

MIALET Audrey

Institut de Formation en
Soins Infirmiers de
CAHORS

Travail de Fin d'Etudes

**Le toucher chez la
personne
âgée**

Promotion 2005-2008

Sommaire

Introduction	page 1
Situations interpellantes et constat	page 2
Question de départ	page 9
Phase exploratoire	
Personne âgée	
1. Introduction	page 10
2. Définitions	page 10
3. Données chiffrées	page 10
4. Vieillesse physique, psychologique et social	page 11
5. Les institutions	
a. Chiffres	page 11
b. Les causes d'entrées en structures	page 12
c. Autonomie	page 12
La toilette	
1. Quelques définitions	page 13
2. Historique de l'hygiène et de la toilette	page 13
3. Les différents types de toilettes en institutions	
a. Deux types de toilette	page 14

b. Analyse des 14 besoins fondamentaux avec la toilette	page 14
4. Législation et collaboration AS/IDE	page 15
5. Pudeur et intimité lors de la toilette	page 16
6. Toilette : temps d'échange autant verbal que non verbal	
a. La communication verbale	page 17
b. La communication non verbale	page 18

Le toucher-massage

1. Introduction	page 19
2. Les différents types de toucher	page 19
3. Le toucher et la relation soignant/soigné	page 20
4. Le toucher relationnel chez la personne âgée	page 21

Problématique

page 22

Question de recherche

page 22

Conclusion

page 23

Annexes

Annexe n°1 : Grille AGGIR

Annexe n°2 : Charte de la personne hospitalisée

Annexe n°3 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Annexe n°4 : Les différents types de toilette

Annexe n°5 : Analyse des 14 besoins fondamentaux avec la toilette

Annexe n°6 : Message réponse (feed back)

Bibliographie

Introduction

J'ignore quelles sont les raisons qui m'ont attirée plus particulièrement vers les personnes âgées. Ce que je peux expliquer, c'est qu'elles me touchent tant par leur vécu et la façon surtout qu'elles ont de s'exprimer sur le milieu qui les entoure, tant par leur spontanéité que leur réalisme. Elles ont toujours des choses à raconter sur leur passé, « de mon temps, c'était comme ceci, de mon temps on n'aurait pas fait cela ». En tout cas j'éprouve beaucoup de tendresse à leur égard.

Comme vous pourrez le constater dans l'analyse qui va suivre, je me suis plus spécifiquement intéressée aux soins de nursing, parce qu'alliant à la fois soins techniques et soins relationnels. J'ai fait du refus de la toilette chez ce type de patients une de mes situations de départ. Au cours de cette étude, je vais m'efforcer de comprendre les motivations d'une telle relation et chercher à savoir qu'elles sont les alternatives proposées, afin que ce soin se passe dans les meilleures conditions possibles.

Situations
interpellantes
et constat

Tout au long de ma formation professionnelle et de mes emplois d'été, j'ai rencontré différentes catégories de patients. Les personnes âgées est celle sur laquelle je me suis intéressée. Notamment lors de mon passage dans une MAPAD¹ avec trois services de 90 patients l'été de ma première année où j'ai pu côtoyer diverses personnalités.

Etant en service le plus souvent en coupure, j'ai fait quelques observations en travaillant avec les résidents le matin lors des toilettes et les après midi lors des activités au sein du service. Quelques situations de soins m'ont interpellée.

Une 1^{ère} situation, pendant mon stage de 3^{ème} année en psychiatrie, une dame de 82 ans, ancienne IDE²-assistante sociale, y avait été adressée en HDTU³ en service de crise, suite à des troubles du comportement qui évoluaient depuis plusieurs mois.

En effet, Mme G habitait seule dans une petite maison à la campagne en compagnie de 30 chats à l'intérieur et autant à l'extérieur. Elle nous avait expliqué que les chats la protégeaient d'une centaine de serpents (vipères et aspics nous disait-elle) qui selon elle, vivaient sous la maison.

A son arrivée, l'hygiène corporelle et vestimentaire de cette dame était très médiocre (odeur fétide d'urine de chat). Elle ne critiquait pas son vécu persécutoire et adhérait complètement au délire.

Après l'entretien avec le psychiatre et l'assistante sociale, l'équipe soignante lui proposa de prendre un bain. Dans cette situation, l'odeur corporelle et vestimentaire de Mme G incommodait autant les soignants que les patients : la toilette s'avérait plus que nécessaire. Mme G ne voulut pas entendre parler car elle était bien plus préoccupée par l'avenir de ses animaux. Après plusieurs sollicitations de l'équipe, Mme G prit l'initiative de se faire la toilette seule et de changer de vêtements. L'équipe décida, qu'avec l'IDE je participerai à la toilette de Mme G, afin de connaître ses habitudes de vie et de savoir comment une dame de 82 ans sans antécédents psychiatriques, avait pu construire son délire. Lors du bain, Mme G s'exprima beaucoup sur « l'injustice » qui venait de se produire (son admission). Elle nous confia également n'avoir pas pris de bain, ni s'être occupé d'elle depuis plusieurs semaines et qu'elle aurait été bien sotte de refuser un tel moment. D'un autre côté, cela nous permit d'en apprendre davantage sur Mme G, ses besoins ainsi que son état cutané. Par ailleurs, l'IDE me fit prendre conscience de l'importance de ces soins d'hygiène qui au-delà des entretiens purement infirmiers, permettaient une approche plus intime sur la personne soignée.

¹ MAPAD : Maison d'Accueil pour Personne Agée Dépendante

² IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat qui remplacera le mot infirmière tout au long de mon Travail de Fin d'Etude

³ HDTU : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers en Urgence

Je finis par quitter le service de psychiatrie et c'est dans celui d'une institution pour personnes âgées que se situe maintenant cette 2^{ème} situation qui a mobilisé aussi toute mon attention.

C'était le matin et je devais faire la toilette à Mme A, âgée d'environ 80 ans et qui était très réticente aux soins. C'est catégoriquement qu'elle refusait la douche hebdomadaire prétextant qu'à son époque, il n'y avait pas d'eau courante et qu'on ne se lavait pas chaque semaine. Il faut savoir qu'en MAPAD, les douches sont faites 1 fois par semaine et les autres jours sont pratiquées des toilettes au lavabo et au lit. Face à l'obstination de la dame âgée, je pris la décision de ne pas insister et de satisfaire ainsi à sa demande en notifiant les faits sur le dossier du patient. J'ai choisi de ne pas lui prodiguer cette douche car selon ma priorité de soin, je pense qu'il était plus important de respecter son souhait plutôt que de lui imposer ce soin qui n'avait pas de caractère prioritaire par rapport à son état de santé. L'IDE qui s'occupait de Mme A, me confia que c'était une personne avec des antécédents dépressifs et qui restait la plupart du temps au fauteuil, ne sortant que rarement de sa chambre. D'où l'intérêt de lui prodiguer une petite toilette afin de mobiliser cette dame, d'observer son niveau d'autonomie, de garder ainsi un certain échange entre elle et l'équipe. Ma réaction face à ce refus s'explique par le manque de pratique et de connaissance par rapport à ce soin, il est vrai qu'à ce moment là je n'avais pas encore fait mon entrée en IFSI.⁴

Après ces deux situations sur le refus de la toilette, je me posais la question de savoir si ces cas étaient généralisables. Pour savoir s'il en était réellement ainsi, je suis donc allée questionner mes collègues de classe ainsi que les élèves aides-soignants.

