

BUCHER Maud
PARISOT Maxym
QUILGHINI Ophélie
RUIZ Clément

LE TOUCHER RELATIONNEL DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN FIN DE VIE

Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'État Infirmier

- UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche.
- UE 4.8 S6 : Qualité des soins et évaluation des pratiques.
- UI 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.
- UE 6.2 S6 : Anglais professionnel.

Sous la direction de Madame Pernot-Laheurte



Institut de Formation aux Métiers de la Santé du Nord Franche-comté, site de Montbéliard
Promotion 2015-2018 – Année 2017-2018

2 rue du Dr Flamand
25 200 Montbéliard

REMERCIEMENTS

Ces trois années de formation touchent à leur fin ...

Au terme de ce travail de fin d'étude, nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à notre directrice de mémoire, Mme PERNOT-LAHEURTE pour son implication, ses directives pertinentes tout au long de nos temps de guidance. Nous tenons également à remercier les professionnels de santé qui ont contribué à l'avancée de notre mémoire en jouant le jeu lors des temps d'observations et des entretiens, tout en restant authentiques.

Nous désirons remercier les formateurs de l'Institut de Formation des Métiers de la Santé Nord Franche-Comté qui nous ont transmis leurs savoirs durant ces trois années de formations. Merci à nos formateurs référents qui nous ont aidés à mobiliser et analyser nos savoirs théoriques pour les mettre en pratique.

Pour finir, nous tenons à remercier nos familles « Sudistes » et « Nordistes », ainsi que nos animaux de compagnie (Cannelle, Polochon et Monoï) pour nous avoir « supportés » et épaulés durant ces quatre mois de travail intense.

Enfin, nous nous remercions mutuellement pour l'élaboration de ce travail fructueux et enrichissant.



SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page 01
Question de départ	Page 02
I. EXPLORATION THEORIQUE	Page 03
1. La communication dans le contexte des soins	Page 03
1.1 Définitions	Page 03
1.2 Les différents types de communication	Page 03
1.3 Compétence infirmière dans la communication	Page 03
2. Les sens comme moyen de communication	Page 04
2.1 La peau : organe du toucher	Page 04
2.2 Le toucher au service de la communication	Page 04
2.3 Les différents types de toucher	Page 05
2.4 La notion de schéma corporel et le « Moi peau »	Page 06
2.5 La notion de proxémie	Page 06
3. Les émotions	Page 06
3.1 Sémiologie	Page 07
4. Concept des soins palliatifs	Page 07
4.1 Définitions	Page 07
4.2 Législation et fin de vie	Page 08
4.3 Soins palliatifs et bien-être	Page 08
4.4 Bien-être et toucher	Page 09
4.5 Compétence infirmière dans le toucher à visée de bien-être	Page 09
4.6 La place du toucher dans la fin de vie	Page 09
II. EXPLORATIONS SUR LE TERRAIN : LES OBSERVATIONS	Page 10
1. Présentations de l'outil d'observation	Page 10
2. Argumentation de l'outil d'observation	Page 11
2.1 L'environnement est propice à la réalisation du soin	Page 11
2.2 L'infirmier adapte sa communication dans le contexte du soin	Page 11
2.3 Les modalités de réalisation du soin	Page 11
2.4 L'infirmier veille au bien-être du patient	Page 11
2.5 L'infirmier évalue la qualité du soin	Page 11
2.6 L'impact du toucher dans le soin	Page 12
3. Facilités et difficultés rencontrées durant les observations sur le terrain	Page 12
3.1 Les facilités	Page 12
3.2 Les difficultés	Page 12
4. Analyse des données recueillies sur le terrain	Page 13
III. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE	Page 17
Problématique	Page 18
Première hypothèse	Page 18
Seconde hypothèse	Page 18

IV. APPORT DE NOUVEAUX ELEMENTS THEORIQUES	Page 19
1. Le patient non communicant verbalement	Page 19
2. La relation au cœur des soins infirmiers	Page 19
2.1 La relation soignant-soigné	Page 19
2.2 La tendresse réparatrice	Page 20
2.3 Les valeurs et compétences relationnelles	Page 21
2.3.1. Le respect	Page 21
2.3.2. La bienveillance	Page 21
2.3.3. L'empathie	Page 21
2.3.4. L'humilité	Page 21
2.4 La démarche de qualité des soins	Page 22
2.4.1. La qualité des soins vue par le patient	Page 22
2.4.2. La qualité des soins vue par le soignant	Page 22
3. Approche centrée sur le patient	Page 22
3.1 Le raisonnement clinique infirmiers	Page 23
3.2 La personnalisation des soins	Page 23
V. CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN	Page 23
1. Présentation de l'outil d'entretien	Page 23
2. Argumentation du guide d'entretien semi-directif	Page 24
2.1 Questions d'introduction	Page 24
2.2 Représentations soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie	Page 24
2.3 Pratiques soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie	Page 24
2.4 La place de la relation soignant-soigné dans le toucher relationnel	Page 25
3. Facilités et difficultés rencontrées durant les entretiens semi-directifs	Page 25
3.1 Les facilités	Page 25
3.2 Les difficultés	Page 25
4. Analyse descriptive des entretiens semi-directifs	Page 25
4.1 La connaissance du patient dans la pratique du toucher relationnel	Page 25
4.2 Le toucher comme médiateur de la relation soignant-soigné	Page 26
4.3 Les objectifs de soin : Répondre aux piliers des soins palliatifs	Page 26
4.4 La juste distance professionnelle	Page 27
4.5 Attitudes et comportements soignants dans la pratique du toucher relationnel...	Page 27
4.6 L'évaluation de la qualité du toucher relationnel	Page 27
VI. SYNTHÈSE D'ANALYSE	Page 28
VII. CONCLUSION	Page 30

INTRODUCTION

Élèves infirmiers, nous arrivons au terme de nos trois années d'études. Chaque semestre, nous passons des validations théoriques afin d'obtenir les ECTS¹ qui leur sont attribués. Pour les Unités d'Enseignements 3.4, 4.8, 6.2 et l'Unité d'Intégration 5.6 du semestre 6, nous devons élaborer un travail de fin d'étude dans le but d'obtenir notre Diplôme d'État Infirmier, au terme de cette dernière année universitaire. L'élaboration de ce travail nous permettrait ainsi d'avoir une ouverture d'esprit et d'enrichir notre future pratique professionnelle.

Dans notre démarche, nous avons prévu d'élaborer un travail de recherche porté sur la dimension relationnelle des soins à visée de bien-être, intégrée dans notre rôle propre, notamment dans la prise en soins de la personne en fin de vie.

Par la suite, le choix de notre thème découle, en premier de la réflexion sur un cours dispensé en première année portant sur la théorie de l'attachement². Celle-ci évoquait des enfants élevés dans un orphelinat en Roumanie recevant seulement les soins élémentaires, loin de l'affection maternelle. Cette théorie a pu démontrer qu'au sein de leur développement, ces enfants présentaient des troubles psychomoteurs. Le toucher et la dimension affective des soins semblent ainsi influencer le développement de la personne. Cette expérience démontre que les personnes aux extrémités de la vie sont sujettes à une certaine vulnérabilité. Le toucher peut donc être un élément nécessaire pour assurer le bien-être de la personne.

D'autre part, nos expériences professionnelles vécues en stage tout au long de notre formation, nous renvoient à un échange en lien avec la qualité de la prise en soin des personnes en fin de vie. En effet, lors de stages de deux membres du groupe, la pratique du toucher a pu être abordée de différentes manières dans plusieurs EHPAD³.

La première situation s'est déroulée un matin, suite à un soin d'hygiène et de confort. La résidente semblait triste et angoissée par rapport à la dégradation de l'état de santé de son mari. L'étudiante a pu mobiliser des techniques de toucher enseignées durant sa formation. Ainsi, elle a pu proposer à la résidente d'expérimenter ces techniques, suite à son accord. A la fin du soin, la patiente était calme, semblait détendue et remercia l'étudiante d'avoir passé du temps auprès d'elle. Cette situation nous a permis de comprendre l'importance du toucher dans le soin pour assurer le bien-être de la personne.

La seconde situation se passe également en EHPAD. Depuis quatre jours un résident était considéré en fin de vie ; il était dyspnéique, confus et s'agitait régulièrement. Lors de la réalisation de ses soins d'hygiène et de confort, il se contractait et s'agitait car le soin pouvait paraître agressif, notamment lors des mobilisations. Le recours à l'aromathérapie et au toucher massage a permis de lui apporter une décontraction musculaire et de favoriser le lâcher prise. Il est décédé le lendemain dans l'établissement.

Des deux exemples décrits précédemment, il en ressort que le toucher peut procurer un certain bien-être, notamment par la décontraction musculaire ; c'est pour cela qu'il est privilégié dans certains établissements.

Cependant, un membre du groupe s'est trouvé impuissant face à une personne en situation de fin de vie. En effet, la patiente était contractée et très douloureuse, de sorte qu'une injection de Morphine en sous cutanée était à réaliser avant chaque soin. Les soins prodigués se limitant aux soins de confort et de bien-être, seul les moyens médicamenteux étaient utilisés pour soulager la patiente. Dans cette situation, la prise en charge de la douleur s'est déroulée de manière médicale, l'aspect relationnel étant en partie laissé de côté. Néanmoins, les thérapeutiques médicamenteuses n'ayant pas eu l'effet escompté, à

¹ European Credits Transfer System (système européen de transfert et d'accumulation de crédits).

² FIELD Tiffany. *Les bienfaits du toucher* – Payot Édition – 21 juin 2017 – Page 15 – Collection Petite Biblio Payot santé, N°574.

³ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

savoir la diminution, voire la disparition de la douleur, l'étudiant s'est alors interrogé sur l'existence d'alternatives thérapeutiques afin de pouvoir soulager la patiente.

C'est pour cela, qu'à l'issue de nos situations d'appel, nous avons décidé d'explorer la notion de toucher relationnel et plus particulièrement dans la prise en soins des personnes en fin de vie.

Sachant que le toucher est le premier sens que l'on acquiert et le dernier que l'on perd et si nous savons également que 80% de la communication passe par le non-verbal⁴ ; alors il se pose la question de savoir si le toucher est un médiateur de la relation soignant-soigné. Il reste à démontrer si ce dernier est transférable dans l'ensemble des situations de soins de fin de vie et si toutes les personnes soignées sont réceptives à cette technique.

Pour terminer, l'ensemble des expériences vécues en stage lors de ces trois dernières années, nous font remarquer toute l'avancée de la science qui permet aujourd'hui à des personnes de vivre avec des pathologies chroniques durant de longues années, favorisant donc le vieillissement de la population. Nous souhaitons donc souligner la place des soins palliatifs et l'importance d'assurer une qualité de fin de vie auprès de personnes qui décèdent à plus de 68% en milieu hospitalier ou en institution⁵. L'accompagnement des personnes âgées en fin de vie devient ainsi prévalent dans la carrière professionnelle d'un soignant.

Au cours de ce travail de recherche, nous approfondirons donc la notion de toucher, une des alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses inscrite dans notre rôle propre infirmier, en vue d'améliorer la qualité de fin de vie des malades. De ce fait, nous chercherons à développer des compétences dans la prise en soins de la phase palliative terminale, dans cette relation intimiste avec le patient.

Ainsi, à travers ce travail de fin d'étude, nous souhaiterions répondre à la question suivante :

Les infirmières peuvent-elles par l'intermédiaire du toucher, favoriser le bien être des personnes en fin de vie ?

⁴ Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

⁵ Anne JEANBLANC. Où meurt-on en France ? À l'hôpital, hélas... - Article publié le 11 décembre 2012 à 6h43 – 1 page – Disponible sur : http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/ou-meurt-on-en-france-a-l-hopital-helas-11-12-2012-1553763_57.php (page consultée le 07 avril 2018).

I. EXPLORATION THEORIQUE : LE CADRE CONCEPTUEL

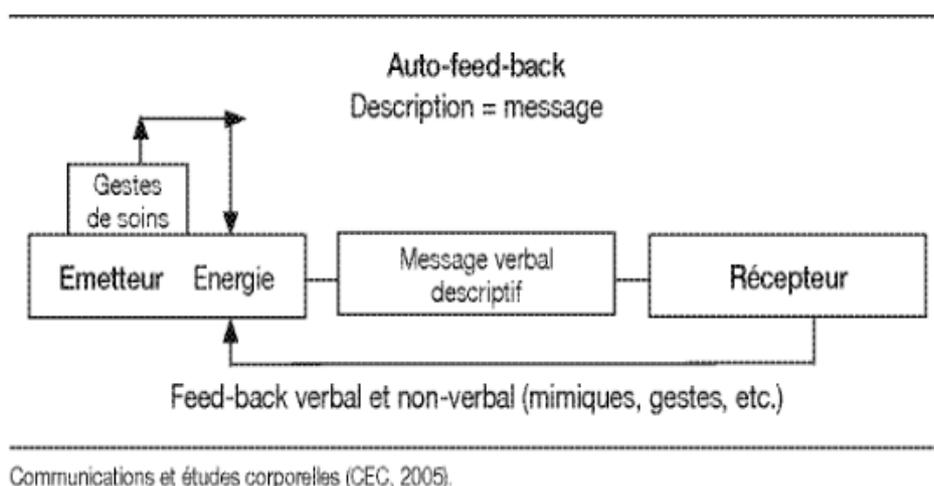
1. LA COMMUNICATION DANS LE CONTEXTE DES SOINS

1.1. Définitions

La communication est un concept mis en avant par Shannon et Weaver en 1949⁶. Il s'agit d'un système de transmission et de partage d'un message, qui a pour but de transmettre une information et de créer une relation entre deux personnes. Il y a communication lorsque nous émettons et recevons un message. Lors de cet échange, le message peut être déformé par des parasites sonores ou environnementaux, impactant alors sa compréhension.

La rétroaction (ou feedback) est un outil utilisé à des fins de reconnaissance d'un message, montrant que le récepteur a bien reçu le message de l'émetteur. En outre, le soignant peut adapter sa communication à travers l'auto feed-back, qui consiste à annoncer et décrire chaque geste qu'il réalise lors d'un soin⁷.

Schéma de communication « Auto-feed-back »



Communications et études corporelles (CEC, 2005).

1.2. Les différents types de communication

Nous distinguons deux types de communications : verbale et non verbale. La communication verbale comprend tout ce qui passe par les mots, le langage et fait appel au sens de l'ouïe. Elle correspond à environ 20% de l'échange entre les interlocuteurs. 80% de la communication est de l'ordre du non verbal. Cette dernière "correspond à l'expression du visage et aux postures du corps que l'on adopte : c'est le langage du corps."⁸ La communication non verbale passe ainsi par le regard, les mimiques ou encore la gestuelle⁹.

Elle implique également le toucher comme moyen de communication, caractérisé par sa durée, son intensité, sa localisation et sa fréquence.

1.3. Compétence infirmière dans la communication

La notion de communication est inscrite dans le référentiel de compétences infirmier¹⁰ reprenant la communication dans le contexte de soins mentionnée dans la compétence 6 :

⁶ Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

⁷ LAURENCE LUQUEL. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti © dite « Humanitude » – «Gérontologie et société» [en ligne]. - Année 2008 (vol.31 n° 126), page 168 – 169.

⁸ DE LAVERGNE, Catherine. "La communication non verbale" [En ligne] - 2010 – Page 1.

⁹ Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

¹⁰ Référentiel de compétences infirmier disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/3annexe2competences.pdf>

“Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. [Il en découle les activités suivantes]:

3° Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale [...],

4° Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée [...] en vue d'une alliance thérapeutique,

5° Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement”.

2.LES SENS COMME MOYEN DE COMMUNICATION

Selon le Larousse en ligne, un sens correspond à une “fonction physiologique de relation avec le monde extérieur, permettant d'apporter au cerveau des informations sur celui-ci et de les rendre conscientes”.

L'être humain est doté de cinq sens : l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher et la vue.

2.1.La peau : organe du toucher

Toujours selon le Larousse en ligne, la peau se définit comme étant « un organe vivant et non une simple membrane inerte, de grande importance physiologique. Son poids représente environ 10% du poids corporel total ». Elle enveloppe l'intégralité de notre corps et joue un rôle de barrière protectrice contre les agressions de l'environnement dans lequel nous évoluons. Il s'agit de la limite entre notre milieu intérieur et extérieur.

Elle assure différents rôles. La peau est une barrière protectrice contre les agents extérieurs et contre les rayons ultraviolets, nocifs pour nos cellules. Elle participe à la thermorégulation de notre organisme par vasodilatation ou vasoconstriction des vaisseaux sanguins cutanés. De plus, elle assure un rôle métabolique par les tissus adipeux et la synthèse de la vitamine D par l'organisme. Pour finir, elle assure la fonction tactile. Il s'agit de l'organe sensoriel qui nous permet, entre autre de nous adapter à notre environnement, à travers la sensibilité.

Notre peau contient différents récepteurs plus ou moins sensibles en fonction des stimuli de l'environnement (mécaniques, thermiques et douloureux)¹¹.

Les récepteurs mécaniques, également appelés mécanorécepteurs permettent à l'individu de ressentir les tensions mécaniques exercées sur sa peau (frottements, vibrations ou caresses).

Les thermorécepteurs permettent à l'individu de ressentir les variations thermiques subies par la peau telles que la chaleur d'une brûlure, le froid ou la sensation piquante.

Pour finir, les nocicepteurs sont les terminaisons nerveuses impliquées lorsque l'individu ressent une douleur issue de l'agression du tissu cutané. Les pieds, les mains et le visage présentent plus de récepteurs; ils sont donc plus sensibles au toucher.

