le malade doit sentir qu'au-delà du corps objet, c'est à l'être humain que le soin s'adresse. »<sup>1</sup>.*

Le toucher relationnel prend en compte également le toucher communication qui prend forme grâce aux petites attentions comme prendre la main, caresser les cheveux, effleurer le front... (ANNEXE VI) et qui n'accompagnent pas la parole mais la remplace. Ces deux touchers, relationnel et de communication, peuvent aider à développer et à favoriser la relation d'aide que l'on a vu précédemment.

---

<sup>1</sup> Toucher Tendresse, Mourir debout et les objectifs des toilettes, Yves et Rosette Gineste-Marescotti

Mais si l'on est arrivé, aujourd'hui, à développer des techniques d'humanisation des soins, c'est bien pour contrer l'avancée de la médecine actuelle qui a tendance à éloigner le soignant du patient, en appliquant des soins de plus en plus techniques, et en demandant des examens de plus en plus sophistiqués.

Nous allons développer dans la partie qui suit, une forme de toucher qui peut malheureusement contribuer à cette déshumanisation des soins.

### **3\*) Le toucher déshumanisé, voire déshumanisant**

La journée d'une infirmière est rythmée par une cadence incroyable, sur le principe du « toujours plus, toujours plus vite ». Le manque de personnel, les impératifs divers, les difficultés propres au service, s'ajoutent et se cumulent au détriment des moments d'écoute et d'empathie. Pour gagner du temps, on peut être tenté de faire tout à la place du malade (faire sa toilette, lui donner ses cachets directement dans la bouche, lui découper sa nourriture, le faire manger...).

Le toucher déshumanisé désigne « *tous les gestes utiles, quotidiens et répétitifs, de plus en plus mécaniques, de moins en moins sentis, où la relation au malade, comme d'ailleurs celle du patient au soignant devient utilitaire ou utilitariste, sans âme et sans humanité* »<sup>1</sup>. Ce sont les gestes que l'on effectue par série et par automatisme. Mais, déshumanisé, le toucher devient vite déshumanisant, « chosifiant »<sup>2</sup>. Et c'est là que se situe le danger. Se met alors en place une dynamique inverse à celle de la relation d'aide, puisque la personne n'est plus considérée comme capable et avec des ressources. En déshumanisant la personne, on ne lui laisse plus la possibilité de trouver des solutions et d'être un partenaire actif, « *on augmente sa dépendance, on la déconditionne et l'infantilise* »<sup>3</sup>

Pour éviter d'arriver à de telles situations, une technique plus particulière est en train de se développer dans les soins infirmiers. Elle développe cette notion d'« être » à la personne en utilisant des techniques de base de massages, en prolongement du toucher relationnel. Cette technique ou pratique que l'on va étudier dans la dernière partie s'appelle : le « toucher massage ».

---

<sup>1</sup> Le toucher dans la relation soignant-soigné, page 87

<sup>2</sup> Le toucher dans la relation soignant-soigné, page 87

<sup>3</sup> Le toucher dans la relation soignant soigné, page 89

## **VI/ La pratique du toucher massage**

### **1°) Historique du massage**

Avant de commencer à définir le « toucher massage », il est nécessaire de faire un petit historique sur le massage, afin de mieux comprendre ses origines et ses connotations actuelles.

L'art du massage existe depuis le début de l'humanité, répondant aux besoins de contact liés à la socialisation des êtres humains. Etymologiquement, le mot « masser » viendrait à la fois de l'hébreu (masseh : palper), du grec (massien : froter) et de l'arabe (mass : manier, froter).

Le massage s'est surtout développé en Orient où l'on retrouve entre autre le massage thaïlandais, fortement inspiré de la médecine ayurvédique indienne, le massage Tui-na (pousser-saisir) et l'acupression provenant de la médecine traditionnelle chinoise et le massage shiatsu (pression des doigts), inspiré à la fois de la médecine chinoise et japonaise.

Le massage s'est également développé en Occident, à l'époque de l'Antiquité Gréco-romaine, avec Hippocrate et Gallien. Les Grecs et les Romains utilisaient le massage pour assouplir les tissus, préparer les lutteurs et soulager les douleurs des gladiateurs. Toutefois les Romains, en associant le massage à leurs mœurs de plaisir et de débauche, lui jetèrent un premier discrédit.

De plus, au Moyen Age, l'essor du Christianisme relégua le corps, les contacts corporels et donc le massage dans l'oubli, le suspectant de « luxure ». Ce n'est qu'à la fin de cette période que des médecins osèrent réinstaurer la pratique du massage. Ambroise Paré (1509-1590), père de la chirurgie, l'utilisa chez certains opérés.

De nombreuses études sont menées vers le XVIIème siècle sur les effets de la friction sur la circulation et la couleur de peau, et les effets physiologiques du massage.

Le Per Henrik Ling, profitant de l'essor de la physiologie et de la médecine moderne en Europe, créa le « massage suédois » témoignant de son intérêt pour les techniques chinoises, romanes, grecques et égyptiennes.

En 1960, en Californie, on expérimenta de nouvelles thérapies du toucher. En s'inspirant du massage Esalen, qui privilégie la découverte du corps et des émotions, Margaret Elke créa le « massage californien » qui se veut enveloppant, global, prenant en compte l'homme dans toutes ses dimensions. Il se répandit en Europe dans les années 1980.

Mais en France, la pratique du massage, avec la création de la profession de Masseur Kinésithérapeute, devient alors plus technique « *avec un engagement très masculin, tantôt musculaire, tendineux, réflexologique, cellulitique ou encore mécanique* »<sup>1</sup> s'éloignant de la dimension globale et du courant de « massages californiens ».

Le massage se réduit presque aux yeux des soignants et de la population à un outil essentiellement thérapeutique.

## **2\*) Création du « toucher- massage »**

Le massage soumis aux prescriptions médicales devient codé, protocolisé. On n'ose plus se toucher, se masser, et encore moins à l'hôpital où le domaine est « réservé ».

Joël Savatofski (lui-même Masseur Kinésithérapeute, titulaire d'une maîtrise de psychologie) décide de proposer une méthode alternative pouvant contourner ce problème d'appartenance et de retenue de la part des soignants et des Français en général. Il décide de créer une méthode « *ouverte, évolutive, vivante, non réductrice, laissant une large place aux capacités de chacun pour expérimenter, innover, la dispenser généreusement en fonction du moment et des besoins de la personne concernée, en dehors de toute prescription médicale* »<sup>2</sup>

Le mot toucher souligne la dimension globale et humaine de l'approche, et le mot massage témoigne de l'envie de Joël Savatofski de le distinguer des massages dits thérapeutiques mais aussi de la définition actuelle que l'on donne au massage : « *on entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe des tissus* »<sup>3</sup>

Ainsi le « toucher-massage » est « *un art qui se définit avant tout comme une intention bienveillante. Il prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou une partie du corps. Il permet de détendre, relaxer, mettre en forme, rassurer, communiquer ou simplement procurer du bien être : agréable à recevoir, il l'est également à pratiquer.* »<sup>4</sup>

Il faut savoir que le « toucher-massage » a été créé en collaboration avec des étudiants infirmiers il y a une vingtaine d'années.

---

<sup>1</sup> Le toucher massage, page 18

<sup>2</sup> Le toucher massage, page 18

<sup>3</sup> Définition octobre 1996 art 3 citée dans Le Toucher massage, page 21

<sup>4</sup> [toucher-massage.com](http://toucher-massage.com)

Un des premiers objectifs du « toucher-massage » a été d'aider les futurs soignants à aller à la rencontre du malade, et à développer une qualité relationnelle plus profonde et plus authentique, et cela grâce au toucher, par des gestes simples et abordables dans toutes les situations d'hospitalisation. N'oublions pas qu'il a aussi été inventé pour répondre aux besoins des patients qui sentent bien que la relation soignant/soigné à l'hôpital est souvent reléguée au second plan dans la prise en charge.

### **3\*) Le « toucher massage »**

#### **a) Techniques de base**

- ❖ la « relaxinésie »® : « *relaxation par le mouvement qui utilise les effets avantageux et bienfaisants du relâchement en apesanteur* »<sup>1</sup>.
- ❖ le « massage essentiel » ® : « *technique pratiquée sur l'ensemble du corps (ou limitée à certaines parties) avec de l'huile qui permet une détente rapide et une sensation de bien être et de globalité* »<sup>2</sup>.
- ❖ le « massage minute »® : massages pouvant être envisagées dans n'importe quelles circonstances, lieu ( entreprise, autoroute...) et conditions matérielles ( à l'huile, habillés, assis sur une chaise...) et qui durent moins d'une heure.