Une collègue, Laure, me raconta une évaluation en EHPAD⁵ sur une aide à la douche. Mme M qu'elle prenait en charge, avait comme pathologie une démence fronto-temporale en phase évolutive. (Incontinence, hyper oralité, hypotonie faciale). Cette dame était à GIR⁶ 5. Sa famille exigeait une douche tous les matins pour son confort. Le jour de la mise en situation professionnelle de mon amie, Mme M refusa la douche quotidienne. Laure proposa alors une aide partielle au lavabo, qu'elle accepta. Etant incontinente urinaire et fécale et portant des protections nuit et jour, il était important d'évaluer l'état cutané au niveau des plis inguinaux et l'éventuelle apparition de rougeurs.

⁴ IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁵ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁶ GIR : Groupe Iso Ressource (en annexe n°1 La grille AGGIR)

Après analyse de ces différentes situations, j'en ai repéré les points communs qui sont la personne âgée, le refus de la toilette, l'hygiène et le rôle du soignant.

Ces situations de soin m'ont amenée à réfléchir sur certaines questions :

- Faut-il respecter le souhait du patient ? Y a-t-il des lois pour préserver la volonté des patients?
- La toilette est-elle une priorité ? et si oui pourquoi ?
- Le rôle du soignant dans ce soin est-t-il primordial ?

Je vais donc axer ma recherche sur tous les mots clés cités précédemment et en premier lieu le refus.

Un refus de soin du patient, quel que soit le soin doit conduire les soignants à se questionner. En effet, que faire avec un malade qui ne veut pas se nourrir ni prendre son traitement et refuse toute forme d'hygiène? Ces situations de soins ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on le pense. Le refus de traitement et de soins quels que soient les motifs du patient, déstabilise les équipes soignantes. En effet, il y a contradiction entre devoir médical et droit des patients. En imposant le consentement éclairé, la loi du 4 mars 2002 « a signé le respect de la volonté du malade et a reconnu le droit du patient à refuser les traitements ».

L'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique⁷ notifie le droit au patient de refuser un soin : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

De plus, l'article 36 du Code de Déontologie Médicale⁸ énonce :

⁷ **LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.** TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE. Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers. Art. L. 1111-4. (Visite le 22/11/2007) Disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=mex01000921

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse des investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. » Il est également stipulé dans l'article 4 de la « Charte de la personne hospitalisée »⁹ (Annexe n°2)

Les malades souhaitent participer aux décisions qui concernent leur santé. C'est pour cela que dans notre société, nous allons être confrontés de plus en plus à des refus que ce soit des refus de soins ou de traitement.

Je me suis alors posée la question de savoir s'il y avait eu des modifications dans les comportements des soignants après la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade.

Une enquête nationale sur l'influence de la loi du 4 mars 2002, a été réalisée auprès des soignants en 2005 par l'espace éthique des hôpitaux de Paris de l'Assistance Publique¹⁰.

348 réponses ont été étudiées :

« 2.9 % des enquêtés affirment ne pas du tout connaître le contenu de la loi du 4 mars 2002, 38.5 % disent le connaître mais sans en avoir lu précisément son contenu. Enfin, 56 % mentionnent, en revanche, avoir lu le texte de la loi »

La majorité des soignants n'a pas remarqué que les refus de soins étaient en augmentation depuis la loi. Cela vient peut-être du fait de l'ignorance de celle-ci par les patients eux mêmes.

Il est vrai que ces résultats englobent tous les soins en général.

Etant donné que les situations précitées concernent le plus souvent les soins d'hygiène et notamment la toilette, je me suis interrogée sur son refus en institution et le comportement des soignants à tenir face à cela.

⁸ Code de déontologie médicale figurant dans le code de la santé publique figurant sous les numéros R 4127.1 et R 4127.112. TITRE II : Droit envers les patients. Article R 4127.36.(Visité le 22/11/2007) Disponible sur internet : www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf

⁹ 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 (en ligne) [visite le 18/12/2007]. Disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/charte_patient/accueil.htm

¹⁰ www.espace-ethique.org/fr/enq_4mars.php [visite le 22/09/07]

Au moment où j'écris ces quelques lignes, j'effectue un stage en gériatrie et les infirmières du service m'apprennent que la loi du 4 mars 2002 n'a rien changé en matière de refus de soins d'hygiène car le refus de toilette a toujours existé.

En effet, les personnes âgées lorsqu'elles avaient notre âge ne se lavaient pas tous les jours souvent par manque de moyens.

Lors d'un refus de douche, les 2 IDE habituées à ce genre de situation, préféraient négocier une toilette au lavabo et/ou reporter la douche pour un temps.

« Il faut absolument garder ces moments où la relation soignant soigné est privilégiée. »

L'objectif étant de garder au maximum l'autonomie et le contact pour ces personnes. Il est conseillé au résident de se faire « un brin de toilette » tous les matins et si celui-ci refuse, il ne faut pas le forcer pour ne pas risquer de tomber dans la maltraitance. Au contraire, la toilette est censée apporter confort et bien être à la personne soignée et permet d'émettre une relation de confiance entre le résident et le soignant rendant ainsi l'hospitalisation plus supportable. De plus, il ne faut pas oublier que les institutions pour personnes âgées sont avant tout des lieux de vie et il faut d'autant plus respecter leur choix de se laver ou non et la manière dont ils veulent le faire.

Pour étoffer mes recherches, il me semblait intéressant de rencontrer une cadre de santé qui s'occupait d'un service de personnes âgées dans une EHPAD. Cette structure se composait de 84 patients dont 85 % étaient dépendants.

Lors de cet entretien, je présentais alors mon sujet et commençais à poser différentes questions.

Ma toute première était de savoir quel soin les personnes âgées refusaient le plus souvent.

Elle me répondit, et cela ne me surprit pas, que la toilette était le premier soin le moins accepté et notamment la toilette intime. Elle me raconta qu'en ce moment dans le service un Mr de 85 ans dément physiquement qui s'exprimait peu était très violent lors de la toilette. La cadre qui se trouva à faire ce soin chez ce monsieur commença par discuter longuement avec lui. Il se livra alors expliquant qu'il avait honte de son corps, d'une nature très pudique et que de ce fait la toilette le gênait beaucoup. Pour ma part, je n'ai pas rencontré cette notion de pudeur lors de mes expériences professionnelles avec les personnes âgées. D'après la cadre de santé, la toilette chez la personne

âgée en général, était souvent reportée car pour ces personnes à notre âge, les soins d'hygiène n'étaient pas prioritaires toujours à cause de ce manque de moyens (pas d'eau courante par exemple).

Autrefois, les eaux parfumées et notamment l'eau de Cologne étaient très utilisées pour masquer les odeurs, et remplaçaient donc la toilette.