L'ensemble de ces récepteurs nerveux tactiles sont directement reliés au cortex somatosensoriel de l'individu qui lui permet de ressentir les différents stimuli de l'environnement dans lequel il évolue. “Les organes du toucher, comme tous les organes des sens ne sont que des récepteurs. C'est dans le cerveau que s'élabore la sensation.”¹². Ainsi, une altération cérébrale pourra entraîner un déficit partiel ou complet de la sensation tactile selon la zone lésée (comme dans l'accident vasculaire cérébral).

2.2.Le toucher au service de la communication

Le toucher est le premier mode de communication à naître chez l'Homme et sûrement, le dernier à disparaître. En effet, durant notre développement intra-utérin, nous développons le toucher. Au sein du liquide amniotique, nous ressentons les pressions, les contacts et la chaleur maternelle.

¹¹ Fiorenza GRACCI. Comment fonctionne le sens du toucher ? - 26 juillet 2017 – Disponible sur : <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/comment-fonctionne-le-sens-du-toucher-9140> (page consultée le 07 avril 2018).

¹² BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – 11 juin 2011 - page 27.

Il assure un cadre sécurisant avant même notre naissance, puis permet à l'enfant de se développer au sein de son environnement. Tout au long de la vie, il permet à notre corps de ressentir tous les stimuli extérieurs à notre organisme et de prendre conscience de notre évolution dans l'environnement.

Pour le patient en phase palliative terminale, “ le toucher est un support pour garder contact avec la réalité”¹³.

Plusieurs critères composent le toucher : le contact, la pression exercée, la chaleur, le froid et la douleur¹⁴. Au sein de notre pratique professionnelle, il s'agit de l'acte ultime de la communication non verbale et doit ainsi nécessiter la mise en place de certains mécanismes préalables, tels qu'un regard, une parole ou un geste. Dans la relation avec le patient, le toucher doit être annoncé, autorisé et progressif¹⁵.

2.3. Les différents types de toucher

L'infirmière et coordinatrice des soins de support Carine Blanchon décrit plusieurs types de toucher dans son ouvrage “Le toucher relationnel au cœur des soins”. D'après l'auteur, il existe deux grands types de toucher:

Le “toucher technique” concerne tous les soins faisant appel à la dextérité du soignant qu'il aura acquise en formation. Au cours de ce toucher, le patient devra être à l'écoute des directives du soignant quant au positionnement à adopter. Par exemple, lors de la réfection d'un pansement, le patient devra adapter sa posture physique pour être compatible avec l'ergonomie du soignant¹⁶.

Le “toucher relationnel” fait appel aux comportements soignants. Il est utilisé afin d'apporter un plus en complément d'un soin ou en être un à part entière. A travers ce toucher, le soignant induit le bien-être ou le mieux-être de la personne soignée¹⁷.

De plus, selon la formatrice en toucher relationnel Stéphanie Antonio¹⁸, le toucher relationnel “regroupe toutes les techniques auprès du patient où nous allons avoir un toucher de qualité dans les soins quotidiens mais aussi tous les moments où le soignant touche le patient”. Le toucher relationnel a pour but de rassurer et apaiser le patient. Ainsi, il peut être utilisé dans les soins de nursing ou les soins techniques. Le soignant visant le bien être, prend en compte le patient dans sa globalité et porte attention à ses réactions (gestes et mimiques).

Le toucher relationnel intègre le “toucher thérapeutique” ou toucher massage. Il s'agit d'une notion mise en avant par le masseur-kinésithérapeute Joël Savatofski en 1986 au sein de l'Institut de Formation de Soins Infirmiers de Versailles. C'est un concept impliquant le toucher dans le but de promouvoir le bien-être auprès de la personne soignée.

De plus, en 2007 la S.F.A.P. (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) a publié des recommandations quant à la pratique professionnelle dans l'utilisation du toucher dans les soins auprès de personnes en phase palliative.

Le toucher relationnel répond à plusieurs objectifs¹⁹:

- Atténuer les angoisses et la douleur : lorsque le patient n'est plus en capacité de communiquer verbalement, le toucher peut être un moyen de communication car il reste toujours intact quel que soit la pathologie.

¹³ SAVATOFSKI Joël. Le toucher massage – Édition Lamarre, 3ème édition – Paru le 26 mai 2016 – Page 12

¹⁴ MC. FEDOR, S. GROUSSET, C. LEYSSENE-OUVRARD, E. MALAQUIN-PAVAN. Groupe national Toucher S.F.A.P. - Décembre 2007 – page 4 – Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-courte.pdf> (page consultée le 06 avril 2018).

¹⁵ Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

¹⁶ BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - page 75.

¹⁷ BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - page 81.

¹⁸ CHU Lille. Le toucher relationnel [vidéo en ligne]. Éditeur Youtube.com, publiée le 17 octobre 2016 - Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=CgfBCs3zwXg>. (page consultée le 06 avril 2018).

¹⁹ Source documentaire Interne EHPAD Maison Joly Montbéliard

- Éviter l'isolement : le toucher peut être utilisé pour pallier la solitude et la peur face à l'approche de la mort.
- Soutenir et réassurer : la stimulation cutanée apporte un soutien collectif et l'encouragement.
- Créer un lien privilégié soignant / soigné : le toucher apporte dans certaines cultures une dimension conviviale par la confiance qu'il instaure, permettant la communication et l'échange. De plus, il favorise la relation basée sur la confiance.
- Communiquer différemment : dans la communication tactile, la relation de confiance permet au soignant d'oser et d'innover d'autres gestes empreints de prévenance, de pudeur et de délicatesse.
- Travailler sur l'image de soi : la sensation tactile redessine l'image corporelle, partage la chaleur et rehausse l'image de soi.

Au cours de ce travail de recherche, nous nous intéresserons plus particulièrement au toucher relationnel à visée de "bien-être".

2.4. La notion de schéma corporel et le « Moi peau »

La redécouverte du schéma corporel est l'un des objectifs du toucher relationnel. Ce dernier se définit comme étant "la représentation que chaque individu se fait sur son corps afin de lui permettre de se situer dans l'espace. [...] Le schéma corporel est une perception individuelle de notre "Moi-peau" "²⁰.

La notion de « Moi-peau » fut développée par le philosophe et psychologue Didier Anzieu. Il s'agit de la limite qui se situe entre moi en tant que personne et les stimuli du monde extérieur. Dans le développement utérin c'est le rôle maternel qui permet cette fonction et assure un cadre sécurisant. Dans le développement de la personne, c'est la peau qui accomplit cette fonction²¹.

2.5. La notion de proxémie

En 1976, l'anthropologue américain Edward T. Hall²² a mis au point une étude sur l'utilisation de l'espace, dans la relation qui s'établit entre des personnes et des significations qui pouvaient s'en dégager.

Ainsi, il a mis en avant quatre types de distances :

- La distance intime (moins de 45 centimètres jusqu'au contact physique).
- La distance personnelle (allant de 45 centimètres à 1 mètre 20).
- La distance sociale (allant de 1 mètre 20 à 3 mètres 60).
- La distance publique (allant de 3 mètres 60 à 7 mètres 50).

Le toucher est possible dans la distance intime et personnelle. Cette distance "dans laquelle priment la communication non verbale, l'odorat et le sens du toucher, permet l'expression de sentiments très personnels [...]"²³. Nous comprenons ici, que l'utilisation du toucher dans les soins peut engendrer des émotions de la part du soignant et du soigné.

3. LES EMOTIONS

Les émotions sont un mode de communication non verbale. Elles sont universelles et correspondent à "un changement dans plusieurs composantes de l'organisme suite à un événement évalué comme important par celui-ci. Ce changement est d'origine physique, soudain, passager, adaptatif, survenant dans de multiples systèmes biologiques somatiques

²⁰ BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - page 84.

²¹ BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - page 31.

²² Professeur d'anthropologie aux États-Unis dans les années 1960 ; il s'est consacré à l'étude des frontières culturelles et des différentes composantes de la communication.

²³ BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - page 73.

et neuronaux, en réponse à un stimulus”²⁴.

L'émotion comporte deux composantes : la physiologie qui prépare l'organisme à l'événement important et l'expression faciale et corporelle induite par les émotions.

3.1.Sémiologie

Nous distinguons six émotions primaires²⁵; toutes observables à travers l'expression faciale : la joie, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût et la surprise.

- La joie est l'émotion faisant référence à la satisfaction et au plaisir. Elle est souvent caractérisée par le sourire, le rire et l'émoussement affectif.
- La tristesse quant à elle, se réfère à la perte d'un objet réel ou symbolique pouvant s'observer par des larmes, un effondrement de l'humeur et des idées négatives.
- La colère fait appel à la frustration de l'individu et la limite qui s'impose à celui-ci. Elle est observable à travers des crispations du faciès (sourcils froncés, teint rouge etc.) et des muscles, une sensation de chaleur, une augmentation du rythme cardiaque et respiratoire, une turgescence jugulaire ainsi que des paroles pouvant dépasser la pensée.
- La peur est liée à la perception d'un danger de la part d'un individu. Elle est caractérisée par des sueurs, des tremblements, une augmentation de la fréquence respiratoire, une tachycardie, un repli sur soi ou de l'agressivité.
- Le dégoût est une sensation désagréable d'écœurement face à une situation, un objet ou une personne. Il est caractérisé par des mouvements en retrait, les sourcils froncés, un haut-le-cœur et la grimace.
- La surprise est une sensation agréable ou désagréable, brève et soudaine induite par une information ou situation inattendue. Elle est caractérisée par un air ébahi (yeux figés et grands ouverts, et bouche ouverte en plein ou partiellement) et de possibles soubresauts.

4.CONCEPT DES SOINS PALLIATIFS

4.1.Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : “Les soins palliatifs sont utilisés lorsqu'il n'existe pas ou plus de solution curative liée à une maladie. Ils ont pour but d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontées aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, qu'ils soient d'ordre physique, psychique, psychosocial ou spirituel ”²⁶.

Les soins palliatifs se distinguent en trois phases :

- La phase initiale lors de l'annonce du caractère incurable de la pathologie.
- La phase intermédiaire correspondant à l'évolution de la pathologie.
- La phase terminale faisant référence à la fin de vie.

Ils reposent sur deux objectifs. Le premier consiste à prendre en soins la souffrance globale qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou spirituelle. Le second est de limiter les inconforts en assurant le bien-être de la personne dans le respect de sa dignité²⁷.

²⁴ Antonio DAMASIO est un professeur de neurosciences, de psychologie et de philosophie.

²⁵ J. HARM – Concepts de base en psychologie cognitive : Les émotions – Unité d'Enseignement 1.1, Semestre 1.

²⁶ Définition de l'O.M.S, 1990 <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>

²⁷ Concept défini en 1967 par l'infirmière et médecin Cicely Saunders.

La fin de vie fait appel à la phase terminale des soins palliatifs, lorsque la mort d'un individu approche. C'est la période correspondant à l'altération de l'état général d'une personne en situation palliative, pouvant s'observer par des signes annonciateurs de la fin de vie (douleur, anurie, cutanés avec des marbrures sur les membres, respiratoires avec des encombrements, digestif etc.)²⁸

Les soins palliatifs doivent être interdisciplinaires. Ils s'adressent à la personne en phase palliative et à son entourage, dans la prise en compte de sa souffrance globale. La formation et l'accompagnement des soignants et bénévoles font parties intégrantes de la démarche palliative. Selon la charte des droits du mourant issue du conseil de l'Europe de 1976, toute personne en fin de vie a le droit "d'être soignée par des personnes capables de compassion et de sensibilité, compétentes dans leur profession, qui s'efforceront de comprendre ses besoins et qui sauront trouver de la satisfaction pour eux-mêmes dans le support qu'ils apporteront alors que la personne sera confrontée à sa mort"²⁹.

4.2.Législation et fin de vie

L'accès aux soins palliatifs est un droit. De ce fait, il est légiféré : "Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement."³⁰ En outre, dans le code de déontologie infirmier, il est mentionné, par l'article R.4312-21; portant sur la prise en charge de la fin de vie :

"– L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés, la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et reconforter son entourage."³¹

A ce jour, les établissements de soins ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes en fin de vie. Ce point est mentionné dans le second principe général de la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 ³² : "Les établissements de santé [...] mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie".

L'accompagnement des personnes en fin de vie doit répondre au service du bien-être de la personne, qui constitue l'un des piliers des soins palliatifs que nous souhaitons développer au moyen du toucher relationnel.

4.3.Soins palliatifs et bien-être

Le bien-être renvoie à un ressenti subjectif agréable, comprenant l'accomplissement des besoins du corps et du calme de l'esprit. En 1995, la psychologue Carol Ryff et l'écrivain Keyes considèrent que le bien-être est l'association de "la bonne estime de soi, de pouvoir prendre ses propres décisions et donner un sens à sa vie" tout en se réalisant. Au contraire, la notion de mieux-être fait appel à un bien-être déjà présent. Selon le Larousse en ligne, il s'agit d'un « bien-être supérieur ».

De plus, le professeur de sciences anciennes Netz & Coll intègre quatre dimensions dans le bien-être:

- Le "bien-être émotionnel (trait et état d'anxiété, stress, tension, dépression, angoisse, [...], émotions, optimisme) ;
- Les perceptions de soi (compétences, estime globale de soi, image du corps, perception de sa condition physique, [...]) ;

²⁸ N. DAL PONTE, Infirmière à l'Unité de Soins Palliatifs de l'HNFC – Les symptômes d'inconforts - Unité d'Enseignement 4.7 « Soins Palliatifs et Fin de Vie », Semestre 5 – Université de Franche-Comté.

²⁹ Charte des droits du mourant, Conseil de l'Europe - 1976.

³⁰ Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie.

³¹ Conseil National de l'Ordre des Infirmiers, Code de déontologie des infirmiers - Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 – page 10.

³² ANNEXE 1 : Charte de la personne hospitalisée – Principe général numéro 2.

- le bien-être psychique (douleur, perception des troubles somatiques...);
- le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif...).³³

4.4. Bien-être et toucher

Dans la pratique soignante, le toucher assure "la libération d'endorphines [...]. Cette stimulation de la peau déclenche une activité cérébrale dont l'effet en retour provoque un accroissement de la sensibilité et de la réceptivité".³⁴

Les endorphines sont des neurotransmetteurs qui assurent plusieurs rôles tels que l'action analgésique, la régulation des comportements agressifs et l'action sédative. Elles agissent sur le plaisir, l'émotivité et l'affectivité de la personne³⁵. De plus, l'action mécanique du toucher prodigué "favorise le relâchement des tensions"³⁶. Ainsi, celui-ci va provoquer la diminution des tensions musculaires, permettre à la personne de se détendre et de redécouvrir son schéma corporel.

Pour terminer, le toucher "permet d'accompagner, calmer, rassurer et détendre, tout en instaurant une relation plus authentique et humaine"³⁷. Il montre à la personne qu'elle est placée au cœur des soins et lui permet, de par l'attention qui lui est portée, de retrouver son identité d'Homme à part entière.

4.5. Compétence infirmière dans le toucher à visée de bien-être

Le toucher relationnel ou toucher massage est inscrit dans la Référence à la CISI³⁸ dans l'intervention N° 1480. Le massage se définit par une « stimulation de la peau et des tissus sous-jacents avec diverses intensités de pression de la main afin d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation, ou d'améliorer la circulation sanguine »³⁹.

Dans la pratique infirmière, ce dernier peut être réalisé sur rôle propre - définit par l'Article R. 4311-5 du Code de la Santé Publique - s'il répond à un des trois critères cités ci-dessus.

De plus, le référentiel de compétences infirmier comprend la compétence 3 et l'unité d'enseignement 4.1 Semestre 1⁴⁰ qui ont pour objectifs de :

- "Développer une attention au confort et au bien-être de chaque personne ;
- Réaliser des activités et des soins de confort adaptés aux besoins et aux souhaits de la ou des personnes, conformes aux bonnes pratiques".

Enfin, « En collaboration avec l'aide-soignante, elle [l'infirmière] met en œuvre des pratiques psychocorporelles comme le toucher relationnel et le massage »⁴¹ dans le but d'assurer le bien-être de la personne fragile et vulnérable. Ainsi, le toucher peut être proposé sur rôle propre infirmier après repérage d'un besoin chez la personne soignée ou en fin de vie afin de favoriser son bien-être.

4.6. La place du toucher dans la fin de vie

Les soins palliatifs reposent sur l'accompagnement, la présence et la disponibilité du soignant auprès de la personne en fin de vie. La psychologue Marie de Hennezel relate, dans divers interviews, les bienfaits du toucher dont lui ont fait part des personnes en situation de fin de vie. Elle décrit que les patients évoquent la "sensibilité et la qualité du

³³ Source: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=15> – Page 193.

³⁴ SAVATOFSKI Joël. Le toucher massage – Édition Lamarre, 3ème édition – Paru le 26 mai 2016 – Page 11.

³⁵ Source: <http://algorithms.free.fr/ENDORPHINES.pdf>

³⁶ SAVATOFSKI Joël. Le toucher massage – Édition Lamarre – Paru le 26 mai 2016 – Page 11.

³⁷ SAVATOFSKI Joël. Le toucher massage – Édition Lamarre – Paru le 26 mai 2016 – Page 21.

³⁸ Classification des Interventions de Soins Infirmiers.

³⁹ ANNEXE 2 : Expliquer ... le toucher-massage soignant.

⁴⁰ Unité d'Enseignement 4.1 du Semestre 1 "Soins de confort et de bien-être".

⁴¹ Revue Soins N°787. Les techniques psycho-corporelles [...] en fin de vie – Elsevier Masson Edition – Paru en juillet 2014.

toucher des soignants”. De plus, le toucher permettrait de maintenir “ce sentiment d’intégrité de la personne, à prendre en compte dans les soins”⁴².