#### **b) Apports du « toucher massage » aux patients (tirés du livre Le toucher massage )**

- « pour les personnes alitées : améliore les problèmes circulatoire, allège les jambes lourdes, augmente le rythme cardiaque « pour les cœurs fatigués », diminution des douleurs rhumatismales, assouplissement des contractures et des raideurs,
- augmentation de la souplesse et de l'élasticité de la peau, assouplissement des cicatrices et retarde l'apparition des rides,
- stimule la bile, les reins, la vessie, le transit intestinal, l'appétit,
- antidote naturel au stress et à l'anxiété,
- sensation de détente et mieux être immédiat,
- structuration du schéma corporel,
- valorisant, il favorise la communication, l'évolution personnelle,
- gestion et modification de la perception de la douleur. »

---

<sup>1</sup> Le toucher massage, page 29

<sup>2</sup> Le toucher massage, page 29

**c) Apports aux soignants :**

- la « pause active », qui désigne le moment où le soignant décide d'aller faire un massage à un patient. « *Elle permet de se détendre, tout en s'occupant du malade, ce moment relationnel très privilégié, authentique, revalorisant, apporte beaucoup au soignant et donne un nouveau sens à son travail* »<sup>1</sup>.
- « massage minute »<sup>®</sup> pratiqués entre collègues diminue « *les inhibitions, les blocages, contribue à faire reculer l'agressivité, entraîne une communication plus authentique et favorise la convivialité* »<sup>2</sup>. Mais effectué régulièrement, il agit aussi directement sur les effets physiologiques négatifs du stress, très présent dans ces métiers (tension musculaire, fatigue, épuisement voire le « burn out »).

**d) Contre-indications au « toucher massage »**

- processus inflammatoire (rougeur, chaleur, douleur, œdème),
- hyperthermie,
- problème dermatologique,
- hématome,
- réticence de la part du patient ou de la personne receveuse.

En cas de doute, il est évident de toujours aller questionner un médecin.

**4\*) Le « toucher massage » et le droit**

**a) Dans le rôle propre infirmier**

Dans la définition de la profession infirmière de l'OMS, on trouve que « *les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie* »<sup>3</sup>. Or, si l'on se réfère à la définition de la santé de l'OMS vue précédemment, l'infirmier a donc le rôle de promouvoir « un état complet de bien être physique, mental et social ».

C'est bien dans cette promotion de la santé que l'art du toucher et la pratique du « toucher-massage » a toute sa place. Il entre dans le cadre du rôle propre de l'infirmière puisqu'à

---

<sup>1</sup> Le toucher massage, page 27

<sup>2</sup> Le toucher massage, page 27

<sup>3</sup> Le toucher relationnel au cœur des soins, page 94

travers ce rôle elle « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre des actions appropriées et les évaluent* »<sup>1</sup>.

D'autre part on a vu auparavant que la collaboration entre les infirmières et les aides soignantes porte essentiellement sur le rôle propre infirmier, ce qui stipule que l'aide soignante est donc en droit de pratiquer le « *toucher massage* » sous la responsabilité de l'infirmière. On entend par **pratique** : « *application, mise en œuvre des règles, des principes d'une science, d'une technique* »<sup>2</sup>.

#### **b) Monopole du massage par la profession de masseur kinésithérapeute**

En France, certaines personnes pensent que les masseurs kinésithérapeute détiennent le monopole du massage, voire du toucher. Même les tribunaux ont dû juger de ce monopole.

Pour expliquer cela, Isabelle Robard (docteur en droit, DESS droit de la santé, avocate, chargée de cours à la faculté des droits) met en rapport, d'un côté le décret de compétences des masseurs kinésithérapeute et de l'autre la définition du massage.

Or « *le monopole ne se superpose pas à la définition du massage* »<sup>3</sup>. Tout se joue sur l'objectif poursuivi dans la pratique du massage : « *c'est l'objectif poursuivi qui va faire qu'on entre ou non dans le monopole : objectif paramédical, objectif thérapeutique* »<sup>4</sup>. La profession de masseur kinésithérapeute détient bien un monopole, mais seulement dans le champ thérapeutique.

A partir du moment où l'objectif est de détendre, relaxer, communiquer, rassurer, procurer du bien être (comme sont définis les objectifs du toucher-massage) et donc qu'il n'est plus thérapeutique, le massage est donc accessible à tous.

### **IV/ Enquête**

#### **1°) méthode de recueil de données**

Tout d'abord, le questionnaire de pré-enquête distribué aux infirmiers d'un service de réanimation, m'a donné une première idée quant à leur représentation de la communication avec un patient dans le coma. J'ai donc voulu approfondir les questions les plus pertinentes et développer d'autres notions en lien avec ma question de recherche, par le biais d'entretiens.

#### **a) le choix de la population**

---

<sup>1</sup> Article R4311-3 du décret du 29 juillet 2004

<sup>2</sup> Le Petit Larousse

<sup>3</sup> Toucher-massage, 20 ans de pratique, page 70

<sup>4</sup> Toucher-massage, 20 ans de pratique, page 71



J'ai choisi d'interroger des infirmiers car ils sont au cœur de mon sujet, qui vise l'amélioration de la qualité de vie du patient, en réanimation, dépendant de la qualité des soins infirmiers. J'ai préféré ne pas interroger d'aides soignants, de peur que leurs réponses démontrent que le côté relationnel fait davantage parti de leur rôle et que le côté technique est réservé aux infirmiers. D'autre part, interroger les aides soignants aurait changé la problématique de ce travail qui se base bien sur les soins infirmiers et leur distinction dans le rôle propre ou dans le rôle prescrit. J'aurais cependant aimé recueillir des témoignages de patients afin qu'ils me livrent leur vécu pendant la phase d'éveil et leur éventuel manque d'échange avec les soignants. Mais tous les témoignages découverts au gré de mes lectures ainsi que le stage effectué en réanimation, m'ont suffi à me faire une idée assez précise de leur ressenti.

#### **b) le choix de l'outil**

Le choix de l'entretien vient du fait que le thème de mon mémoire touche plus ou moins chaque infirmier de manière très personnelle. Il va donc lui permettre de se livrer davantage, dès lors qu'un sentiment de confiance envers la personne qui l'interroge se crée. J'ai également choisi cet outil car j'avais besoin de les amener à une réflexion pouvant évoluer au fil des questions et aboutir à une certaine prise de conscience.

#### **c) le choix du lieu**

J'ai choisi le service de réanimation polyvalente d'un hôpital du Val d'Oise parce qu'il m'était totalement inconnu. J'ai pu ainsi effectuer des entretiens avec des infirmiers dont je ne connaissais, ni les personnalités, ni les méthodes de travail. Je les ai donc tous abordés de la même manière, sans préjugé.

### **2°) déroulement de l'enquête**

La réalisation d'une enquête au moyen d'entretiens n'est pas chose facile. Cela m'a demandé beaucoup de temps, de disponibilité et de patience. Le plus dur est de trouver des infirmiers volontaires, prêts à sacrifier de leur précieux temps et à réellement s'investir. Le cadre de ce service m'a été d'une grande aide. Il les a informé de mon sujet de TFE, et leur a donné mes horaires de présence dans le service. Le fait que les entretiens soient sollicités par le cadre, a certainement motivé en plus quelques infirmiers. Et le fait d'aller tous les jours à leur rencontre était un bon moyen pour en récolter un maximum. J'ai donc réussi à effectuer 7

entretiens d'une durée approximative de 20 minutes chacun, dans un endroit calme : le bureau des entretiens avec les familles.

J'ai été ravi de la tournure qu'ils ont prise. Ils ont tous été très riches, de par leur diversité (j'ai reçu beaucoup d'infirmiers de profils différents) et de par le caractère intimiste qu'ils ont revêtus.