Ma deuxième interrogation portait sur les réactions des soignants face aux refus cités précédemment. La toilette est souvent perçue par ces personnes la comme une atteinte à leur intimité, aussi préconisait t-elle une approche beaucoup plus ludique de ce soin en distrayant le patient, l'emmenant à faire diversion, dialoguant avec lui sur des sujets faisant appel à son passé, à sa vie antérieure, de même qu'en fredonnant des chansonnettes d'époque. Cela fonctionnait admirablement bien pour la toilette d'une dame qui souffrait de la maladie d'Alzheimer. Le simple fait de chanter en occitan la distrayait, rendant ainsi ce moment beaucoup plus agréable pour elle et plus facile pour le personnel soignant. Un moyen d'allier à la fois soin d'hygiène et soin relationnel.

Par ailleurs, si ce soin se révélait trop difficile à réaliser et dans la mesure où cela n'incommodait pas l'entourage du patient (mauvaises odeurs, parasites...), l'équipe soignante pouvait envisager de renoncer à effectuer ce soin, du moins un temps.

Enfin, ma dernière question me fit lui demander si les soignants en parlaient en équipe et quelles solutions étaient alors proposées. La cadre m'avoua que les refus, plus particulièrement ceux de la toilette, restaient un problème récurrent. L'équipe soignante se réunissait alors en groupe de paroles et discutait des problèmes rencontrés avec les patients concernés du service. Les soignants considéraient ce refus comme « quelque chose de très lourd à porter » et ressentaient un sentiment de frustration face à cet état de chose. Comme elle me le confiait, « dans notre carrière il faut aussi savoir accepter l'échec ». Parfois il n'y a aucune solution à un refus que celle de respecter le souhait du patient.

Après mon questionnement, la cadre me fit un aparté en m'expliquant que ce soin n'était pas seulement fait pour « rendre propre » la personne mais aussi pour maintenir une certaine salubrité

corporelle. (Prévenir rougeur, escarres, apparition grain de beauté suspect). Lorsque les IDE et AS¹¹ pratiquent un soin d'hygiène et notamment la toilette, ils profitent de ce moment pour examiner le corps du patient (voir si il n'y a pas d'éventuelle lésion). De plus, la toilette permet de mobiliser ce qui est un bon moyen d'éviter les différents points d'appuis.

Les soignants considèrent que ce soin, requiert une attitude, des gestes et un toucher.

Lors de cet entretien, j'ai pris davantage conscience que la toilette n'était pas seulement faite pour « laver » mais aussi « *prendre soin de* » la personne dans son intégralité tant au niveau physique que relationnel. La toilette doit rester un soin privilégié, agréable tant pour le soigné que pour le soignant.

Certes, le but premier de la toilette est de laver. C'est-à-dire savonner, rincer, sécher. Si elle est réalisée au moment où la personne n'est pas disposée, ne lui laissant aucun moment d'autonomie, sans parole apaisante, ces attitudes ne peuvent qu'engendrer le refus de ce soin.

D'après ces différents témoignages et l'article « Soins Corps Communications »¹², nous pouvons constater que la toilette ne se résume pas qu'à l'hygiène proprement dite de la personne soignée.

En effet, elle a plusieurs objectifs :

- Permettre au patient de garder une certaine autonomie en lui laissant faire les gestes par lui même
- Prévenir les dégradations corporelles tels que l'apparition d'escarres, de rougeur, irritations, favoriser la mobilisation des articulations.
- D'instaurer une relation privilégiée avec le patient permettant à l'équipe soignante de recueillir des infos capitales pour la prise en charge. Cet échange permet de communiquer avec la personne tant verbalement que non verbalement.

¹¹ AS : Aide-soignante

¹² D'après les articles paru dans le Revue de L'aide Soignante, numéros 9 et 11, d'octobre et décembre 1996. Communication au congrès national de l'ANFAS 1996. Communication au congrès du Gérafas de la Roche sur Yon 1999. (visite le 13/01/08) Disponible sur internet : pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/toilettes1.html

Pour ma part la toilette peut avoir des effets bénéfiques tant sur le plan physiologique que psychologique. Ces soins doivent répondre aux différents besoins et désirs de la personne. Si on prend en compte la personnalité du sujet en mettant en place une prise en charge adaptée pour chaque personne, le soin ne sera alors que plus apprécié tant pour le patient que pour le soignant.

La toilette n'est pas un moment anodin dans la relation soignant/soigné. Elle a grandement sa place comme soin à part entière, encore faut-il qu'elle soit réalisée dans les meilleures conditions possibles de sérénité et de confiance.

Je me suis donc intéressée à ce sujet car tout au long de ma future profession, je vais être amenée à être confrontée à d'autres situations similaires à celles que j'ai déjà vécues étant donné que mon souhait est de travailler en institution pour personnes âgées.

Plusieurs questions sont ressorties au vu de mon précédent écrit, mais seulement une a attiré mon attention pour amorcer ma phase exploratoire.

En quoi la toilette chez la personne âgée faite par l'infirmière est t-elle un soin à part entière ?

En quoi le refus de la toilette chez la personne âgée influence t-il la prise en charge globale du sujet ?

En quoi la prise en charge de l'infirmier(e) lors de la toilette chez la personne âgée, peut-elle influencer la coopération de ce soin?

En quoi la prise en charge de l'infirmier(e) et aide-soignant(e) lors de la toilette chez la personne âgée peut agir sur le refus de ce soin ?

Question de départ :

En quoi la prise en charge de l'infirmière lors de la toilette chez la personne âgée, peut-elle influencer la coopération de ce soin?

Phase exploratoire

La personne âgée

1. Introduction
2. Définitions
3. Données chiffrées
4. Vieillesse physique, psychologique et social
5. Les institutions

1. Introduction

Dès son premier cri, l'individu commence à vieillir. « Le vieillissement est un processus continu et irréversible, qui s'inscrit dans la temporalité de l'individu, du début jusqu'à la fin de sa vie ». ¹³ Tous les êtres vieillissent, même dans les conditions de vie les plus favorables. C'est un phénomène physiologique naturel inscrit dans le code génétique. La vieillesse se caractérise par une diminution de résistance et d'efficacité de l'organisme, et ce pour la plupart des fonctions, dès la fin de la croissance.

2. Définitions

Personnes âgées : ¹⁴«Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. »

Vieillesse: ¹⁵« Chez l'Homme, le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques (vieillesse intrinsèque), et pour partie liée à l'histoire de vie de chacun (facteurs externes de vieillissement, acquis ou subis). Le vieillissement de certaines cellules commencent dès la naissance, voire in utero. Chez l'Homme, par convention, on parle de vieillissement à partir d'un certain âge (l'âge « mûr »), avant de différencier le 3ème âge (65 –89 ans) du 4ème âge ou grand âge (> 90 ans). »

3. Données chiffrées

La population de plus de 60 ans ne fait qu'augmenter, cela est dû à une baisse de la natalité et une augmentation de l'espérance de vie. D'après l'INSEE ¹⁶en 2007, celle-ci serait de 77.2 ans pour les hommes et 84.4 ans pour les femmes. La proportion de jeunes diminue au bénéfice de celle des plus âgés. Les personnes de plus de 65 ans sont estimées à 16.3% de la population totale. D'ici 2025, elles

¹³ Cités dans le cours du 26/05/2008, *Introduction aux approches en sciences humaines et sociales des personnes âgées*, « Module personne âgée et relation de soins »

¹⁴ fr.wikipedia.org/wiki/Personne_âgée (Visite le 09/06/2008)

¹⁵ fr.wikipedia.org/wiki/Vieillesse (Visite le 09/06/2008)

¹⁶ www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_liste.asp?theme=2&soustheme=2 – en ligne ,[Visite le 09/06/2008]

pourraient atteindre 20% et les centenaires seraient d'environ 46 000. (En sachant qu'en 1985, ils étaient 2000).¹⁷

4. Vieillesse physique, psychologique et sociale

Je ne m'attarderai pas sur le vieillissement physique et psychologique mais plus sur le vieillissement social. En effet, qu'il soit physique ou psychologique, il va entraîner un problème au niveau social. Je m'explique, au niveau physique car il y a une diminution de la force physique et une baisse de la faculté des organes des sens. Le fait qu'il y ait une diminution de l'acuité visuelle ou auditive va conduire le sujet à s'isoler chez lui et à avoir moins de contact avec l'extérieur. Au même titre que le psychologique, si la personne est triste, déprimée cela aura une incidence sur ses relations.

