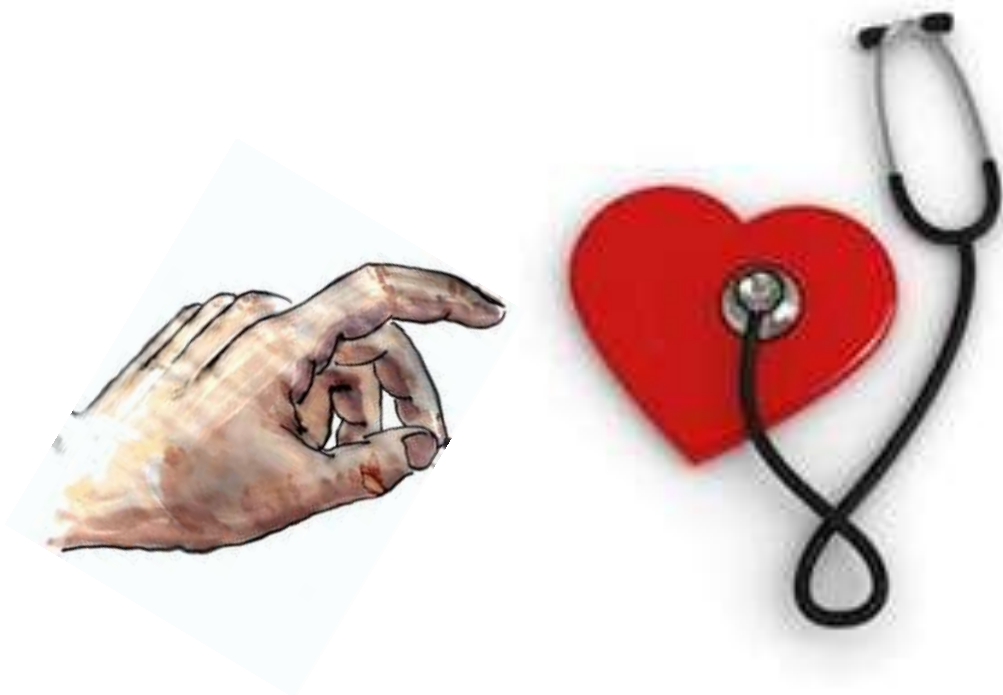


DEROY Romain

Promotion 2009 – 2012

Mai 2012

TOUCHER



au cœur de la profession

Ecrit : 21/30

Soutenance : 28/30

Institut Régional de Formation Sanitaire et Social – Croix-Rouge Française
Avenue Pierre de Coubertin, 62101 Calais Cedex

A. Introduction

- I. **Situation initiale expérientielle** p. 1
- II. **Questionnement** p. 2

B. Cadre conceptuel

- I. **Introduction** p. 3
- II. **L'équipe soignante**
 - 1. Définition de l'équipe soignante p. 4
 - 2. L'infirmier p. 4
 - a. Définition p. 4
 - b. Rôle p. 4
 - c. Législation p. 4
 - d. Profil p. 5
 - 3. L'aide-soignant p. 6
 - a. Définition p. 6
 - b. Rôle p. 6
 - c. Législation p. 6
 - d. Profil p. 6
- III. **La toilette**
 - 1. Définition et but du soin p. 7
 - 2. Déroulement p. 8
 - 3. Comportements pouvant perturber la relation entre soignant et soigné lors de la toilette p. 9
 - 4. Patient non infecté p. 10
 - a. Définition du patient p. 10
 - b. Les attentes du patient lors de la toilette p. 10
- IV. **Le port de gants**
 - 1. Définition p. 11
 - 2. Soins rendant obligatoires le port de gants p. 11
 - 3. Représentations du port de gants p. 12
 - a. Pour le soigné p. 12
 - b. Pour le soignant p. 12

V.	La relation soignant – soigné	
1.	Définition	p. 13
2.	Le principe/but de la relation soignant – soigné	p. 13
3.	Les différents moyens de communication pour rentrer en relation	p. 14
VI.	La toilette et la relation par le toucher	
1.	Définition du toucher	p. 14
2.	Le toucher au cœur des soins	p. 15
3.	Les meilleures conditions	p. 16
4.	Les formations sur les méthodes du toucher	p. 17
C.	<u>Conclusion du cadre conceptuel</u>	p. 19
D.	<u>Enquête sur le terrain</u>	p. 20
E.	<u>L'Analyse</u>	p. 21
F.	<u>Conclusion de l'analyse</u>	p. 38
G.	<u>Conclusion générale</u>	p. 39
H.	<u>Bibliographie</u>	
I.	<u>Annexes</u>	

ERRATUM

- Page 1, ligne 21 : à la place de « reprise » lire « **reprises** ».
- Page 4, ligne 11 : à la place de « malade » lire « **malades** ».
- Page 10, ligne 9 : à la place de « leur hospitalisation » lire « **leurs hospitalisations** ».
- Page 10, ligne 19 : à la place de « peut » lire « **peuvent** ».
- Page 11, ligne 14 : à la place de « la » lire « **le** ».
- Page 14, ligne 2 : à la place de « son d'autonomie » lire « **son autonomie** ».
- Page 14, ligne 4 : à la place de « verbal ou non-verbal » lire « **verbale ou non-verbale** ».
- Page 14, ligne 17 : à la place de « de » lire « **se** ».
- Page 15, ligne 6 : à la place de « verbal » lire « **verbale** ».
- Page 16, ligne 15 : à la place de « frome » lire « **forme** ».
- Page 20, ligne 19 : à la place de « fait » lire « **faits** ».
- Page 20, ligne 21 : à la place de « leur accord » lire « **leurs accords** ».
- Page 21, ligne 3 : à la place de « à » lire « **a** ».
- Page 24, ligne 20 : à la place de « développé » lire « **développée** ».
- Page 27, ligne 20 : à la place de « comporte » lire « **comportent** ».
- Page 28, ligne 20 : à la place de « privilégié » lire « **privilégiée** ».
- Page 30, ligne 8 : à la place de « centré » lire « **centrée** ».
- Page 34, ligne 8 : à la place de « non-verbal » lire « **non-verbale** ».
- Page 36, ligne 10 : à la place de « partis » lire « **partie** ».
- Page 38, ligne 19 : à la place de « l'entré » lire « **l'entrée** ».

I. Situation initiale expérientielle

Je suis en troisième année d'étude d'infirmier, nous sommes le 27 avril 2011, je suis en poste du matin de 6h30 à 14h15, deuxième jour de stage dans le service de Traumatologie Orthopédie. La situation se passe vers 10h00 dans la chambre d'une patiente.

Je suis avec l'infirmière du secteur dans une chambre d'un patient afin que celle-ci me montre comment effectuer une réfection de pansement et une ablation de Redon. Lorsque le soin est terminé, nous nous dirigeons vers la salle de soins pour noter dans le dossier du patient le soin réalisé. Je lui demande alors, quel soin je peux effectuer ce matin, celle-ci me répond d'aller aider les soignants dans leurs soins de nursing.

Arrivé devant la chambre, une aide-soignante en sort et je lui demande si elle a besoin d'aide pour terminer les toilettes, elle me répond que mon aide est la bienvenue et qu'elle a besoin de moi pour manipuler la patiente car celle-ci est confuse et a été opérée pour une pose de clou Gamma à gauche.

Lorsque j'arrive au lit de celle-ci, je constate que le matériel nécessaire a déjà été préparé pour effectuer la toilette et la réfection du lit. Pendant que je discute avec la patiente, l'aide-soignante se trouve dans la salle de bain en train de remplir la bassine d'eau chaude. Au bout de quelques secondes, elle arrive avec la bassine, et je constate qu'elle porte des gants à usage unique. Je lui demande ce qu'elle a déjà réalisé concernant la toilette sur la patiente, elle me répond qu'elle va juste commencer.

Tout au long du soin, je l'aide pour la toilette en mobilisant les membres et en essuyant la patiente. A plusieurs reprise, la patiente m'interpelle et me prend pour son fils :: « Sois gentil avec moi, tu me connais, tu sais que je n'ai jamais été méchante avec toi ». Une fois la toilette des membres inférieurs terminés, l'aide-soignante effectue la toilette intime et me demande d'essuyer la patiente pendant qu'elle va changer l'eau pour effectuer la toilette du dos et du siège. Je lave mes mains à la solution hydro-alcoolique, je mets mes gants et essuie la patiente. L'aide-soignante revient avec la bassine, et me montre la manipulation pour mobiliser la patiente. Je tourne la patiente vers moi et la maintiens le temps que l'aide-soignante effectue le reste de la toilette et place les draps pour la réfection de lit. Une fois terminé, nous installons confortablement la patiente avec toutes ses affaires à sa portée et quittons la chambre.

II. Questionnement

Après cette situation, plusieurs questions se sont posées.

- Pourquoi l'aide-soignante a-t-elle gardé ses gants tout au long du soin ?
- L'aide-soignante a-t-elle des lésions cutanées aux mains ?
- La patiente présentait-elle un risque infectieux ?
- L'aide-soignante met-elle un frein à la relation soignant/soigné ?
- La mise en place des gants pour la petite toilette pendant le soin est-elle une contrainte ?
- Le toucher ne favoriserait-il pas le lien/relation de confiance avec la patiente confuse ?

Après ce questionnement, une question principale en est sortie :

Selon les représentations des soignants et des soignés sur le port de gants, en quoi celui-ci peut-il être un obstacle à la relation soignant/soigné lors d'une toilette chez une patiente non infectée ?

I. Introduction

Le cadre conceptuel donne pour objectif de se questionner sur des expériences personnelles vécues au cours des trois années de formation en soins infirmiers. J'ai choisi cette situation, car ce type de situation est encore présent au sein de certaines structures.

Pour cela, ma recherche commencera dans un premier temps, par un rappel sur ce qu'est une équipe soignante. Je m'appuierais principalement sur les textes du Code de la Santé Publique et du site internet Légifrance. Dans un deuxième temps, par un rappel sur la toilette où je m'appuierais principalement sur les œuvres de DELOMEL M. et BRIZON H. Ensuite dans un troisième temps, par le port de gants en relation avec les ressources du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Et dans un quatrième temps par la relation soignant-soigné en m'appuyant sur l'œuvre de MANOUKIAN. A. Enfin, en cinquième temps la toilette et la relation par le toucher prenant comme référence l'œuvre de BONNETON-TABARIES F.

II. L'équipe soignante

1. Définition de l'équipe soignante

Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, l'équipe soignante est : « *Groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé et qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisé commun. Notes : Il s'agit de l'ensemble des soignants, notamment les médecins, les personnels issus des filières infirmière, de rééducation et médicotechnique.* »¹.

