

formation

Le toucher "relationnel" dans les soins ?

JULIETTE GABAY
BRIGITTE HÉRISON

■ Une formation sur le toucher "relationnel" est proposée par un binôme infirmière/psychologue, selon une approche théorico-pratique ■ Celle-ci s'appuie sur l'expérience des soignants, leurs ressentis et l'interdisciplinarité ■ Ces derniers sont ainsi accompagnés dans la (re)découverte de ce sens précieux pour communiquer autrement.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

The "relational" touch in care? Training in "relational" touch is offered by a nurse and a psychologist working in tandem, according to a theoretical-practical approach. This is based on nurses' experience, their impressions and interdisciplinarity. The carers are therefore supported in the (re)discovery of this precious sense which offers a different way of communicating.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS CLÉS

- Formation
- Interdisciplinarité
- Toucher relationnel
- Théorico-pratique
- Vécu émotionnel

KEYWORDS

- Emotional experience
- Interdisciplinarity
- Relational touch
- Theoretical-practical approach
- Training

Observer, écouter, sentir, ressentir et...toucher¹ ? La dimension du toucher "relationnel" est à considérer dans toute relation de soins, et peut-être plus particulièrement dans les situations où la communication verbale se trouve altérée par des troubles moteurs, sensoriels et/ou cognitifs. Dans la démarche de soins, le toucher "technique" est incontournable [1] alors que le toucher "relationnel" est possible, s'il est adapté et réajusté. Au fil des expériences respectives, il a pu être constaté que ce mode de communication pouvait générer de l'inconfort chez les soignants qui n'y étaient pas familiarisés, ayant parfois pour conséquence une interprétation erronée de l'échange ou une hésitation dans le choix de l'attitude à adopter [2]. Une formation a ainsi été mise en place pour accompagner les soignants et les aider à aborder la personne hospitalisée à travers le toucher.

LA FORMATION

■ Une infirmière clinicienne a été sollicitée par l'encadrement d'un service de soins de suite et de réadaptation, afin de mettre au point cette formation. Celle-ci s'est déroulée dans une salle du service, suivant quatre rencontres d'1h30. Certaines limites ont émergé telles que la préoccupation des soignants par les appels des malades et leur difficulté d'être touchés lors des exercices pratiques.

■ Un programme théorico-pratique a alors été proposé sur une journée, en interdisciplinarité infirmière clinicienne / psychologue clinicienne.

Cette formation, interactive, s'appuyant sur l'expérience des participants, a pour fil conducteur, le ressenti. Ses objectifs consistent à :

- accompagner les soignants dans la redécouverte de ce sens et du vécu émotionnel associé ;
- mettre l'accent sur le fait que le toucher "relationnel" ne va pas de soi : il est important d'identifier certaines de ses limites et certains ressentis pour mieux les comprendre lorsqu'ils émergent dans la relation de soins ;
- ouvrir le champ de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas, pour soi et pour l'autre.

■ La matinée est réservée à l'approche théorique. L'objectif est de partir de l'expérience des professionnels pour cheminer ensemble dans la réflexion et pointer que le langage du corps a bien plus d'impact que ce que l'on pourrait penser.

■ L'après-midi est consacrée aux ateliers pratiques. Quatre exercices sont proposés pour permettre aux soignants d'expérimenter les ressentis potentiellement éprouvés par les personnes soignées. Ces exercices sont aussi l'occasion de mettre en lien les questions abordées le matin. Chacun possède ses propres réponses et peut ajuster sa posture professionnelle selon les situations rencontrées et ses propres ressentis. La parole circulant au sein du groupe, le prendre soin quotidien, la recherche de mieux faire, et surtout le souhait d'améliorer le bien-être de la personne soignée sont des thèmes omniprésents (encadré 1).

■ Quelques questions spécifiques sont posées :

NOTE

¹ Rappelons la citation de Rodin, à son amie et élève Camille Claudel : « Tu sais qu'un homme meurt s'il perd le toucher. C'est le seul sens irremplaçable, le toucher ».

Le langage dans les soins

ENCADRÉ 1

Exemples d'ateliers pratiques

■ Plusieurs questions peuvent être soulevées lors des ateliers pratiques pour stimuler la réflexion :

- Notre toucher nous renseigne-t-il de façon identique si nous avons les yeux fermés ou les mains gantées ? D'une personne à une autre, avons-nous les mêmes sensations ? Le port de gants modifie les perceptions sensorielles. Ces derniers, indispensables dans certaines situations, sont-ils nécessaires pour tous les gestes ?
- Savons-nous nous adapter à l'environnement ? Nous nous mobilisons dans un espace qui nous renseigne et

nous permet d'évoluer en sécurité. En est-il de même pour la personne en perte d'autonomie physique et/ou psychique ?