En outre, à l’approche de la mort, “pour les soignants et l’entourage de la personne, parfois les mots manquent et le toucher peut être le médiateur permettant la communication avec la personne en situation de fin de vie”⁴³. Ainsi, le toucher permet de “promouvoir une qualité relationnelle lors des instants vulnérables de la vie [...]”⁴⁴ et « reconnaître que sa situation nous touche, qu’il n’est pas un «corps objet» »⁴⁵,

II. EXPLORATIONS SUR LE TERRAIN : LES OBSERVATIONS

1. PRESENTATION DE L’OUTIL D’OBSERVATION

Notre méthode exploratoire est basée sur la réalisation de deux grilles distinctes nous permettant d’observer de manière objective une pratique infirmière ; le but étant de percevoir l’intérêt d’un soin infirmier sur rôle propre, au service de la personne fragile et vulnérable. Pour cela, nous allons recueillir des informations sur le terrain de manière quantitative et qualitative afin de réaliser un audit clinique.

Notre première grille est destinée à l’observation de la pratique infirmière dans la réalisation du toucher relationnel auprès de personnes en fin de vie. Notre deuxième grille a pour but de repérer les comportements du patient avant, pendant et après le soin afin de mesurer l’évolution clinique et l’impact du toucher relationnel. Durant ces observations, le soignant n’aura pas connaissance du thème que nous souhaitons aborder, de manière à ne pas biaiser les résultats.

A travers nos deux grilles d’observation, nous chercherons à répondre à cinq objectifs :

- Observer si les infirmiers intègrent le toucher relationnel dans leur pratique soignante,
- Repérer de quelle manière l’infirmier touche la personne en fin de vie,
- Mesurer l’impact du toucher relationnel sur le comportement du patient,
- Comparer les pratiques dans des unités de soins palliatifs avec des unités non spécialisées,
- Comparer de manière objective les pratiques soignantes sur le terrain au regard des recommandations de bonnes pratiques publiées par la SFAP.

Afin de répondre à notre question de départ, nous observerons des Infirmiers Diplômés d’État lors de la réalisation d’un soin relationnel; soin intégré dans notre rôle propre. L’étude portera auprès de personnes âgées; population en forte prévalence dans notre milieu d’exercice.

Les lieux d’observations se passeront :

- Dans des unités de soins palliatifs; services de soins spécialisés dans la prise en soins de la personne en fin de vie. Nous avons donc un lieu de référence dans l’accompagnement du patient en phase palliative terminale.
- En établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes ; lieu de vie où la personne âgée demeure et décède le plus souvent.

⁴² BONNETON-TABARIES France et LAMBERT-LIBERT Anne. Le toucher dans la relation soignant-soigné – Med-Line Éditions – Paru en mars 2016 - Page 149.

⁴³ BONNETON-TABARIES France et LAMBERT-LIBERT Anne. Le toucher dans la relation soignant-soigné – Med-Line Éditions – Paru en mars 2016 - Page 151.

⁴⁴ Source: Institut de Formation Joël Savatofski - <https://www.ifjs.fr/ecole/toucher-massage-dans-les-soins/>

⁴⁵ N. DAL PONTE – Les symptômes d’inconforts - Unité d’Enseignement 4.7, Semestre 5.

2.ARGUMENTATION DE L'OUTIL D'OBSERVATION

2.1.L'environnement est propice à la réalisation du soin

Le soin relationnel fait appel à la notion de communication entre le soignant et le patient. Afin de mener à bien ce soin et dans le but d'apporter un bien-être au patient, nous devons être vigilants à l'absence de parasites sonores ou environnementaux. Ainsi, nos indicateurs prennent en compte la disponibilité du soignant à dispenser le soin en prévenant l'équipe soignante au préalable, afin de ne pas être interrompu. Les parasites sonores tels que la télévision, la radio ou le téléphone, ainsi que les bruits extérieurs devront être supprimés ou diminués (porte et fenêtre fermées).

2.2.L'infirmier adapte sa communication dans le contexte du soin

Le toucher intervient en dernier lieu dans la prise de contact avec le patient. De ce fait, l'infirmier doit prendre en considération le regard et la parole du patient pour entrer en communication avec lui, à son entrée dans la chambre. Le toucher doit se faire avec le consentement du patient. Durant le soin relationnel, le soignant doit adapter sa communication en considérant la personne au cœur du soin. Pour cela, il doit décrire chaque geste qu'il réalise (notion d'auto-feedback) dans le but d'être prévenant. Pour finir, le soignant doit adapter sa communication para verbale par le ton de sa voix et le débit de ses paroles afin d'être en accord avec le soin relationnel prodigué.

2.3.Les modalités de réalisation du soin

Nous voulons observer le toucher relationnel prodigué par le soignant. En premier lieu, nous allons recueillir les comportements soignants préalables au toucher : chaleur des mains, port de gants ou non, temps de prise de contact lors du toucher ; tous, pouvant impacter le bon déroulement du soin. De plus, nous allons être attentifs à la localisation du premier contact de manière à préserver l'intimité du patient.

Nous allons également observer les différents gestes prodigués par le soignant. Ils devront être doux et enveloppants de manière à assurer un cadre sécurisant pour le patient. Pour finir, nous allons porter attention quant à l'usage de matériel de soin spécifique (huiles, crèmes, parfum ou encore musique d'ambiance) ; modalités susceptibles de pouvoir apporter un plus dans le bien-être du patient.

2.4.L'infirmier veille au bien-être du patient

Pour répondre à notre question de départ, nous allons être vigilants sur la notion de bien-être lors d'un soin relationnel. Nous allons veiller, d'une part, aux attitudes soignantes afin de voir si l'infirmier se questionne sur l'installation confortable du patient pour mener à bien le soin. D'autre part, le bien-être doit être assuré par le soignant en recueillant si possible les ressentis du patient tout au long du soin ou en établissant une observation clinique de celui-ci.

2.5.L'infirmier évalue la qualité du soin

Au sein de notre travail de recherche, le bien-être doit être vérifié par le soignant grâce à l'évaluation qualitative du soin prodigué. Si le patient présente les capacités cognitives, le soignant pourra demander verbalement les ressentis du patient après le soin. Dans le cas contraire, nous observerons l'évaluation soignante du soin à travers les transmissions écrites dans le dossier du patient ou orales auprès de l'équipe soignante.

2.6.L'impact du toucher dans le soin

Notre travail de recherche porte sur l'apport du bien-être auprès de la personne en fin de vie. Ainsi, il semble nécessaire d'observer les réactions du patient notamment à travers ses émotions. Afin d'évaluer la qualité du toucher relationnel prodigué, nous allons observer les comportements du patient avant, pendant et après le toucher de manière à mesurer l'impact du toucher à visée de bien-être.

3.FACILITÉS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DURANT LES OBSERVATIONS SUR LE TERRAIN

3.1 Les facilités

Notre grille d'observation⁴⁶ a l'avantage d'être fonctionnelle car elle est établie dans un ordre chronologique. Ainsi, lors de nos observations, nous n'avons pas rencontré de difficultés pour la remplir. Nous avons pris soin de la travailler suffisamment en amont pour en être imprégnée. Du fait des critères pertinents, synthétiques et compréhensibles qui la composent, nous avons pu être efficaces sur nos terrains d'observation. De plus, nous avons opté pour des questions fermées à choix binaire afin de faciliter l'analyse des résultats recueillis sur le terrain.

Enfin, nous avons eu l'opportunité de réaliser nos observations dans quatre lieux d'exercice professionnel différents. Nous mettons en avant le fait que dans la majorité des situations, le toucher relationnel est intégré ou en complément d'un soin d'hygiène et de confort. Dans d'autres, nous avons pu voir qu'il s'agissait d'un soin à part entière.

3.2. Les difficultés

L'une des premières limites rencontrées au cours du travail réalisé sur le terrain concerne l'observation de pratiques infirmières. En effet, seulement 25% des infirmières réalisent la pratique du toucher relationnel. Parmi les huit observations effectuées, ce sont 50% d'aides-soignantes qui le réalisent. Dans 25% des cas, le toucher est réalisé par d'autres professionnelles telles qu'une musicothérapeute et une animatrice.

Notre question de départ visait à observer la pratique du toucher auprès des personnes en fin de vie réalisée par des Infirmières Diplômées d'État. Bien que le toucher relationnel soit une activité intégrée dans notre rôle propre - comme mentionné dans le référentiel d'activités - peu d'infirmiers le pratique. Selon certaines infirmières, ceci peut s'expliquer par la charge en soins "trop" conséquente. D'autres perçoivent le toucher comme un soin à part entière, et non pas intégré dans leur organisation de soins. C'est pour cette raison que certains Infirmiers Diplômés d'État préfèrent collaborer avec d'autres professionnels afin de privilégier le bien-être du patient.

Certains corps de métier comme l'animatrice et la musicothérapeute sont davantage tournées vers l'aspect relationnel dans le projet de soins ou de vie du patient. C'est pourquoi nos observations ont porté sur d'autres soignants que les infirmiers. En effet, nos champs de compétences se rejoignent quant à la réalisation de certaines activités, en particulier pour la pratique du toucher^{47,48,49}. De plus, en tant qu'étudiants infirmiers, nous souhaiterions acquérir une culture soignante à travers le toucher relationnel, au service de la qualité des soins.

Pour finir, nous remarquons qu'il est difficile de comparer les pratiques soignantes entre EHPAD et milieu hospitalier. En effet, il n'existe pas de protocole propre à chaque structure concernant le toucher relationnel. De plus, la réalisation des soins varie en fonction de la formation initiale dispensée, des formations complémentaires reçues mais aussi du savoir-faire et savoir-être du soignant tout comme ses valeurs professionnelles.

⁴⁶ ANNEXE 3 : Synthèse des données observées sur le terrain.

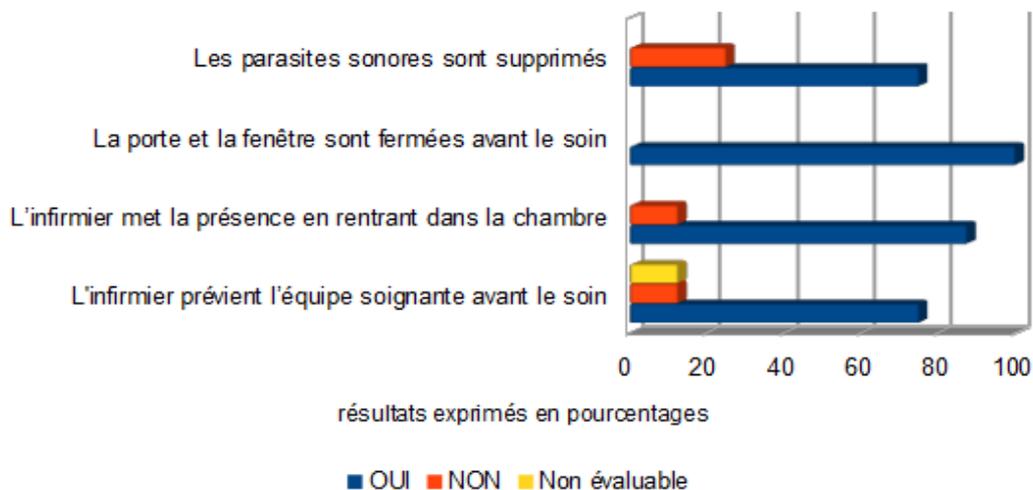
⁴⁷ ANNEXE 4 : Fiche de poste de l'animatrice.

⁴⁸ ANNEXE 5 : Fiche de poste de la musicothérapeute.

⁴⁹ ANNEXE 6 : Référentiel de compétences – Aide-soignant.

4. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES SUR LE TERRAIN AU REGARD DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES OBSERVEES

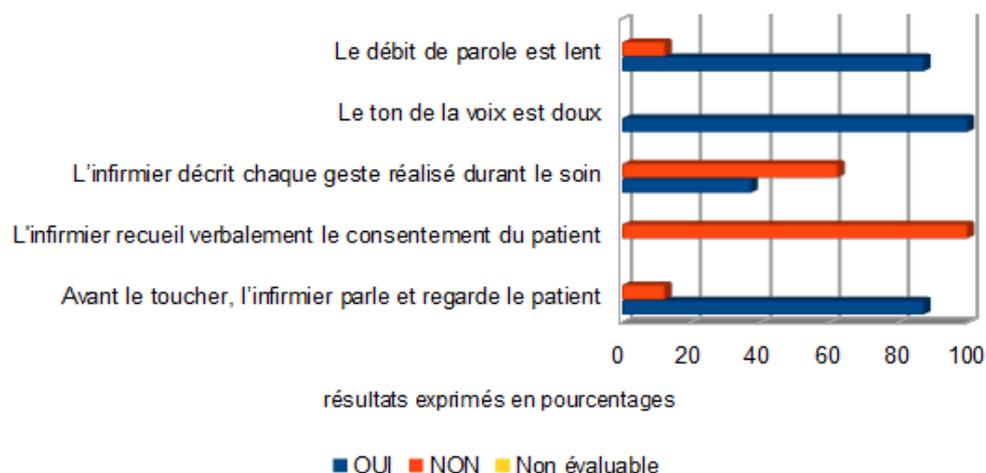
L'ENVIRONNEMENT EST PROPICE A LA RÉALISATION DU SOIN



Nous pouvons constater que 100% des professionnelles ferment la porte et la fenêtre avant le soin, de manière à assurer un cadre sécurisant et éliminer les parasites environnementaux (froid ou chaleur, bruits de couloir et allées et venues dans la chambre). Toutefois, 25% des soignants gardent avec eux leur téléphone, de manière à être joignable en cas de besoin. Dans la partie théorique de ce travail de recherche, nous avons vu que les parasites sonores et environnementaux pouvaient avoir un impact sur le soin et perturber la compréhension du message que les soignants veulent faire passer aux patients.

D'autre part, la présence est mise dans 87,5% des situations, afin de ne pas être dérangé durant le soin relationnel. Cependant, à noter que la présence dans la chambre d'un patient peut émettre un son lorsqu'un autre patient sonne ; ceci pouvant altérer la qualité des échanges entre le soignant et le soigné.

- L'INFIRMIER ADAPTE SA COMMUNICATION DANS LE CONTEXTE DU SOIN



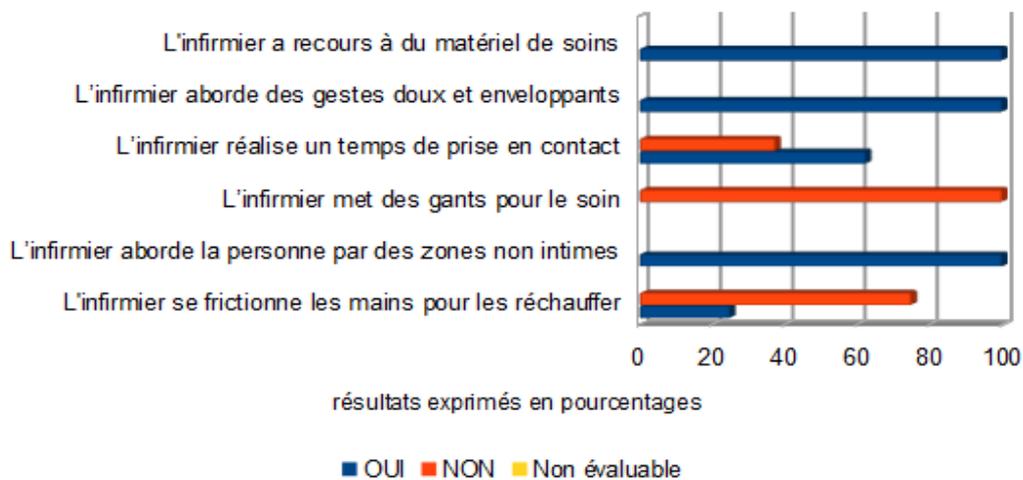
A travers nos observations, nous mettons en évidence que 100% des infirmières ne demandent pas le consentement du patient avant la réalisation du toucher relationnel. Néanmoins, dans 87,5% des cas, les soignants prennent en considération le patient à travers le regard ou la parole avant le toucher.

La communication non verbale fait appel au langage du corps et compose 80% de la communication. De cette façon, les soignants prennent en compte la communication non verbale du patient dans le but d'évaluer ses ressentis et émotions durant le soin, grâce aux regards, mimiques, postures ou encore la gestuelle.

D'autre part, dans 62,5% des situations, les gestes exercés par le soignant durant le toucher ne sont pas explicitement décrits au patient. A la vue de ces résultats, nous constatons que la notion d'auto feed-back n'est pas forcément présente lors des soins relationnels.

Pour finir, la communication verbale du soignant est en accord avec le soin prodigué à visée de bien-être. En effet, 100% adoptent une tonalité de voix douce et 87,5% des professionnelles ont un débit de parole lent durant la réalisation du soin. Ainsi, les paroles du soignant sont en accord avec ses gestes, de manière à inviter le patient à la détente et à la relaxation. La communication verbale adoptée par le soignant va éveiller l'ouïe du patient, lui permettant ainsi de se laisser guider par ses paroles et l'emmener dans un environnement doux, agréable et « sécurisant ». De ce fait, 83,3% des patients somnolent lorsque le soin est terminé.

- MODALITÉS DE RÉALISATION DU SOIN



Durant la réalisation du soin, 100% des soignants ne portent pas de gants, ce qui montre bien que ces derniers privilégient le peau à peau comme moyen d'entrer en communication avec le patient. De plus, ce type de soin ne nécessite pas le port de gants. Dans le cas contraire, cela pourrait ajouter une barrière dans la relation qui s'établit entre le patient et le soignant.