Le vieillissement social est souvent marqué par le passage à la retraite. C'est un moment important dans l'existence d'un individu. En France, cet âge est fixé à 60 ans. Cette cessation d'activité, source de bouleversements, n'est pas toujours bien vécue. D'après l'ouvrage « Humanitude »¹⁸, ce passage peut être douloureux pour le retraité car la vie active permet d'avoir plus de ressources (salaires) et de garder le contact avec le monde extérieur, toujours source d'enrichissement intellectuel. A contrario, pour certains inactifs, la retraite est synonyme de liberté face à un travail fatigant et inintéressant. Elle peut donner l'opportunité de pratiquer des activités nouvelles qui n'avaient pu se faire par manque de temps.

Mais il y a un autre passage bien plus marquant dans la vie de l'individu : celui de l'entrée en institution. Car s'il existe la vieillesse autonome, tant désirée par tous, qui ne subit pas cette cassure avec la vie sociale, il en est une dépendante et moins reluisante relevant des institutions médico-sociales. C'est ce que nous allons traiter dans la partie suivante.

¹⁷ Cités dans le cours du 26/05/2008, *Introduction aux approches en sciences humaines et sociales des personnes âgées*, « Module personne âgée et relation de soins »

¹⁸ GINEST Y, PELLISSIER J, *Humanitude* Paris : Armand Colin, 2007 p 81

5. Les institutions

a. Chiffres

En 2004, on quantifie 10 000 établissements dont 6 000 maison de retraite, 3 000 logements foyers et 1040 unités de soins de longue durée. Ce qui en tout, héberge 660 000 personnes.¹⁹

b. Les causes d'entrées en structure

Que l'entrée en institution soit désirée par la personne âgée ou décidée par l'entourage, elle a toujours des origines multiples :

- Envie de rompre avec la solitude : décès du conjoint
- Besoin d'être en sécurité : si la personne habite dans une maison isolée par exemple
- Logement inadapté : chauffage insuffisant, équipement sanitaire nul
- Refuse d'être une charge pour les enfants
- Le plus souvent, la cause est la maladie : par exemple une chute entraînant une dépendance rendant impossible le maintien à domicile.

A ce moment là, l'entrée en institution n'est alors plus une option mais bien une nécessité. Vient alors le problème du choix de l'établissement, celui-ci devant prendre en compte le degré d'autonomie du patient. En effet, d'après la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante », les soignants ont le devoir de préserver l'autonomie et de la prévenir.²⁰

c. Autonomie :

« Handicap relié à l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel. »²¹

Pour évaluer l'autonomie d'un patient à l'arrivée dans une institution, on procède à un recueil de données, doublé d'une observation dont on retranscrit les éléments sur la grille AGGIR.

¹⁹ *Introduction aux approches en sciences humaines et sociales des personnes âgées*, « Module personne âgée et relation de soins »

²⁰ Annexe n°3

²¹ www.med.univ-rennes1.fr/iidris/index.php?action=contexte&num=4001&mode=mu&lg=fr (visite le 11/06/2008)

Sur celle-ci, nous pouvons distinguer trois principaux pôles : communication, déplacement et les différents auto-soins. Ces derniers, notamment la toilette, vont introduire la deuxième partie de ma phase exploratoire.

La toilette

1. Quelques définitions
2. Historique de l'hygiène et de la toilette
3. Les différents types de toilettes en institutions
4. Législation et collaboration AS/IDE
5. Pudeur et intimité lors de la toilette
6. Toilette : temps d'échange autant verbal que non verbal

1. Quelques définitions

Toilette

« Action de laver, de coiffer, d'habiller ; ensemble des soins de propreté et du corps. Faire sa toilette. »²²

Soins d'hygiène et de propreté

« Soins destinés à assurer la propreté du corps de la personne (bain de lit, aide à la toilette, pédiluve, capiluve, lit douche...) son bien-être et un environnement sain et agréable. Ces soins peuvent être dispensés par un soignant (infirmier ou aide-soignant) ou être exécutés par la personne elle-même. Ils visent à préserver l'état cutané, éviter les infections et à favoriser le bien être de l'individu. Les soins réalisés par les soignants doivent d'abord être expliqués au patient, préserver sa pudeur et respecter son intimité. »²³

2. Historique de l'hygiène et de la toilette

Revenons quelques temps en arrière pour savoir ce que signifiaient les mots hygiène et toilette.

Selon « Petite histoire de l'hygiène »²⁴ l'étymologie de ce mot vient du grec « *hugieion* » qui signifie santé. « *L'hygiène est l'ensemble des principes ayant pour but la conservation et l'amélioration de la santé* ». Celle-ci est différente selon les époques, le pays où l'on vit et les traditions. Dans l'empire romain, l'hygiène et les soins corporels ne faisaient qu'un et ils utilisaient également les eaux parfumées et aromates. Au moyen âge, découverte des bains publics dans les villes. Le 19^{ème} siècle annonce l'hygiénisme.

Pour le mot toilette, il faut remonter à la fin du 14^{ème} siècle. En effet d'après « Histoire de la toilette »²⁵, ce mot signifiait « petite pièce de toile dans laquelle commerçants et artisans enveloppaient leur marchandise ». Fin 16^{ème} siècle, c'est l'action de se vêtir. A la naissance de

²² LEGRAIN M, GARNIER Y, VINCIGUERRA M, Le petit Larousse compact, Paris, 2003

²³ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers Marguerite Potier 2002

²⁴ *Petite histoire de l'hygiène* L'aide soignante, n°64 février 2005 p12-13

²⁵ *Histoire de la toilette*, L'aide soignante, n°64 février 2005 p 18-19

l'hygiénisme, la toilette est désignée comme « l'ensemble des soins de propreté du corps ».Les français commencent à se laver.

Pour ce qui est des différentes façons de réaliser ce soin, je propose de cibler mon analyse sur les personnes âgées en institution puisque tel est le thème de ma recherche.

3. Les différents types de toilettes en institution

a. Deux types de toilette

Avec eau coulante/ Sans eau coulante

Reportons nous à l'annexe n°4 pour vous énoncer les différents types de toilette.²⁶

b. Analyse des 14 besoins fondamentaux avec la toilette

Pour explorer ce soin en lien avec un théoricien, je vais rappeler une de mes situations interpellantes et notamment la dernière où une dame avec une incontinence urinaire et fécale, refusait la douche hebdomadaire. Dans ce cas, il était nécessaire de vérifier l'état cutané de la personne. Je me suis alors posée la question de savoir si la toilette n'était pas réalisée, quelles en seraient les répercussions si l'on fait référence aux 14 besoins fondamentaux élaborés par Virginia Henderson, cette infirmière américaine du siècle dernier.