La grille d'entretien et la grille de relance utilisées pour cette enquête sont exposées en annexes. (ANNEXE VII)

#### 4°) synthèse des résultats

Sur les sept infirmiers interrogés, quatre sont diplômés depuis plus de quatre ans et trois sont diplômés depuis moins de deux ans (dont deux jeunes diplômés). On retrouve que leur motivation première est bien l'approfondissement du côté technique puisque 6 infirmiers sur 7 énoncent cette raison en tout premier lieu. Une infirmière m'a livré qu'elle avait choisi la réanimation pour « *fuir le côté relationnel* », alors qu'une autre énonce comme motivation, la possibilité de mettre en œuvre une prise en charge vraiment globale grâce au nombre restreint de patients imposés (maximum trois). Elle peut alors davantage se « *concentrer sur eux et allier le côté technique et relationnel* ». Une autre infirmière souligne que le « *nombre de patient est un avantage* » sans préciser pourquoi. Il faut savoir qu'en service de médecine le nombre de patients à charge est d'environ de 10 minimum. Trois infirmiers ont été également motivés par le travail en binôme avec l'aide soignante. Mais est-ce le fait de pouvoir participer activement aux soins de nursing ou de pouvoir leur en déléguer plus qui les ont motivés? Rappelons-nous que l'aide soignante peut effectuer les soins relevant du rôle propre de l'infirmier sous sa responsabilité.

Au niveau de la place du relationnel dans la pratique quotidienne des infirmiers, les réponses ont été diverses et variées, en lien avec leur motivation que l'on vient de voir.

Pour une, le relationnel « *fait totalement parti de sa pratique* » puisqu'il entre dans la prise en charge globale. Pour une autre « *le relationnel est une question de volonté* » ou encore dans le même registre « *le relationnel n'est pas pratiqué par tout le monde* ». Deux infirmiers ont ressenti un « *manque* » au niveau du relationnel lorsqu'elles ont commencé à travailler en réanimation mais, l'une en a fait le « *deuil* » et l'autre s'y est « *habitué* ». Un infirmier jeune diplômé n'utilise pas du tout le côté relationnel. On voit bien ici, qu'il y a un réel manque au niveau du relationnel chez les infirmiers travaillant en réanimation.

Concernant la communication avec un patient dans le coma, les réponses sont quelque peu inquiétantes puisque deux infirmiers affirment clairement ne pas communiquer avec un patient dans le coma ( ils n'adhèrent pas à son vécu psychique). Un de ces deux infirmiers énonce carrément : « *on oublie de communiquer quand ils sont dans le coma, car on oublie que ce sont des êtres humains* ». On entre ici dans un processus de déshumanisation puisque le patient n'est plus considéré comme un sujet mais comme un « corps objet ». Puis trois autres infirmiers communiquent par la parole. Parole qui est réduite à l'explication des soins. Or, seulement expliquer les soins « *par réflexe ou par habitude* » n'implique pas d'entrer en relation avec le patient, ni de réellement communiquer.

Le constat devient donc dur puisque deux infirmiers semblent vraiment communiquer avec un patient dans le coma « *communiquer par la présence, par le regard, en expliquant les soins tout en prenant la main ou en regardant dans les yeux, en donnant des nouvelles de la famille* » ou « *en prenant la main, en saluant le patient et en se présentant* ». Les autres utilisent peut être d'autres moyens de communication qu'ils ont omis de citer, ou qu'ils utilisent de manière inconsciente.

Ce sont d'ailleurs ces deux infirmiers qui utilisent le « toucher massage » lors du moment de la toilette ou de la prévention d'escarre « *en massant plus loin et plus largement que le talon* ». Une autre dit l'utiliser « *de manière très spontanée lors des toilettes* », ou une propose même de consacrer un temps pour le « toucher massage » en fin d'après midi ou en début de soirée car « *même si on a davantage de temps la nuit, on essaye de préserver un maximum leur sommeil* ».

Tous les infirmiers ont déjà entendu parler du « toucher massage » lors de leurs études en soins infirmiers ou parce qu'une formation est apparemment proposé au sein de l'hôpital d'Eaubonne. Ils savent plus ou moins en quoi il consiste, et ont tous une idée assez précise de ses apports et de ses limites. Mais avant de vous présenter ce qu'ils pensent des apports du « toucher massage » sur un patient en phase d'éveil, nous allons étudier ce que cette phase représente pour eux.

Tous les infirmiers considèrent la phase d'éveil comme angoissante pour le patient. Ils évoquent tous les termes suivants : « *attaché* », « *branché de partout* », « *attaché dans un lit* » témoignant de la violence de ce réveil. Une infirmière emploie le mot de « *cauchemardesque* » et un infirmier évoque l'inconfort lié « *à la lumière et au bruit omniprésent* » qui engendre « *une abolition des repères jour/nuit* ». S'ils sont unanimes sur le

ressenti du patient, leur vision du rôle infirmier pendant cette phase diffère pourtant. L'infirmière prônant tout à l'heure la prise en charge globale, a finalement une vision du rôle infirmier essentiellement technique : « *en fonction des paramètres tels que le gaz du sang, la radio pulmonaire et l'état clinique, j'appelle le médecin pour envisager un bolus de diprivan®<sup>1</sup> ou adapter l'aide respiratoire, et j'attache le patient plus fort* ». Une infirmière qui disait, elle, ne pas communiquer avec un patient dans le coma, considère que son rôle pendant la phase d'éveil est de « *les calmer, les rassurer, en discutant avec eux, en leur touchant la main, la tête* ». Un autre infirmier considère qu'il doit « *les entourer, les accompagner et prendre le temps de leur expliquer ce qui leur arrive* ». D'autres énoncent qu'il faut « *le recadrer dans son contexte* » ou encore « *garder son calme* » mais aussi « *surveiller son état général* ». Le premier réflexe du jeune diplômé pendant cette phase est « *d'attacher plus fort le patient afin d'éviter l'autoextubation* ». En effet l'autoextubation pour cet infirmier est considérée comme honteuse puisqu'elle témoigne d'un défaut de prise en charge et de surveillance. Tous les infirmiers ont compris le lien entre le soulagement de l'angoisse du patient et la diminution du risque d'autoextubation. Certains emploient des méthodes médicamenteuses et mécaniques (contentions) en premier lieu, et d'autres essayent de les rassurer par la parole et en instaurant une relation de confiance. Etant donné que les signes de l'angoisse du patient (agitation, lutte contre la machine, tentative d'autoextubation, regard apeuré..) sont visibles et parfois difficilement supportables, il est clair que cette phase est également dure à vivre pour le soignant. Une infirmière avoue se sentir « *impuissante face à la détresse* » et une autre évoque que « *c'est un moment dur à gérer* ». Paradoxalement une infirmière vit cette phase de manière « *positive* » puisqu'elle témoigne d'une « *amélioration de l'état clinique du patient* ».

Puisque tous ces infirmiers ont conscience de l'angoisse que procure cette phase, ils pensent tous que le « *toucher massage* » peut être bénéfique. Les réponses qui suivent concernent l'apport du « *toucher massage* », plutôt en général, et non pas uniquement lors de la phase d'éveil.

D'après eux le « *toucher massage* » peut procurer : « *de la détente* », « *de la relaxation* », « *du bien être* », « *du calme* », « *du réconfort* ». Il est « *essentiel dans une phase de reconstruction* », l'infirmière parle ici de la reconstruction de son image après un passage dans le coma et donc de la restructuration de son schéma corporel. Pour une autre, le

---

<sup>1</sup> Diprivan® (propofol), hypnotique intraveineux permettant le maintien d'une sédation ou d'une anesthésie.

« toucher massage » est considéré comme « *une nécessité* ». Enfin il amène à « *une relation de confiance* ». Toutes ces réponses sont très positives mais elles n'impliquent pas pour autant que tous les infirmiers comptent le pratiquer.

Une réponse est particulièrement intéressante : « *le toucher massage permet d'approcher le patient sans lui faire mal, et sans avoir à lui faire de soins techniques* ». Une infirmière m'a d'ailleurs évoqué à ce sujet qu'elle n'entrait jamais dans la chambre d'un patient « *sans avoir quelque chose à faire* ». « *Quelque chose* » veut dire des soins techniques. Toujours du côté de l'apport au soignant, deux infirmiers évoquent que le « toucher massage » peut aider dans la prise en charge puisque « *ça ne sert à rien de se battre avec le patient* » (on peut émettre l'idée que se battre avec le patient désigne par exemple le fait d'attacher les mains du patient de plus en plus fort).