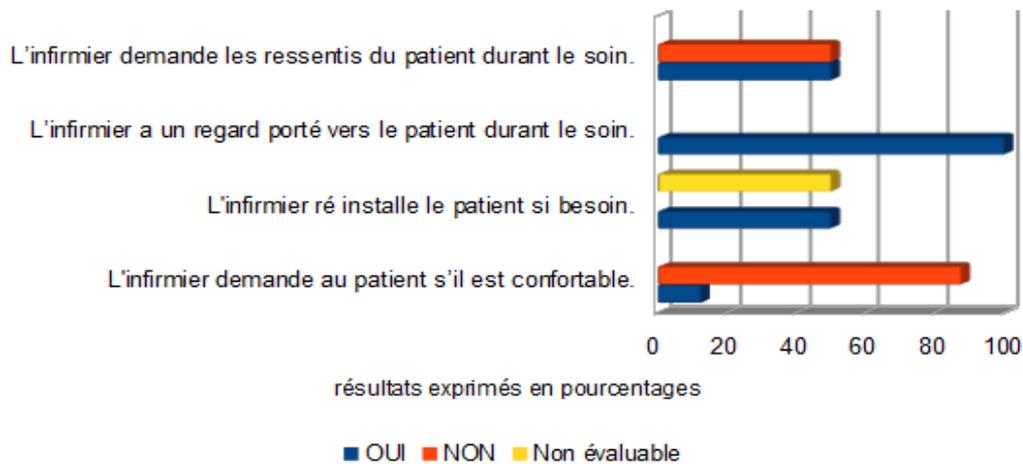
En outre, 75% des professionnelles abordent la personne par les mains. Cette zone comporte de nombreux récepteurs, tous impliqués dans la fonction tactile. Les mains correspondent à la partie responsable de la praxie, nous offrant la possibilité de ressentir les objets et tout ce qui nous entoure. Les mains nous permettent donc d'établir un premier contact avec le patient en situation de fin de vie.

Le fait que les soignants débutent le soin par un premier contact avec le toucher - 62,5% des cas - va permettre au patient de réaliser la présence du soignant, de mieux appréhender le soin et d'éviter ainsi d'être dans la surprise ou la peur, ou encore dans le refus de soin. Les soignantes prennent donc le temps. Elles considèrent la personne comme un être à part entière et non comme un objet de soins.

Pour finir, 100% des soignants adoptent des gestes doux et enveloppants auprès du patient de manière à le sécuriser et l'inviter à la relaxation. 75% des professionnelles ont recours à de l'huile dédiée pour le massage - notamment à base d'huiles essentielles - et ajoutent de la musique douce au soin afin de favoriser la relaxation.

Ces moyens de médiation démontrent une volonté des soignants de créer une atmosphère propice au bien-être et à la réalisation du toucher relationnel en fonction des habitudes de vie de la personne. De ce fait, les patients vont se sentir plus à l'aise, avec des repères olfactifs ou auditifs qui leurs sont connus, permettant aux soignants de rentrer dans leurs sphères intimes (théorie de Hall); d'aborder plus facilement le soin et dans de meilleures conditions.

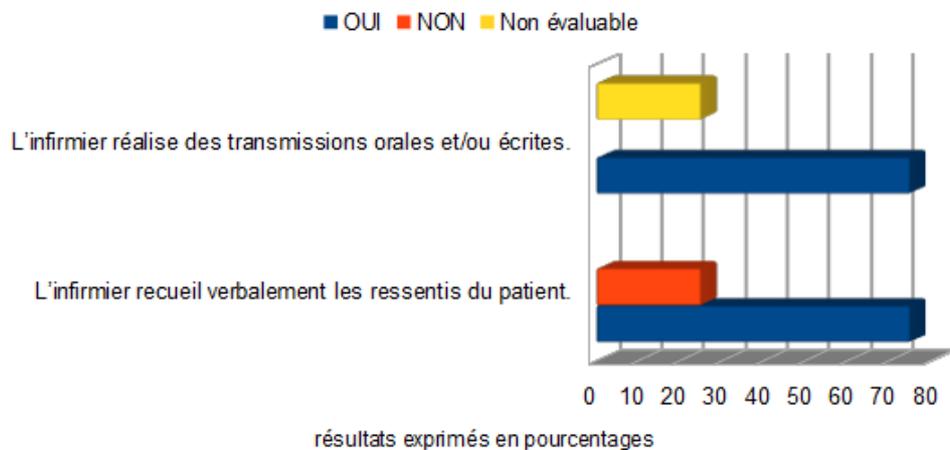
- L'INFIRMIER VEILLE AU BIEN-ÊTRE DU PATIENT



Enfin, au cours de nos observations, nous avons pu constater que 87,5% des professionnelles ne demandent pas au patient s'il est bien installé, mais le réinstallent lorsque cela est nécessaire. De plus, 37,5% des soignants ne recueillent pas les ressentis du patient durant le soin.

Nous pouvons expliquer ces résultats par l'impossibilité des patients à répondre aux questions posées par le soignant. Nous relierions également ces données à l'attitude non verbale du patient, traduisant son état de bien-être car 100% des soignants ont un regard porté vers le patient durant le soin. Ainsi, les soignants semblent privilégier le langage non verbal par l'analyse clinique du patient.

- L'INFIRMIER ÉVALUE LA QUALITÉ DU SOIN

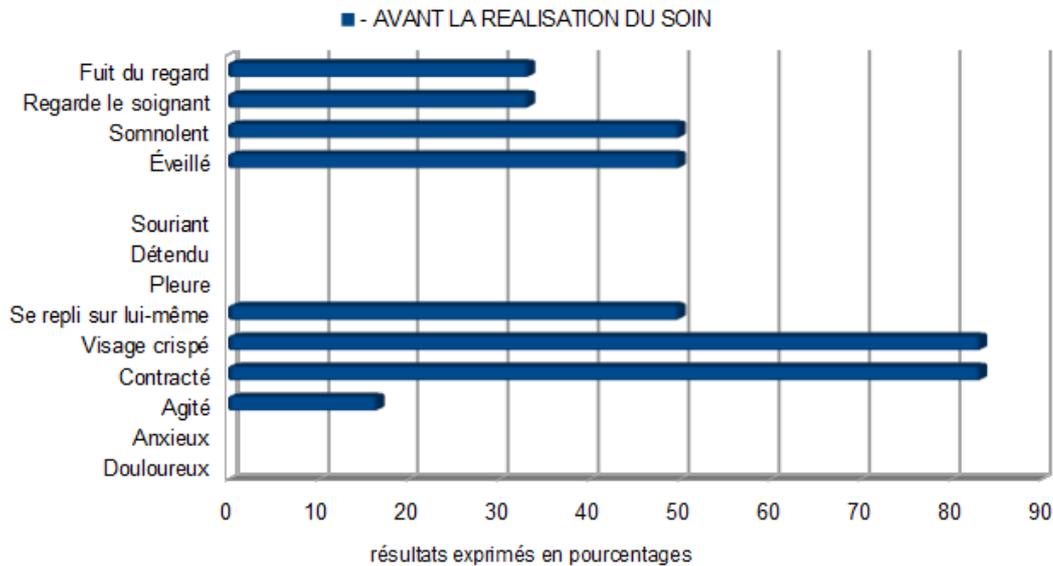


Nous pouvons nous apercevoir que les soignants recueillent le ressenti verbalement après le soin dans 75% des situations, alors que dans 37,5% des cas, les soignants ne recueillent pas les ressentis du patient durant le soin. Malgré le fait qu'aucun des patients observés ne soit communicant verbalement, les soignants demandent les ressentis du patient à la fin du toucher relationnel ; ce qui peut être perçu comme une marque de considération envers la personne qui vient de recevoir le soin. Sinon, pourquoi le soignant chercherait-il à obtenir un ressenti verbal alors que les patients ne sont pas communicants?

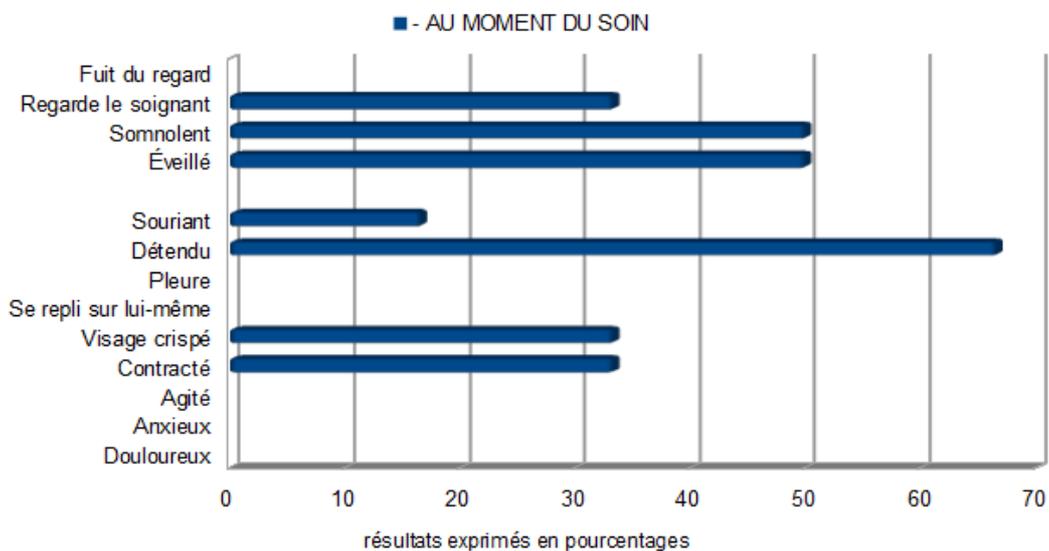
Enfin, 75% des observations montrent que les soignants réalisent des transmissions fiables et pertinentes après leur soin. Les données transmises portent sur l'évolution de l'attitude des patients et sur leur réceptivité au soin ; avant, pendant et après le toucher relationnel.

Dans 25% des observations restantes, l'étudiant en soins infirmiers n'a pas pu assister aux transmissions. Il aurait pourtant été intéressant qualitativement de savoir ce que le soignant transmet du soin.

ÉVALUATION DE L'IMPACT DU TOUCHER RELATIONNEL DANS LE SOIN

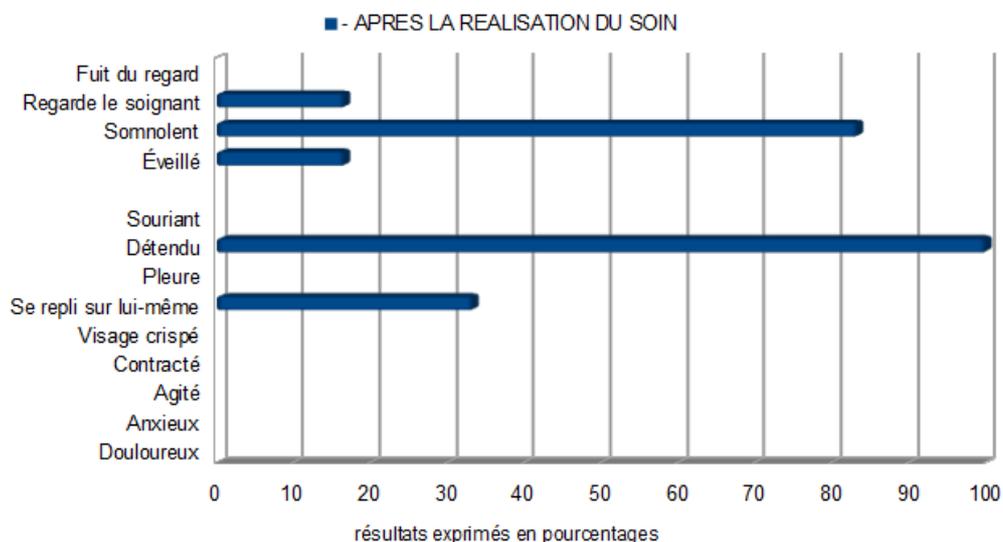


Avant la réalisation du soin relationnel, nous observons que 83,3% des patients sont contractés ou ont le visage crispé. 50% des patients en situation de fin de vie ont une attitude de repli sur eux-mêmes avant le toucher relationnel. Ce dernier, à visée de bien-être s'effectue donc auprès de personnes en situation de vulnérabilité. Avant le soin, 50% des patients sont somnolents tandis qu'après le soin 83,3% le sont.



Durant le soin, nous pouvons constater que 33,3% des patients sont contractés avec le visage crispé. Cela est-il dû au fait que le toucher relationnel ne soit pas annoncé dans 62,5% des situations ? Et qu'une prise de contact n'est pas réalisée dans 37,5% des observations ? Le toucher est en effet un acte pouvant paraître intrusif pour le patient. De même, chaque patient a une personnalité qui lui est propre, il se peut qu'il ne veuille pas être touché.

Néanmoins, 66,6% des patients semblent se détendre au moment du toucher et 50% sont somnolents au même instant. Ceci peut s'expliquer par la libération d'endorphines qui peut être engendrée par le toucher relationnel et ainsi permettre à la personne de se détendre, allant même jusqu'au stade du sommeil dans certaines situations observées.



Après la réalisation du soin relationnel, nous observons que 100% des personnes en fin de vie sont détendues. Le toucher-massage semble donc apporter une décontraction chez le patient.

De plus, avant le soin, 50% des patients sont repliés sur eux-mêmes et 83,3% sont contractés; alors qu'à la fin du soin, 33,3% des patients sont repliés sur eux-mêmes mais en position fœtale. Ainsi, comme nous l'avons mentionné précédemment, cette dernière peut témoigner d'un sentiment de confort et de sécurité pour la personne.

Nous mettons également en évidence que 83,3% des patients somnolent à la fin du soin, et que tous semblent être détendus. Ainsi, dans la généralité de nos observations, les patients sont contractés et crispés au départ et se détendent de manière significative à la fin du soin.

III. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE

Toutes nos situations ont été observées soit au cours ou à la suite d'un soin d'hygiène et de confort, soit en tant que soin à part entière. Ainsi, nous avons pu confronter différentes pratiques soignantes lors de la réalisation du toucher relationnel.

D'un côté, nous avons vu que le toucher était ancré dans une culture soignante pouvant même être un soin à part entière; programmé au préalable et réalisé par différents professionnels exerçant en structure de soins. Dans ce cas, le professionnel prenait un temps programmé durant lequel il désirait mettre en avant l'objectif du bien-être en personnalisant du mieux possible son soin. Dans d'autres situations, notamment dans les établissements de courte durée, les infirmiers utilisent le toucher « technique » où l'objectif premier était la réalisation du soin.

De plus, nous avons pu constater que la communication non verbale prenait une part importante dans le soin. En effet, les professionnels se retrouvaient face à des patients non communicants verbalement. Cependant, ces derniers restaient attentifs à l'état clinique du patient ; l'importance de connaître le patient pour évaluer l'influence du toucher sur celui-ci semble donc nécessaire.

Cependant, le toucher semble être influencé par les valeurs professionnelles soignantes. A la suite de nombreuses discussions de groupe, il nous a été permis de voir que le respect, la bienveillance et l'empathie nous animent en tant que futurs infirmiers diplômés d'État. Ce sont ces mêmes notions que nous souhaitons approfondir à travers ce travail de recherche.

Enfin, cette réflexion nous ramène à la relation soignant-soigné, où le toucher est l'acte ultime et nécessite au préalable certaines précautions.

Afin de préciser notre question de départ qui était : « Les infirmières peuvent-elles par l'intermédiaire du toucher favoriser le bien être des personnes en fin de vie ? », nous allons confronter deux concepts étudiés précédemment, « le toucher relationnel » et « la fin de vie », à travers notre problématique :

En quoi la relation soignant – soigné va-t-elle influencer la qualité du toucher relationnel auprès des personnes en fin de vie non communicantes ?

Ainsi, notre problématique cible le contexte de la relation soignant-soigné auprès des personnes en fin de vie, non communicantes verbalement ; ce qui nous pousse à formuler deux hypothèses.

1.Première hypothèse :

La relation soignant-soigné facilite la réalisation du toucher relationnel, auprès de la personne en fin de vie non communicante verbalement.

En effet, cette relation requiert de la disponibilité de la part de l'infirmière avec un engagement personnel, afin d'identifier les demandes et analyser les interactions. La personne soignée doit être considérée avec dignité et non comme un objet de soin. En outre, nous avons vu que la réalisation du toucher varie en fonction des valeurs soignantes. Ces dernières, mises au service de sa pratique, vont influencer la réalisation du toucher relationnel.

Au cours de certaines observations, nous avons pu voir le travail en binôme. Une situation nous questionne sur l'intérêt de travailler en binôme lorsqu'un soignant pratique le rasage pendant que le deuxième prodigue une hygiène des membres inférieurs. Nous constatons alors que le toucher réalisé dans cette pratique est technique. Plus globalement, cette situation interroge sur les valeurs professionnelles des soignants.

En outre, l'approche de la personne soignée sera différente si la relation de confiance est déjà installée. Si le soignant connaît le patient, il aura plus de facilités pour aborder la personne, adapter son soin et le réajuster si nécessaire en fonction des envies et habitudes de vie du patient. De plus, nous avons pu observer que pour évaluer leurs soins, les soignants se réfèrent à la clinique du patient. Ainsi, la connaissance de ce dernier semble être un indicateur pour l'évaluation qualitative du soin et favoriser la relation de confiance.

2.Seconde hypothèse :

L'objectif de soin qui est mis derrière la pratique du toucher relationnel varie en fonction de chaque infirmier et de ses valeurs soignantes.

L'infirmière peut avoir la "casquette" de technicienne dont la visée première sera la réalisation de soins programmés dans sa planification journalière. De plus, le toucher à visée de bien-être reste une pratique méconnue de la plupart des Infirmiers Diplômés d'État qui l'utilisent plutôt pour réaliser des soins techniques. En revanche, le toucher s'effectue au cours de n'importe quel soin ; ce sont les objectifs que l'infirmière cherche à atteindre à travers ce toucher qui vont différer.