Rappelons ses postulats :

« - Toute personne tend et désire son indépendance.

- La personne est un tout avec quatorze besoins fondamentaux.

- Un besoin qui demeure insatisfait affecte la personne dans son intégrité et fait d'elle un être humain moins complet. »

La théorie de Virginia Henderson est celle qui se rapproche le plus de mon analyse, car elle reprend point par point les différents besoins, répondant au plus juste à mon étude sur la toilette.

Vous trouverez en annexe²⁷ l'analyse de ces 14 besoins en lien avec ce soin.

²⁶ Annexe n°4

En conclusion de cette étude, les soins de nursing sont indispensables pour maintenir un équilibre des 14 besoins fondamentaux et participer au bien-être de la personne.

Le moment de la toilette peut également se révéler utile afin d'évaluer le degré d'autonomie de la personne améliorant ainsi la prise en charge. Ce soin doit prendre en compte le désir, le confort et la personnalité du patient, de façon à rendre la personne plus coopérative. Lorsque son état le permet c'est elle qui va décider de la toilette la plus adaptée. Toutefois, c'est à l'équipe soignante qu'incombera le choix d'une toilette au lit ou en chariot douche dans le cas d'une personne dépendante, alors que seront retenues la douche et la toilette au lavabo chez un patient plus autonome. Ce soin peut être réalisé par l'infirmière au vu de son rôle propre, mais d'après mes différents stages effectués et la législation, j'ai constaté qu'il était souvent délégué aux aides-soignantes. Se joue alors un rôle de collaboration entre elles et l'IDE.

4. Législation et collaboration AS/IDE

L'IDE qui réalise la toilette auprès de la personne âgée, qu'elle soit partielle ou totale, doit participer à ce geste essentiel de la vie courante.

Les soins d'hygiène font partie du rôle propre de l'infirmière. En effet, le décret n°2002-194 du 11 février relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier repris dans la loi 2004-802 du 29 juillet 2004²⁸ énonce :

ART 3 : « ... les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie d'une personne ...»

ART 4 : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre... l'infirmier peut sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides soignantes... ».

²⁷ Annexe n°5

²⁸ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre 1^{er} : Exercice de la profession. Section1 : Actes professionnels [en ligne]. J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087. [visite le 30/03/2008] Disponible sur internet : www.infirmiers.com/inf/legislation/exregles/annexe_decret29juillet2004.php

Il est alors de notre rôle infirmier de vérifier si le soin s'est bien déroulé, si le patient est satisfait mais également si la traçabilité est correctement marquée par l'aide soignant.

La loi nous donne un certain cadre professionnel, mais nous devons respecter certaines valeurs personnelles et élémentaires comme le respect de la pudeur.

5. Pudeur et intimité lors de la toilette

Revenons à l'entretien de mon constat, où la cadre de santé m'expliquait qu'un de ses patients dément physiquement était très réticent quand venait le moment de la toilette. Mr X avait admis qu'il était très pudique et qu'il avait honte de son corps vieillissant. Il me paraît intéressant de traiter cette partie, car ces notions sont souvent retrouvées dans les soins corporels et ont pour conséquence le refus de ce soin. En effet, le patient s'oppose à se mettre nu devant des personnes étrangères.

Avant de faire une étude plus approfondie, je vais définir ces deux notions que sont :

La pudeur :²⁹ « Sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve à faire, à envisager ou à être témoin des choses de nature sexuelle, de la nudité ».

L'intimité :³⁰ « Représente le caractère intime intérieur et profond de ce qui est secret. »

C'est en équipe AS/IDE que la question sur le respect de l'intimité doit se poser. En effet, chaque personne âgée a son propre vécu, ses habitudes et désirs, à chacun des soignants à les faire respecter.

D'après « l'infirmier et les soins aux personnes âgées »³¹, il est vrai que l'intimité lors de la toilette met un frein à l'acceptation de ce soin. Il n'est pas étonnant d'être confronté à de l'agressivité de la part des personnes âgées, lorsqu'on empiète sur leur territoire intime.

²⁹ REY DEBOVE J, REY A, *Le petit Robert dictionnaire de la langue Française* 2002

³⁰ BERLIN J/AMALBERTI / BEGUIN A-M, *L'infirmier et les soins aux personnes âgées*, Paris : Masson, 2005 p 287

³¹ BERLIN J/AMALBERTI / BEGUIN A-M, *L'infirmier et les soins aux personnes âgées*, Paris : Masson 2005 p 287

Il faut pendant ce soin veiller à ce que la pièce soit correctement chauffée, fermer les portes (pour éviter une arrivée inopinée), bien expliquer les gestes au patient, protéger d'une serviette ou d'un drap la partie du corps qui n'est pas savonnée. Tous ces principes visant à instaurer un climat de confiance et de respect envers la personne âgée. Le soignant a une relation intimiste avec le soigné, il est amené à toucher son corps lors des différentes manipulations liées à la toilette. Le soignant et le soigné sont très proches en distance lors des soins corporels : on parle alors de proxémie. Selon E Hall³², il détermine plusieurs distances quant à nos relations avec les autres, dont celle qu'il appelle « intime » située à moins de 45 cm où toute communication verbale est devenue inutile par la proximité du corps. C'est souvent le cas, lorsque le soignant est obligé de faire quasiment du corps à corps avec le patient, dans l'accomplissement de la toilette notamment.

Les 5 sens : la parole, l'ouïe, le regard, l'odorat, le toucher sont sollicités lors de cette distance intime.

- L'ouïe qui sert à entendre ce qu'il est dit et à répondre à autrui : cela fait parti de la communication verbale.
- L'odorat, le toucher, le regard quant à eux servent à la communication non verbale.

Dans la partie qui va suivre, nous pouvons nous rendre compte de l'importance des sens lors de ce soin.

6. La toilette : un temps d'échange autant verbal que non verbal

La toilette est un temps d'échange entre le binôme soignant/soigné et faisant appel à la communication verbale et non verbale.

a. La communication verbale

D'après l'ouvrage « La toilette dévoilée »³³, les soins de nursing sont propices à la connaissance antérieure de la personne âgée. Cela permet à l'équipe d'établir son projet de vie et de soin en tenant compte de ses habitudes.

³² BONNETON-TAVARIES F, LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné* Paris : Med-Line, 2006 P 73

³³ DELOMEL M-A, *La toilette dévoilée*, Paris : Seli Arslan 1999 p 143

C'est pour cela que la communication verbale est primordiale dans ce soin³⁴ : l'écoute, la parole. Sont compris dans le verbal : les mots, les intonations de la voix, les rires, les soupirs. Bien évidemment, la communication (message-réponse)³⁵ ne peut se faire que lorsque le patient est communicatif. A contrario, si le patient n'est pas en capacité de communiquer (Alzheimer par exemple), la communication verbale sera moindre mais le soignant peut tout à fait utiliser la musique, les chansons, le toucher³⁶, afin de pallier à cette déficience de dialogue.

b. La communication non verbale

Pour la communication non verbale, elle est en réalité plus présente lors des différents soins : l'odeur, l'apparence, les gestes, les mouvements du corps et les contacts physique en général.