Il est clair que tous ces infirmiers ont conscience des bienfaits du « toucher massage » mais pensent-ils tous qu'il fait parti de leur rôle propre ? Quatre infirmiers pensent que oui pour diverses raisons. Une infirmière évoque qu'il fait parti du rôle propre « *à la même échelle qu'une toilette* », il répond donc lui aussi aux besoins du patient. Une autre précise qu'il fait parti du rôle propre puisqu' « *on n'a pas besoin de prescription médicale pour le pratiquer* », elle ajoute même : « *heureusement que l'on n'a pas besoin de prescription pour tout !* ». On note ici le besoin d'autonomie de l'infirmière. Cette infirmière connaît, par ailleurs, la nuance entre le droit au « toucher-massage » différent du droit aux massages dits thérapeutiques des kinésithérapeutes. En outre un infirmier énonce que le « toucher-massage » peut faire office d'un diagnostic infirmier, comme par exemple le diagnostic de l'angoisse. Il a donc bien compris la place et l'intérêt du « toucher massage » qui peut être une action au regard d'un problème d'ordre infirmier. Cependant deux infirmiers ne pensent pas de cette manière. Pour eux il ne fait pas parti du rôle propre puisque « *ce n'est pas une obligation* ». Ils associent rôle propre à obligation de faire. Notons quand même que le rôle propre n'est pas une obligation mais la possibilité de mettre en œuvre des soins répondant aux besoins perturbés du patient. Il désigne également la marge d'autonomie de l'infirmière dont elle est libre de se servir, ou non.

Enfin une infirmière affirme que le « toucher massage » fait « *davantage parti du rôle de l'aide soignante* ». Mais le rôle de l'aide soignante correspondant au rôle propre de l'infirmière, elle démontre sans le savoir que le « toucher massage » fait bien parti du rôle propre de l'infirmière. Simplement ce rôle propre est souvent délaissé, car ces dernières se

concentrent essentiellement envers leur rôle sur prescription médicale et envers les soins techniques, surtout en service de réanimation. Il est vrai que le rôle propre de l'infirmière est souvent assuré par les aides soignantes, dans les limites de leurs compétences.

Nous allons maintenant voir quelles peuvent être les réticences des soignants quant au « toucher massage ». La première est exprimée par le fait « *qu'ils ne connaissent pas le ressenti du patient, si on lui fait mal* », ou encore car « *on ne connaît pas son caractère tactile ou non et qu'on ne sait pas si c'est ce qu'il attend* ». Il est vrai que le « toucher massage » sur un patient dans le coma a cette limite. On peut malgré tout observer sa résistance dans le mouvement, son faciès et ses constantes.

La deuxième grande raison à ne pas pratiquer est leur rapport personnel au toucher. Trois infirmiers pensent avoir un problème avec ce sens. Ce sont d'ailleurs ces trois infirmiers qui ont choisi la réanimation pour « *fuir le côté relationnel* » ou qui en ont fait « *le deuil* ». Une d'elle « *ne peut pas être touchée pas les autres* » et « *ne peut pas toucher un patient sans gants* », une autre considère avoir « *un blocage inexplicable avec les massages* ». Il est clair que dans cette mesure, envisager le « toucher massage » est simplement impossible. Le « toucher massage » doit être « *agréable à recevoir, mais également à pratiquer* » (Joël Savastofski). Ces infirmiers ont conscience de leur problème et ne voient, en revanche, aucun inconvénient à ce que les autres le pratiquent, bien au contraire. Un autre infirmier évoque que pour lui, communiquer par le toucher « *n'est pas naturel* » et que cela vient sûrement de sa « *timidité* ». L'infirmière qui utilise le massage « *de manière très spontanée* » ne l'utiliserait pas pour tous les patients car cela dépend « *de ses envies et de ses affinités* ». D'autre part, le manque de temps est une réticence revenue deux fois mais pour d'autres infirmiers, ce manque de temps est « *une fausse excuse* » et c'est « *l'organisation et la manière dont on prend le temps qui compte* ». Une infirmière argumente que « *les 20 minutes à faire l'entretien auraient pu servir à rester 20 minutes auprès du patient* ».

Pour finir cette synthèse de résultats, nous terminons par la dernière question de l'entretien qui ouvrait sur l'envie de faire, ou non, une formation sur le toucher massage. Les infirmiers ayant un problème personnel avec le sens du toucher, ont naturellement décliné cette proposition. Une est en train de faire un travail sur elle par le biais d'une psychothérapie afin de renouer avec le relationnel. Elle aimerait faire cette formation mais « *ne se sent pas capable* ». Elle ajoute par ailleurs qu'il y a « *un manque de formation relationnelle en réanimation* », elle semble en éprouver le besoin, puisque c'est elle qui disait se sentir

« *impuissante face à la détresse* ». L'infirmière utilisant le massage de « *manière très spontanée* » sait qu'on n'a pas forcément besoin de formation pour pratiquer, elle n'envisage donc pas de formation, pour le moment. Enfin le jeune diplômé ne me cache pas qu'il préférerait une formation technique, par exemple sur le respirateur. On retrouve bien là, sa priorité. Terminons par les deux infirmiers qui aimeraient participer à une telle formation pour : « *acquérir des gestes, augmenter la confiance en soi, connaître les contre indications* » et « *enrichir son relationnel* ».

## **V/ Analyse de l'enquête**

L'analyse qui suit, en confrontant la synthèse des résultats au cadre conceptuel, va permettre de répondre à la question de recherche que l'on s'était posé :

Comment, la pratique du « Toucher –massage » en service de réanimation peut-elle être acceptée et développée par les soignants, afin d'aider le patient émergeant du coma artificiel à vivre la phase d'éveil de la manière la plus douce possible et amener à une reconsidération du patient en tant que sujet ?

Mais avant de nous pencher directement sur cette question, il me paraît nécessaire de rebondir sur quelques propos recueillis lors de l'enquête.

### **1°) la fuite du relationnel**

En effet des propos comme « *j'ai choisi la réanimation pour fuir le côté relationnel* » ou encore « *j'ai fait le deuil du relationnel* » nécessitent une certaine réflexion. Ces démarches de fuites ou de renoncement sont bien des mécanismes de défense et une manière pour ces infirmières de se protéger, mais de quoi ? Une d'elle précisait « *le côté relationnel me renvoi à la souffrance du patient, à ma propre souffrance, à mon histoire* ». C'est donc bien le fait d'entrer en relation avec le patient qui lui déclenche ces émotions, en la renvoyant à ses propres expériences, anciennes et douloureuses. C'est donc de son vécu personnel et des éventuels transferts qu'elle veut se protéger. D'autre part, entrer en relation avec le patient implique une prise de conscience de son état de santé mais aussi de son état de sujet. Or les patients en réanimation sont pour la plupart gravement malades, entre la vie et la mort. Ainsi, se mettre à leur place au quotidien et avoir conscience de la gravité de leur état, à chaque instant, peut être difficilement supportable, surtout lorsqu'on leur inflige de soins « d'une

inévitable violence ». Le problème est que cette fuite du relationnel peut avoir de graves conséquences sur les patients, d'une part, et sur les soignants, d'autre part. Les infirmiers vont se concentrer essentiellement sur les gestes techniques et utiliser un toucher dit déshumanisé, ce qui a des répercussions sur le patient, même dans le coma, bien plus graves que l'on ne le croit. Pour les soignants, le fait de ne développer que la « qualité technique » des soins, va engendrer un manque d'épanouissement professionnel certain. On me l'a bien fait comprendre lors des entretiens puisque beaucoup d'infirmiers ressentent un manque à ce niveau, et désirent retourner dans des services où le relationnel est, pour eux, plus présent. Cela peut expliquer le grand Turn-over de personnel soignant que connaît la réanimation. Il est clair qu'une fois tous les soins techniques acquis, il ne reste plus grand-chose à développer, si ce n'est de la dextérité. Le côté relationnel, lui, se nourrit chaque jour des patients que l'on rencontre et des situations que l'on doit gérer. Il peut se développer à l'infini étant donné l'unicité de chaque patient.

## **2°) le manque de communication**

Reprenons un autre propos d'autant plus interpellant : « *on oublie de communiquer avec un patient dans le coma, car on oublie que c'est un être humain* ». Ce manque de communication peut être expliqué par le fait que le soignant n'adhère pas au vécu psychique du patient dans le coma, et dans ce cas la communication n'est pas oubliée mais non envisageable<sup>1</sup>. C'est donc là que l'on arrive à oublier sa condition de sujet puisqu'il n'est plus le « support d'une expérience ».

On entre alors dans la déshumanisation des soins, du toucher ( toucher déshumanisé) et donc du patient, qui n'est plus associé qu'à un corps objet. Mais ce manque, ou cet oubli de communication, peut également être expliqué par le fait que le soignant « *se trouve confronté à la difficulté de reconnaître, dans le réanimé, un interlocuteur* »<sup>2</sup>.