Par exemple, toucher l'épaule d'un patient lorsqu'on lui parle peut lui procurer un sentiment de sécurité tandis que lui prodiguer un toucher massage peut induire chez lui un état de détente prolongé dans la durée. C'est pourquoi, certaines infirmières préfèrent collaborer avec d'autres professionnels davantage portés sur les soins à visée de bien-être et de confort au service de la personne en fin de vie.

IV. APPORT DE NOUVEAUX ELEMENTS THEORIQUES

1. LE PATIENT NON COMMUNICANT VERBALEMENT

L'altération de la communication verbale est inscrite dans la liste des diagnostics infirmiers. Selon la SNIIL (Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Libéraux), elle se définit comme étant "l'inaptitude ou [la] difficulté à utiliser ou à comprendre le langage dans les réactions interpersonnelles"⁵⁰. De ce fait, elle peut constituer une barrière dans le mode de transmissions verbales des informations lors de la relation soignant-soigné.

Les causes d'une altération de la communication verbale sont nombreuses mais généralement, elles se distinguent en deux catégories : l'atteinte centrale et l'atteinte périphérique.

L'atteinte centrale se caractérise par l'atteinte du centre de la parole situé au sein du système nerveux central dans l'aire de Wernicke (aphasie sensorielle) et Broca (aphasie motrice)⁵¹. Dans le cadre de la fin de vie, l'état de conscience de la personne peut également impacter la communication verbale.

L'atteinte périphérique se caractérise par l'atteinte des organes responsables de la parole, notamment dans les pathologies ORL (Oto-Rhino-Laryngées) entraînant une incapacité à produire le son de la voix.

Selon le psychologue Roger Mucchielli « on ne peut pas ne pas communiquer ». A travers le langage non verbal, également appelé "langage du corps", une communication non verbale s'établit. Il semble toutefois important de préciser que la communication non verbale nécessite au préalable la connaissance du patient afin de pouvoir déceler son propre langage du corps.

2. LA RELATION AU COEUR DES SOINS INFIRMIERS

2.1. La relation soignant-soigné

Selon le petit Larousse en ligne, une relation correspond à "l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles". Il s'agit d'un lien qui se crée entre le soignant et le patient dans le but d'avancer ensemble dans la prise en soins de ce dernier.

Le terme soignant est issu du latin "*soniare*" qui signifie "s'occuper de". Il s'agit du professionnel qui détient le savoir acquis lors de sa formation initiale et les compétences pour dispenser des soins à visée préventive, curative ou palliative.

Le soigné est la personne en perte de santé, pouvant se retrouver dans une situation de dépendance en raison d'une incapacité physique ou psychique, bénéficiant de soins préventifs, curatifs ou palliatifs⁵².

Selon le psychologue L. Malabeuf⁵³, il existe quatre degrés dans la relation à l'autre :

- La relation de civilité correspond aux liens sociaux et échanges informels entre personnes ou groupes de personnes, régie par les codes de la société dans laquelle nous vivons.

⁵⁰ Source: <https://www.sniil.fr/exercer-en-liberal/notre-exercice/la-vie-conventionnelle/dsi/91-dsi/128-liste-et-definitions-des-diagnostics-infirmiers-approuves-par-lanadi>

⁵¹ SCHWEGLER.J et LUCIUS.R. Le corps humain : anatomie et physiologie – Maloine Édition – Paru le 27/05/2013 - Page 122

⁵² Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

⁵³ Cours IFMS NFC – Introduction à la relation d'aide – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 3.

- La relation fonctionnelle nécessite de la part du soignant la connaissance de son motif d'hospitalisation, de ses dépendances et autonomies mais aussi de ses habitudes de vie à partir de la réalisation du recueil de données. Cette relation va permettre aux intervenants soignants d'orienter le projet de soins ou de vie du patient.
- La relation de compréhension intervient dans le but d'accompagner le patient dans sa situation de vulnérabilité face à sa maladie, notamment à travers l'écoute active.
- La relation d'aide thérapeutique fait référence à l'accompagnement soignant auprès d'un patient afin de trouver des mécanismes d'adaptation en lien avec une situation de détresse psychologique.

La relation soignant-soigné doit être bilatérale et non unilatérale, dans des situations, avec, d'un côté la personne en situation de vulnérabilité et de l'autre, le professionnel qui détiendrait toutes les connaissances et savoirs. Il s'agit avant tout de réduire la dissymétrie qui peut s'installer entre le soignant et le soigné et prendre en considération la personne dans sa globalité et sa singularité.

2.2.La tendresse réparatrice

Selon le Larousse en ligne, la tendresse se définit comme étant un "sentiment tendre [...] qui se manifeste par des paroles, des gestes doux et des attentions délicates". Il s'agit pour le soignant d'aborder la personne de manière humaine dans un souci de bienveillance.

En outre, Le terme "réparatrice" a pour but de rétablir ou reconstituer un lien qui peut être lié à la situation d'infirmité de la personne en fin de vie ou contribuer à atténuer ses angoisses liées à l'approche de la mort.

De plus, la tendresse réparatrice s'apparente à "l'expression manifestée d'une attitude bienveillante et aimante envers la personne à laquelle elle s'adresse"⁵⁴ Ainsi, elle fait partie intégrante de la relation soignant-soigné.

Si la communication et la relation soignant-soigné est efficace, la relation de confiance peut s'instaurer. Dans la dimension du soin, il est nécessaire d'établir une relation de confiance. Cette dernière s'installe entre deux individus, au fil des soins et selon l'intérêt que porte le soignant au soigné.

Selon Phaneuf Margot⁵⁵ « Le développement de la confiance n'est pas instantané, il s'agit plutôt d'un processus lent et continu que l'infirmière doit entretenir tout au long de sa relation»⁵⁶. Ainsi, la relation de confiance n'est pas innée mais devient possible à partir du moment où le patient sera considéré et pris en compte dans sa globalité et sa singularité. Le manque de confiance peut empêcher chacun de s'ouvrir face à l'autre. Ainsi, l'engagement d'au moins une des personnes et le respect mutuel de chacun sont nécessaires à la relation de confiance.

Pour finir, "La tendresse [...] correspond à une certaine qualité de la relation faite [...] de respect, [...] d'authenticité et de discrétion"⁵⁷. Ainsi, elle nécessite certaines compétences soignantes dans le savoir être et savoir-faire.

D'après le grand dictionnaire terminologique, le savoir-être est la « capacité de conduite personnelle appropriée à l'emploi considéré, pour un individu ». Toujours selon celui-ci, le savoir-faire est une « mise en œuvre d'un savoir et d'une habileté pour une réalisation

⁵⁴ C.Pacific. Petite philosophie de la tendresse dans les soins – Revue Santé Mentale – Janvier 218, numéro 224 – Page 24.

⁵⁵ Enseignante, consultante et conférencière dans les domaines de la santé et de l'éducation

⁵⁶ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Setes Éditions – Paru le 20 août 2016 – Page 360.

⁵⁷ C.Pacific. Petite philosophie de la tendresse dans les soins – Revue Santé Mentale – Janvier 218, numéro 224 – Page 25

d'ordre pratique dans l'exercice d'une activité professionnelle ». Ces deux notions sont guidées par des valeurs et compétences professionnelles.

2.3.Les valeurs et compétences relationnelles

Les valeurs professionnelles reposent sur des principes personnels qui influencent nos prises de décision au sein de notre profession. Il s'agit d'un ressenti subjectif, qui peut selon le Larousse en ligne, constituer un but à atteindre ou une qualité des soins à défendre. Les compétences relationnelles concernent quant à elles les aptitudes du soignant à entrer en relation avec la personne soignée.

Nous décidons ici de développer quatre notions qui nous semblent prévalentes dans l'analyse de notre problématique : le respect, la bienveillance, l'empathie et l'humilité.

2.3.1.Le respect

Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales, c'est un "sentiment qui incite à traiter quelqu'un avec égard et considération." Il s'agit de mettre la personne au centre des soins. Ainsi, respecter la personne, notamment en situation d'infirmité, c'est la prendre en considération et lui montrer que ses demandes sont perçues et y répondre le plus favorablement possible. Il s'agit d'un critère de la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

2.3.2.La bienveillance

Il s'agit de l'intention positive vis-à-vis de l'autre. C'est un raisonnement constructif avec un état d'esprit permanent de vigilance. La bienveillance consiste à aborder la personne soignée de manière humaine, dans le souci de bien faire. Selon Christophe André, médecin psychiatre, c'est "voir le bien chez les autres et aussi vouloir leur bien"⁵⁸.

La bienveillance suppose de la part du soignant de l'écoute, de l'attention à travers une disponibilité physique et psychique complète, mais également un intérêt porté à la personne, un sens du non jugement ainsi que de l'indulgence. Elle passe par le langage verbal et les attitudes soignantes.

2.3.3.L'empathie

L'empathie est la capacité de comprendre ce qui se passe en l'autre sans pour autant projeter ses propres sentiments, émotions et perceptions. Autrement dit, il s'agit de comprendre la situation de la personne soignée sans s'identifier dans sa situation ou ses émotions. Cela montre à la personne que nous comprenons ses difficultés; ce qui va l'aider à avoir confiance en elle et de voir que sa demande est perçue.

La notion d'empathie doit s'avérer d'autant plus présente dans l'accompagnement de la personne en fin de vie, afin d'éviter toute relation dyssymétrique telle que la relation de dépendance ou de maternage. L'intérêt est alors de trouver la juste distance dans la relation soignant-soigné. Cette dernière correspond au degré d'implication du professionnel⁵⁹. La relation soignant-soigné s'inscrit dans une démarche qualitative où le soignant doit faire l'objet d'une remise en question constante de sa pratique professionnelle, seul et en équipe.

2.3.4L'humilité

L'humilité est une valeur qui consiste à "être conscient qu'en tant qu'humain, il est impossible de tout maîtriser, tout comprendre, tout dépasser"⁶⁰. Autrement dit, il s'agit d'accepter en tant que soignant que nous avons des limites autant dans notre engagement dans la relation soignant-soigné que dans la situation de la personne en fin de vie.

⁵⁸ ANDRE Christophe. Et n'oublie pas d'être heureux – Odile Jacob Éditions – Paru le 23 janvier 2014 – Page 59.

⁵⁹ Cours IFMS NFC – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2.

⁶⁰ Page 35 revue santé mentale

2.4.La démarche de qualité des soins

Pour Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique « l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, sont les déterminants essentiels d'un soin de qualité»⁶¹. Il s'agit d'une démarche qualitative de ce que peut apporter le soignant dans ses soins afin de garantir le bien-être de la personne soignée.

2.4.1.La qualité des soins vue par le patient

Les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins, notamment en ce qui concerne la communication avec les soignants. Selon Adevis Donabedian⁶² «Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins.» En parallèle, si la qualité des soins est présente, le patient se sentira en sécurité et favorisera la relation de confiance.

2.4.2.La qualité des soins vue par le soignant

Pour Anne Muller, Infirmière, cadre supérieur de santé et docteur en sciences de l'éducation ; la qualité des soins « représente un levier de changement vers l'adoption de règles de bonnes pratiques. Les professionnels Infirmiers sont soumis à une nécessité de professionnalisation et d'apprentissage permanent. [...] L'autoformation, cette notion-clé d'apprendre par soi-même et la recherche ont une même finalité : l'amélioration de la qualité des soins participant au processus de professionnalisation de l'Infirmier »⁶³.

Par ailleurs, la qualité des soins dispensés est intégrée dans notre référentiel d'activités. En effet, il s'agit de notre compétence 7, intitulée «analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle». Cette compétence met en évidence:

- L'item 3: «Évaluer les soins [...] au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité [...] et de satisfaction de la personne soignée».
- L'item 4: «Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard [...] de l'évolution des sciences et des techniques».
- L'item 7: «Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique professionnelle».

Enfin, la Haute Autorité de Santé développe, avec les professionnels de santé, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)⁶⁴, utilisés par les établissements comme outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

3.APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

Afin de promouvoir une démarche de qualité dans les soins, la connaissance du patient semble être primordiale. En effet, les soins réalisés ne peuvent se faire sans raisonnement clinique de la part du soignant, en fonction de l'état de santé physique et psychique du patient.

⁶¹ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Setes Éditions – Paru le 20 août 2016 – Page 344.

⁶² Médecin et fondateur de l'étude de la qualité dans les soins médicaux.

⁶³ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Setes Éditions – Paru le 20 août 2016 – Page 345.

⁶⁴ Source: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1500957/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

3.1.Le raisonnement clinique infirmier

Il se définit comme étant « un processus de pensée et de prise de décision porteur de sens pour les soins infirmiers »⁶⁵. Il s'agit d'un processus intellectuel, qui pousse le soignant à avoir un questionnement face à une situation donnée, en utilisant ses connaissances théoriques et ses expériences professionnelles.

Pour les infirmières C.Dubois Fresney et G.Perrin, «L'Infirmière effectue un raisonnement diagnostique au cours de l'observation clinique. La rencontre entre le soignant et le soigné permet la synthèse de l'observation grâce aux indices énoncés [...]. Elles devront pour cela savoir écouter, observer le corps, la parole, l'attitude et définir les réactions appropriées pour faciliter les échanges, le soin et l'avenir »⁶⁶. Il peut donc être utilisé comme outil d'évaluation des personnes non communicantes verbalement.

Suite au raisonnement clinique, l'infirmier va prioriser ses soins. Il s'agit de faire passer un problème de santé avant un autre en fonction de son importance, sa gravité et ses conséquences potentielles ou réelles, selon le champ de compétence qui lui est défini.

3.2.La personnalisation des soins

La personnalisation des soins fait partie intégrante du projet individualisé de la personne soignée. Le soignant doit alors s'adapter au soigné par la mise en place d'actions adaptées, liées aux habitudes de vie du patient en fonction de son état de santé du jour. Pour le Larousse 2009, les habitudes de vie sont une «manière d'être, de voir, d'agir, de se comporter acquises par l'expérience [...]. C'est un élément constitutif de la personnalité de l'individu».

Elle apporte un plus dans les soins car elle doit favoriser la relation de confiance entre le soignant et le soigné qui sera alors placé au centre des soins. Grâce à la personnalisation, la personne soignée va se sentir écoutée et prise en compte dans sa globalité et sa singularité. Elle se sentira ainsi considérée comme une personne à part entière et non plus comme une personne malade et vulnérable.

V.CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN

1.PRESENTATION DE L'OUTIL D'ENTRETIEN

Suite à notre question de recherche, nous allons réaliser des entretiens semi-directifs auprès de professionnels infirmiers. Il s'agit d'une méthode d'entretien qualitative qui a pour but de récolter des témoignages verbaux en lien avec notre thème d'étude. L'entretien semi-directif aborde plusieurs thèmes liés à notre cadre conceptuel, identifiés dans un guide d'entretien⁶⁷ préparé à l'avance par l'apprenti chercheur.

Ce dernier pose ainsi des questions selon un fil conducteur prédéfini, pour rechercher des informations précises et qualitatives ; le but étant de faciliter l'expression de l'interviewé à l'aide de questions ouvertes. L'enquêteur ne doit pas hésiter à rebondir, reformuler, faire préciser par des questions de relance.

Grâce à ce type de questions, nous chercherons à centrer la personne sur notre thème en la laissant s'exprimer, sans pour autant influencer ses réponses. Celles-ci seront alors plus riches, puisque notre interlocuteur pourra développer des notions qui lui paraissent intéressantes pour notre sujet. Elles feront également appel aux ressentis de la personne interrogée, tout comme à ses valeurs professionnelles et pratiques soignantes.

⁶⁵ Source : <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2017/06/17/le-raisonnement-clinique-infirmier/>

⁶⁶ PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers – Setes Éditions – Paru le 20 août 2016 – Page 299.

⁶⁷ ANNEXE 7 : Guide d'entretien semi-directif.

Nous allons pouvoir infirmer ou confirmer nos hypothèses suite aux observations réalisées sur le terrain. A travers ces entretiens, nous chercherons alors à répondre à plusieurs objectifs :

- Comprendre quel intérêt l'infirmière porte au toucher dans sa pratique professionnelle.
- Savoir comment l'infirmière fait le lien entre relation soignant-soigné et toucher relationnel de qualité.
- Comprendre comment l'infirmière évalue la qualité de ses soins auprès de personnes non communicantes verbalement.

Nous réaliserons cinq entretiens semi-directifs auprès de différents professionnels infirmiers :

- Un exerçant en milieu libéral.
- Un second exerçant en service d'oncologie, en seconde année d'un DIU (Diplôme Inter-universitaire) en soins palliatifs.
- Deux exerçants en service de soins palliatifs, dont l'un dispose d'un DIU⁶⁸ en soins palliatifs.
- Un dernier exerçant en service de soins polypathologiques de type SSR⁶⁹ à visée palliative, disposant d'une formation complémentaire sur l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie.

2.ARGUMENTATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

2.1. Questions d'introduction

Nous allons chercher à connaître le professionnel que nous interrogeons, ses expériences et les facteurs pouvant influencer sa pratique soignante. En effet, son ancienneté dans le service de soins peut jouer sur la connaissance qu'il a du patient et la relation de confiance qu'il établit avec ce dernier. De même, la réalisation de formations complémentaires peut influencer sa pratique, dans la recherche d'une qualité des soins qu'il prodigue.

2.2.Représentations soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie

Précédemment, nous avons émis l'hypothèse que la qualité du toucher relationnel pouvait être influencée par la relation soignant-soigné, nécessitant au préalable la connaissance du patient. Nous allons tout d'abord partir de la représentation des professionnels sur la notion du toucher relationnel. Ainsi, les représentations du soignant seront pour nous une façon d'aborder notre thème de recherche tout en laissant une grande place à ses propos.