« Les statistiques nous disent que les mots ne comptent que pour 7% dans la communication, la voix 38% et le non verbal 55% »³⁷

Ma troisième partie, sera consacrée à la communication non verbale et plus particulièrement le toucher.....

³⁴ BONNETON-TABARIES F/ LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné*, Paris : Med-Line 2006 p 39

³⁵ Annexe n° 6

³⁶ cf l'entretien de mon constat

³⁷ BONNETON-TABARIES F/ LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné*, Paris : Med-Line 2006 p 39

Le toucher-massage

1. Introduction
2. Le toucher et la relation soignant/soigné
3. Les différents types de toucher
4. Le toucher relationnel chez la personne âgée

1. Introduction

Pourquoi avoir choisi le toucher massage chez la personne âgée ?

En deuxième année, j'ai choisi de participer au module optionnel intitulé « Soin de confort et de bien être ». C'est à ce moment que mon approche avec les massages a commencé. En effet, tout au long de notre formation, nous avons été en contact avec des personnes en utilisant le toucher grâce à différents soins techniques (injection, pansement...). Mais pas de notion réelle du toucher comme mode de communication à part entière. Il est vrai, que dans ce module, nous avons appris plusieurs techniques du toucher massage et avons pu les mettre à profit en service. Nous avons alors compris que le toucher peut-être un soin relationnel qui permet d'apporter un certain bien être pour le patient.

J'ai voulu introduire cette partie, pour savoir quelle incidence pouvait avoir le toucher dans la relation soignant/soigné, et également ce que cela peut procurer à la personne âgée lors de la toilette.

2. Le toucher et la relation soignant/soigné

« Le toucher est sans doute l'un des tout premier sens à apparaître, c'est le plus souvent avec le grand âge, le dernier à disparaître »³⁸

En effet, dès la naissance, le nourrisson est mis peau à peau contre sa mère. Tout être a besoin d'être touché. D'après les expériences de Spitz³⁹, il a été mis en évidence que les enfants privés d'affection pouvaient développer des troubles physiques et psychiques quelques mois après ce manque. Il en est de même avec la personne âgée, plus l'on avance avec l'âge, moins il y a de contact avec autrui.

Dans la relation avec le patient lors d'un soin, on est amené à parler, regarder et toucher lors des gestes à effectuer. « On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même ».⁴⁰ En effet, on peut voir lors d'un soin si le patient a chaud/froid, crispé/détendu mais il peut également avoir la même sensation sur nous. Le toucher est retrouvé dans la vie quotidienne (serrer la main, faire la bise) et dans la relation soignant/soigné (injection, toilette, pansement...). Cela dit, avant d'effectuer un quelconque toucher, il faut d'abord connaître la personne soignée et établir une relation de

³⁸ SAVATOFSKI J, PRAYEZ P, *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002 p 6

³⁹ *Hospitalisme*, psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/hospitalisme/hospitalisme-theorie.htm, [visite le 03/06/2008]

⁴⁰ BLANCHON C, *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Paris : Elsevier 2006 p 19

confiance. En effet, certains patients vont le vivre comme une intrusion à leur corps surtout s'ils n'ont jamais ou très peu eu l'occasion de découvrir ce mode de communication.

Il suffit donc d'expliquer les gestes, et le bénéfice que cela peut déclencher (bien être, relaxation) pour instaurer une véritable relation d'aide avec le patient.

3. Les différents types de toucher

D'après « le toucher dans la relation soignant/soigné »⁴¹, il en existe différents types que je vais vous détailler ci-après.

Le toucher technique⁴²: C'est celui dont on se sert tous les jours dans notre profession. Ce sont tous les gestes relatifs à tous les soins appris pendant nos trois ans de formation. Il implique la position du patient et du soignant afin que celui-ci puisse pratiquer le soin avec « asepsie, confort et sécurité ». Cependant, il faut tenir compte de la douleur exprimée par le patient, ainsi que son identité.

Le toucher relationnel⁴³: Comparé au toucher purement technique, celui-ci nous permet d'établir une véritable relation avec le patient. Ce sont certes des gestes, mais ils sont faits pour apaiser et rassurer le patient avant et/ou après une situation ou un soin stressant. C'est prendre en compte la personne en tant que telle et non pas la voir comme « objet de soin ».

Le toucher déshumanisé⁴⁴: « ...recouvre ainsi de nombreux gestes routiniers, souvent faits en série, où l'on assiste à une réelle automatisation du toucher ». C'est lorsqu'on se préoccupe plus des gestes infirmiers que des gestes rassurants pour le patient.

Le toucher communication⁴⁵: avec la communication non verbale. Elle est utilisée dans tous types de relation. C'est le fait d'entrer en communication avec le patient en y amenant du réconfort. Lorsque le soignant ne trouve pas les mots pour rassurer, il utilise alors le toucher pour accompagner le patient et établir une véritable relation.

⁴¹ BONNETON-TAVARIES F, LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné* Paris : Med-Line, 2006 P 75 à94

⁴² IBID p 75

⁴³ IBID p 81

⁴⁴ IBID p 85

⁴⁵ IBID p 90

En quoi le toucher relationnel peut-il être bénéfique pour la personne âgée ? Peut-il être considéré comme un soin à part entière ?

Ces réponses vont être apportées par la deuxième partie consacrée à la personne âgée

4. Le toucher relationnel chez la personne âgée

En institution ou à l'hôpital, le toucher est le plus souvent employé lors des différents soins techniques tels que les pansements, toilette... Je m'intéresse plus précisément à ce dernier car on est amené à toucher la personne tout au long du soin avec notre outil de travail qui est la main. On effectue ce geste pour rassurer, sécuriser, permettre une relation de confiance et donc effectuer le soin en y amenant du bien être et un sentiment d'exister en tant que personne et non en tant que « malade ».

D'après Savatofski⁴⁶, la personne âgée est très réceptive au toucher car certaines de ces personnes n'ont plus ou non jamais l'occasion de se faire cajoler, comme la bise ou la prise dans les bras des petits enfants ou encore la visite de la famille. Alors nous, soignants sommes là pour combler ce vide et les personnes nous le rendent bien par des remerciements, des sourires.

« En gériatrie, le toucher massage est un moyen privilégié d'entrer en communication avec les patients, de leur apporter un soulagement et un réconfort physique et moral »⁴⁷

En effet, dans son livre Mme Blanchon C⁴⁸, nous raconte l'histoire de Mme F, 93 ans, où celle-ci ne reçoit que très peu de visite et injure le personnel notamment quand vient le moment de la douche. Mme Blanchon, à la fin de ce soin a commencé à lui faire un massage du visage, ce qui l'a détendue et l'a fait sourire. L'auteure est alors rentrée en communication avec cette patiente qui a pu exprimer ses craintes notamment celle de la solitude.

Voilà pourquoi le toucher est primordial dans la relation avec une personne âgée, car celle-ci se retrouve parfois seule, et les refus vis-à-vis de certains soins tels que la toilette ne sont en fait qu'un appel au secours. Même si le toucher massage ne dure que quelques minutes cela suffit à montrer à la personne que l'on n'est pas indifférente face à elle. De plus, il permet une prise en charge plus précise, du fait que la personne âgée se confiera plus facilement si elle se sent écoutée et en confiance.

