

démarche soignante

# Altération corporelle et **réciprocité sensorielle**, savoir toucher et être touché

ÉVELYNE  
MALAQUIN-PAVAN  
MARYLÈNE PIERROT

■ Savoir être touché par celui dont le corps s'altère, mettre ce dernier en confiance pour qu'il puisse, à son tour, se laisser toucher tant psychiquement que physiquement, voici deux défis du soin ■ La compréhension de cette implication sensorielle réciproque comme celle des canaux de communication non verbaux sont à interroger, afin de produire le geste adapté à la personne au moment adéquat.

## MOTS CLÉS

- Altération corporelle
- Corps
- Intentionnalité
- Réciprocité
- Relation de soin
- Sens
- Soin relationnel
- Toucher

Dans la relation de soin, l'intention, l'initiative et l'engagement corporel sont un choix, une décision dont la responsabilité incombe initialement au soignant. L'adaptation gestuelle et verbale en dépend pour que, au-delà de la prise en compte de l'altération corporelle (*tableau*), la rencontre avec celui qui souffre soit possible, sans oublier l'écho sur le soignant produit par cette rencontre humaine.

## DIFFÉRENTS REGARDS SUR LE CORPS ALTÉRÉ

Selon le regard posé, le corps peut être vu comme un écran ou comme un véhicule de soins et de relation, entraînant deux visions extrêmes de l'altération.

■ **Le corps vu comme écran**, « un rideau interposé, servant à se garantir, à voiler un excès, à filtrer, à dissimuler, à protéger »<sup>1</sup>. C'est aussi « la surface sur laquelle est projetée l'image d'un objet ». Le risque de considérer le corps comme un écran peut être, pour le soignant, de ne pas voir l'altération ou de ne pas en tenir compte, le corps du malade devenant ainsi stéréotypé, banalisé par la répétition des soins produits. Ce peut être également, au contraire, de réduire le corps à la pathologie, considérant ce dernier comme morcelé, organiciste, dans une production de soins où la relation se fonde sur la maladie ou le handicap.

■ **Le corps comme véhicule de relation**, « ce qui sert à faire passer, à transmettre, à communiquer »<sup>1</sup>. Considérer

l'altération du corps dans une vision globale de la personne reconnue comme "corps/sujet/malade de" devient source de personnalisation du soin et d'adaptation relationnelle centrée sur la personne souffrante. Le soignant s'engage lui-même dans une approche corporelle et se vit comme agent thérapeutique, facilitateur de possibles utilisant « *un mode d'être guérissant de l'infirmière* »<sup>2</sup>, dont l'objectif est de "prendre soin" dans une juste distance.

## SOLLICITATIONS SENSORIELLES ET IMPLICATION DANS LE SOIN

L'altération corporelle de l'autre sollicite quatre sens chez le soignant : la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher.

■ **L'altération du corps est d'abord vue**. « *La vision changée en mal, affaiblie* »<sup>3</sup>, bouscule notre schéma visuel habituel du corps, nous altérant à notre tour, c'est-à-dire nous faisant autre : aussitôt repérée par l'œil, elle nous affecte, nous touche. Cette première sensation peut déjà être vécue comme insupportable.

Les termes soignants qualifiant l'altération marquent cette prépondérance de la vision en lien avec l'esthétique : une plaie est "propre", "belle" ou "sale". Pour celui qui est altéré dans son corps, être vu, c'est être regardé par l'autre, peut-être avoir honte de se montrer alors qu'il est déjà si douloureux de se voir soi-même. Le regard du soignant, lui-même miroir, peut réduire l'autre à son état d'altération ou ouvrir vers d'autres perspectives, par exemple en privilégiant ce qui n'est pas altéré, en sachant "rendre beau", tenant compte du besoin d'esthétique présent chez tout être humain.

## Altération corporelle et réciprocité sensorielle, les points à retenir

- **L'altération corporelle du patient sollicite quatre sens** chez le soignant : la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher.
- **Elle nécessite l'engagement corporel du soignant**, guidant l'adaptation gestuelle, verbale et émotionnelle au cours du soin.
- **Nommer en équipe l'inconfort ou la répulsion dans l'exécution d'un soin** permet d'organiser le relais entre collègues et de préserver la disponibilité relationnelle durant le soin.

■ **L'altération se fait également entendre** et son écoute requiert des compétences. En effet, elle s'accompagne souvent de plaintes de la part de celui qui en souffre ou de son entourage. Celles-ci peuvent devenir pleurs, gémissements, agressivité verbale, cris ou refus d'être touché, comme en témoigne le « *Laissez-moi tranquille* » qui déstabilise plus d'un soignant.

■ **Les odeurs**, quant à elles, sont mentionnées principalement quand elles sont mauvaises : « *Ça pue* », « *Ça pourrit* », « *C'est une infection* ». Elles induisent toujours une contrainte dans les soins et de la gêne dans les échanges lors des visites familiales et amicales.