On a d'ailleurs vu dans la synthèse des résultats que seulement deux infirmiers sur sept semblent réellement communiquer -comme il expliqué dans la partie III et IV 4°)- avec un patient dans le coma. Ce qui témoigne de la difficulté certaine de cette communication, qui n'est pas donné à tout le monde, et de l'énorme travail à faire dans ce domaine. Concernant le « toucher massage », les réticences sont les mêmes : les infirmiers n'ont pas de retour. Ils ne

---

<sup>1</sup> Voir partie IV 4°) communication et vécu psychique du patient dans le coma

<sup>2</sup> Voir partie IV 4°) communication et vécu psychique du patient dans le coma



peuvent pas savoir s'ils font du bien, ou non, au patient, et si c'est ce qu'il attend, comme pour la parole où ils n'obtiennent pas de réponses. Je pense qu'il ne faut pas toujours s'attendre à avoir un retour du patient, même quand il est conscient. Il faut envisager d'autres réponses que celles de la théorie, de l'explication rationnelle, logique, scientifique. Il faut donc apprendre à mieux ressentir, et oser agir en fonction de ce ressenti.

### **3°) changement d'attitude face à un patient en phase d'éveil**

Vient de ce non retour, toute la différence entre la communication avec un patient dans le coma et avec un patient en phase d'éveil. J'ai remarqué qu'aux yeux de beaucoup de soignants, le patient qui est en train de se réveiller, reprend sa condition de sujet et a le droit à plus d'intérêt et d'attention. Il nous rappelle qu'il est bien vivant et qu'il a besoin de notre soutien. Certains soignants ne communiquent avec le patient qu'à partir de cette phase. Ils sont, en tout cas, tous conscients de l'angoisse qu'elle procure et de la violence du réveil. Leur priorité est bien de contenir, contrôler ou diminuer cette angoisse et cette agitation en utilisant des méthodes, soit médicamenteuses (bolus de diprivan), soit mécaniques (contention des mains, voire des mains et des pieds), ou soit naturelles et douces (le rassurer par la parole, par la présence, par le toucher). On peut expliquer le fait que certains infirmiers, utilisent en premier lieu des méthodes médicamenteuses ou mécaniques, car ils se sentent dépassés par la trop forte angoisse du patient, témoignant du risque imminent d'autoextubation. C'est une fois le risque d'autoextubation écarté qu'ils vont alors se concentrer à rassurer le patient, comme ils le peuvent. D'autre part les infirmiers fuyant le côté relationnel, ne peuvent plus fermer les yeux sur l'être humain qu'ils avaient en face d'eux, puisque la vie a bien repris son cours, et qu'ils en sont les témoins. Ce changement d'état peut être perturbant pour quelques infirmiers, puisqu'ils se sentent maintenant obligés d'entrer en relation.

#### **4°) réponses à la question de recherche**

##### **a) accepter le toucher massage**

C'est donc après avoir pris conscience de la brutalité de la phase d'éveil et de la nécessité de calmer l'angoisse du patient qu'ils peuvent accepter, ou « *admettre* »<sup>1</sup> la pratique du « toucher massage », en lui accordant un intérêt et une utilité certaine. Le « toucher-massage » est d'autant plus envisageable lors de la phase d'éveil que dans le coma, puisqu'on peut observer des paramètres indiquant son impact chez le patient. Ces paramètres peuvent être objectifs, agitation, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire (ANNEXE II) ou subjectifs, faciès, mimiques, regard, relâchement du corps. On retrouve encore ici, le besoin d'un retour.

Un autre point essentiel permettant de faire accepter la pratique du « toucher massage » est de certifier sa place dans le rôle propre infirmier. Sa place a déjà été démontrée dans le cadre de référence<sup>2</sup>, mais les résultats de l'enquête ont montré que deux infirmiers ne pensent pas de cette manière. D'après eux le « toucher massage » ne fait pas parti du rôle propre car « *ce n'est pas une obligation* ». Cela témoigne d'une méconnaissance du rôle propre de l'infirmière qui, nous l'avons déjà rappelé dans la synthèse, signe au contraire, son autonomie. Peut être ne nous apprend-t-on pas assez que le rôle propre est notre domaine, notre champ d'action, notre identité infirmière. Pour certains infirmiers, il est encore difficile d'envisager des soins sans prescription médicale, sans protocole. Rappelons nous qu'en 1930 la responsabilité de l'infirmière n'était pas engagée « tant qu'elle se conformera rigoureusement aux instructions qu'elle a reçue »<sup>3</sup>. L'autonomie de l'infirmière a donc connue une grande avancée mais il lui reste encore du chemin à parcourir. Notons quand même qu'aucun infirmier entretenu n'a parlé du « toucher-massage » dans le rôle des Masseurs Kinésithérapeutes. Le questionnaire de pré-enquête, avait, quant à lui, relevé quatre infirmiers pensant qu'il faisait parti de leur rôle.

Le dernier point permettant l'acceptation de cette pratique est bien de concevoir ses bénéfices. Or pour tous les infirmiers interrogés, le « toucher- massage » apporte réellement au patient. Les bénéfices<sup>4</sup> du « toucher massage » ont été prouvés depuis longtemps, puisque

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse page 39

<sup>2</sup> Voir partie VI 4°) a)

<sup>3</sup> Voir partie I 2°) historique de la profession infirmière

<sup>4</sup> Voir partie VI 3°) c) apports aux patients

cela fait maintenant 20 ans qu'il existe. Pour moi, le bénéfice principal du « toucher massage », à la sortie du coma, est la restructuration du schéma corporel et la réappropriation des perceptions sensorielles tactiles agréables. C'est en ça que le « toucher-massage » peut aider le patient à vivre la phase d'éveil de la manière la plus douce possible. Il apporte un peu de douceur dans un moment où la violence psychique du réveil, et physique des soins, domine. Un peu comme les bébés qui sortent du ventre de la maman, les patients sortent du monde fœtal du coma et ont besoin d'être touché pour se sentir bien vivant.

La pratique du « toucher-massage » peut donc être acceptée dès lors que l'on y croit.

### **b) développer le toucher massage**

On a vu que le fait d'accepter la pratique du « toucher-massage » n'était déjà pas simple, surtout en réanimation et sur des patients dans des états de santé « limites ».

Mais développer le « toucher-massage », c'est-à-dire « *assurer la croissance de, donner toute son extension à* »<sup>1</sup> est donc d'autant plus difficile.

J'ai ainsi constaté lors de mon enquête d'une part, et lors des ateliers de « toucher-massage » dispensés en groupe à l'IFSI<sup>2</sup> que ce sont les infirmiers, ou étudiants infirmiers, utilisant déjà le toucher relationnel et de communication, qui comprennent le but et le caractère innovant de cette méthode. Ils peuvent le pratiquer de manière plus naturelle, sans tabou, ni retenue. Reprenons la première partie de la définition du « toucher massage » qui souligne que « *c'est un art qui se définit avant tout comme une intention bienveillante et qui prend forme grâce au toucher (...)* »<sup>3</sup>. Le « toucher massage » est bien le prolongement du toucher, notamment du toucher relationnel. Ce sont donc des infirmiers ayant envi de développer leur sens du toucher, et une qualité relationnelle plus profonde et plus authentique (relation d'aide<sup>4</sup>) qui vont le développer. Je me rends compte que c'était effectivement mon cas.

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse, page 329

<sup>2</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers)

<sup>3</sup> [www.toucher-massage.com](http://www.toucher-massage.com)

<sup>4</sup> Voir partie III/ la relation soignant/soigné

J'ai par ailleurs constaté qu'il ne peut être pratiqué par tout le monde car il faut déjà réussir à développer une certaine qualité de présence, et dépasser le fait de toucher un corps soit d'homme pour les femmes (et inversement), soit meurtri ou vieilli. On m'a bien appris pendant la formation à l'IFSI que lorsque l'on masse, on n'est plus de femme à homme, ni de jeune à vieux, ou encore moins de beau à moche, mais simplement d'être à être. De plus le « toucher-massage » ne peut pas être développé par des personnes ayant un problème personnel avec ce sens, comme on l'a bien vu dans la synthèse des résultats. Ce problème peut venir de l'héritage familial – on peut venir d'une famille où la tendresse est fréquemment exprimée, ou d'une famille où les liens d'affection ne se manifestent pas par des démonstrations physiques – mais aussi de l'origine, du mode de vie et du caractère. En fonction de son histoire, on développe des habitudes et des attitudes face au toucher, qui sont, en général, fortement ancrées. On peut devenir une personne très tactile ou, au contraire, une personne très gênée dès qu'on la touche. Le rôle de l'éducation est déterminant dans le rapport au toucher.