⁴⁶ SAVATOFSKI J, PRAYEZ P, *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002, p 60

⁴⁷ BONNETON-TAVARIES F, LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné*, Paris : Med-Line 2006 p 139

⁴⁸ BLANCHON C, *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Paris : Elsevier 2006 p72

Problématique

Le toucher comme nous l'avons vu, est un mode de communication à part entière. Les personnes âgées sont la population qui est à mon sens la plus à même à en bénéficier de par leur isolement, car les relations sociales s'estompent et elles n'ont plus l'occasion d'être entourées.

Souvent dénigré le toucher relationnel, n'est pas encore bien intégré dans les structures souvent par manque de temps, de personnel qualifié ou par la gêne du soignant craignant une possible connotation sexuelle.

Avec les soins de nursing parfois refusés par les patients, le massage au début ou en fin de soin ne pourrait-il pas favoriser une relation entre le binôme ? Le soin n'en serait-il pas plus intéressant relationnellement parlant ? Mais qu'en est-il avec une personne âgée démente ? En sachant, que même après quelques lectures, ces patients sont également sujets à des refus de toilette.

- En quoi le toucher-massage permet-il d'apaiser la personne âgée démente lors d'un soin de nursing afin qu'il soit accepté plus facilement ?

Mais dans la formation, comme dit dans mon précédent chapitre, le toucher-massage est très peu enseigné, alors que c'est une technique qui se développe de plus en plus dans la pratique soignante. Est ce un soin qui dans l'avenir pourrait-être reconnu aux yeux de notre décret comme soin à part entière et être inscrit dans la formation infirmière ? Quel impact pourrait-il avoir dans les soins de tous les jours ?

- En quoi l'apprentissage des différentes techniques du toucher-massage, peut-il avoir une incidence au quotidien sur les pratiques soignantes ?

Question de recherche :

En quoi le toucher-massage permet-il d'apaiser la personne âgée démente lors d'un soin de nursing afin que celle-ci l'accepte plus facilement ?

Conclusion

Comme précisé en début de mon travail de fin d'étude, mon projet est de travailler auprès de personnes âgées. Même si cette population ne se retrouve pas seulement dans les institutions, on peut être amené à les retrouver dans tous les services de soins. Pour l'heure, mon projet reste le même, mais peut-être un jour l'avenir fera que la maturité que j'aurais acquise durant ma profession, me conduira à travailler dans un tout autre service. Le toucher-massage est une technique que j'ai développée durant cette recherche notamment chez la personne âgée, mais pourra en plus me servir pour certains patients et je pense entre autres aux services de soins palliatifs, oncologie, pédiatrie...

Les limites de mon TFE ont été les sources innombrables que j'ai pu trouver tout au long de cette année. Il est vrai que la sélection a parfois été très longue, étant donné que dans mon constat, je ne savais pas quelle piste j'allais explorer. De plus, dès que j'entreprenais une recherche, les mots clefs affluaient et bien qu'il nous était demandé de cibler, mes investigations me conduisaient toujours plus loin vers des sujets plus intéressants à traiter les uns que les autres.

Annexe n°1

Grille AGGIR

Annexe n°2

Charte de la personne
hospitalisée

Annexe n°3

Charte des droits et libertés de la
personne âgée dépendante

Annexe n°4

Les différents types de toilette

Pour rédiger cette phase, je me suis aidée du livre sur l' « humanitude »⁴⁹

La toilette avec eau coulante

La douche

La douche est réalisée lorsque la personne est un peu autonome ou avec une aide partielle. C'est le mode de toilette quotidienne préféré des Français et aussi le plus utilisé. C'est aussi la meilleure façon de se laver, étant donné qu'elle permet à la personne âgée de se mobiliser pour le maintien de son autonomie et également de prévenir des rougeurs ou points d'appui (lorsque celles-ci sont alitées ou souvent confinées au fauteuil).

Le chariot douche

Cet outil est le plus souvent utilisé pour les patients grabataires ne pouvant pas effectuer leur toilette seul. Il allie à la fois soin d'hygiène et soin relationnel (car une tierce personne est à leur côté)

La toilette sans eau coulante

La toilette au lavabo

Elle est le mode de toilette que l'on retrouve le plus fréquemment.

Bien qu'elle ne puisse pas être utilisée pour les patients grabataires, celle-ci est une méthode qui permet à la personne âgée de garder au minimum son autonomie. Le soignant est présent si la personne n'est pas autonome pour certaines parties de son corps. De plus un miroir est installé devant le lavabo qui permet au patient de se peigner, se laver les dents, se maquiller (pour les dames) et se raser (pour les hommes). Tous ces soins esthétiques contribuent à renforcer l'image et donc l'estime de soi.

La toilette au lit

N'est conseillée seulement que pour les patients en état de démence ou très asthéniques. Ce type de toilette ne présente pas beaucoup d'avantages : non autonomisation de la personne, hygiène relative. En effet, la toilette au lit nécessite comme ustensile, une bassine en changeant l'eau le plus souvent entre le lavage du haut et des parties intimes. Personnellement, ce système de cuvette me satisfait peu car même si l'eau est renouvelée au milieu du soin, le gant est retrempé dans de l'eau savonneuse ce qui ne permet pas une hygiène parfaite ».

⁴⁹ GINEST Y, PELLISSIER J, *Humanitude*, Paris : Armand Colin, 2007 p 256-257

Annexe n°5

Analyse des 14 besoins
fondamentaux avec la toilette

Rappel des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson

N°1 Le besoin de respirer

N°2 Le besoin de boire et de manger

N°3 Le besoin d'éliminer

N°4 Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position

N°5 Le besoin de dormir et de se reposer

N°6 Le besoin de se vêtir et de se dévêtir

N°7 Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale

N°8 Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

N°9 Le besoin d'éviter les dangers

N°10 Le besoin de communiquer

N°11 Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances

N°12 Le besoin de s'occuper et de se réaliser

N°13 Le besoin de se récréer

N°14 Le besoin d'apprendre

Analyse des 14 besoins fondamentaux avec la toilette

Respirer

La toilette permet d'examiner le patient et de découvrir s'il y a ou non une respiration inefficace (tirage, cyanose, polypnée) et de pallier ainsi à ce problème. De plus, le nettoyage du nez peut-être effectué s'il est en incapacité de le faire, afin de faciliter sa respiration.

Boire et manger

Indispensable pour ce besoin car la toilette comprend également le soin de bouche. Il doit être réalisé tous les jours, afin que la personne ait un état buccal satisfaisant pour éviter toutes sortes d'infections. De plus, elle appréciera d'avantage de manger avec une bouche propre et lui permettra ainsi de ne pas perdre le goût des aliments.

Eliminer

Contribuer à faire la toilette génito-anale, empêche la formation d'infections urinaires et de douleur lors de la miction. Pensons aux personnes incontinentes qui présentent des rougeurs et irritations dû à leurs protections souillées, d'où l'intérêt d'une petite toilette.

Se mouvoir

Le fait même de se lever pour aller faire une toilette au lavabo, permet de mobiliser le patient. Pendant la toilette au lit, il est également possible de le faire participer.