■ **Enfin, le toucher éveille deux craintes** : celle d'engendrer une douleur et celle d'être contaminé. Faire mal, même si c'est pour faire du bien, pose un problème éthique à tout soignant, renforcé par la vulgarisation des méthodes d'analgésie et de prévention des douleurs induites. Si l'on peut obtenir une antalgie en cas de lésion aiguë, mobiliser un corps en flexion ou en position verrouillée lors des soins d'hygiène sans éveiller de plainte ni de cris est une gageure. La douleur éveillée a pour effet de limiter la durée, la forme et l'efficacité du soin, comme en témoignent ces commentaires soignants : « *J'ai fait une toilette sommaire* », « *J'ai juste changé la bande* », « *On refait le pansement un jour sur deux* ». Ceci peut être adapté, par exemple en fin de vie, mais peut constituer également une cause d'aggravation par négligence ou insuffisance... Le soignant peut redouter le soin ou en retarder l'échéance : « *On le fera en fin de matinée* », « *On garde le plus lourd pour la fin* » ou, au contraire, se débarrasse : « *On le fait tout de suite pour être tranquille après* ». La peur de la contamination est de nouveau d'actualité et le port de gants, masques et casques atteste du risque. Ces protections forment une « barrière » contre microbes, parasites, écoulements ou sécrétions. Souvent nécessaire ou indispensable dans certaines circonstances, leur port généralisé est une déviance, faisant inutilement écran au contact du corps... Comment le soigné perçoit-il qu'on lui lave le visage ou les mains avec des gants ? Comment le soignant ressent-il de ne pas porter de gants quand l'habitude de cette seconde peau s'est généralisée ?

### POUR OSER S'Y RISQUER SANS S'ÉPUISER

Pour être en capacité de prendre contre soi, de caresser une main, un visage ou d'offrir un toucher de détente, les postures soignantes face à l'altération sont à questionner par rapport à la charge émotionnelle prégnante. Tout projet

TABLEAU. Facteurs provoquant l'altération corporelle chez l'être humain

Âge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relâchement cutané (rides), fonte musculaire, tassement de la silhouette, perte de la souplesse, sens émoussés (vue, ouïe...)</li> </ul>
Maladie(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altérations cutanées : plaie, dermatose, escarre, amputation, etc.</li> <li>• Modifications : faciès, posture, statique, gestuelle, comportements.</li> <li>• Déformations musculo-squelettiques : positions vicieuses, verrouillées, pose de prothèses, matériels.</li> <li>• Prise de médicaments : chimiothérapie, cortisone, neuroleptiques, etc.</li> <li>• Amaigrissement/prise de poids</li> <li>• Odeurs</li> <li>• Douleurs, etc.</li> </ul>
Environnement (iatrogénéité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins techniques : perfusions, sondes, poches à urines, etc.</li> <li>• Modes d'installation : fauteuil gériatrique, barrières de lit, contention, positions couchées ou assises tenues trop longtemps entraînant une modification de la perception du monde.</li> <li>• Aménagement des locaux : emplacement des toilettes influant sur le maintien de la continence, etc.</li> <li>• Philosophie de soins : projet de vie/de service au sujet de l'habillement, des loisirs, de la socialisation, de la prise de risque (chutes, etc.).</li> <li>• Appauvrissement affectif par infantilisation, maternage, désintérêt ; effet de ghetto du rassemblement en institution source de violence physique et psychologique.</li> </ul>

d'équipe incluant le recours au toucher conscient (comme tout cahier des charges de formation continue dédié à cet apprentissage) doit contenir ces axes de réflexion où altération et communication verbale et non verbale s'ancrent dans cette juste distance intime. Impliqué de plusieurs manières, il n'est pas rare que l'imaginaire construise un scénario autour du ressenti supposé de l'autre, c'est-à-dire de ce que le soignant ressentirait s'il était dans cette situation. Ces appréciations subjectives, non vérifiées auprès du patient, sont à l'origine de sous-évaluations comme de surévaluations de la douleur et d'autres symptômes gênants.

### CONCLUSION

■ **L'impuissance à guérir l'altération** confronte les professionnels aux limites soignantes, les conduisant au découragement, à la banalisation ou à un désengagement émotionnel, au risque d'une mécanisation parfois non consciente des gestes.

■ **Se faire violence pour exécuter certains soins**, devoir prendre son souffle avant de franchir la porte d'une chambre sont autant de réticences ou de répulsions qui doivent pouvoir se nommer pour que l'équipe joue son rôle de relais. Odeur de nécrose ou de plaie cancéreuse, crachats, mélénas, brûlures étendues, incisions chirurgicales, amputations, séquelles neurologiques ou propos grivois constituent des situations de malaise qui touchent les soignants et risquent d'affecter leur tact comme la qualité relationnelle visée. ■

### NOTES

1. **Le Petit Robert de la langue française**, 2006.
2. **Watson J.** *Le caring*. Éditions Seli Arslan, 1998, 317 p.
3. **Le Petit Larousse**, 2006.

### LES AUTEURS

**Évelyne Malaquin-Pavan**, cadre infirmier spécialiste clinique, direction des soins, hôpital Corentin-Celton (AP-HP), Issy-les-Moulineaux (92), evelyne.malaquin-pavan@ccl.aphp.fr  
**Marylène Pierrot**, infirmière conseillère de santé retraitée, Dreux (28)