Une équipe soignante est un groupe de personne pouvant avoir des qualifications différentes et qui collabore pour réaliser un projet de soins communs. L'équipe se compose de médecin, d'infirmier, d'aide-soignant ayant la responsabilité de dispenser des soins à un groupe de malade, afin d'assurer le bon maintien de la vie.

2. L'infirmier

a. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Le terme infirmier doit être appliqué aux seules personnes qui dans un pays sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, les connaissances techniques, et le sens des responsabilités* »²

b. Rôle

D'après la conception de V. Henderson : « *Aider l'individu malade ou en santé au maintien et au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force et la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ses fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.* »³

c. Législation

Selon le code de la santé publique : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical,*

¹ AMIEC RECHERCHE, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, édition Masson, 2005, 3^{ème} édition, p.95

² Organisation Mondiale de la Santé (OMS), <http://www.who.int/fr>

³ SIEBERT C, *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*, édition Masson, 2009, Tome 3, p.23

ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »⁴

d. Profil

D'après G. LE BOTERF : « *La compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources. »⁵*

Selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, la formation infirmier demande aux étudiants de valider 10 compétences au cours de leur formation qui sont : « - 1. *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*

- 2. *Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers*
- 3. *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*
- 4. *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*
- 5. *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*
- 6. *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*
- 7. *Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*
- 8. *Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*
- 9. *Organiser et coordonner des interventions soignantes*
- 10. *Informier et former des professionnels et des personnes en formation »⁶*

L'infirmier est une personne qui dispense des soins sur prescription médicale en collaboration avec le médecin, qui prodigue des soins de son rôle propre, qui met en œuvre ses compétences acquises au cours de sa formation, théorique et pratique, afin d'en identifier les risques et les problèmes, et pose des diagnostics infirmiers. Il est la première personne au contact du patient, il fait le lien avec le médecin et permet de le diriger sur un diagnostic médical. Il rassure le patient sur ses interrogations et ses craintes, permet un soulagement physique et moral afin de favoriser une continuité de prise en soins optimale.

⁴ Code de la Santé Publique, Partie Législative, Quatrième partie, Livre III, Titre 1^{er}, Chapitre 1^{er}, Art.L.4311-1, <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁵ LE BOTERF G, *De quel concept avons-nous besoin ?* Dossier : les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres, n°41, 2002, p20

⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, Annexe II, Bulletin Officiel Santé <http://www.sante.gouv.fr> (Annexe n°2)

3. L'aide-soignant

a. Définition

Selon la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) : « *L'aide-soignant contribue à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, dans le secteur médical, social ou médico-social. Il veille, en cas de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage. Au sein de cette équipe, il dispense, en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, les soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.* »⁷

b. Rôle

Selon le référentiel de formation du diplôme professionnel Aide-soignant : « *L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.* »⁸

c. Législation

Selon le référentiel de formation du diplôme professionnel Aide-soignant : « *L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique.* »⁹

d. Profil

Selon l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié, relatif au diplôme professionnel Aide-soignant, la formation demande aux étudiants de valider 8 compétences au cours de leur formation qui sont :

⁷ Direction Générale de la Santé/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, août 2002, <http://www.sante.gouv.fr>

⁸ Référentiel de formation du diplôme professionnel Aide-soignant, Arrêté du 22 octobre 2005 modifié, Annexe I, <http://www.legifrance.gouv.fr> (Annexe n°3)

⁹ Loc. cit.

- « - 1. *Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie.*
- 2. *Apprécier l'état clinique d'une personne.*
- 3. *Réaliser des soins adaptés.*
- 4. *Utiliser des techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes.*
- 5. *Etablir une communication adaptée à la personne et son entourage.*
- 6. *Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.*
- 7. *Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.*
- 8. *Organiser son travail dans une équipe pluriprofessionnelle. »¹⁰*

L'aide-soignant est une personne qui dispense des soins du rôle propre de l'infirmier et sous la responsabilité de celui-ci. Il assure un rôle de maintien de la continuité de la vie et aide le patient dans sa diminution de l'autonomie, dans les actes de la vie quotidienne. Il donne une dimension relationnelle aux soins, dit de « nursing », et prévient les risques cutanés pouvant entraîner différentes lésions au niveau des téguments. Il fait partie des principaux intervenants, comme l'infirmier, au contact du patient tout au long de l'hospitalisation.

Après vous avoir détaillé ce qu'était l'équipe soignante, je vais maintenant vous définir la toilette, soin quotidien dans la prise en soins du patient et dans lequel le soignant rentre dans l'intimité de celui-ci.

III. La toilette

1. Définition et but du soin

D'après le livre, nouveaux cahiers de l'infirmière : « *La toilette est un soin du rôle propre infirmier qui consiste à obtenir ou maintenir la propreté du corps, à coiffer, raser, habiller le patient. Pour la personne dépendante, elle est souvent réalisée au lit.* »¹¹

Selon RIOUFOL M., le but de la toilette est de : « *Conserver la peau et les phanères en parfait état de propreté. La toilette permet de garder une peau saine, la protéger et prévenir les complications*

¹⁰ Ibid, Annexe V

¹¹PITARD L, *Nouveaux cahiers de l'infirmière, Symptômes et pratique infirmière : fiches de soins*, édition Masson, 2008, 2^{ème} édition, Tome 15, p.89

infectieuses, l'apparition de lésions cutanées (rougeurs, escarres...) ; elle procure détente et confort, et aide la personne à conserver une bonne image d'elle. »¹²

La toilette est un acte de la vie quotidienne qui permet un bon maintien de l'hygiène corporelle. Elle a pour but de surveiller l'état cutané du patient, de favoriser une bonne image de lui-même et qui lui procure un bien être psychologique et physique.

2. Déroulement

Pour un bon déroulement de la toilette, certains points sont à respecter. Selon le livre DPAS¹³ de BRIZON H., avant de commencer la toilette il faut une organisation du soin: *« une observation complète du patient avant de commencer le soin, listage du matériel nécessaire et suffisant à la réalisation du soin, préparation des plans de travail, évaluation de la charge de travail afin de déterminer si la présence d'une aide est nécessaire ou non, détermination du moment d'action en fonction des priorités du patient et du service. »¹⁴*

Selon BRIZON H. : *« L'ordre d'exécution de la toilette est déterminé par l'état de propreté du siège du patient :*

- *siège non souillé : ordre normal de déroulement.*
- *siège souillé : le soin commencera par la toilette anale, puis génitale. »¹⁵*

L'ordre normal du déroulement de la toilette est la suivante, selon BRIZON H. :

- « - 1. *La toilette du visage.*
- 2. *La toilette du thorax.*
- 3. *La toilette des cuisses, des jambes et des pieds.*
- 4. *La toilette du dos.*
- 5. *La toilette génitale.*
- 6. *La toilette anale.*
- 7. *La réfection du lit.*
- 8. *Les soins de bouche et/ou de dents et/ou de dentiers.*
- 9. *Les soins de phanères.*
- 10. *Le maquillage et le rasage.*
- 11. *La fin du soin : installer confortablement le patient. »¹⁶*

¹² ROUFIOL M, *Les règles d'ORR*, édition Masson, 2008, p.6

¹³ Lire pour tout le document : Diplôme Professionnel Aide-Soignant

¹⁴ BRIZON H, *DPAS : un an pour réussir sa formation*, édition Heures de France, 2004, p.308

¹⁵ Ibid, p.305

Pour le bon déroulement de la toilette, celle-ci doit tenir compte de certains paramètres, comme la priorité des soins dans le service, la disponibilité du personnel en cas d'aide pour le soin, de la disponibilité et les besoins du patient, mais aussi de son état psychologique. Elle doit tenir compte du bien-être du patient lors du déroulement normal de la toilette, comme la propreté du siège, des soins qui doivent lui être prodigués afin de le mobiliser au minimum, surtout si cela est douloureux. Durant notre formation, nous avons également appris que le port du gant était obligatoire lors de la petite toilette, ainsi que la mise en place d'une serviette de toilette pour le haut du corps, et une autre serviette pour le bas du corps. Durant la toilette, il est primordial d'utiliser tous les moyens mis en place pour la sécurité du patient et aussi les soins, afin d'éviter tous comportements dangereux. Dans ma situation, l'aide-soignante aurait peut-être du porter ses gants à usage unique lors de la petite toilette, et non durant tout le soin.

3. Comportements pouvant perturber la relation entre soignant et soigné lors de la toilette

Selon DELOMEL M. : « *Ramener les préoccupations soignantes au sujet des habitudes d'hygiène à une question secondaire n'est pas réduire la toilette à un soin banal et sans importance. Ce n'est pas non plus ignorer ou sous-estimer les cas pour lesquels ce soin peut-être perturbant. Mais ces drames ne peuvent être expliqués par la seule perte des habitudes. Ce sont le plus souvent des situations complexes qui associent traumatisme physique et affectif motivant l'hospitalisation, avec perte des repères dans un contexte de fragilité ou de troubles psychiques sérieux. La toilette agit dans ces conditions de grande vulnérabilité comme facteur déclenchant ou aggravant, réactivant des positions défensives et sécuritaires.* »¹⁷

Puis elle poursuit avec le problème de la pudeur : « *Les élèves infirmières, infirmiers ou aides-soignant(e)s, avant toute confrontation à la réalité des soins, pensent d'abord à ce problème, imaginant qu'il est prépondérant lors des toilettes ; selon eux, c'est ce qui va être le plus difficile pour les malades : accepter de se montrer nus devant les soignants. Leur argumentation fait état d'une épreuve qui peut aller de la simple gêne de la personne à un sentiment de honte pénible, voire à des réactions violentes de certaines personnes (âgées le plus souvent) voulant résister à tout prix à la mise à nu qu'impose la toilette.* »¹⁸

Et développe le problème de l'apudeur : « *Et si des signes d'apudeur peuvent se constater dans toutes les situations de soins avec des personnes conscientes, la toilette leur donne un sens particulier — peut-être*

¹⁶ Ibid, p.305 à 306

¹⁷ DELOMEL M., *La toilette dévoilée*, édition Seli Arslan, 2008, 5^{ème} tirage, p.38 à p.39

¹⁸ Ibid, p.41

parce que ces attitudes dépassent alors la limite de la décence attendue implicitement au moment du corps à corps de la toilette qui se joue en marge de la technicité médicale impliquée dans les nombreuses interventions à visée thérapeutique. Dans cette relation éprouvante, parce qu'elle oblige à transgresser les interdits de voir et de toucher, l'apudéur ne peut pas se voir ni être reconnue. Signe d'une perte de contrôle de soi et d'abandon à notre « animalité », elle suscite chez les soignants un malaise indicible. »¹⁹

Dans ce recueil, DELOMEL M. met en avant les comportements pouvant mettre un frein au bon déroulement de la toilette. En effet, il nous est déjà arrivé tout au long de la formation d'être confronté à des comportements nous mettant mal à l'aise et perturbant la pérennité du soin. Au début de leur hospitalisation, il n'est souvent pas rare de rencontrer des patients éprouvant des difficultés à se montrer nus devant les soignants, et essayant tant bien que mal d'éviter notre intrusion dans leur intimité même s'il leur est impossible pour eux d'effectuer la petite toilette. Il leur est encore plus difficile mais aussi pour les étudiants, lorsque le patient est du même âge, plus jeune ou de sexe opposé, et surtout si ce sont des personnes âgées, témoignant au cours de mes stages que « *cela ne se faisait pas à leur époque* ». A l'inverse, dans le cas où le patient est apudéur, c'est le soignant qui est le plus mal à l'aise dans le soin. C'est surtout au sein des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, que certains comportements sont à témoigner. En effet, la perte des habitudes, des repères, ou de troubles psychiques engendrent des comportements à risques au cours des soins, et peut mettre en difficulté le soignant.