D'autre part, pour développer une pratique, il est également intéressant de participer à une formation. Quoique nullement nécessaire, puisque le « toucher-massage » est une pratique accessible à tous, une formation reste un excellent moyen pour acquérir des gestes plus sûrs et plus efficaces. C'était d'ailleurs l'une des attentes, concernant la formation, d'une infirmière interrogée lors de l'enquête. Il est vrai que ces acquis permettront d'augmenter la confiance en soi et proposer au patient un « massage essentiel »®, un « massage minute »® ou de la « relaxinésie »® de qualité. Les formations permettent également de rencontrer des personnes dans la même dynamique de soin et, pourquoi pas, de s'ouvrir à de nouvelles perspectives.

### **c) reconsidération du patient en tant que sujet**

La médecine a fait d'énormes progrès au niveau techniques de pointes, recherches, médicaments... Mais elle met de côté l'art et la manière de soigner, et les relations entre les hommes, notamment entre les soignants et les soignés à l'hôpital. Le service de réanimation est l'exemple même de l'avancée des sciences et du recul de la prise en charge holistique (ANNEXE III). Les soins, notamment infirmiers, sont de plus en plus techniques mais la relation au malade est mise de côté, voire fuie ou même nulle. Une infirmière m'a clairement expliqué lors d'un entretien, qu'elle n'entrait jamais dans la chambre d'un patient sans avoir de soins techniques à lui faire. Cela peut venir du fait, qu'en réanimation, les soins techniques

dominant largement- il y a toujours une seringue électrique à changer ou une perfusion à faire passer- mais également du fait qu'elle ne sait pas quoi proposer d'autre. Un entretien infirmier ou une démarche éducative est impossible étant donné l'état de vigilance du patient, voir de son coma. Ainsi seule la dimension curative, voire de maintenance des soins infirmiers n'est exploitée.

Le « toucher-massage » permettrait de développer la dimension humaine des soins infirmiers, qui manque crucialement en réanimation. Ainsi, le soignant viendrait à la rencontre du patient, uniquement dans le but de partager un moment. Une infirmière avait bien compris ce sens puisqu'elle m'avait exprimée que « le « toucher-massage » permet d'approcher le patient, sans lui faire mal, et sans avoir à lui faire de soins techniques ». On remarque ici, sa prise de conscience sur la violence des soins infirmiers en réanimation. Il me semble que « faire mal » à un patient est très dur à accepter pour tous soignants. C'était d'ailleurs ce qui m'avait perturbé quand j'ai commencé ces études. Je me suis rendue compte que les soins infirmiers étaient pour la plupart douloureux et je m'étais alors demandé en introduction, comment les rendre les plus agréables possible ?

Ainsi, le « toucher-massage » proposerait enfin un soin infirmier agréable à recevoir, mais également à pratiquer. On entre ici dans le principe de « pause active »<sup>®</sup>. D'après Joël Savatofski « *les soignants se sentent plus motivés, valorisés et trouvent un sens nouveau à leur travail* »<sup>1</sup>. Outre de donner un sens nouveau à son travail, le fait de proposer un massage à un patient, qu'il soit dans le coma ou en phase d'éveil, redonne une dimension plus humaine aux soins infirmiers. Ainsi la prise en charge se centrerait ici, sur le malade et l'homme, et non plus uniquement sur la maladie. Il serait peut-être même plus simple, pour certains infirmiers qui n'osent pas communiquer par la parole – rappelons nous de la difficulté de parler sans avoir de réponses – de prendre la main du patient et de la masser. Le simple fait de prendre conscience de cette main, du grain de sa peau, de sa température, amène à reconsidérer le patient non plus comme un corps objet, à qui on administre des soins, mais comme un sujet à part entière.

---

<sup>1</sup> Le toucher massage, page 18

## Conclusion

Tout au long de ce mémoire, j'ai voulu vous montrer à quel point je croyais en la pratique du « toucher-massage » en milieu hospitalier. J'ai d'abord constaté un manque d'authenticité dans les soins infirmiers, voire parfois, un manque d'humanité. Je vous ai ensuite proposé une façon de rappeler au monde médical l'importance et la nécessité de la relation soignant/soigné, mais aussi l'importance de l'humain...et de la main.

Comprenez-vous maintenant pourquoi, lorsque j'entends dire qu'il n'y a pas de relationnel en réanimation, ma stupéfaction est à son comble. Une absence de relationnel signifie bien que le soignant ne se trouve pas face à un être humain avec qui entrer en relation. J'admets que le service de réanimation est un service de pointe, hautement technique, et que la relation soignant/soigné n'est pas toujours la priorité. Je reste cependant persuadée de la possibilité de ne pas cliver le soin, dans ses apports techniques d'une part, et humain de l'autre. Ainsi, que chacun prenne en considération l'être à qui il administre des soins serait déjà une avancée.

J'espère qu'un jour, les chercheurs et les soignants se pencheront réellement sur la qualité de vie du patient en réanimation, et que la pratique du « toucher-massage » pourra y être développée. Je souhaiterais également que le « toucher-massage » s'intègre aux diagnostics infirmiers, en développant les domaines suivants « Perturbation de l'image corporelle »<sup>1</sup>, « Altération de la communication verbale »<sup>2</sup>, « douleur »<sup>3</sup>, « altération de la perception sensorielle tactile »<sup>4</sup>, et bien d'autres encore. Cela créerait une ouverture pour concevoir à l'intérieur du rôle propre infirmier, un espace de créativité et d'expression. Il est vrai que ce rôle propre est une grande avancée dans le métier. Cependant, il devrait davantage être exploité par les infirmières, en tenant compte de leur personnalité, du savoir-faire qu'elles ont acquis et du savoir-être qui les guide. A nous donc de développer en lui notre identité professionnelle, et de lui donner un sens nouveau.

Pour ma part, le toucher restera, sans nul doute, une clé de mes rencontres avec les patients, qu'ils soient conscients, dans le monde du coma, ou dans leur propre monde...

---

<sup>1</sup> Diagnostics infirmiers, interventions et bases relationnelles, page 545

<sup>2</sup> Diagnostics infirmiers, interventions et bases relationnelles, page 208

<sup>3</sup> Diagnostics infirmiers, interventions et bases relationnelles, page 371

<sup>4</sup> Diagnostics infirmiers, interventions et bases relationnelles, page 777



# Annexes

**ANNEXE I**  
**Questionnaire de pré enquête**

Je suis Elsa Sallenave étudiante en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année à l'institut de formation Léonie Chaptal. Dans le cadre de l'élaboration de mon TFE (Travail de Fin d'Etudes ) je vous prie de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de m'aider à progresser dans ma démarche.

Le thème de ce travail est l'impact du toucher dans la relation soignant/soigné et plus précisément avec un patient en réanimation et la place du « toucher massage » dans la pratique infirmière.

Définition du « toucher massage »: « c'est un art qui se définit avant tout comme une intention bienveillante. Il prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou une partie du corps. Il permet de détendre, relaxer, mettre en forme, rassurer ,communiquer ou simplement procurer du bien être : agréable à recevoir, il l'est également à pratiquer. » (Joël Savatofski )

1. Etes vous du sexe  Féminin  Masculin

2. Quelle est votre profession ? \_\_\_\_\_

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en réanimation ? \_\_\_\_\_

4. Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans ce service ?

---

---

5. Comment définiriez vous un service de réanimation ?

---

---

un patient dans le coma, sédaté ?

---

---

6 . Pensez-vous qu'un patient dans le coma peut :

- souffrir physiquement  ressentir des émotions  
 souffrir psychologiquement  entendre

7. Avez vous l'impression de communiquer avec un patient dans le coma, sédaté ?

- oui  non

Si oui par quels moyens ?