2.3.Pratiques soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie

Nous prendrons comme fil conducteur un exemple du soignant afin de guider notre entretien, tout en le laissant parler librement. Ainsi, nous allons questionner ce dernier sur ce qu'il met en place avant, pendant et après le soin de manière factuelle et intellectuelle.

De cette manière, nous explorerons deux de nos objectifs de recherche. Nous nous interrogerons sur l'intérêt que met le soignant derrière le toucher relationnel, sur la façon dont il le met en œuvre, notamment dans la personnalisation de celui-ci. Enfin, nous chercherons à connaître les éléments que le soignant prend en compte pour évaluer le toucher relationnel auprès de personnes non communicantes verbalement.

⁶⁸ DIU : Diplôme Inter-universitaire.

⁶⁹ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

2.4. La place de la relation soignant-soigné dans le toucher relationnel

Suite à nos observations réalisées sur le terrain, nous avons émis l'hypothèse que la relation soignant-soigné pouvait influencer la réalisation du toucher relationnel. D'autre part, lorsqu'une relation de confiance est instaurée, la pratique du toucher à visée de bien-être sera plus aisée qu'avec un patient que l'infirmière ne connaît pas. Pour finir, nous aborderons la relation soignant-soigné dans le contexte de la fin de vie, et les éléments nécessaires pour la mettre en œuvre.

3. FACILITÉS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DURANT LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

3.1. Les facilités

La réalisation d'un guide d'entretien semi-directif pertinent et exploitable, en lien avec nos objectifs de recherche a été facilitant. De cette façon, nous sommes restés centrés sur notre problématique.

Nous nous sommes retrouvés face à des professionnels exerçant en structures spécialisées dans la prise en soins des personnes en fin de vie. Nous avons fait le choix de rester dans le cadre des soins palliatifs, de manière à avoir une idée plus précise de ce qui se fait dans ce milieu d'exercice.

De plus, se retrouver face à des infirmiers volontaires et disponibles pour partager leurs expériences et nous faire part de leur point de vue, est forcément gage de richesses dans l'élaboration de notre travail de recherche.

Enfin, la réalisation de cinq entretiens nous a permis de repérer les différentes pratiques soignantes et de relier des similitudes afin de pouvoir répondre à nos objectifs.

3.2. Les difficultés

Nous avons rencontré une première difficulté quant à la prise de rendez-vous auprès des cadres de santé de nos terrains d'observations. En effet, la charge de travail très importante des professionnels que nous avons observés ne leur permettait pas d'être tous disponibles pour nous accorder un entretien.

D'autre part, au regard des trente-six groupes de mémoire et à raison d'un entretien à réaliser par étudiant, certains lieux d'exercices professionnels étaient très sollicités. De cette façon, nous avons obtenu certains rendez-vous tardifs, ayant engendré un frein dans l'avancée de notre travail de fin d'étude.

De plus, il a parfois été difficile de recentrer le soignant sur le thème de notre recherche et ce malgré les apports fructueux qu'il nous fournissait. Il a parfois fallu guider les professionnels pour obtenir une réponse qui soit en lien avec nos objectifs de recherche.

4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

4.1. La connaissance du patient dans la pratique du toucher relationnel

Lors de nos entretiens, nous avons pu constater que pour réaliser le toucher relationnel, les infirmiers prennent en compte la dimension "connaissance du patient". La pathologie de ce dernier ainsi que les symptômes par lesquels sa pathologie se manifeste, permet aux soignants de s'adapter durant leurs soins.

En effet, une première infirmière évoque une personne atteinte d'"hypersensibilité des membres inférieurs [...], toucher le haut du corps pour permettre de prévenir la patiente". Ceci démontre que la soignante s'adapte à l'état de santé de la personne. En outre, une

seconde infirmière évoque que pour des “raisons de douleurs neuropathiques” elle ne réalise pas le toucher relationnel “en systématique si le patient est très algique”. Enfin, une troisième infirmière nous a fait part du grasping qui n’est qu’un réflexe neurologique et non la préhension volontaire du patient, tout comme les larmes pouvant être interprétées comme signe de douleur.

Outre la connaissance de la pathologie du patient et de ses manifestations, les infirmiers nous ont expliqué que le toucher relationnel était établi en fonction du patient. En effet, certains patients “ne sont pas tactiles” et “ne veulent pas être touchés”. De plus, les soignants prennent en compte “les habitudes de vie du patient, sa culture, sa religion et ses envies. Le principal c’est ce qu’il veut lui”. Ainsi, les soignants ne vont pas “imposer une relation par le toucher si la personne n’aime pas ça”.

Pour finir, lorsque le patient n’est pas en capacité de communiquer verbalement notamment au sujet de ses envies, les soignants essaient “d’avoir un maximum d’informations pour savoir si ça peut convenir ou pas, [...] auprès de la famille”, car “l’entourage est placé au cœur de cette prise en soins” de la fin de vie du patient.

4.2. Le toucher comme médiateur de la relation soignant-soigné

Suite aux entretiens que nous avons réalisés, nous mettons en évidence que l’infirmier utilise le toucher relationnel, notamment pour entrer dans une relation avec le patient. En effet, plusieurs infirmiers évoquent le fait que le toucher relationnel est un moyen pour “entrer en relation avec le patient” et qu’il s’agit du “premier contact que l’on peut avoir” pour créer une communication avec la personne. Ils déclarent qu’à “partir du moment où il n’y a plus d’échange verbal, il reste l’élément essentiel : le toucher”.

Les professionnels interrogés évoquent une prise de contact en “tendant la main” ou “en mettant une main sur l’épaule” du patient, de façon à montrer leur présence et être prévenant à leur entrée dans leur chambre. D’autres utilisent le toucher comme un soin à part entière. Une infirmière explique qu’elle est amenée à “rester assise à tenir la main hors de son temps de travail afin d’accompagner la personne jusqu’au bout”. Le toucher relationnel peut correspondre à “un besoin de prendre du temps privilégié” de la part du soignant, de manière à “pouvoir les apaiser [le patient] un petit peu, leur montrer que nous ne sommes pas que des techniciennes et que nous ne faisons pas que des gestes brusques”.

En plus d’établir une prise en contact lors de leur entrée en relation avec le patient, les infirmiers ont parfois recours au toucher relationnel pour faire accepter un soin. En effet, certains professionnels expliquent que lorsque “les gens sont détendus, ils se laissent faire pour le soin”; ils utilisent également la main pour “faire accepter un soin, [...]” où s’ils poseraient une question, le patient refuserait”. Ainsi, le toucher relationnel est intégré dans les soins pour en être “un fil conducteur”.

4.3. Les objectifs de soin : Répondre aux piliers des soins palliatifs

Lors de notre premier cadre théorique, nous avons souligné la place des soins palliatifs dans la prise en soins de la fin de vie, ainsi que les deux piliers sur lesquels ils reposent.

En premier lieu, il s’agit d’assurer le bien-être de la personne en limitant les inconforts. Lors de nos entretiens, certaines infirmières évoquent le fait que le toucher relationnel a pour objectifs de “rassurer” la personne en fin de vie afin qu’elle soit “apaisée”. Les soignants visent alors “un soin de détente...de relaxation [...] en prenant le temps lors des frictions, [...] de faire un massage avec de l’huile”.

En second lieu, les soins palliatifs ont pour but de prendre en soin la douleur qu’elle soit physique, morale ou psychique. En effet, une infirmière précise qu’il est important de “soulager la douleur, l’angoisse, la peur, parce qu’il ne faut pas oublier que dans les soins

palliatifs il y a toujours [...] beaucoup de gens qui ont très peur” de l’approche de la mort et de la souffrance qu’elle peut engendrer. De plus, le toucher relationnel semble être une alternative aux thérapeutiques médicamenteuses. En effet, une infirmière précise : “le fait qu’une patiente ait pu accepter un soin du visage l’a énormément détendue ; plus qu’un gramme de paracétamol”.

4.4. La juste distance professionnelle

Suite à la réalisation de nos entretiens, nous mettons en avant que le toucher relationnel amène parfois le soignant à se positionner : “pas beaucoup de gens pratiquent le toucher. C’est selon le vécu et le ressenti de chacun [...]. Des gens aiment bien mettre une barrière pour se protéger”. De plus, même si nous constatons que le toucher a sa place dans l’accompagnement de la fin de vie, il doit être réalisé au “bon moment”. Enfin, une infirmière évoque qu’il “est primordial pour avoir une relation de confiance avec le patient”.

En outre, les professionnels mettent en avant qu’elles ne sont : “pas là non plus, toucher pour toucher les gens en fin de vie” et que : “ce n’est pas de l’acharnement, on ne passe pas notre temps à toucher” lors des soins. Ainsi, “ ce n’est pas parce que nous, on en a besoin, [...] que la personne qui est en face de nous en a forcément besoin”. Le besoin de toucher doit venir de la personne en fin de vie et avoir sa place dans le soin. Il ne doit pas être un besoin personnel du soignant.

De plus, nous remarquons une distance professionnelle dans l’implication des infirmiers quant à leur pratique du toucher relationnel. Ils évoquent que : “chacun a son espace de vie et sa protection” et que nous avons “chacun une bulle que nous n’avons pas à percer”. Pour terminer, la juste distance est mise en avant par les infirmiers car pour ceux-ci : “c’est important d’être proche ; mais en même temps, il y a toujours cette distance professionnelle”. Cependant, “si nous restons à trois mètres d’elles, on casse quelque chose dans la relation”. Le toucher relationnel doit s’effectuer “par différentes tentatives [...] pour savoir si ça passe” avec le patient.

4.5. Attitudes et comportements soignants dans la pratique du toucher relationnel

L’attitude la plus propice au toucher relationnel selon les infirmiers, semble être une “approche douce en parlant, en posant les mots, en expliquant ce qu’on va faire”; le plus souvent, “les mots accompagnent le toucher” avec une posture adéquate du soignant. “Quand tu parles au patient, l’attitude, le regard et la patience, ça va le mettre en confiance”.

Les infirmiers évoquent l’importance de ne pas considérer le patient comme un objet de soin mais plutôt comme une personne à part entière : “Avant la prise de sang, on peut déjà discuter un peu, amener les choses”. C’est “une prise en charge globale”. Ainsi, “il ne faut pas croire qu’il y a que les mains qui font le toucher. Il y a également tout l’environnement autour qui agit dans cette relation.”

De même, pour une prise en soins de qualité, il paraît préférable lors des soins de nursing de “favoriser le travail en binôme [...] Quand les personnes sont vraiment en fin de vie et algique, c’est mieux d’être deux.” Il s’agit de prodiguer des soins techniques de qualité en optant pour une “ mise en confiance avec la parole” afin de parvenir à “avoir le bon toucher et être assez doux“. Pour finir, un professionnel souligne l’importance de prendre le temps : “apaiser le patient avant les gros soins invasifs, pour qu’il n’ait pas d’appréhensions.”

4.6. L’évaluation de la qualité du toucher relationnel

Lorsque les infirmiers se retrouvent face à un soin impliquant le toucher relationnel, pour évaluer leur soin auprès d’une personne non communicante verbalement, ces derniers se rapportent notamment à la clinique du patient. En effet, ils vont “voir si ça va l’apaiser”, “être à l’écoute et regarder les réactions” ou encore “avoir une vision globale de ce dernier et

ne pas rester sur le visage ou les yeux”. De même, certains professionnels infirmiers s'appuient sur des échelles d'évaluation telles que l'échelle Algo + ⁷⁰ ou Doloplus ⁷¹. Enfin, lorsque les soignants réalisent le toucher relationnel auprès de patients qu'ils connaissent très bien, comme dans les soins à domicile, ils évoquent une évaluation du toucher relationnel qui ne “s'explique pas”; ou “qu'il y a quelque chose qui passe, un fluide, une sensation, un échange” à travers le toucher relationnel.

V.SYNTHESE D'ANALYSE

Afin de pouvoir répondre à notre problématique : “En quoi la relation soignant – soigné va-t-elle influencer la qualité du toucher relationnel auprès des personnes en fin de vie non communicantes ?”, nous allons explorer les différentes hypothèses émises précédemment.

- ***La relation soignant-soigné facilite la réalisation du toucher relationnel, auprès de la personne en fin de vie non communicante verbalement.***

Lorsqu'un étudiant de notre groupe s'est retrouvé à réaliser des observations dans un service où il ne connaissait pas du tout les patients, ce dernier a été mis en difficulté pour évaluer la qualité du toucher relationnel. Aujourd'hui, après réalisation des entretiens et multiples échanges productifs dans le groupe, nous donnons davantage d'importance au respect des habitudes de vie tout comme l'évaluation clinique et l'analyse des interactions. En effet, c'est à cette seule condition qu'une relation soignant-soigné s'établit et pourra mener à une relation de confiance.

De la même façon, “les mots accompagnent le toucher” afin de “mettre en confiance” la personne comme dans les 87,5% des observations que nous avons réalisées. Nous pouvons donc constater que le toucher est un acte nécessitant la mise en place, au préalable de certains mécanismes dans le but d'avoir une “approche douce”. En outre, les soignants soulignent ne pas vouloir “imposer une relation par le toucher” d'où l'importance d'avoir un regard attentif porté au patient.

Pour une personne non communicante verbalement, les infirmiers prennent le temps d'interroger la famille, élément indispensable dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie. Nous faisons le lien avec nos observations lorsque les professionnels utilisaient les produits personnels des patients ou mettaient de la musique. C'est aussi une marque de respect des habitudes de vie du patient qui favorise la relation soignant-soigné.

Par ailleurs, au cours de nos observations, nous avons constaté qu'aucun soignant ne recueillait verbalement le consentement du patient avant la réalisation du toucher relationnel. Les entretiens nous permettent de comprendre que lorsque la relation de confiance est déjà installée, le toucher relationnel correspond à “un fluide, une sensation, un échange”, et qu'il était parfois réalisé de manière subtile pour montrer notre présence auprès du patient. De cette façon, nous comprenons que les infirmiers ne recueillent pas verbalement le consentement du patient, mais lorsqu'ils établissent un premier contact, qu'ils posent leur main sur le bras du patient, les soignants savent rapidement si le patient va accepter ou pas ce toucher, éventuel refus notamment caractérisé par “des mouvements de recul”.

Néanmoins lors de nos observations sur le terrain, nous avons pu constater que 75% des soignants recueillent le ressenti verbalement du patient après le soin, malgré le fait que 100% des patients ne soient pas communicants verbalement. Ceci peut se traduire par la mise en avant des professionnels de l'importance de ne pas considérer le patient comme un objet de soins mais comme une personne à part entière, capable d'exprimer ses ressentis malgré l'absence de communication verbale. Ainsi, le soignant semble établir une marque de respect auprès de la personne en se référant à celle-ci.

⁷⁰ ANNEXE 8 : Echelle Algo +.

⁷¹ ANNEXE 9 : Echelle Doloplus.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité du soin relationnel réalisé chez un patient non communiquant verbalement, les infirmiers s'accordent pour dire que la clinique est très importante. Ainsi, le regard fait partie intégrante de l'évaluation des soins et représente une grande aide. Nos observations mettaient en avant que 100% des soignants parlent et regardent le patient durant la réalisation du toucher relationnel. Nous comprenons maintenant l'importance de ce regard qui permet aux infirmiers d'évaluer les bienfaits du toucher relationnel au moment de sa réalisation.

Pour finir, nous mettons en évidence cette notion de distance professionnelle. Durant la réalisation de nos entretiens, nous avons pu voir que lorsque la relation de confiance est installée, certains professionnels sont amenés à "rester assis à tenir la main hors de leur temps de travail, afin d'accompagner la personne jusqu'au bout". Parallèlement, certains professionnels évoquent "mettre une barrière pour se protéger", ce qui démontre le fait que pour certains professionnels il est difficile de trouver la juste distance professionnelle. De plus ils prennent en considération le respect de l'intimité du patient en évoquant que "chacun a une bulle que nous n'avons pas à percer" ; ce qui fait référence à la théorie de Hall.

– ***L'objectif de soin qui est mis derrière la pratique du toucher relationnel varie en fonction de chaque infirmier et de ses valeurs soignantes.***

Lors de la phase d'observation, nous avons pu constater que seulement 25% des infirmiers réalisaient le toucher relationnel. Or, suite aux entretiens semi-directifs réalisés, nous savons maintenant que le toucher relationnel est réalisé par les infirmiers au cours de leurs soins pour "entrer en communication avec le patient" ou encore "faire accepter un soin."

Lorsque le soignant aborde la personne, 75% d'entre eux débutent par un contact par les mains; zone qui comporte de nombreux récepteurs tactiles et qui est impliquée dans la praxie de notre environnement. Les soignants mettent derrière l'objectif du toucher relationnel, "d'entrer en relation avec le patient" en établissant une prise de contact ; cette dernière permettant une communication avec la personne non communicante verbalement.

De plus, tous les soignants abordent la personne par des gestes doux et enveloppants. Ils soulignent l'importance d'avoir une "approche douce" avec le patient qui permet d'ancrer le patient dans l'instant présent, car comme dans la notion de "moi-peau", la peau est un organe qui nous rend sensible aux stimuli du monde extérieur. Ce toucher délicat va permettre une réassurance du patient. Par ailleurs, l'approche que va avoir le soignant avec le soigné va ainsi influencer la suite des soins, notamment ceux plus invasifs : "prendre le temps : "[...] apaiser le patient avant les gros soins invasifs, pour qu'il n'ait pas d'appréhensions."