4. Patient non-infecté

a. Définition du patient

Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, le patient ou personne soignée est : « *Personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins. Notes : 1. Dans la pratique et la littérature infirmières on trouve, avec des significations voisines, des termes tels que malade, patient, client, usager, bénéficiaire. - 2. Cette expression est préférée depuis que, s'est développée à partir de 1970, une approche humaniste des soins infirmiers qui considère les besoins de l'individu malade dans son histoire et son environnement et non pas exclusivement sa maladie.* »²⁰

b. Les attentes du patient lors de la toilette

¹⁹ Ibid, p.62

²⁰ AMIEC RECHERCHE, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, édition Masson, 2005, 3^{ème} édition

Selon DELOMEL M. : « *La relation institutionnelle de toilette est propice à l'émission de propos où la personne soignée parle d'elle-même à la première personne. L'institution de soins aurait tout intérêt à reconnaître le « sujet » qui parle à travers « je ». D'une part on peut penser, en première hypothèse, que la reconnaissance de la prise de parole du soigné comme initiative et action pourrait être porteuse de changement et de transformation de l'institution, permettant de mieux répondre aux attentes des soignés. D'autre part, en deuxième hypothèses, cette initiative prise par la personne soignée signe son implication en tant qu'être de désir dans le processus de soin et de réparation du moi et du soi, bouleversés par un traumatisme, une maladie, le vieillissement ou un handicap chronique. Le postulat sous-jacent à ces deux approches positives est que l'action initiée par « je » est source de vie, donc de santé.* »²¹

Le patient est donc une personne ayant un problème de santé, l'équipe soignante le prend en soin afin de l'aider dans sa perte d'autonomie et ses problèmes médicaux afin d'améliorer son état de santé. Il ne faut pas perdre de vue que le patient est une personne, et qu'il attend de l'équipe soignante qu'on le considère comme tel. Que celle-ci prenne en compte ses envies, ses besoins, et non qu'on la considère comme un objet, ou au dire des patients « comme cobaye », auquel on prodigue des soins.

Après la présentation d'un patient non-affecté, nous allons aborder le port de gants dans les soins, souvent considéré par les patients comme une barrière contre les infections.

IV. Le port de gants

1. Définition

Selon le C.CLIN²² Paris-Nord : « *Gant non stérile à usage unique, industriellement propre, réservé aux soins nécessitant une barrière de protection.* »²³

2. Soins rendant obligatoires le port de gants

Selon le C.CLIN Paris-Nord : « *Si risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqure (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la*

²¹ DELOMEL M., La toilette dévoilée, édition Seli Arslan, 2008, 5^{ème} tirage, p.161

²² Lire pour tout le document : Centre des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

²³ C.CLIN Paris-Nord, Normes consensuelles en Hygiène hospitalière et en pratiques de soins, Les gants à l'hôpital un choix éclairé, octobre 1998, p.40, <http://www.cclinparisnord.org> (Annexe n°4)

manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés... », mais également : « Lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions. »²⁴

3. Représentations du port de gants

a. Pour le soigné

Selon le C.CLIN Paris-Nord : *« Il faut protéger le patient essentiellement contre la flore microbienne des autres personnes en cas de patient immunodéprimé, malades transplantés, brûlés, isolement septique, ou présence d'un autre patient en isolement septique. »²⁵*

b. Pour le soignant

Selon le C.CLIN Paris-Nord : *« Pour le personnel il s'agit avant tout d'une protection, contre le risque infectieux (sang, liquides biologiques, contact direct avec le patient colonisé à germe multi-résistant ou infecté), risque chimique (Chimiothérapie et anticancéreux, produits de nettoyage), et risque physique (chaleur, manipulation des radioéléments, travail sous rayonnement, coupure). »²⁶*

Le port de gants est donc un moyen de protection contre les germes manuportés afin d'éviter les risques d'infections nosocomiales, durant les séjours d'hospitalisation des patients. Ils protègent aussi bien les soignants, que les patients, surtout lors de la mise en place d'isolement qu'il soit protecteur (patient immunodéprimé), ou septique (patient infecté), afin d'éviter la transmission entre les patients. Il est impératif de porter des gants pour tous soins à risques de contact avec des liquides biologiques (urines, sang, lymphe...), lors de la toilette, des changes. Ceux-ci permettent également de réduire la transmission de virus comme le SIDA²⁷, les bactéries comme les BMR²⁸, les hépatites ou lors d'AES²⁹. Le soignant doit également porter des gants à usage unique lorsque les mains de celui-ci comportent des lésions. Il ne faut pas oublier, que le lavage des mains est indispensable avant et après le port de gants. A défaut, des solutions hydro-alcooliques sont mises à dispositions afin de réduire les allers-retours au lavabo, mais ces solutions sont préconisées seulement si les mains du soignant sont visuellement propres.

²⁴ Ibid, p.42 (Annexe n°4)

²⁵ Ibid, p.16 (Annexe n°4)

²⁶ Ibid, p.17 (Annexe n°4)

²⁷ Pour SIDA, lire Syndrome d'Immunodéficience Acquise

²⁸ Pour BMR, lire Bactéries Multi Résistantes

²⁹ Pour AES, lire Accident d'Exposition au Sang

Après la présentation du port de gants et ses attributs, je vais vous présenter la relation soignant-soigné, relation que nous rencontrons et entretenons entre le patient et le soignant lors des différents soins.

V. La relation soignant – soigné

1. Définition

Selon le dictionnaire des soins infirmiers : « *Interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient.* »³⁰

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : « *Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ; une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ; un minimum de disponibilité.* »³¹

La relation soignant-soigné est une communication établie entre le patient et le soignant lors de situation de soins. Il existe différentes relations soignant-soigné, comme dominant/dominé où le patient est coopérant et le soignant directif, ou égal à égal où le soignant et le patient sont au même niveau. Enfin plus rarement dominé/dominant où le soignant est dominé par le patient.

2. Le principe/but de la relation soignant – soigné

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : « *Elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions.* »³²

D'après MANOUKIAN A. : « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant/soigné.* »³³

³⁰ AMIEC RECHERCHE, *Dictionnaire des soins infirmiers, groupe infirmier de recherche*, édition Masson, 2000, 2^{ème} édition, p.260

³¹ POTIER M., *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, édition Lamarre, 2002, p.281

³² Loc. cit.

³³ MANOUKIAN A., *La relation soignant-soigné*, édition Lamarre, 2008, 3^{ème} édition, p.8

Le but ou principe de cette relation est de permettre un lien unique, un échange d'informations entre le patient et le soignant afin de le suppléer dans son d'autonomie. De percevoir et d'analyser des problèmes et besoins que le patient pourrait transmettre lors des soins de façon verbal ou non-verbal.

Dans ma situation, j'aurais sûrement du rassurer la patiente pour qu'elle ne se sente pas agressée.

3. Les différents moyens de communication pour rentrer en relation

D'après MANOUKIAN A. : *« Ainsi nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci utilisent différents supports, tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce qu'on appelle les « accessoires ». Est inclus dans ce terme tout ce qui participe à la relation comme la tenue vestimentaire (uniforme, vêtement civil ou chemise d'hôpital) et les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre, mais aussi bassin, urinoir, etc.). Chacun de tous ces éléments apporte une information à parti de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. »*³⁴

Pour rentrer en relation, il est donc impératif pour le soignant de tenir compte que chaque personne est différente. Il est donc nécessaire pour le soignant de connaître ses patients, de savoir les écouter et les observer, tout en restant impartial, d'avoir une posture, des gestes et des mimiques adéquates, afin que ceux-ci de sentent écoutés, ce qui contribuera à une meilleure prise en soin.

Je vais maintenant vous présenter la relation par le toucher, qui est la dernière partie de mon cadre conceptuel, c'est une communication essentielle lors des soins qui favorise la relation soignant-soigné.

VI. La toilette et la relation par le toucher

1. Définition du toucher

Selon DEFRESNE C. : *« Le toucher est l'un de nos cinq sens, il est associé à l'un des organes les plus importants du corps humain : la peau. Issue de l'ectoderme, premier tissu embryologique à se développer, la*

³⁴ Loc. cit.

peau est le premier-né de nos organes au même titre que les ongles, les cheveux, les dents, les organes sensoriels et le système nerveux. C'est aussi notre premier mode de communication. »³⁵

Lors des soins, nous sommes amenés à toucher le patient. Nous pouvons ainsi constater si le patient à chaud ou froid, s'il est crispé ou détendu. D'ailleurs, il est possible qu'il ait aussi ces sensations à notre rencontre. Avant d'effectuer un quelconque toucher, il faut d'abord établir une communication verbale, si cela est possible, et/ou une relation de confiance, afin d'en expliquer les gestes avec leurs bénéfices que cela pourraient engendrer.

Dans ma situation, j'aurais peut-être dû prendre la main de la patiente et lui parler calmement, tout en lui expliquant le but du soin.