■ Un exercice de guidage permet aux professionnels de réaliser que la manière de tenir et d'accompagner les personnes peut être très déstabilisante ou, au contraire, très rassurante.

■ À travers le toucher intentionnel, les soignants prennent conscience que ce qu'ils souhaitent parfois transmettre à une personne n'est pas forcément reçu et décodé comme attendu.

- « Qu'est-ce qui conditionne une communication non verbale de qualité ? » ;
- « Quelles peuvent être les répercussions d'une communication non verbale inadaptée ? » ;
- « Quel est notre propre mode de relation à autrui ? » ;
- « Parlons-nous "à" ou parlons-nous "avec" ? » ;
- « Quels peuvent être les obstacles au toucher "relationnel" ? » ;
- « Qu'en est-il de la "juste distance", si complexe à définir ? ».

PARLER AUTREMENT

La question du toucher "relationnel" peut revêtir une autre dimension dans les situations où la communication verbale se trouve altérée par des troubles moteurs, sensoriels et/ou cognitifs. « La désorganisation de la vie psychique n'est en aucun cas synonyme d'absence de vie psychique. Il semble donc primordial de savoir dépasser ce premier niveau de communication qu'est le verbal, pour atteindre ces patients par d'autres modes de contact, comme parfois le toucher » [3]. Néanmoins, toucher ou être touché ne s'impose pas mais se propose. Par son comportement, le malade informe de son autorisation ou non à être touché. Dans ce contexte, en établissant un lien concret, authentique et juste, la main qui touche (donc parle) avec respect contribue à rompre l'isolement, à restaurer l'identité et

Les points à retenir

- Le toucher est forcément réciproque.
- Une approche théorico-pratique permet de lier la clinique et les ressentis.
- Redécouvrir de nouveaux outils de communication enrichit la pratique et contribue à une posture professionnelle adaptée.

l'unité de la personne, à contenir les angoisses [4], à élaborer un sens.

TOUCHER ET ÉCHANGE

■ La main donne et reçoit des informations importantes. Toucher et son corolaire être touché relie de façon ponctuelle le soignant et le soigné, entraînant une réciprocité qui ne va pas forcément de soi. Il s'agit alors d'un véritable corps à corps entre deux êtres, favorisant l'échange émotionnel [5]. La relation tend vers une harmonie si le soignant apprend à identifier ses propres limites et se sent à l'aise pour s'auto-riser à faire ou non, et pour accepter de recevoir ou non.

■ La question de la distance sociale et personnelle [6] est abordée dans cette formation, de même que la "juste distance" qui implique des paramètres dynamiques, individuels et environnementaux. Chacun est invité à réfléchir et à partager avec le groupe les représentations et la compréhension qu'il a de cette notion. Il existe, de part et d'autre, des obstacles au toucher [7]. Il est important de pouvoir les repérer, les identifier et les nommer, et primordial de ne pas les bousculer.

CONCLUSION

Le toucher peut traduire un état, des intentions et des émotions, conscientes ou inconscientes. L'impression que donne le soignant a une incidence directe sur la relation, en agissant sur ce que ressentent la personne soignée, ses proches et les collègues. La perspective est de contribuer à restaurer et/ou préserver l'identité de chacun et le sentiment d'être avant tout reconnu en tant que personne [8,9]. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Groupe national toucher, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap). Le toucher au cœur des soins. Rapport, 2009. <http://www.sfap.org/pdf/III-G8b-pdf.pdf>
- [2] Prayez P. Distance professionnelle et qualité du soin. Paris: Lamarre; 2003.
- [3] Sapir M. La relation au corps. Paris: Dunod; 1996.
- [4] Lévinas E. Ethique et infini. Paris: Fayard; 1982.
- [5] Sapir M. (1980). Soignants, soignés, le corps à corps. Paris: Payot; 1980.
- [6] Hall E.T. (1966/1971). La dimension cachée. Paris: Seuil; 1966/1971.
- [7] Prayez P, Savatofsky J. Le toucher apprivoisé. Paris: Lamarre; 2002.
- [8] Ricoeur P. Parcours de la reconnaissance, trois études. Paris: Stock; 2004.
- [9] Honneth A. La lutte pour la reconnaissance. Paris: Le Cerf; 2000.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

LES AUTEURS

Juliette Gabay, psychologue clinicienne, unité de soins de longue durée, gabay.juliette@bbox.fr, **Brigitte Hérisson**, infirmière clinicienne équipe mobile douleur soins palliatifs, hôpital Émile-Roux, 1, avenue de Verdun, 94456 Limeil-Brévannes cedex, France, herissonbrigitte@yahoo.fr