Les professionnels mettent ainsi en avant les piliers des soins palliatifs à travers le toucher relationnel. En lien avec nos observations, nous avons pu constater que 83,3% des patients sont contractés et ont le visage crispé avant le soin. Les soignants utilisent le toucher pour assurer le bien-être de la personne: "un soin de détente...de relaxation". Après la réalisation de leurs soins, 100% sont détendus et 83,3% des patients somnolent. De même, les soignants soulignent l'importance de "soulager la douleur, l'angoisse, la peur parce qu'il ne faut pas oublier que dans les soins palliatifs, il y a toujours [...] beaucoup de gens qui ont très peur" de l'approche de la mort.

Cependant, les soignants appuient sur le fait que le toucher ne doit pas être systématiquement réalisé en fonction de la pathologie du patient ou pour éviter "l'acharnement" dans les soins dispensés à la personne en situation de fin de vie. Le toucher doit avoir sa place dans les soins "au bon moment".

V.CONCLUSION

Pour conclure, nous pouvons affirmer que la qualité du toucher relationnel va être influencée, d'une part par la connaissance du patient, et d'autre part, par les objectifs de soins que l'infirmier pose à travers sa pratique du toucher relationnel.

Les infirmiers utilisent le toucher relationnel quotidiennement au cours de leurs soins dans le but d'entrer en communication avec le patient, de faire accepter un soin ou encore pour répondre aux piliers des soins palliatifs.

Cependant, ce toucher relationnel induit une juste distance professionnelle. Certains soignants prennent un temps privilégié dans l'accompagnement de la fin de vie, parfois même en dehors de leur temps de travail, tandis que d'autres préfèrent le réaliser de façon plus subtile afin de ne pas trop s'impliquer dans la sphère intime du patient. Ainsi, il ne s'agit pas de toucher un patient pour le plaisir, mais de donner un réel sens au soin relationnel.

Par ailleurs, nous avons pu voir que le toucher pouvait induire une qualité relationnelle lors des instants vulnérables de la vie. Celui-ci devient alors un élément essentiel pour entrer en relation avec les patients non communicants verbalement. Néanmoins, la pratique du toucher relationnel nécessite la mise en place de certains mécanismes préalables tels que le regard ou la parole. Les gestes doivent être annoncés, autorisés, progressifs, doux et enveloppants. Les professionnels infirmiers prennent en compte le patient dans sa globalité et sa singularité, en portant attention à ses gestes et mimiques afin de pouvoir réajuster leur approche relationnelle.

D'autre part, les professionnels infirmiers prennent également en compte la pathologie, les habitudes de vie du patient tout comme sa réceptivité au toucher. Lorsque le patient ne peut plus communiquer verbalement, la famille représente une véritable ressource dans la prise en compte des besoins du patient.

Pour terminer, il ne faut pas oublier que la prise en soins d'une personne en fin de vie doit rester une démarche pluridisciplinaire où chaque acteur de soins joue un rôle quant à la qualité de la fin de vie, notamment à travers de toucher relationnel. En plus de la prise en soins professionnelle, les aidants naturels semblent avoir un réel rôle à jouer auprès de leurs proches en fin de vie. Nous pourrions alors nous demander:

“La famille peut-elle avoir un rôle à jouer dans la pratique du toucher relationnel auprès de la personne en fin de vie?”

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

- BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - 123 pages – ISBN : 229474750X.
- BONNETON-TABARIES France et LAMBERT-LIBERT Anne. Le toucher dans la relation soignant-soigné – Med-Line Éditions, 3ème édition – Paru en mars 2016 - 154 pages – Collection Infirmiers Med-Line - ISBN : 978-2-84678-171-8.
- SAVATOFSKI Joël. Le toucher massage – Édition Lamarre, 3ème édition – Paru le 26 mai 2016 – 104 pages – Collection Soigner et Accompagner – ISBN : 275730836X.
- DE HENNEZEL Marie. Nous voulons tous mourir dans la dignité : Pour comprendre le débat sur la fin de vie - Pocket Édition – 19 mars 2015 – 120 pages – Collection Pocket - ISBN : 2266255142.
- KÜBLER-ROSS Élisabeth et KESSLER David. Leçons de vie : Comprendre le sens de nos désirs, de nos peurs et de nos espoirs. Pocket Édition – 21 octobre 2011 – 250 pages – Collection Pocket - ISBN : 2266128191.
- FIELD Tiffany. Les bienfaits du toucher – Payot Édition – 21 juin 2017 – 256 pages – Collection Petite Biblio Payot santé, numéro 574 - ISBN : 2228918210.
- ANDRE Christophe. Et n'oublie pas d'être heureux : Abécédaire de psychologie positive – Odile Jacob Éditions – Paru le 23 janvier 2014 - 399 pages – ISBN : 978-2-7381-2905-5.
- Edmond Marc. La tendresse réparatrice – Revue Santé Mentale – Janvier 2018, numéro 224 – 7 pages.
- Christophe Pacific. Petite philosophie de la tendresse dans les soins – Revue Santé Mentale – Janvier 218, numéro 224 – 6 pages.
- Corinne Schaub. Les effets apaisants du massage des mains – Revue Santé Mentale – Janvier 2018, numéro 224 – 6 pages.
- BLANCHON Carine. Le toucher relationnel au cœur des soins – Elsevier Masson Édition – Paru le 11 juin 2011 - 123 pages – ISBN : 229474750X.
- PAILLARD Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné – Setes Éditions, 3ème édition – Paru le 20 août 2016 – 570 pages - ISBN : 1091515433.
- SCHWEGLER Johann et LUCIUS Runhild. Le corps humain : anatomie et physiologie – Maloine Édition – Paru le 27 mai 2013 - 450 pages – ISBN : 978-2-224-03339-2 – 9782224033392.
- Conseil National de l'Ordre des Infirmiers, Code de déontologie des infirmiers - Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 – 34 pages.
- Référentiel d'activités infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession – Berger Levrault Édition – Recueil mis à jour le 15 mars 2015, référence 531 200 – 239 pages.

SITOGRAPHIE

Articles en ligne :

- MC. FEDOR, S. GROUSSET, C. LEYSSENE-OUVRARD, E. MALAQUIN-PAVAN. Groupe national Toucher S.F.A.P. : Guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers (version courte) - Recommandations Groupe Toucher SFAP – Décembre 2007 – 8 pages – Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/toucher-coeur-des-soins-version-courte.pdf> (page consultée le 06 avril 2018).
- Catherine DE LAVERGNE. REC communication non verbale – 16 septembre 2010 – 7 pages – Disponible sur : <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf> (page consultée le 06 avril 2018).
- Anne JEANBLANC. Où meurt-on en France ? À l'hôpital, hélas... - Article publié le 11 décembre 2012 à 6h43 et modifié le 13 décembre 2012 à 8h54 – 1 page – Disponible sur : http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/ou-meurt-on-en-france-a-l-hopital-helas-11-12-2012-1553763_57.php (page consultée le 07 avril 2018).
- Fiorenza GRACCI. Comment fonctionne le sens du toucher ? - Article publié le 26 juillet 2017 à 7h00 – 1 page – Disponible sur : <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/comment-fonctionne-le-sens-du-toucher-9140> (page consultée le 07 avril 2018).
- Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée du 02 mars 2006 [en ligne] - Éditions Sicom 06042 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - Avril 2006 – 24 pages – Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf. (page consultée le 07 avril 2018).

Site Web :

- Institut de Formation Joël Savatofski. Stage & formation professionnelle en massage bien-être et toucher-massage® [en ligne] – Disponible sur : <https://www.ifjs.fr/ecole/toucher-massage-dans-les-soins/> (page consultée le 06 avril 2018).
- S.F.A.P. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. [en ligne] – Disponible sur : <http://www.sfap.org/> (page consultée le 06 avril 2018).
- Legifrance.gouv.fr, le service publique de la diffusion du droit. Code de la santé publique [en ligne] – Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665> (page consultée le 06 avril 2018).

Vidéo en ligne :

- CHU Lille. Le toucher relationnel [vidéo en ligne]. Éditeur Youtube.com, publiée le 17 octobre 2016 - Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=CgfBCs3zwXg>. (page consultée le 06 avril 2018).

AUTRES SOURCES DOCUMENTAIRES

Enseignements théoriques plate-forme Moodle – ENT Franche-Comté :

- J. HARM, Doctorant en psychologie – Concepts de base en psychologie cognitive : Les émotions – Unité d'Enseignement 1.1 « Psychologie, sociologie, anthropologie », Semestre 1 – Université de Franche-Comté.
- N. DAL PONTE, Infirmière à l'Unité de Soins Palliatifs de l'HNFC – Soins Palliatifs - Unité d'Enseignement 4.7 « Soins Palliatifs et Fin de Vie », Semestre 5 – Université de Franche-Comté.
- Dr C. PETITJEAN , Psychothérapeute à l'EMSP du CHI de Vesoul – Soins palliatifs : Les principaux symptômes de fin de vie - Unité d'Enseignement 4.7 « Soins Palliatifs et Fin de Vie », Semestre 5 – Université de Franche-Comté.
- N. DAL PONTE, Infirmière à l'Unité de Soins Palliatifs de l'HNFC – Les symptômes d'inconforts - Unité d'Enseignement 4.7 « Soins Palliatifs et Fin de Vie », Semestre 5 – Université de Franche-Comté.
- N. DAL PONTE, Infirmière à l'Unité de Soins Palliatifs de l'HNFC – La souffrance globale - Unité d'Enseignement 4.7 « Soins Palliatifs et Fin de Vie », Semestre 5 – Université de Franche-Comté.
- Cours dispensés à l'IFMS Nord Franche-Comté – Notions de base en communication – Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels », Semestre 2 – Université de Franche-Comté.

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux

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



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. 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, **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.

EXPLIQUER... Le Toucher Massage Soignant

Il est parfois difficile pour des infirmières d'argumenter en quoi un « toucher massage » n'est pas un « massage » au sens kinésithérapeutique du terme. Au point de ruser : « toucher relationnel », « toucher sensoriel », sont autant d'alternatives sémantiques qui permettent d'éviter l'emploi du mot fatidique. Et pourtant, le « massage » est bel et bien une intervention de soins infirmiers, référencée dans la Classification des Interventions de Soins Infirmiers (CISI).

Définir le Massage

Le massage trouve une définition légale dans le Code de la Santé Publique. L'article R.4321-3 concerne les **masseurs**-kinésithérapeutes :

« On entend par **massage** toute manoeuvre 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 de ces tissus. ».

Cette définition est-elle opposable aux pratiques infirmières ?

Référence à la Classification des interventions de soins Infirmiers (CISI)

Nursing Intervention Classification (NIC) par Joanne C. Mc Closkey & Gloria M. Bulechek

Intervention N°1480 : Massage : « Stimulation de la peau et des tissus sous-jacents avec diverses intensités de pression de la main afin d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation, ou d'améliorer la circulation sanguine ».

La définition de cette intervention envisage donc trois cas de figure dont nous retrouvons trace dans le Code de la Santé Publique.

Lutter contre la douleur

Article R.4311-2 du Code de la santé Publique

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. (...) Ils ont pour objet (...)

(...)

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

L'utilisation de la stimulation cutanée dans la lutte contre la douleur s'appuie sur le principe du « contrôle segmentaire »¹ qui définit que le tact est un message sensoriel conduit de façon rapide par de grosses fibres nerveuses qui vient bloquer le passage du message nociceptif conduit plus lentement par des fibres plus petites.

Ainsi, la petite tape sur la fesse avant de réaliser une intramusculaire est-elle l'illustration d'une pratique empirique mais physiologiquement explicable.

Induire la relaxation

Le fait d'utiliser les mains et le contact cutané comme vecteur de la relation avec le patient doit nous rappeler que si les soins ont tous une dimension relationnelle (Cf. Article R.4311-2 du CSP), cette relation est multimodale, verbale et/ou non verbale. Le toucher est donc un outil parmi d'autres. Il formalise pour partie la relation soignant-

¹ « Théorie de la porte », ou « Gate Control », mode de régulation actif aux niveaux spinal et thalamique.

soigné, relation de confiance s'il en est, et permet au patient une réappropriation, une remodelisation de son schéma corporel. Il participe au relâchement physique, donc à la relaxation, et aux bienfaits qui en découlent : meilleure estime de soi, diminution de l'anxiété, meilleure oxygénation des tissus grâce à une meilleure ventilation,... et réactivation de la voie antalgique descendante (sécrétion des endorphines).

Améliorer la circulation sanguine

Article R.4311-5 du Code de la Santé Publique

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

(...)

22° Prévention et soins d'escarres ;

La prévention d'escarre relève du Rôle Propre de l'infirmière. A ce titre, elle applique les règles de bonne pratique et les méthodes validées qui en découlent. Dans une conférence de consensus datée de 2001, l'ANAES et la Société Française des Plaies et Cicatrisations ont défini les différentes approches préventives, dont celles concernant la gestion de la peau :

Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération par une toilette quotidienne et renouvelée si nécessaire. Le massage et la friction des zones à risque sont à proscrire (grade B) puisqu'ils diminuent le débit microcirculatoire moyen (grade C). Les massages, frictions, applications de glaçons et d'air chaud sont interdits.

Observer de manière régulière l'état cutané et les zones à risque (au moins quotidiennement, à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène) afin de détecter précocement une altération cutanée (grade C). L'observation cutanée doit être associée à une palpation de la peau à la recherche d'une induration ou d'une chaleur, en particulier pour les peaux pigmentées.

Le contact peau à peau est ici constitutif d'une surveillance clinique, et nous pouvons dès lors affirmer que si un massage à type de pétrissage est délétère pour la circulation cutanée, toute pratique qui en revanche assure l'intégrité des tissus est de nature à favoriser localement la circulation sanguine, et donc la prévention des escarres; voire leur guérison. Le tout éventuellement renforcé par la relaxation.

Massage Kiné Vs Massage Infirmier

On peut dire alors que le « massage infirmier » ne s'oppose pas au « massage kinésithérapeutique » puisqu'il ne comporte pas de stimulation « mécanique » ou « reflexe » des tissus. Les mains des infirmières sont des interfaces dont la mission peut être la stimulation tactile (mais non fonctionnelle) du tissu cutané. Elles peuvent aussi agir comme vecteurs d'une relation non verbale, ou comme récepteurs d'informations qui viendront alimenter le raisonnement clinique et permettre la pose d'un diagnostic infirmier (« Atteinte de l'Intégrité Cutanée » par exemple).

Au final, et pour mettre tout le monde d'accord, on retiendra en référence au nouveau programme LMD que les Infirmières ne pratiquent pas de « massage » mais du « toucher à visée de bien-être »².

Association ASTERIA (V2 – Décembre 2012)

² Cf. Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier, publié au BO du 15 Août 2009, pages 246 à 383 → Annexe 1 - Soins de Confort et de Bien-Être, Activité « Réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique », p. 261

ANNEXE N°3 : SYNTHÈSE DES DONNÉES OBSERVÉES SUR LE TERRAIN
- La recherche du bien-être à travers le toucher relationnel -

Type de structure : Soins palliatifs : 4 (50%) – EHPAD : 4 (50%)

Contexte du soin : (*Pathologie(s), motif d'hospitalisation*)

Sexe du patient : Homme : 6 (75%) - Femme : 2 (25%)

Sexe du soignant: Homme : 0 (0%) – Femme : 8 (100%)

Moment de la journée : Matin : 4 (50%) – Après-midi : 4 (50%) – Nuit : 0 (0%)

GRILLE D'OBSERVATION DU SOIGNANT	Oui	Non	Non évaluable	Commentaires
L'ENVIRONNEMENT EST PROPICE A LA REALISATION DU SOIN				
L'infirmier prévient l'équipe soignante avant le soin	6 (75%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	
L'infirmier met la présence en rentrant dans la chambre	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0 (0%)	
La porte et la fenêtre sont fermées avant le soin	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Les parasites sonores sont supprimés (<i>télévision, radio, téléphone du soignant</i>)	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	
L'INFIRMIER ADAPTE SA COMMUNICATION DANS LE CONTEXTE DU SOIN				
Avant le toucher, l'infirmier parle et regarde le patient	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0 (0%)	
L'infirmier recueille verbalement le consentement du patient, avant le toucher	0 (0%)	8 (100%)	0 (0%)	
L'infirmier décrit chaque geste réalisé durant le soin	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0 (0%)	
Le ton de la voix est doux	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Le débit de parole est lent	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0 (0%)	
MODALITES DE REALISATION DU SOIN				
L'infirmier se frictionne les mains pour les réchauffer avant le soin	2 (25%)	6 (75%)	0 (0%)	
L'infirmier aborde la personne par des zones non intimes (<i>si oui : mains, bras, épaules, dos, jambes</i>)	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	Mains : 6 (75%) Jambes : 2 (25%)
L'infirmier met des gants pour le soin	0 (0%)	8 (100%)	0 (0%)	
L'infirmier réalise un temps de prise en contact (<i>durée comprise entre 5 et 15 secondes</i>)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0 (0%)	
L'infirmier aborde des gestes doux et enveloppants	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
L'infirmier a recours à du matériel de soins (<i>objets, huiles, crèmes, parfums, musiques, etc.</i>)	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	Huile : 6 (75%) Musique : 6(75%)
L'INFIRMIER VEILLE AU BIEN-ÊTRE DU PATIENT				
L'infirmier demande au patient s'il est confortable	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0 (0%)	
L'infirmier réinstalle le patient si besoin	4 (50%)	0 (0%)	4 (50%)	
L'infirmier a un regard porté vers le patient durant le soin	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
L'infirmière demande les ressentis du patient durant le soin	4 (50%)	4 (50%)	0 (0%)	
L'INFIRMIER ÉVALUE LA QUALITÉ DU SOIN				
L'infirmier recueille le ressenti du patient verbalement après la réalisation du soin	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	
L'infirmier réalise des transmissions orales et / ou écrites après la réalisation du soin	6 (75%)	0 (0%)	2 (25%)	

GRILLE D'OBSERVATION DU PATIENT				
L'IMPACT DU TOUCHER DANS LE SOIN	<u>Avant le soin</u>	<u>Au moment du toucher</u>	<u>Après le soin</u>	<u>Commentaires</u>
<u>Le patient est:</u>				
Douloureux	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Anxieux	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Agité	1 (16,6%)	0 (0%)	0 (0%)	
Contracté	5 (83,3%)	2 (33,3%)	0 (0%)	
Visage crispé	5 (83,3%)	2 (33,3%)	0 (0%)	
Se repli sur lui-même	3 (50%)	0 (0%)	2 (33,3%)	
Pleure	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Détendu	0 (0%)	4 (66,6%)	6 (100%)	
Souriant	0 (0%)	1 (16,6%)	0 (0%)	
Éveillé	3 (50%)	3 (50%)	1 (16,6%)	
Somnolent	3 (50%)	3 (50%)	5 (83,3%)	
Regarde l'infirmier	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,6%)	
Fuit du regard	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	

Septembre 2017	FICHE DE POSTE	Référence :
----------------	----------------	-------------

DEFINITION DE L'EMPLOI/MISSION

Animateur de l'EHPAD-ESLD

L'animateur est chargé de la préparation, l'organisation et de l'évaluation d'activités adaptées individuelles ou collectives en fonction des souhaits, envies, des besoins et possibilités psychiques et/ou physique de la personne âgée.