2. Le toucher au cœur des soins

Selon BENNETON-TABARIES F., il existe différents types de toucher lors des soins :

- Le toucher technique : « *Il caractérise les soins usuels : prise de signes vitaux, pansements, prélèvements, etc. Ce type de toucher, souvent rapides et techniques, requiert un certain doigté. Appris durant les études en soins infirmiers et surtout pendant les stages, ils s'adressent généralement à des zones bien définies du corps, nécessitant dans certains cas une installation précise du malade et du soignant.* »³⁶

- Le toucher relationnel : « *C'est le toucher effectué pendant un soin lorsque, en plus de la technicité, il nous implique par notre toucher et notre attitude dans une relation avec le patient. Il est important dans la relation soignant-soigné, surtout quand la situation n'est pas facile car désobligeante ou stressante pour le patient.* »³⁷

- Le toucher déshumanisé et déshumanisant : « *Désigne tous les gestes utiles, quotidiens et répétitifs, de plus en plus mécaniques, de moins en moins sentis, où la relation au malade, comme d'ailleurs celle du patient au soignant, devient utilitaire ou utilitariste, sans âme et sans humanité.* »³⁸

- Le toucher communication : « *Comprend les mots, mais aussi le ton, les intonations de voix, les rires, les soupirs, etc. A travers elle, nous nous adressons aux patients directement, mais aussi indirectement.* »³⁹

³⁵ DEFRESNE C., *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI, édition Mallet Conseil, 2009, p.286

³⁶ BONNETON-TABARIES F., *Le toucher dans la relation soignant/soigné*, édition Med-Line, 2^{ème} édition, 2009, p.75 à 76.

³⁷ Ibid, p.83

³⁸ Ibid, p.87

³⁹ Ibid, p.39

- Le toucher communication non-verbal : « En réalité la plus présente dans les relations interpersonnelles, comprend le regard, l'expression du visage, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps et tous les contacts physiques en général. »⁴⁰

- Le toucher thérapeutique (ou toucher-massage) : « Est un prolongement, une suite naturelle du toucher et n'a pas la même finalité que le massage kinésithérapique. Même s'il est thérapeutique, dans la mesure où il apporte un soulagement et où, comme tout massage, il fait naître des réactions physiologiques bénéfiques au patients, il apporte avant tout une détente, un réconfort. Il a d'abord pour but de nouer ou renouer un lien fort avec la personne souffrante en lui montrant sa présence. »⁴¹

Le toucher se manifeste de différentes manières. En effet, selon le soin celui-ci sera adapté et différent. Il pourra être considéré pour le patient comme relaxant, de bien-être ou à l'inverse, intrusif, désagréable. Mais il est important de garder à l'esprit que le toucher est un moyen de communication pour entrer en relation et instaurer une relation de confiance. Il faut ainsi éviter par la quotidienneté des soins, que celui-ci devient mécanique et désagréable pour le patient. Cela pourrait engendrer une perte de la relation soignant-soigné qui prendrait la forme d'un mutisme, une excitabilité ou une agitation du patient.

3. Les meilleures conditions

Selon BONNETON-TABARIES F., il faut respecter plusieurs conditions pour que le patient éprouve un bien-être lors du toucher :

« Selon les personnes qui vous sont confiées, vous privilégiez certaines zones plus accessibles ou plus classiques, en respectant leur état, leurs réticences et leur pudeur. »⁴²

Et aussi : « vous devez l'effectuer dans le calme, en dehors du bruit, en évitant les températures extrêmes qui mettraient le patient dans une situation d'inconfort. »⁴³

Mais également : « vous devez donc vous assurer que vous êtes assez disponible, que vous avez le temps, et de la même façon vérifier la disponibilité physique et psychique de votre patient. Veillez aussi à l'installation des participants. »⁴⁴

Ainsi que : « vous-même, ainsi que votre patient, devez être dans une bonne position en vue d'un certain confort. »⁴⁵

⁴⁰ Loc. cit

⁴¹ Ibid, p.105

⁴² Ibid, p.117

⁴³ Ibid, p.118

⁴⁴ Loc. cit.

⁴⁵ Loc. cit.

Et enfin : « faites attention à la pression et à la chaleur de vos mains. »⁴⁶

Le toucher apporte beaucoup de bénéfices au patient, tant au niveau physiologique qu'au niveau psychologique. Il permet d'entrer plus facilement en communication et de favoriser ainsi la relation soignant-soigné. Il permet également de montrer à la personne qu'on n'est pas indifférent, et qu'on la considère comme une personne ayant besoin de l'attention. Ce qui peut l'amener à une meilleure communication, transmission de ses craintes, ses doutes, ses besoins, et ainsi de pouvoir mobiliser les moyens nécessaires pour une prise en soin pluridisciplinaire.

Il ne faut pas oublier de prendre en considération la disponibilité du patient. Si celui-ci est favorable à ce moment privilégié, si d'autres paramètres ne rentrent pas en compte, comme l'environnement (température de la pièce, bruits dans le couloir), et la bonne installation du patient.

4. Les formations sur les méthodes du toucher

Selon BENNETON-TABARIES F. : « Actuellement diverses formations se mettent en place, souvent à la demande des soignants, il faut savoir que le toucher massage ne nécessite en fait aucune formation médicale spécifique pour être réalisé. »⁴⁷

Ensuite, elle précise les bienfaits du toucher-massage sur les patients : « En agissant localement sur les tensions qu'il vise à diminuer, en instaurant une relation nouvelle entre le soignant et le soigné, il agit sur l'ensemble de la personne, qui ressent alors un apaisement, un regain d'énergie, voire une envie plus forte de guérir. »⁴⁸

Et exprime les bienfaits pour le soignant : « En massant, nous pouvons nous apaiser, nous détendre et vivre quelques instants le vrai plaisir d'un partage gratuit et réconfortant. »⁴⁹

Il existe divers organismes de formations qui permettent aux soignants d'apprendre à maîtriser le toucher-massage. Le plus connu est celui de Gineste-Marescotti qui enseigne des techniques de massages à intégrer au cours des soins. A ce jour, le toucher relationnel, n'est pas encore bien intégré dans les structures souvent, par manque de temps, de personnel qualifié. Comme nous avons pu le voir, il n'est pas forcément nécessaire d'avoir

⁴⁶ Loc. cit.

⁴⁷ Ibid, p.105

⁴⁸ Ibid, p.107

⁴⁹ Ibid, p.111

fait une formation sur le toucher-massage pour effectuer un toucher relationnel, le tout étant de prendre le temps lors des soins et surtout lors de la toilette, d'effectuer des effleurages qui favoriseront la relaxation.

CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la relation entre le patient et le soignant et ainsi, de modifier mes gestes, mes postures, mes attitudes lors des soins et d'avoir une meilleure communication. Le cadre conceptuel m'a également aidé à connaître les bienfaits du toucher lors des soins, et d'en connaître les méthodes à intégrer au cours des soins de nursing.

Suite au cadre conceptuel, je me suis posé des questions vis-à-vis des patients et des soignants. Je voulais savoir comment était perçu le toucher dans la relation soignant-soigné lors des soins, quels étaient les facteurs qui pourraient perturber la relation soignant-soigné, et enfin, savoir si le personnel soignant était formé sur des méthodes de toucher.

Après ce questionnement, cette recherche m'amène à émettre des hypothèses :

- Le personnel soignant ne veut pas entrer dans une relation soignant-soigné, afin de se protéger et d'éviter un attachement émotionnel.
- Le personnel soignant n'est pas suffisamment formé pour permettre une relation plus engagée par le toucher lors de la toilette.

Suite à ces hypothèses, la question de recherche sur le terrain est :

Selon les représentations des soignants et des soignés sur le port de gants, en quoi celui-ci peut-il être un obstacle à la relation soignant-soigné, lors d'une toilette chez une patiente non infectée ?

1. Choix de l'outil d'investigation et de la population

Afin de pouvoir répondre à ma question de départ, j'ai choisi d'utiliser des entretiens pour réaliser mon enquête. Ce choix permet d'avoir l'interlocuteur en face et de pouvoir intervenir, de reformuler les questions et de diriger les réponses sur notre réelle demande.

Pour mes entretiens j'ai choisi d'interroger quatre infirmiers, deux aides-soignantes et deux patients. Un infirmier et une aide-soignante ont été interrogés dans un service d'USLD⁵⁰, un infirmier dans un service d'EHPAD⁵¹, et deux infirmiers et une aide-soignante dans un service de soins à domicile. L'ensemble de mes entretiens se sont déroulés dans les services précédents, sur le poste de travail et après accord de la cadre. Les patients interrogés sont des personnes qui dépendent des soins à domicile et dont les entretiens se sont déroulés chez eux, après leur accord.

2. Déroulement des entretiens

Pour pouvoir réaliser ces entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien avec seize questions que j'ai fait valider par ma formatrice. Suite à cela, j'ai envoyé une lettre avec une demande d'autorisation à la cadre supérieure de l'EHPAD (annexe n°1). Je l'ai contactée par téléphone afin d'avoir une réponse positive. Pour le service de soins à domicile, j'ai contacté par téléphone la cadre du service qui m'a donnée rendez-vous afin de connaître mon guide d'entretien et choisir les personnes qui pourraient y répondre. Pour l'ensemble de mes entretiens, les rendez-vous se sont rapidement fait, je n'ai pas rencontré de difficultés.

Les entretiens ont une durée moyenne de quinze minutes. Ils ont été enregistrés avec leur accord. Tous les entretiens se sont déroulés normalement, suite aux différents rendez-vous prient avec les cadres des services respectifs. L'ensemble des soignants interrogés semblait très intéressé par le sujet de ma recherche, et cela s'est ressenti lors des entretiens.

Une fois ceux-ci terminés, je les ai retranscrits sur ordinateur, puis afin de pouvoir les analyser, je les ai relus et j'ai fait ressortir l'essentiel des réponses dans un tableau.

⁵⁰ Pour USLD lire Unité de Soins de Longue Durée

⁵¹ Pour EHPAD lire Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

1. Depuis quand exercez-vous ? Date du diplôme d'Etat ? Vous êtes un homme, une femme, quel est votre âge ?

Objectif : Cette question à pour but de confronter des expériences et des prises en soins différentes entre des infirmiers et des aides-soignants, jeunes diplômés ou travaillant depuis peu, et des soignants travaillant depuis longtemps. Il s'agit également de confronter les représentations du côté des patients sur la profession des soignants.