- paroles  toucher  autres : \_\_\_\_\_  
 présence  au travers de la famille

8. Quelle(s) vision(s) avez-vous du toucher ?

- positive  sexuelle  tabou  vitale  
 négative  essentielle  réservé aux proches

9. Avez-vous entendu parler du « toucher massage » ?

- oui  non



10. Avez-vous déjà pratiqué le « toucher-massage » ?

oui

non

11. Pour vous, que peut apporter la pratique du « toucher massage » chez un patient en réanimation ?

rien  apaisement  sentiment d'exister

gêne  détente  réappropriation de son corps

12. A quel moment ou sur quel patient le « toucher-massage » pourrait il être ,pour vous, le plus bénéfique ?

patient dans le coma, sédaté  patient conscient, intubé/ventilé

patient en phase d'éveil  patient conscient non appareillé

13. Dans vos représentations la pratique du « toucher massage » a t'elle sa place dans la pratique infirmière ?

oui

non

ou dans quelle autre profession

paramédicale : \_\_\_\_\_

Je vous serai reconnaissante de bien vouloir me rendre ce questionnaire rempli avant le :

**26 Novembre 2008**

Je vous remercie d'avance d'avoir pris le temps d'y répondre.

Sincèrement,

Elsa SALLENAVE.

**ANNEXE II**

**Grille d'évaluation de l'anxiété du patient en phase d'éveil.**

A utiliser avant et après une séance de « toucher-massage » pour en mesurer les bénéfices

<b><u>AGITATION</u></b>		<b><u>SUEUR</u></b>	<b><u>TOTAL AVANT :     /6</u></b>
<b>0</b> : patient calme		<b>0</b> : pas de sueur	<b><u>TOTAL APRES :     /6</u></b>
<b>1</b> : agitation modérée		<b>1</b> :sueur visible sur le front	
<b>2</b> :forte agitation, risque potentiel d'autoextubation		<b>2</b> : sueur sur le visage et les mains	
<b>3</b> : agitation intense, risque réel d'autoextubation		<b>3</b> : sueur profuse sur tout le corps	
<b>FREQUENCE CARDIAQUE</b>	<b>FREQUENCE RESPIRATOIRE</b>	<b>VOLUME INSPIRE/EXPIRE</b>	
Avant :	Avant :	Avant :	
Après :	Après :	Après :	

Observations (ressenti pendant la séance, résultats) :

---

---

---

---

ANNEXE III

Prise en charge holistique

LES SOINS INFIRMIERS	
Dans une vision organicieste (organe)	Dans une vision holistique (global)
<p>Les soins infirmiers sont orientés vers le contrôle des symptômes et de la maladie</p> <p>Intervenir signifie "faire pour" le raisonnement est plutôt de type analytique (causalité linéaire)</p> <p>La maladie est principalement un problème organique</p> <p>Elle affecte l'individu</p> <p>Nature dualiste du corps et de l'esprit (vision cartésienne)</p> <p>La dimension des soins est essentiellement curative.</p> <p>Le bénéficiaire de soins est un "patient" qui se remet entre les mains des soignants qui "possèdent le savoir"</p> <p>Le processus thérapeutique est décidé et planifié par les soignants.</p>	<p>Les soins infirmiers visent le maintien de la santé de la personne dans toutes ses dimensions.</p> <p>Intervenir signifie "agir avec" Le raisonnement est plutôt de type systémique (causalité circulaire) <i>↳ le rôle soignant, malade, environnement...</i></p> <p>La maladie est multifactorielle et multidimensionnelle</p> <p>Elle affecte l'individu, la famille, et son environnement</p> <p>Le corps et l'esprit ne peuvent être séparés</p> <p>Les soins sont curatifs mais visent aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la promotion de la santé</li> <li>- la prévention de la maladie</li> <li>- la réadaptation</li> <li>- la réhabilitation</li> <li>- l'accompagnement en fin de vie</li> </ul> <p>Le bénéficiaire de soins est un "client" capable de mobiliser ses ressources, pouvant faire de son problème de santé une occasion de croissance personnelle, et qui est acteur de sa propre santé.</p> <p>Le processus thérapeutique est une démarche contractuelle où soignant et soigné deviennent des partenaires.</p>

**ANNEXE IV**  
**CHARTRE DU PATIENT**

**Texte résumé**

- Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement **(1)**. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
  - La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi **(1)**, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
  - La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
  - Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux **(2)**.

*(1) - Ces droits ne peuvent pas s'appliquer aux patients hospitalisés sous le régime de la contrainte (hospitalisation d'office - HO, hospitalisation à la demande d'un tiers - HDT).*

*(2) - Les patients en HO et HDT qui contesteraient le bien fondé de leur hospitalisation peuvent saisir*

*par simple courrier le Juge des Libertés et de la Détention.*

*\* Des magistrats, désignés par le Procureur de la République, visitent régulièrement l'établissement et peuvent recevoir les réclamations des personnes qui auraient éventuellement à en formuler.*

*\* Les patients sont également informés des visites réglementaires de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques et peuvent demander à en recevoir les membres.*

## ANNEXE V

### Le score de Glasgow

Échelle de Glasgow adulte		
<b>Ouverture des yeux</b>	<b>Réponse verbale</b>	<b>Réponse motrice</b>
1 – nulle	1 - nulle	1 - nulle
2 - à la douleur	2 - incompréhensible	2 - Extension stéréotypée
3 - au bruit	3 - inappropriée	3 - flexion stéréotypée
4 - spontanée	4 - confuse	4 - évitement
	5 - normale	5 - orientée
		6 - aux ordres

## ANNEXE VI

### Témoignages sur les bienfaits du toucher relationnel en réanimation.

Témoignages tiré du livre Le toucher dans la relation soignant/soigné, page 91

*« Ma mère a été en soins intensifs quelques semaines. Je suis allée la voir aussi souvent que possible, même si les contraintes d'horaires n'ont pas été faciles à vivre. Ce qui m'a le plus marquée c'est l'intensité de la relation que j'ai eue avec elle dans ces moments là. Nous nous aimons et avons une bonne relation dans la vie courante. Mais là, on a vécu une chose tellement forte, tellement au-delà des mots. Elle était intubée. Je lui touchais la main par exemple, j'effleurais son front ou je lui caressais un peu les cheveux en me penchant sur elle (pas trop, j'avais le masque, la blouse), et on était unies comme jamais. Dans cette précarité avec l'idée de la mort pas loin, la raison, la logique, les mots...étaient gommés. On avait quelques minutes devant nous mais on était hors du temps. Là j'ai pu vivre ma sensibilité à fond, elle aussi bien sûr, sans retenue, sans frontière, sans les limites habituelles, dans un abandon que je ne soupçonnais même pas avant. Elle s'en est sortie. On a jamais retrouvé cela. Ce n'est pas grave, on l'a vécu. »*

## ANNEXE VII

### GRILLE D'ENTRETIEN

Destiné aux infirmier(ère)s du service de réanimation polyvalente de l'hôpital d'Eaubonne.

**1°) Depuis combien de temps travaillez vous en service de réanimation ?  
Qu'est ce qui vous a motivé à travailler dans ce service ?**

**2°) Communiquez-vous, au quotidien avec un patient dans le coma artificiel ?  
Par quels moyens ?**

**3°) Que représente pour vous la phase d'éveil ?  
A votre avis, quel est le ressenti du patient pendant cette phase et quel est votre rôle ?**

**4°) Avez-vous entendu parler du « toucher-massage »® ?**

**5°) Pour vous, que peut apporter le « toucher-massage »® à un patient en phase d'éveil ?**

**6°) Pensez vous que la pratique du « toucher-massage »® a sa place dans le rôle propre de l'infirmier(e)  
et dans celui de l'aide- soignant(e) ?**

**7°) Avez- vous des réticences quant à cette pratique ?**

**8°) Aimerez vous participer à une formation de « toucher-massage »® pour les soignants, dans le cadre  
d'une formation professionnelle ?**

### GRILLE DE RELANCE

1.1°) Le côté technique suffit-il à vous épanouir professionnellement ?

1.2°) Selon vous, y abordez-vous toutes les facettes de votre métier ?

2.1°) Si non, pourquoi ? ( adhérez vous, ou non, au vécu psychique du patient dans le coma ?)

2.2°) Si par la parole, que dites-vous ? si par le toucher , quel toucher utilisez vous ? le toucher technique des soins ou le toucher relationnel ? si au travers de la famille, comment procédez-vous ?

2.3°) Etes-vous satisfait de cette communication ?

3.1°) Est-ce une phase angoissante pour le patient ?

3.2°) Quels peuvent être les signes de son angoisse ? parvenez-vous à la soulager ?

3.3°) Quels sont les risques d'une angoisse non soulagée ?