Son action s'inscrit dans le cadre du projet d'animation défini dans le projet d'établissement.

L'animation est réalisée en interdisciplinarité et s'effectue avec le personnel soignant.

1. CONTEXTE DU POSTE

Type d'établissement : structure médico-sociale rattachée à l'Hôpital accueillant des personnes âgées dépendantes.

Nombre de lits : 80 lits dont 30 lits d'ESLD.

Responsabilité hiérarchique : Directeur des EHPAD.

Relations fonctionnelles

Internes à la structure : l'IDEC, le Médecin coordonnateur, les équipes paramédicales (participation des soignants aux activités, préparation des résidents pour l'heure des activités), l'assistante qualité, la maîtresse de maison (aspect logistique), la psychologue et la musicothérapeute.

Externes à la structure : les bénévoles, les équipes d'animation des autres établissements.

Horaires : temps plein (35 h) en semaine.

Ce poste nécessite l'utilisation quotidienne de l'informatique. Les dossiers des patients sont, en effet, dématérialisés dans le logiciel Millenium (DPI).

2. FONCTIONS

- L'animateur de l'EHPAD ESLD travaille en équipe et propose des activités diversifiées, adaptées aux personnes âgées pour maintenir les capacités restantes en tenant compte des possibilités, envies et intégrant les difficultés du résident qu'elles soient physiques ou psychiques. Elles seront soit collectives soit individuelles.
- Préparation des plannings
- Organiser l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur (partenariats, sorties...)
- Participer au projet personnalisé d'accompagnement en staff pluridisciplinaire.
- Traçer les activités et leur évolution dans le logiciel DPI.
- Participer à la mise en place des différents projets de l'établissement.

4. SAVOIR FAIRE REQUIS

- ✓ Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- ✓ Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- ✓ Conduire un projet individuel
- ✓ Définir et utiliser les techniques et pratiques adaptées à son métier
- ✓ Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- ✓ Évaluer la satisfaction des résidents
- ✓ Évaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes
- ✓ Organiser / animer des activités spécifiques à son domaine de compétence pour des résidents (groupe ou individuel)
- ✓ Stimuler les capacités affectives, intellectuelles, psychomotrices et sociales d'une personne
- ✓ Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

5. SAVOIR ETRE

- ✓ Faire preuve de discrétion professionnelle dans l'exercice de ses fonctions.
- ✓ Faire preuve d'humanité, de respect, de rigueur, d'autonomie, d'équité.
- ✓ Démontrer des capacités d'écoute et de disponibilité.
- ✓ Faire preuve de dynamisme et d'une attitude positive.

FONCTIONS

Missions principales

- Créer, restaurer, et/ou maintenir les moyens de communication et de relation chez des personnes en souffrance en ayant recours à une médiation sonore ou musicale.

- Répondre et s'adapter à une prescription ou indication émanant, d'un médecin, d'une équipe pluridisciplinaire, d'une institution voire à la demande du résident lui-même ou de sa famille.

- Créer des conditions d'un processus d'évolution, de changement, de développement, en établissant un dispositif clairement énoncé et repérable. Le musicothérapeute met en œuvre des techniques spécifiques à sa spécialité, s'appuyant sur l'histoire musicale du sujet, l'improvisation, la communication sonore non verbale et l'analyse du vécu sonore.

- Repérer la nature de la souffrance psychique et/ou physique au moyen d'une évaluation personnalisée des difficultés. Appréhender l'expression symptomatique, les besoins et les capacités de la ou des personnes concernées.

- Mobiliser la pensée et développer le potentiel créatif

- Travailler tout au long de l'accompagnement dans le strict respect du secret professionnel

- Evaluer et adapter la prise en charge à court, moyen et long terme.

- Participation active à la construction du Projet personnalisé d'accompagnement (PPA)

Missions annexes :

- Préserver les acquis et l'autonomie dans la mesure du possible

- Prendre en compte son entourage familial, social, culturel et institutionnel.

SAVOIR-FAIRE REQUIS

1. Travailler en équipe pluridisciplinaire
2. Identifier les besoins de la personne et adapter les activités
3. Faire preuve de disponibilité
4. Avoir des qualités relationnelles avec les résidents et leurs familles

CONNAISSANCES ASSOCIEES

Connaissance de la personne âgée	techniques de communication verbale et non verbale	relation d'aide	Soins palliatifs et de fin de vie
3	2	2	2

1 : connaissances générales – 2 connaissances détaillées – 3 connaissances approfondies

EXIGENCES EN MATIERE DE SECURITE, D'HYGIENE ET DE CONFIDENTIALITE

Exigences:	Evaluation	Exigences :	Evaluation
Respect du secret professionnel	3	Précautions standards d'hygiène	3
Charte de la personne âgée	3	Procédures incendie	1
techniques de manutention	1	Mesures d'isolement	3

Date d'émission Mai 2015	FICHE DE POSTE MUSICOTHERAPEUTE	Référence :
-----------------------------	------------------------------------	-------------

DEFINITION DE L'EMPLOI/MISSION

IDENTIFICATION DU POSTE

Lieu d'activité/local	EHPAD/USLD
Spécificité du poste	<p>La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physique ou neurologiques.</p> <p>La musicothérapie utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal.</p>
Grade / fonction : Quotité de travail : Autres :	<ul style="list-style-type: none"> - 100 % - Temps partiel possible
Rattachement hiérarchique	Direction des EHPAD
Relations fonctionnelles	<p>INTERNES AU SERVICE : Médecin- IDE- Aides- soignants – Agents de service Hospitalier – CAE - Secrétaire - Ergothérapeutes et kinésithérapeutes – Psychologues- animatrices- stagiaires</p> <p>EXTERNES AU SERVICE : Familles – les associations de bénévoles-</p>

CONDITIONS DE TRAVAIL

Horaires	35h hebdomadaire
----------	------------------

DIPLOMES, FORMATIONS ET PREREQUIS

- Diplôme : de musicothérapeute
- Pré requis :
 - expérience antérieure
 - attrait pour les personnes âgées

Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant

Diplôme professionnel aide-soignant Référentiel de compétences

Unité 1 :

Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

Savoir-faire :

- Identifier les besoins essentiels de la personne et prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille
- Repérer l'autonomie et les capacités de la personne
- Apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise de repas, l'élimination et le déplacement en l'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne et en respectant les règles d'hygiène et de pudeur
- Stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer du lien social

Unité 2 :

Apprécier l'état clinique d'une personne

Savoir-faire :

- Observer la personne et apprécier les changements de son état clinique,
- Identifier les signes de détresse et de douleur
- Mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance
- Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie
- Identifier les risques liés à la situation de la personne
- Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter

Unité 3

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

Savoir-faire :

- Rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin
- Identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à la personne
- Organiser l'activité de soin en fonction de l'environnement et de la personne
- Choisir le matériel approprié au soin
- Réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte, des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins
- Adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de la personne et à ses habitudes de vie
- Evaluer la qualité du soin réalisé et réajuster le cas échéant

¹ Cf. le référentiel d'activités du DPAS, activités 1 et 3

Unité 4

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation² des personnes

Savoir-faire :

- Identifier et appliquer les principes d'ergonomie et de manutention lors des mobilisations, des aides à la marche et des déplacements
- Identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies et à l'utilisation du matériel médical
- Installer la personne en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux.

Unité 5

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

Savoir-faire :

- Ecouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement
- S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion
- Expliquer le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel et apporter des conseils sur les actes de la vie courante
- Faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin
- Apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le respect du règlement intérieur
- Identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation

Unité 6

Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Savoir-faire :

- Identifier et choisir le matériel et les produits appropriés
- Doser et utiliser les produits en fonction des procédures et des fiches techniques
- Utiliser les techniques de nettoyage appropriées, notamment pour lutter contre les infections nosocomiales, en appliquant les protocoles et les règles d'hygiène et de sécurité
- Identifier et respecter les circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets
- Installer le mobilier et le matériel de la chambre en l'adaptant à l'état de la personne
- Utiliser les techniques de rangement et de stockage adaptées
- Apprécier l'efficacité des opérations d'entretien et identifier toute anomalie
- Repérer toute anomalie dans le fonctionnement des appareils médicaux et alerter

² Il s'agit des activités d'installation et de mobilisation qui ne font pas appel aux techniques de rééducation.

Unité 7

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

Savoir-faire :

- Identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin et permettant de prendre en compte la culture du patient, ses goûts, son régime, ...
- Transmettre les informations liées à la réalisation du soin et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés
- S'exprimer au sein de l'équipe de soin en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel
- Renseigner des documents assurant la traçabilité des soins en appliquant les règles
- Rechercher et organiser / hiérarchiser l'information concernant le patient
- Discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel

Unité 8

Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

Savoir-faire :

- Identifier son propre champ d'intervention en particulier au regard des compétences infirmières
- Organiser sa propre activité au sein de l'équipe en tenant compte de la planification de l'ensemble des activités du service et dans le respect des règles d'hygiène
- Utiliser les outils de planification du service pour organiser sa propre activité



- GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF -**Première partie : Questions d'introduction.**

- Depuis-quand êtes-vous infirmier(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service de soins ?
- Avez-vous déjà exercé auparavant ? Si oui, où ?
- Avez-vous des formations complémentaires? Si oui, lesquelles ?

Seconde partie : Les représentations soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie.

- Pour vous, que représente le toucher relationnel dans le contexte de prise en soins de la fin de vie ?

Troisième partie : Les pratiques soignantes du toucher relationnel dans la fin de vie.

- Pouvez-vous me décrire une situation vécue, en lien avec la réalisation du toucher relationnel dans la fin de vie ?

Questions de relance:

- Dans quel contexte de soins le prodiguez-vous ? Lors d'un soin à part entière ? Intégré durant un soin ? Lequel ?
- Pour vous, qu'est ce qui est important de connaître du patient avant de réaliser le toucher relationnel ?
- Quel objectif cherchez-vous à mettre en avant à travers le toucher relationnel ?
- Personnalisez-vous votre soin ? Si oui, comment ?
- Comment évaluez-vous la qualité de votre toucher relationnel auprès de personnes non communicantes verbalement ? Quels éléments prenez-vous en compte ?

Quatrième partie : La place de la relation soignant-soigné dans le cadre du toucher relationnel

- Qu'entendez-vous par relation soignant-soigné lors du toucher relationnel ?

Questions de relance:

- A partir de quel moment pouvez-vous dire que vous êtes dans une relation de confiance ?
- Quels ont été les moments où vous avez pu créer une relation de confiance avec un patient ?
- Qu'est-ce qui est primordial pour vous dans la prise en soins d'une personne en fin de vie non communicante ?

Cinquième partie : Conclusion.

- Avez-vous encore des éléments que vous souhaiteriez aborder dont vous ne m'avez pas fait part ?

ECHELLE ALGOPLUS

L'échelle comporte **5 domaines** d'observation :

1. Visage :	Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	OUI NON
2. Regard :	regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	OUI NON
3. Plaintes :	« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.	OUI NON
4. Corps :	retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	OUI NON
5. Comportements :	agitation ou agressivité, agrippement.	OUI NON

Total de OUI sur 5

Chaque domaine regroupe un ensemble défini de comportements dont la présence chez le patient peut être le reflet d'une douleur aiguë. **La présence d'un seul comportement** dans le domaine défini suffit pour coter « **oui** » l'item considéré. Il n'y a pas à interpréter : la simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelle que soit son éventuelle pré existence.

En pratique

Pour remplir la grille observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général. Chaque item coté « **oui** » est compté **un point**. La somme des items permet d'obtenir un **score total sur cinq**. Un score **supérieur ou égal à deux** doit faire instaurer une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score est **strictement inférieur à deux**.

Erreurs fréquemment rencontrées

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe comportemental et non pas sur sa simple présence :

L'item plainte orale coté « non » alors que le patient crie car le symptôme est attribué à démence ou parce qu'il est « habituel » par exemple.

Agrippement à la barrière de protection coté « non » parce que attribué à la peur de tomber.

Difficultés de repérage

-Agrippement doit être coté « **oui** » quel que soit le support d'agrippement : sur le patient lui-même, sur le soignant ou tout autre support.

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM :

Prénom :

Service :

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

		0	1	2	3
1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

		0	1	2	3
6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

		0	1	2	3
8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Échelle DOLOPLUS®

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (ex item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0. La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'écartier les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

LEXIQUE

PLAINTES SOMATIQUES

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

POSITIONS ANTALGIQUES

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

MIMIQUE

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

SOLLICITATION

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).

TOILETTE / HABILLAGE

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

MOUVEMENTS

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide.

COMMUNICATION

Verbale ou non verbale.

VIE SOCIALE

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

CONSEILS D'UTILISATION

1. L'UTILISATION NÉCESSITE UN APPRENTISSAGE

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2. COTER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PRÉFÉRENCE

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3. NE RIEN COTER EN CAS D'ITEM INADAPTÉ

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

4. LES COMPORTEMENTS PASSIFS

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs ; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5. LA COTATION D'UN ITEM ISOLÉ

N'a pas de sens ; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

6. NE PAS COMPARER LES SCORES DE PATIENTS DIFFÉRENTS

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7. ÉTABLIR UNE CINÉTIQUE DES SCORES

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8. EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À FAIRE UN TEST THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE ADAPTÉ

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9. L'ÉCHELLE COTE LA DOULEUR, ET NON LA DÉPRESSION, LA DÉPENDANCE OU LES FONCTIONS COGNITIVES

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10. NE PAS RECOURIR SYSTÉMATIQUEMENT À L'ÉCHELLE DOLOPLUS®

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

ABSTRACT

Tout au long de notre formation, nous avons été confrontés à des personnes en fin de vie. Certains ont pu pratiquer le toucher à visé de bien-être ; d'autres se sont sentis impuissants face à la douleur de ces personnes. A travers ce travail de recherche, nous avons souhaité explorer des pratiques que nous pourrions mettre en place sur notre rôle propre dans le but d'améliorer la qualité de fin de vie des patients. Ainsi, nous nous sommes demandés: "En quoi la relation soignant – soigné va-t-elle influencer la qualité du toucher exercé par l'infirmière, auprès des personnes en fin de vie, non communicante verbalement ?"

Nous avons par la suite émis des hypothèses résultant de nos observations sur le terrain :

- La relation soignant-soigné facilite la réalisation du toucher auprès de la personne en fin de vie,
- L'objectif de soin qui est mis derrière la pratique du toucher varie en fonction de chaque infirmière et de ses valeurs.

Nos observations ont été réalisées à la suite d'objectifs d'enquête en cohérence avec notre question de départ et le premier cadre théorique. A la suite de ces observations, nous avons pu dégager une question de recherche et deux hypothèses. Pour répondre à cette dernière, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de professionnels infirmiers.

Il en résulte que les infirmiers veillent à créer une atmosphère propice à la détente et au bien-être. Le toucher peut être utilisé pour entrer en relation ou répondre aux piliers des soins palliatifs. Les infirmiers considèrent donc le toucher relationnel, lorsqu'il est propice, comme un élément essentiel dans leur pratique dans le respect d'une juste distance professionnelle.

Mots clés : Bien-être / Fin de vie / Juste distance professionnelle / Relation soignant-soigné / Toucher relationnel.

267 Mots.

During our time in this program, we met a number of people approaching the end of their lives. Some of us were able to include therapeutic touch in our practice. Others felt helpless when faced with these people's pain. In this research paper, we explore various methods we could include in our nursing practice to improve the quality of life in patients receiving end-of-life care. We asked ourselves "How does the patient care provider relationship influence the quality of therapeutic touch practiced by the nurse on non-verbal people nearing end of life?"

We then came up with a hypotheses based on field observations we made:

- The quality of the patient/care provider relationship facilitates therapeutic touch on the person reaching end of life.
- The end goal behind practicing therapeutic touch changes depending on each nurse and their personal values.

Our observations were made after setting research goals based on a starting question and working with in our theoretical framework. Following these observations, we formulated a research question and two hypotheses. We then conducted semi-structured interviews with registered nurses.

Results showed that nurses aim to create a relaxing atmosphere promoting wellness. In that context, therapeutic touch can be used to connect with palliative care patients or to relieve discomfort and distress. In conclusion, nurses consider therapeutic touch, when suitable, as an essential tool in their nursing practice with respect for appropriate professional distance.

Keywords: Well-being / End of life / Appropriate professional distance / Patient-caregiver relation / Relation touch.

232 words.