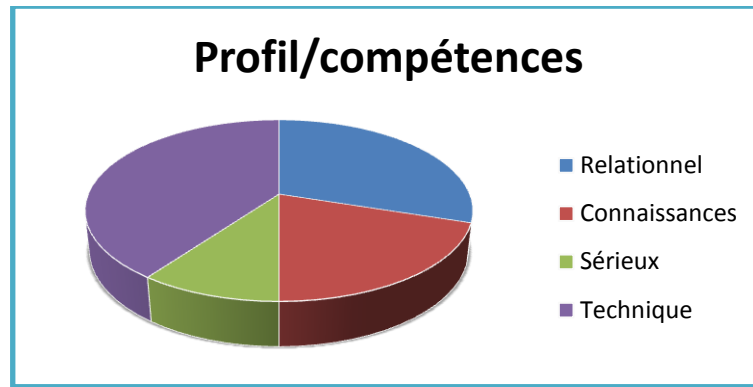
	Structure	Exercice de la profession	Sexe, âge
IDE 1	USLD	Décembre 2009	
IDE 2	Soins à domicile	2003, 9 ans	
IDE 3	Soins à domicile	Octobre 2010	
IDE 4	EHPAD	Mai 2011	
AS 1	USLD	Janvier 2008, 4 ans	
AS 2	Soins à domicile	Janvier 2011	
Patient 1	Prise en soins à domicile		Homme, 74 ans
Patient 2	Prise en soins à domicile		Femme, 78 ans

Parmi les soignants interrogés, j'ai choisi 3 structures différentes, afin de confronter les prises en soins, les méthodes de chacun.

J'ai également choisi d'interroger des patients avec une prise en soins à domicile afin de connaître leur regard sur la profession, les soins et la prise en soin.

2. Selon vous quel profil/compétences doit avoir un infirmier ?

Objectif : Cette question a pour objectif de déterminer les compétences que les infirmiers doivent avoir acquis au cours de leur formation et de leurs expériences. Et du côté patient, de connaître leur représentation concernant cette profession.



- 2 infirmiers sur 6 disent que les connaissances et la technicité sont importantes pour la prise en soins dans la profession infirmier.
- L'ensemble des patients déclare que la technicité est la principale compétence de la profession infirmier.
- 3 infirmiers sur 6 disent que l'humanité dans les soins est importante dans la profession d'infirmier.
- Seulement 1 infirmier affirme qu'il faut être sérieux pour exercer la profession d'infirmier.

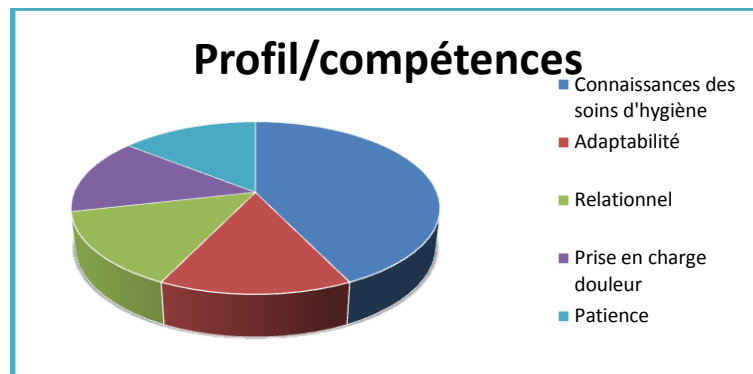
Dans cette question la technicité, c'est-à-dire, dextérité, pansements, injection... est mise en avant, par les soignants mais également par les patients. C'est l'un des aspects de la profession. Un soignant parle des compétences infirmiers et déclare « *on en acquière encore aujourd'hui sur le terrain* ». Cela montre que durant notre formation, nous apprenons les bases du métier et que ceux-ci s'améliorent et s'acquièrent, avec l'expérience.

D'autres professionnels parlent également du côté humaniste, c'est-à-dire l'aspect relationnel, par l'écoute et l'attention. Un autre déclare « *il faut travailler comme si c'était quelqu'un de sa famille* », cela montre l'importance du relationnel dans les soins et dans la profession.

Dans mon cadre conceptuel, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, met en avant la compétence 4 qui est de mettre en œuvre des actions à visée diagnostics et thérapeutique, et la compétence 6, qui est de communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.

3. Selon vous, quel profil/compétences doit avoir un aide-soignant ?

Objectif: Cette question a pour objectif de déterminer les compétences que les aides-soignants doivent avoir acquis au cours de leur formation et de leurs expériences, et du côté patient d'en connaître leur représentation sur cette profession.



- Seulement 1 aide-soignante affirme qu'il faut des connaissances en soins d'hygiène, une facilité d'adaptation, du relationnel et une connaissance sur la douleur pour exercer la profession d'aide-soignant.
- L'ensemble des patients déclare que les aides-soignants sont une aide pour les soins d'hygiène.
- 1 aide soignante affirme uniquement qu'il faut avoir de la patience.

Les soins d'hygiène sont souvent mis en avant dans les réponses des personnes interrogées. En effet, cela est un des aspects majeurs de la profession, mais une aide-soignante déclare d'autres aspects comme « *tout ce qui est écoute, prise en charge de la douleur, pouvoir s'adapter aux différents patients* ». Il ne faut donc pas négliger lors des soins, l'évaluation de la douleur car c'est souvent pendant ce soin où la mobilisation du patient est accentuée, et le moment où l'évaluation sera la plus juste.

Dans mon cadre conceptuel, l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié, relatif au diplôme professionnel Aide-soignant, met en avant la compétence 1, qui est d'accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie, et la compétence 2, qui est d'apprécier l'état clinique d'une personne.

4. Pouvez-vous me définir la toilette ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître les modalités de la mise en pratique d'une toilette et, d'en déterminer les objectifs premiers de ce soin.

- L'ensemble des personnes interrogées, déclare que la toilette est un soin d'hygiène visant à apporter un état de propreté cutané.

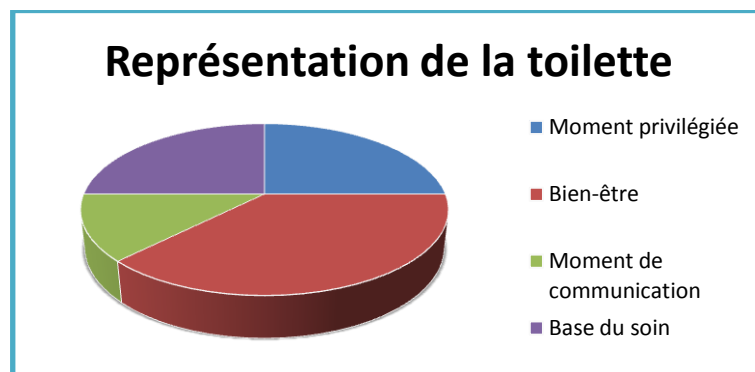
- 3 soignants sur 6 déclarent que la toilette est un soin visant à amener un état de bien-être et de confort pour la personne.
- Seul 1 aide-soignante déclare que la toilette est un soin qui permet de communiquer différemment.
- 1 patient et 1 soignant déclarent que c'est une aide dans l'autonomie.

Toutes les personnes interrogées affirment que la toilette est un soin visant à garder la propreté cutané de la personne.

Par rapport au cadre conceptuel, la majorité des réponses montre bien que la toilette est un soin de propreté du corps, et vise à suppléer la personne dans son autonomie.

5. Pour vous, que représente la toilette dans la prise en soin du patient ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître la place de ce soin dans la prise en soin de la personne.



- 3 soignants sur 6 déclarent que la toilette est un soin de bien-être.
- 2 soignants sur 6 déclarent que la toilette est un moment privilégié pour entrer en relation.
- 2 soignants sur 6 déclarent que la toilette est la base du soin, c'est-à-dire de la prise en soin du patient.

Dans les personnes interrogées, ce sont les infirmiers qui affirment que la toilette est un soin de bien-être. A l'inverse, ce sont les aides-soignantes qui affirment que ce soin permet un moment privilégié avec le patient. Une représentation que je n'ai pas développée dans le cadre conceptuel.

Un infirmier dit « *c'est un soin de base, super important, la première chose qu'on apporte au patient, c'est un soin quotidien* », ce qui montre que la toilette est la première des prises en soins, celle qui va nous guider dans l'évaluation et l'amélioration de l'état de santé du patient.

6. La toilette est effectuée par qui, et comment se déroule le soin ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître le déroulement des soins des patients par ordre de priorité.

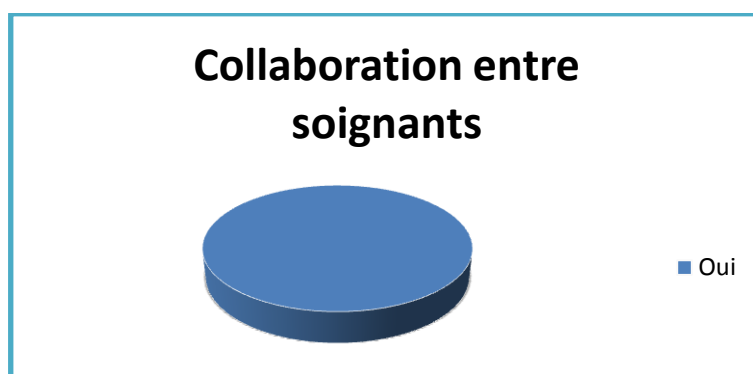
- **L'ensemble des patients avoue que c'est l'aide-soignante qui effectue la toilette.**
- **1 patient déclare que la toilette intime se fait au lit, puis le reste de la toilette au lavabo.**

Les patients interrogés affirment que c'est l'aide-soignante qui effectue la toilette quotidiennement. Comme j'ai pu le développer dans mon cadre, l'aide-soignante exerce son activité dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, cela montre bien que les soins de nursing son propre à l'infirmier, mais que les patients n'ont pas connaissance de cette aspect de la profession.

Dans mon cadre, selon BRIZON H. et comme le dit la patiente interrogée, l'aide-soignante exécute la toilette par le siège. Elle commence par l'ordre où le siège est souillé.

7. Lors de la toilette collaborez-vous avec l'aide-soignant/infirmier ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si l'infirmier exécute la toilette dans le cadre de son rôle propre et si, une prise en soin pluridisciplinaire se fait entre les soignants.