4.1°) Par qui ? A quel endroit ? L'avez-vous déjà pratiqué ?

4.2°) Comment le décririez-vous ?

5.1°) Peut-il diminuer son angoisse ? comment peut-on évaluer son impact ?

5.2 °) Peut-il l'apaiser ? l'aider à se réapproprier son corps ? autres ?

6.1°) Si oui, pourquoi ?

6.2°) Si non , dans quelle autre profession et pourquoi ?

7.1°) Si oui, lesquelles ?

7.2°) Pensez vous que c'est une perte de temps ? que ce n'est pas la priorité ? pourquoi ?

8.1°) Qu'est ce que cela peut vous apporter ?

## ANNEXE VIII

Tirés du livre Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient, avec les commentaires de Grosclaude Michèle.

### **Monsieur B, page 51 :**

« Monsieur B, opéré d'un néo de larynx, est en état de détresse respiratoire. Il saisit notre main près de lui et s'y cramponne, tandis qu'il étouffe et rejette le masque à oxygène. Il nous en parlera quelques jours après, avant de décéder. *« c'était vital, de tenir la main, sinon je serais mort, je ne pouvais plus respirer, j'étouffais »*. Il témoigne à la fois du bouleversement des valeurs essentielles de cet « autre monde » où respirer de l'oxygène par ses bronches lorsqu'on étouffe n'a aucun sens, où le contact de l'autre devient subjectivement vital mais au pied de la lettre et non au sens d'une métaphore ».

Madame M, page 52 ,

« Madame M est venue d'écrire son expérience de l'éveil et de la réa, des années après : *« on a tendance à redevenir un horrible fœtus »*. Elle n'en a garder aucune séquelle somatique mais pleure silencieusement en disant *« l'incompréhension des autres »*, qu' *« il est trop tard »* et qu' *« elle a besoin de raconter »*. Comme cette autre qui confie suite à un appel à témoignages qu'elle n'a *« jamais parlé de ça à personne »*, puis sanglote : *« on fait tout pour vous sauver, rien pour vous aider ! »*

### **Monsieur J, page 53 :**

« Monsieur J., 39 ans, transmet son témoignage ultérieurement. Il relate son expérience de deux semaines de réanimation. *« la difficulté que semblent présenter la plupart des malades à se remémorer ce type d'expérience extrêmement pénible(...). A la suite d'une discussion qui avait eu lieu devant moi, j'avais en effet acquis la conviction que cette-ci, derrière le dos du patron, avait décidé ma mise à mort. Chaque acte supposé thérapeutique qui m'était alors imposé (...) me paraissait ainsi viser ce but. Je devais donc me défendre, riposter pour sauver ma peau. (...) absolument convaincu par cette idée délirante, j'avais soigneusement veillé à ne pas en faire état, ce qui dans mon esprit aurait eu pour conséquence fatale d'inciter les soignants à activer leur procédure et de me priver des moyens de me défendre, notamment en sollicitant une aide extérieure. (...) Etendu sur un lit en soin intensifs dont il ne peut bouger et dans lequel il lui est souvent impossible de se mouvoir, le patient en vient rapidement à se sentir devenir un objet, tant pour lui-même que pour les autres. (...). Percevant mes jambes étalées devant moi et qui portaient des cicatrices résultant d'opérations datant de trente ans au moins, je me souviens de m'être exclamé « s'il vous plaît, enlever moi ces jambes ; elles n'ont rien à faire ici, leur présence est anachronique et inutile ».* (...) **La position des parties de son corps dans l'espace est perdue ou modifiée, aussi la conscience des limites du corps** : *« est-ce mon bras ou celui du médecin ? Ces tuyaux font partie de mon corps, je suis tuyaux »*. Je me souviens d'avoir, dans un demi-sommeil, par un geste (...) embrassé tous les tubes qui me traversaient et les avoir rejetés de façon haineuse. »

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- Blanchon Carine, **Le toucher relationnel au cœur des soins**. Edition Elsevier, Paris 2006, 123 pages
- Bonneton-Tabariès France et Lambert-Libert Anne, **Le toucher dans la relation soignant-soigné**. Edition Med-Line, Collection iFSi Med-Line, Paris, 2006, 151 pages.
- Doenges Marilyn E. (infirmière clinicienne)- Moorhouse Mary Fr. (conseillère en soins infirmiers), **Diagnostics infirmiers, interventions et bases relationnelles**. Traduction de la 7<sup>ème</sup> édition américaine par Desbiens Annie et Toutant Suzie. Edition DeBoeck Université, Montréal 2001, 1280 pages.
- Grosclaude Michèle (chercheur...), **Réanimation et coma, soin psychique et vécu du patient**. Edition Elsevier Masson, Paris, 2007, 219 pages.
- Savatofski Joël, **Le toucher massage**. Edition Lamarre, Collection Pratiquer, Lassay les Châteaux, 2005, 119 pages.
- Savatofski Joël, Isabelle Robard, **Toucher-massage, 20 ans de pratique(s)**. Editions de Parry, Le Plessis Paté, 2006, 206 pages.
- Le Petit Larousse, Edition Larousse Bordas, Malesherbes 1997, 1870 pages.

### Notes sur les auteurs :

- **Grosclaude Michèle** : enseignante-chercheur, reconnue comme l'une des spécialistes européenne sur le vécu psychique du patient dans le coma. Docteur d'Etat en psychologie à l'université Louis-Pasteur de Strasbourg, elle dirige des travaux sur les pathologies psychiques lourdes et les états extrêmes depuis 1982. Elle est psychothérapeute et responsable du REIRPR (Réseau Européen Interdisciplinaire Recherche Psychologie et Réanimation).
- **Joël Savatofski** : Diplômé d'Etat en masso-kinésithérapie et titulaire d'une maîtrise de psychologie. Formé aux disciplines du développement personnel, il est le fondateur de l'Institut de Formation et de Recherches Pédagogiques sur le Toucher-Massage. Auteur de nombreux livres et d'une centaine de publications sur le sujet, il pratique et enseigne cette discipline depuis plus de 20 ans aux professionnels du bien-être et de la forme, aux paramédicaux, aux artistes (danseurs, comédiens), aux enseignants, aux cadres d'entreprises et aux nombreux "amateurs" passionnés. Expert incontournable,

reconnu pour ses nombreuses innovations et ses qualités pédagogiques, Joël Savatofski redonne un véritable sens au massage en l'inscrivant dans une démarche humaine de prévention et de qualité de vie.

### **Documents non publié :**

- Lazure Hélène (professeur à la faculté des sciences infirmières de Montréal), **La relation d'aide**, cité dans un cours de démarche relationnelle dispensé à la Fondation Léonie Chaptal à Sarcelles par Mme Mroczkowski Sylviane (cadre formateur), 2006, 1 page.
- Cours sur les soins infirmiers, **Nature du Soin Infirmier**, tiré du livre : L'infirmière et les soins palliatifs, Edition Masson, dispensé à la Fondation Léonie Chaptal à Sarcelles en 2006, 1 page.

### **Internet :**

- **Charte du patient hospitalisé** [www.chu-stetienne.fr/hospitalisation/...chartes/patient](http://www.chu-stetienne.fr/hospitalisation/...chartes/patient). Texte résumé, page 1, mise à jour en 2009, date de consultation du site le 20 février 2009
- **Définition du « toucher-massage »®**: [toucher-massage.com /nos techniques spécifiques/Toucher-massage](http://toucher-massage.com/nos_techniques_specifiques/Toucher-massage). Savatofski Joël, Editeur : IFSJ, consultation du site : le 20 février 2009
- **Communication non verbale** [fr.wikipedia.org/wiki/Communication](http://fr.wikipedia.org/wiki/Communication), sommaire 4, 4.2 Dernière modification de cette page le 23 juin 2009 Droit d'auteur : Tous les textes sont disponibles sous les termes de la documentation libre (GFDL). Consultation du site le 23 juin 2009.
- **Coma artificiel** : [fr.wikipedia.org/wiki/Perte\\_de\\_connaissance](http://fr.wikipedia.org/wiki/Perte_de_connaissance), Sommaire : 10 coma artificiel. Date de consultation du site : Le 20 mai 2009. Dernière modification de cette page le 17 juin 2009 Droit d'auteur : Tous les textes sont disponibles sous les termes de la documentation libre (GFDL)

### **Textes législatifs et réglementaires :**

- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre Ier, Exercice de la profession, Section 1, Actes Professionnels.

- Charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.