Dormir et se reposer

La toilette permet d'évaluer la qualité du sommeil du patient. (Somnolence, sommeil réparateur).

Se vêtir et se dévêtir

Ce soin comprend l'habillement. Permet d'évaluer l'état cognitif du patient en le faisant participer et la surveillance de vêtement adapté.

Maintenir la température du corps dans les limites de la normale

Cela se rapproche du besoin précédent, puisqu'il faudra que le patient ait une tenue pour chaque saison, afin qu'il ne s'habille pas trop en été et qu'il ait des vêtements chauds en hiver.

Etre propre soigné et protéger ses téguments

Cf partie toilette

Eviter les dangers

Pendant la toilette on vérifie l'environnement du patient afin d'éviter tout risque de chutes liées aux différents objets placés dans la chambre.

Communiquer avec ses semblables

Lors de ce soin on parle, on touche, on se regarde... Tous les moyens de communication sont mis en éveil.

Agir selon ses croyances et ces valeurs

Je pense notamment à la dame d'origine musulmane qui pendant la toilette, va demander à être lavée par une autre femme.

De plus, il peut y avoir un conflit entre l'horaire de la toilette et celle de la messe pour les catholiques (le dimanche notamment)

S'occuper en vue de se réaliser

Les soins esthétiques font partie de ce soin, en effet se coiffer, se maquiller, se raser...

Apprendre

Pendant la toilette, on peut travailler les praxies « je vous prends le bras, donnez moi votre main ». Cela leur rappelle les différentes parties de leur corps. De plus, en communiquant on leur demande le jour qu'il est, la saison, l'année... C'est bénéfique pour leur mémoire et cela ne pourrait pas être réalisé à n'importe quel moment de la journée.

Annexe n °6

Message-réponse (feed back)

Bibliographie

OUVRAGES

- . BEAL V, PEAU M, Concours paramédical : culture générale, Vannes : Foucher, 2007, 318 p
- . BERLIN J/AMALBERTI / BEGUIN A-M, *L'infirmier et les soins aux personnes âgées*, Paris : Masson, 2005, 308 p
- . BLANCHON C, *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Paris : Elsevier 2006, 123 p
- . BONNETON-TABARIES F/ LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant/soigné*, Paris : Med-Line, 2006, 151 p
- . DELOMEL M-A, *La toilette dévoilée*, Paris : Seli Arslan 1999, 220 p
- . GINEST Y, PELLISSIER J, *Humanitude*, Paris : Armand Colin, 2007, 319 p
- . LEGRAIN M, GARNIER Y, VINCIGUERRA M, *Le petit Larousse compact*, Paris, 2003
- . POTIER M, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Paris 2002. 363 p
- . RAJABLAT M, *Voyage au cœur de la toilette*, 111 p
- . REY DEBOVE J, REY A, *Le petit Robert dictionnaire de la langue Française*, 2002
- . SAVATOFSKI J, PRAYEZ P, *Le toucher apprivoisé*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002, 160 p

ARTICLES DE PERIODIQUES

- . BLANCHON C, *Toucher relationnel et personnes âgées*, Revue de l'infirmière, n°126 Décembre 2006 p 28-29
- . BLOT S, *Prendre soin en gériatrie*, Soins gérontologie, n°58 Mars/Avril 2006 Masson p 44-45
- . BURDILLAT M, JUPILET M, LAFORGE J, *La toilette*, Soins Psychiatrie, n°195 Mars 1998 p 6-9
- . LANDRY N, *Le toucher : soin et moyen de communication dans la pratique I.D.E.*, Recherche en soins infirmiers, n°18, octobre 1989 p 34-43

TRABACCHI G, *La peau du vieillard... dans tous ses états*, Soins gériatriques, n°52, Mars/Avril 2005. p 8

D'après les articles parus dans la Revue de L'aide Soignante, numéros 9 et 11, d'octobre et décembre 1996. Communication au congrès national de l'ANFAS 1996. Communication au congrès du Gérafas de la Roche sur Yon 1999. (visitez le //) Disponible sur internet : pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/toilettes1.html

Petite histoire de l'hygiène, L'aide soignante, n°64 février 2005 p 13-14

Histoire de la toilette, L'aide soignante, n°64 février, 2005 p 18-19

Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées, Recherche en soins infirmiers, n°86 septembre 2006 ... p 52-65

TEXTES DE LOI

- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE. Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers. Art. L. 1111-4. (Visitez le 22/11/2007) Disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=mex01000921
- Code de déontologie médicale figurant dans le code de la santé publique figurant sous les numéros R 4127.1 et R 4127.112. TITRE II : Droit envers les patients. Article R 4127.36. (Visitez le 22/11/2007) Disponible sur internet : www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.
Livre III Auxiliaires médicaux. Titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre 1^{er} : Exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels [en ligne]. J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087. [visitez le 30/03/2008] Disponible sur internet : www.infirmiers.com/inf/legislation/exregles/annexe_decree29juillet2004.php
- 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 (en ligne) [visitez le 18/12/2007]. Disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/charte_patient/accueil.htm

DOCUMENTS INTERNET

- ☞ www.espace-ethique.org/fr/enq_4mars.php
- ☞ www.toucher-massage.com/
- ☞ www.med.univ-rennes1.fr/iidris/index.php?action=contexte&num=4001&mode=mu&lg=fr (visite le 13/06/2008)
- ☞ *Cadre conceptuel*, www.esim.ch/cfc_cadreconceptuel.html [visite le 13/06/2008]
- ☞ *Le temps des soins relationnels*, <http://membres.lycos.fr/papidoc/34parolemains.html> (en ligne) [visite le 22/03/2008]
- ☞ *Le toucher dans la trame des jours*, <http://membres.lycos.fr/papidoc/34parolemainsper.html> (en ligne) [visite le 22/03/2008]
- ☞ *Le massage communication*, <http://membres.lycos.fr/papidoc/34parolemassage.html> (en ligne) [visite le 22/03/2008]
- ☞ *Usagers, vos droits, Chartes de la personne hospitalisée*, www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/charte_patient/accueil.htm (en ligne), [visite le 18/12/2007]
- ☞ *Hospitalisme*, psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/hospitalisme/hospitalisme-theorie.htm [visite le 03/06/2008]

COURS DE LA FORMATION

- © Cours du 26/03/2008 issu du module «Personnes âgées et relations de soins», *Introduction aux approches en sciences humaines et sociales des personnes âgées*, 43 p
- © Cours issu du module « Personnes âgées », *Grille AGGIR*.

Résumé : Les personnes âgées dans les institutions sont souvent coupées de la société. En effet, pas de famille ou souvent éloignée, peu de contact avec le monde extérieur bien que l'institution soit devenue pour eux un lieu de vie. Les refus vis-à-vis de la toilette peuvent révéler une souffrance due à un manque d'affection et de considération. Tout au long de mon travail, je vais chercher à savoir comment redonner confiance à ces personnes en profitant de ce soin. Je mettrai en exergue le toucher, car celui ci est quotidiennement utilisé par les soignants lors des soins techniques. Au delà du contact purement professionnel, s'établit une véritable communication entre le patient et le soignant...

Mots clés : personne âgée, soignant, institution, dépendance, toilette, refus de soins, toucher massage, relationnel, communication.