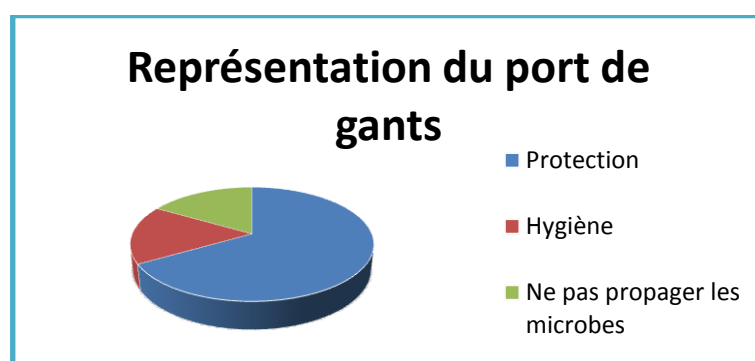
- 3 infirmiers sur 4 avouent effectuer une ou plusieurs toilettes sur leur poste de travail.
- 1 infirmier sur 4 prétend qu'il n'en fait jamais, sauf exception.
- L'ensemble des infirmiers déclare qu'une collaboration avec l'aide-soignant se fait régulièrement, lors de la toilette lorsqu'il y a d'autres soins.
- L'ensemble des aides-soignantes déclare collaborer avec l'infirmier lors de la toilette lorsque qu'il y a des soins.

L'ensemble des soignants interrogés affirme qu'ils collaborent entre eux. Comme j'ai pu le développer dans le cadre conceptuel, cette collaboration permet donc la mise en place d'un projet de soins individualisé ainsi qu'une prise en soin optimale.

Il est important lors de la toilette ou autres soins, qu'il y ait une collaboration entre les soignants, comme le dit une aide-soignante « *L'infirmier va voir des choses que l'aide-soignant ne va pas voir et inversement* ».

8. Quelles sont pour vous, les représentations du port de gants ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si les patients connaissent l'intérêt du port du gant à usage unique et de mobiliser les connaissances des soignants, sur l'intérêt du port de gants.



- L'ensemble des personnes interrogées affirme que le port de gants a pour but de protéger.
- 2 soignants sur 6, ajoutent que le port de gants évite de propager les microbes.

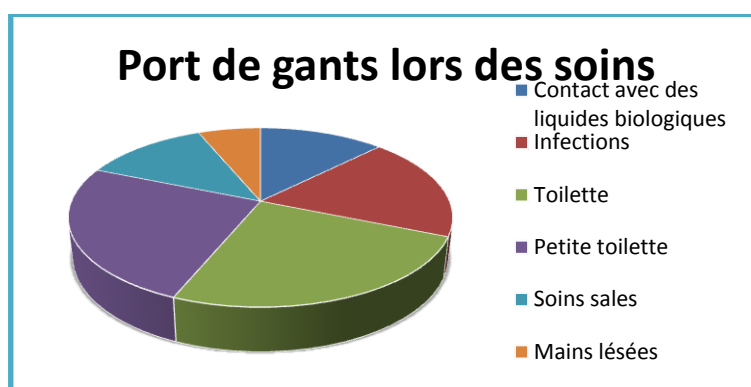
Les personnes interrogées mettent en avant que le port de gants a pour but de protéger, comme j'ai pu le développer dans mon cadre conceptuel d'après le C.CLIN.

Un patient ajoute que le port de gants est une « *protection pour les microbes, pour elle comme pour moi* », ce qui montre que les soignants expliquent aux patients l'intérêt de mettre des gants lors de soins.

Une aide-soignante dit « *une protection pour nous, en tant que soignant et pour les soignants* ».

9. Lors de quels soins portez-vous des gants ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si les soignants utilisent les gants à usage unique à bon escient, lors de soins à risques.



- 4 soignants sur 6 disent porter des gants à usage unique lors de la petite toilette et lors des changes.
- 4 soignants sur 6 avouent porter des gants à usage unique pour toute la toilette.
- 2 soignants sur 6 disent qu'ils portent des gants à usage unique pour tous les soins où il y a un contact avec des liquides biologiques.
- 3 infirmiers disent qu'ils portent des gants à usage unique lors des soins où il y a un risque de transmissions d'infections.
- Seul un infirmier déclare porter des gants à usage unique lorsque les mains du soignant comportent des lésions.

Comme le mentionne les soignants interrogés, le port de gants doit être mis lors de la petite toilette, des soins en contact avec des liquides biologiques, de risque infectieux et lorsque les mains du soignant comporte des lésions, comme je l'ai développé dans mon cadre conceptuel et comme le précise le C.CLIN.

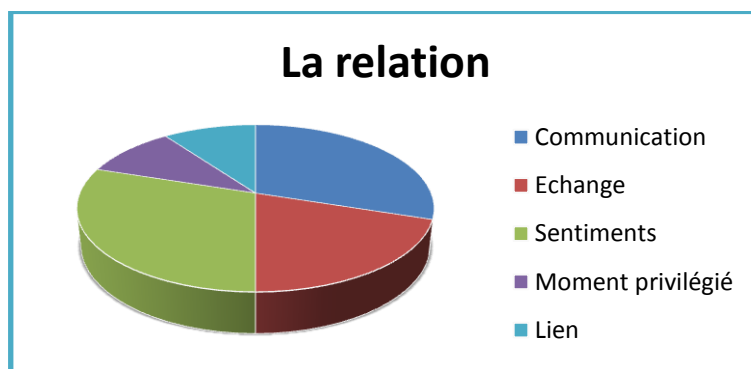
Par ailleurs, certains soignants avouent porter des gants pour toute la toilette, comme le dit un infirmier « *Même si il y a contact avec une peau saine, je préfère porter des gants* ». D'autres

disent qu'ils n'en portent pas lors de certains soins comme les prises de sang, insulinothérapie. Comme le dit un infirmier « *les soins plus courant, on n'en met moins souvent* ». Les mêmes infirmiers qui prétendent ne pas mettre de gants à usage unique, répondent lors de la précédente question que les gants à usage unique sont « *une protection maximum contre le risque de se piquer* ».

Il y a donc un constat controversé quant au port de gants à usage unique, entre les informations du C.CLIN et la réalité en pratique sur le terrain, et comme le dit un infirmier « *Chacun est apte à décider s'il met des gants ou pas, c'est leur responsabilité* ».

10. Définir la relation.

Objectif: Cette question a pour objectif de savoir si les personnes savent comment se crée et se manifeste une relation.



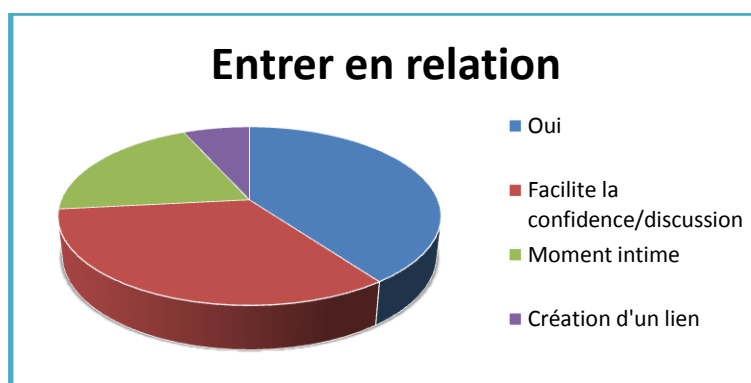
- 3 personnes sur 8, disent qu'une relation passe par la communication.
- 3 personnes sur 8, disent qu'une relation se manifeste par des sentiments.
- 2 personnes sur 8, disent que la relation induit un échange.
- 1 aide-soignante dit que la relation est un moment privilégié, dans lequel un lien se crée.

Comme le disent les personnes interrogées, la relation est une communication entre deux personnes, par le biais de tous nos sens permettant un échange, et par lequel se crée un lien, quel qu'il soit, lors de situations de soins. Comme le dit l'aide-soignante, la relation est « *un moment privilégié* », celle-ci est unique et différente entre chaque personne.

11. Selon vous, la toilette est-elle un moment privilégié pour établir une relation ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si les soignants considèrent la toilette,

comme un moment propice pour permettre un échange et la création d'un lien.



- L'ensemble des soignants affirme que la toilette est un moment privilégié pour entrer en relation.
- 5 soignants sur 6 disent que la toilette facilite la discussion et la confiance.
- 3 soignants sur 6 disent que la toilette est un moment intime et permet une relation.
- 1 aide-soignante affirme que la toilette permet la création d'un lien.

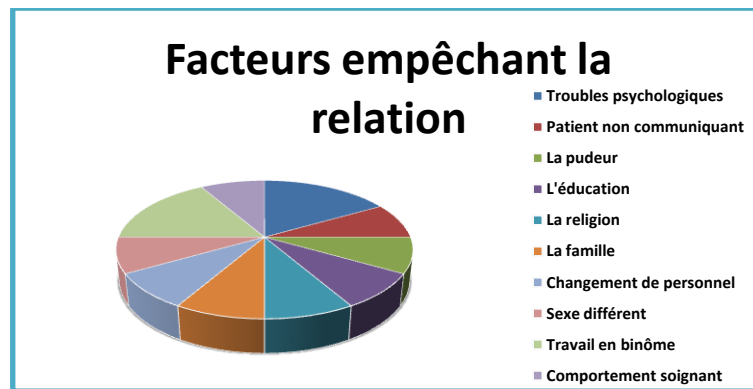
L'ensemble des soignants affirme que la toilette permet d'établir une relation avec le patient, ils ajoutent que ce moment intime facilite la discussion du patient et permet la création d'un lien.

Un infirmier dit « *c'est le seul moment où tu as 20 minutes avec un résident* », une aide-soignante dit que pendant la toilette « *ils parlent plus facilement, et ils oublient leur pudeur* ». ce qui montre que la toilette est un soin qui prend plus de temps que les autres soins, que celui-ci permet d'en apprendre plus sur la personne, et qu'il permet une prise en soin plus complète par des confidences que le patient peut nous faire.

Un infirmier ajoute « *c'est les aides-soignantes qui ont le plus souvent cette relation* », par cette phrase, nous pouvons constater que la relation entre patient et soignant est plus présente avec les aides-soignantes, car c'est elles qui effectuent principalement les soins d'hygiène, contrairement aux infirmiers.

12. Quels facteurs pourraient perturber cette relation ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître les facteurs qui influencent l'entrée en relation entre le soignant et le patient.



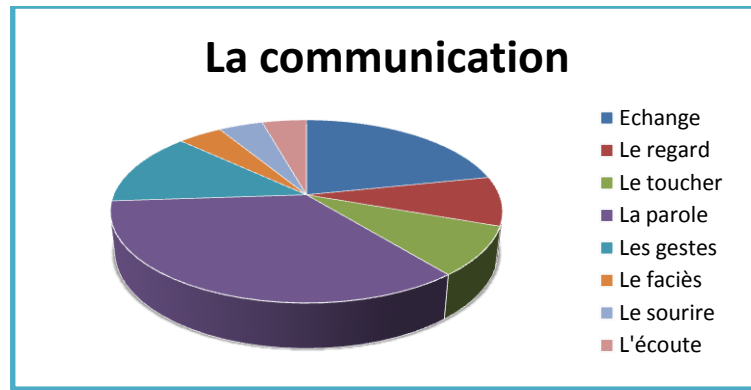
- 2 soignants sur 6 pensent que le travail en binôme peut perturber la relation entre patient et soignant.
- 2 soignants sur 6 disent que les troubles psychologiques peuvent perturber la relation entre patient et soignant.

Les soignants mettent en avant beaucoup de facteurs qui peuvent perturber la relation entre le patient et le soignant. En effet le travail en binôme peut être l'un de ces facteurs, comme le disent un infirmier et un aide-soignant, « *faire les toilettes en binôme, on pourrait être tenté de moins s'occuper du patient, et que la conversation dérive avec les collègues au lieu de rester centré sur le résident* ». Effectivement, le travail en binôme permet une meilleure prise en soin du patient, lors de certains soins, mais il n'est pas rare de rencontrer des soignants discutant entre eux lors de ceux-ci.

Les autres facteurs mis en avant sont les troubles psychologiques et apparentés, qui peuvent mettre en difficulté le soignant dans les soins, par la difficulté de gérer et encadrer les comportements du patient, ou par une réponse inadaptée de celui-ci.

13. Définir la communication.

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si les personnes savent comment peut se manifester la communication.



- L'ensemble des personnes interrogées affirme que la parole fait partie de la communication.
- 5 personnes sur 8 disent que la communication est un moment d'échange.
- 3 personnes sur 8 disent que la communication passe aussi par les gestes.
- 2 personnes sur 8 disent que la communication passe aussi par le regard.
- 2 personnes sur 8 disent que la communication passe aussi par le toucher.

Comme l'affirme l'ensemble des personnes interrogées, la communication passe par la parole, c'est-à-dire de manière verbale. Elle permet en outre, d'échanger et de favoriser ainsi la mise en place d'une relation entre deux ou plusieurs interlocuteurs.

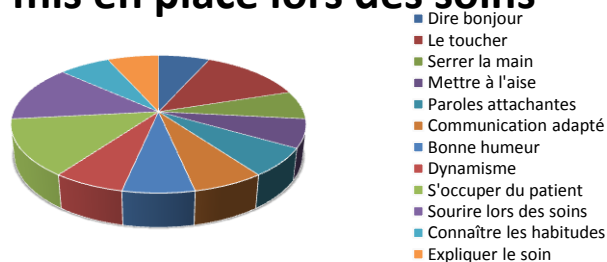
Par ailleurs, la communication passe également de manière non-verbale, qui est largement mise en évidence lors de mes entretiens. Il en ressort les mots comme les gestes, le regard, le toucher et d'autres mots qui ne sont pas forcément ressortis par toutes les personnes interrogées, mais qui se font de manière inconsciente.

Une aide-soignante dit « *même si la personne ne peut pas me répondre, c'est important d'expliquer tous les gestes* ». En effet, cela donne au patient l'impression de participer à sa toilette et de se sentir impliqué, dans les soins.

14. Pouvez-vous me donner différents moyens de communication ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître les moyens que les soignants mettent en place lors des soins pour communiquer, avec le patient.

Moyens de communication mis en place lors des soins



- 4 personnes sur 8 disent que la communication mise en place lors des soins est le toucher.
- 2 personnes sur 8 disent que la communication mise en place lors des soins est le souci du patient.
- 2 personnes sur 8 disent que la communication mise en place lors des soins est le sourire.

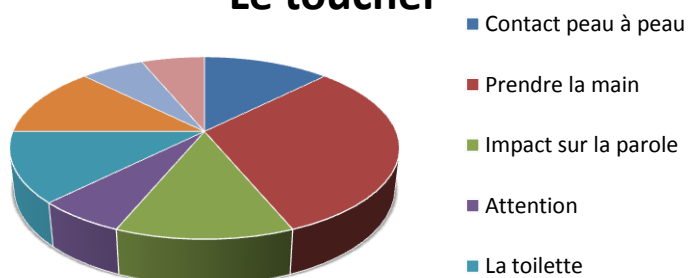
L'ensemble des personnes interrogées, cite plusieurs moyens de communication mis en place lors des soins. Le toucher y est principalement mis en avant, mais également le souci du patient et le sourire.

Une patiente dit « *quand elles viennent souriantes, on a du baume au cœur* », d'où l'importance d'être souriant, dynamique et de bonne humeur lorsque l'on rentre dans une chambre, ou chez un patient à domicile. Cela permet une première approche favorable pour effectuer un quelconque soin et favoriser une entrée en relation.

15. Définir le toucher.

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir ce que les patients et soignants connaissent sur le sens du toucher.

Le toucher



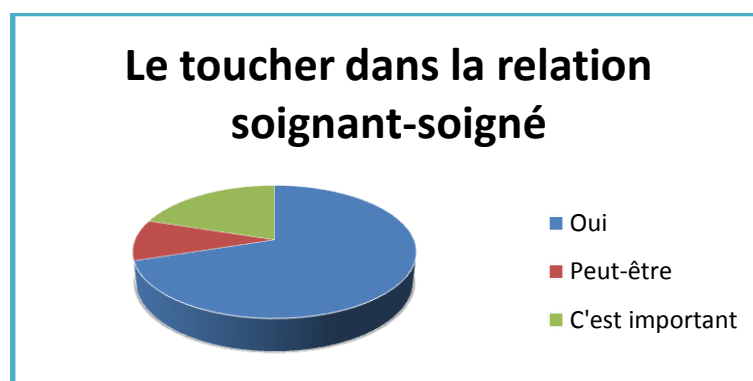
- 5 personnes sur 8 disent que le toucher c'est prendre la main de quelqu'un.
- 2 personnes sur 8 disent que le toucher est un contact de peau à peau.
- 2 personnes sur 8 disent que le toucher a un impact plus important quand il est associé à la parole.
- 2 personnes sur 8 disent que le toucher fait partie de la toilette.
- 2 personnes sur 8 disent que le toucher est un moyen de communication.

La majorité des personnes interrogées dit que le toucher c'est prendre la main de quelqu'un. Plusieurs soignants ajoutent « *c'est un contact physique de la main soignante à la personne soignée* », et « *toucher, c'est super important, c'est une partie du soin* », ce qui montre que le toucher est partout, qu'il est nécessaire et qu'il fait partie d'un mode de communication pour interagir avec l'autre. Il est autant présent dans les soins et surtout lors de la toilette, que dans la vie de tous les jours. Un patient ajoute que « *le toucher, on ne peut pas faire autrement* ».

De plus, d'autres personnes citent d'autres bienfaits que le toucher peut apporter, comme la rassurance, l'attention et la gentillesse. Un infirmier dit « *On touche plus les gens à leur parler, qu'à exprimer un contact physique* ».

16. Pensez-vous que le toucher joue un rôle important dans la relation soignant-soigné ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître la place qu'accordent les patients et les soignants au toucher dans une relation entre le patient et le soignant.



- 7 personnes sur 8 affirment que le toucher est important dans la relation soignant-soigné.
- 1 patient pense que le toucher peut-être important dans la relation soignant-soigné.

La majorité des personnes interrogées affirme que le toucher est important dans la relation soignant-soigné. Un infirmier dit « *pour lui remonter le moral, souvent je lui prends la main puis je discute* », ce qui montre que le toucher et la parole quand ils sont associés, ont plus d'impact dans une communication.

Une aide-soignante dit « *il faut l'adapter, on est tactile ou on ne l'est pas. Les résidents qui n'aiment pas, je limite au minimum* ». Comme je l'ai développé dans mon cadre conceptuel selon DEFRESNE C., le toucher est notre premier mode de communication, il est utilisé autant pour les soins par le toucher technique, que pour communiquer de manière non-verbal. Un patient dit « *c'est de l'humanité, de l'amitié* ».

17. Avez-vous des difficultés à toucher le patient ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si la communication par le toucher dans les soins est difficile pour les soignants.

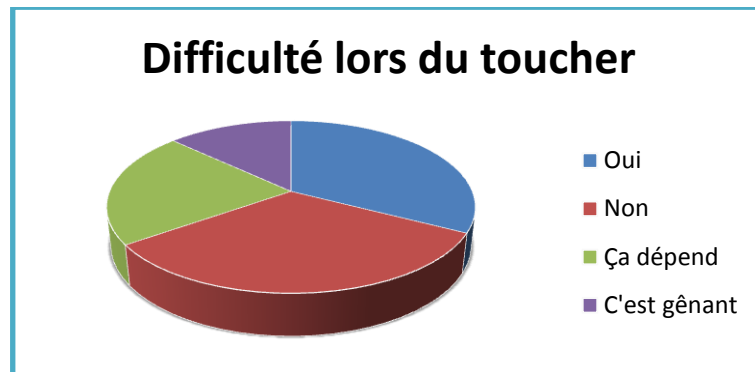


- L'ensemble des soignants interrogés dit que le contact peau à peau n'est pas gênant pour eux.

Tous les professionnels interrogés affirment ne pas avoir de difficultés à toucher les patients. Certains d'entre eux disent que si des soignants éprouvent des difficultés à toucher, c'est peut-être par « *la peur d'attraper quelque chose* », « *des problèmes d'ordres psychologiques* », « *des soignants qui n'aiment pas les rapports corporels* », ou « *par principe de faire son travail et de ne pas en donner plus* ». Tout ce qui a été dit par les personnes interrogées, n'a pas été développé dans mon cadre conceptuel, mise à part au niveau de la disponibilité psychique, tant par le patient, que par le soignant.

18. Les patients ressentent-ils un malaise à être touché ?

Objectif: Cette question a pour objectif de connaître le ressenti du contact peau à peau des patients lors des soins.



- 2 soignants sur 6 disent que leurs patients ressentent un malaise à être touché.
- 2 soignants sur 6 disent que leurs patients ne ressentent pas un malaise à être touché.
- 2 soignants sur 6 disent que cela dépend de certains de leurs patients.
- 1 patient dit ne pas ressentir un malaise à être touché.
- 1 patient dit ressentir un malaise à être touché.

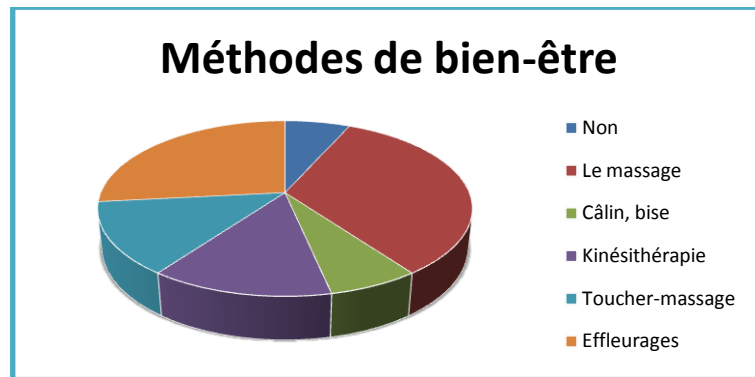
Pour la moitié des personnes interrogées, les patients ressentent un malaise à être touché. Comme le dit un infirmier « *ils n'ont pas été habitués à être massés, c'est entrer dans leur intimité* ». Pour une patiente celle-ci « *préfère quand on met des gants* ». Cela montre qu'il y a peut-être eu une évolution au cours des années quant à l'image du toucher dans une relation et que, à l'ordre d'aujourd'hui, cela est plus d'actualité. Pour appuyer cet argument, une aide-soignante stipule « *il y a 60 ans, je ne pense pas que c'était à l'ordre du jour, les massages* ».

L'autre moitié des personnes interrogées, dit que cela ne les gêne pas, mais « *il faut respecter les gens qui n'aiment pas* », comme le disent certains soignants. D'autres soignants disent « *il faut s'adapter, aller progressivement* », et « *une fois qu'on leur explique bien ce que l'on va faire, pas de souci* ». Il faut donc s'adapter à chaque patient et respecter son refus. Privilégier d'avantage une relation soignant-soigné, pour que par la suite ceux-ci soient plus favorables à accepter les soins où le bien-être est présent.

19. Connaissez-vous des méthodes de bien-être où le toucher est en jeu ?

Objectif : Cette question a pour objectif de savoir si les soignants et les patients connaissent

des méthodes, ou des moments lors des soins, où le toucher est présent, et si celui-ci procure un bien-être.



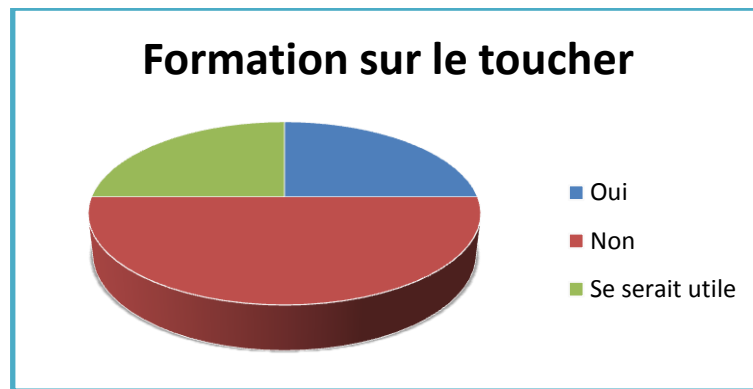
- 5 personnes sur 8 disent que le massage est une méthode de bien-être.
- 4 personnes sur 8 disent que l'effleurage dans les soins, est une méthode de bien-être.
- 2 personnes sur 8 disent que la kinésithérapie est une méthode de bien-être.
- 2 soignants sur 6 disent que le toucher-massage est une méthode de bien-être.

La majorité des personnes interrogées dit que le massage est une méthode où le toucher entre en jeu et par lequel il y a un bien-être. Certaines de ces personnes ajoutent que les effleurages en font partis et surtout lors des soins.

De plus, deux personnes disent que la kinésithérapie peut être une méthode de bien-être. En effet la kinésithérapie permet de soulager et de maintenir une autonomie pour le patient, sauf que celui-ci n'apporte pas la même finalité que le toucher-massage.

20. Avez-vous participé à des formations sur le toucher ?

Objectif : Cette question a pour objectif de connaître le nombre de soignants ayant suivi la formation, et de pouvoir évaluer le degré d'importance de cette formation.



- 2 infirmiers disent avoir participé à une formation sur le toucher.
- 4 soignants sur 6 disent ne pas avoir participé à une formation sur le toucher.
- 2 patients pensent qu'une formation sur le toucher serait utile pour les soignants.

La plupart des soignants disent ne pas avoir eu de formation sur le toucher, mais l'ensemble des soignants est demandeur d'une telle formation dans la pratique de leur profession, même si l'ensemble des infirmiers dit que « *c'est une formation intéressante, mais pas ma priorité, d'autres m'intéressent avant* », ceux-ci disent également « *c'est surtout les aides-soignants qui doivent faire ça, ils en font plus que nous ici* ».

Un infirmier, qui y a participé, dit que « *la formation m'a apporté moins d'hésitation, une adaptation, de pouvoir ressentir quand il y a un besoin et quand il n'y en a pas, et à mieux apprécier les barrières à ne pas franchir* ». Quand j'ai demandé à une aide-soignante ce que cela pourrait lui apporter, elle m'a répondu « *on n'a pas besoin systématiquement d'une formation pour pouvoir le faire, mais la formation va nous donner des axes, apprendre des choses* ». Comme le dit l'aide-soignante, et comme j'ai pu le développer dans mon cadre conceptuel, les méthodes sur le toucher ne nécessitent aucune formation, mais ces formations permettront sûrement aux soignants d'être moins hésitants, de mieux comprendre le patient, et comme le dit un patient « *ça pourrait apporter un soulagement plus important* ».

CONCLUSION DE L'ANALYSE

Ce travail d'analyse a pour sujet, le toucher au cœur de la profession. Comme j'ai pu le démontrer au travers de mon cadre conceptuel et par les différents entretiens réalisés sur le terrain, le toucher fait partie intégrante de la profession paramédicale. J'ai pu le constater au cours de mes entretiens, les professionnels sont demandeurs de ces formations sur le toucher, et estiment que celles-ci pourraient leur permettre une meilleure prise en soin des patients. Ces réponses confirment une de mes hypothèses : *le personnel soignant n'est pas suffisamment formé pour permettre une relation plus engagée par le toucher lors de la toilette.*

Quant au port des gants pendant les soins, les entretiens ont pu mettre en évidence que ceux-ci peuvent être portés parce que, le soignant souhaite mettre une distance vis-à-vis des patients, et ne souhaite pas s'impliquer davantage dans une relation soignant-soigné. Ces réponses confirment, en partie, l'autre hypothèse : *Le personnel soignant ne veut pas entrer dans une relation soignant-soigné, afin de se protéger et d'éviter un attachement émotionnel.*

De plus, tous soins impliquent une relation, qu'elle soit relationnelle, technique ou thérapeutique, celle-ci est différente et unique entre chaque protagoniste. Selon la relation entretenue entre le soignant et le patient, il sera possible pour le soignant d'intervenir ou de faire intervenir d'autres soignants et d'effectuer une prise en soin pluridisciplinaire quant aux nouvelles informations perçues au détour d'un soin.

Par ailleurs, lors de mes entretiens, c'est surtout lors des soins de nursing, que le lien va généralement se constituer. Le patient plus vulnérable par l'entrée du soignant dans une partie de son intimité, va être plus enclin à se confier et à échanger avec celui-ci.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche en soins infirmiers, m'a fait réajuster ma prise en soin au niveau du toucher au cours de mes différents stages vis-à-vis des patients, et surtout lors de mes stages en EHPAD. C'est au cours de mes recherches que j'ai acquis certaines connaissances quant aux différentes méthodes de bien-être mettant en jeu le toucher, et dont j'ai pu mettre en pratique lors de mes soins de nursing. Elle m'a également permis de réajuster mes attitudes, mes postures et ma gestuelle lors d'échanges, de soins avec des patients, mais également avec les soignants.

Cette recherche en soins infirmiers, m'a aussi permis de mettre en avant les besoins des professionnels et l'importance que le toucher peut avoir dans notre profession. Ces interpellations lors de mes entretiens, m'ont interrogées sur plusieurs questions : Pourquoi ces méthodes de bien-être ne sont pas étudiées au cours de notre formation ? Comment un étudiant infirmier peut-il effectuer ses premiers soins de nursing sans cette connaissance ? Sans ces connaissances du bien-être, comment un professionnel peut-il s'impliquer pleinement dans une relation soignant-soigné ?

Après ce questionnement, une question en ressort : **En quoi une formation sur des méthodes de toucher/bien-être durant la formation d'infirmier, serait favorable à une meilleure prise en soin des patients lors des stages ?**

Grâce à cette recherche en soins infirmier, j'ai envie de m'investir davantage dans une relation soignant-soigné, en y incorporant des méthodes de bien-être, mais également de transmettre mes diverses connaissances sur les techniques de massages possibles, découverts lors de mes recherches et réalisables sans formation, lors des soins.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- ALLIN-PFISTER A., *Travail de fin d'études, clés et repères*, éd. Lamarre, 2004.
- AMIEC RECHERCHE, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, éd. Masson, 3^{ème} édition, 2005.
- BONNETON-TABARIES F, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, éd. Med-Line, 2^{ème} édition, 2009.
- BRIZON H, *DPAS : un an pour réussir sa formation*, éd. Heures de France, 2004.
- DEFRESNE C., *Les concepts en sciences infirmières*, ARSI, éd. Mallet Conseil, 2009.
- DELOMEL M., *La toilette dévoilée*, éd. Seli Arslan, 2008, 5^{ème} tirage.
- LE BOTERF G, *De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : les compétences de l'individuel au collectif*, Soins Cadres, n°41, 2002.
- MANOUKIAN A., *La relation soignant-soigné*, éd. Lamarre, 2008, 3^{ème} édition.
- PITARD L, *Nouveaux cahiers de l'infirmière, Symptômes et pratique infirmière : fiches de soins*, éd. Masson, 2008, 2^{ème} édition, Tome 15.
- POTIER M., *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, éd. Lamarre, 2002.
- ROUFIOL M, *Les règles d'ORR*, éd. Masson, 2008.
- SIEBERT C, *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*, éd. Masson, Tome 3, 2009.

INTERNET :

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier, Annexe II, Bulletin Officiel Santé <http://www.sante.gouv.fr>
- C.CLIN Paris-Nord, *Normes consensuelles en Hygiène hospitalière et en pratiques de soins, Les gants à l'hôpital un choix éclairé*, octobre 1998, <http://www.cclinparisnord.org>
- Code de la Santé Publique, <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Direction Générale de la Santé/Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, août 2002, <http://www.sante.gouv.fr>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), <http://www.who.int/fr>
- Référentiel de formation du diplôme professionnel Aide-soignant, Arrêté du 22 octobre 2005 modifié, <http://www.legifrance.gouv.fr>