

sociologie

Le corps et le toucher en soins infirmiers

DAVID LE BRETON

■ Le corps est intime, social et culturel ■ À travers lui se construit la relation de soins ■ La peau, enveloppe symbolique, expose et protège ■ Le toucher entre le patient et le soignant exprime l'histoire de deux corps en relation.

The body and touch in nursing care. The body is intimate, social and cultural. The care relationship is constructed through the body. The skin, a symbolic cover, exposes and protects. The touch between the patient and the caregiver expresses the story of a relationship between two bodies.

MOTS CLÉS

- Affectivité
- Anthropologie
- Corps
- Intimité
- Soins infirmiers
- Soin relationnel
- Toucher

KEY WORDS

- Affectivity
- Anthropology
- Body
- Intimacy
- Nursing care
- Relational care
- Touch

L'infirmière ne soigne pas des corps mais des hommes, des femmes, des enfants ou des personnes âgées. Les soignants ont devant eux des sujets en souffrance, arrachés provisoirement ou durablement à leur monde familial par l'irruption de la maladie ou d'un accident. L'institutionnalisation des soins à l'hôpital implique souvent des procédures de prises en charge standardisées, un oubli de la singularité du patient au profit de gestes techniques et une focalisation sur les examens plutôt que sur la souffrance.

LE CORPS, SIÈGE DE L'IDENTITÉ ET DU LIEN SOCIAL

Un des critères identitaires sur le plan individuel et collectif, le corps est l'espace qui se donne à voir et à lire, livré à l'appréciation des autres.

LA CONDITION HUMAINE, CORPORELLE

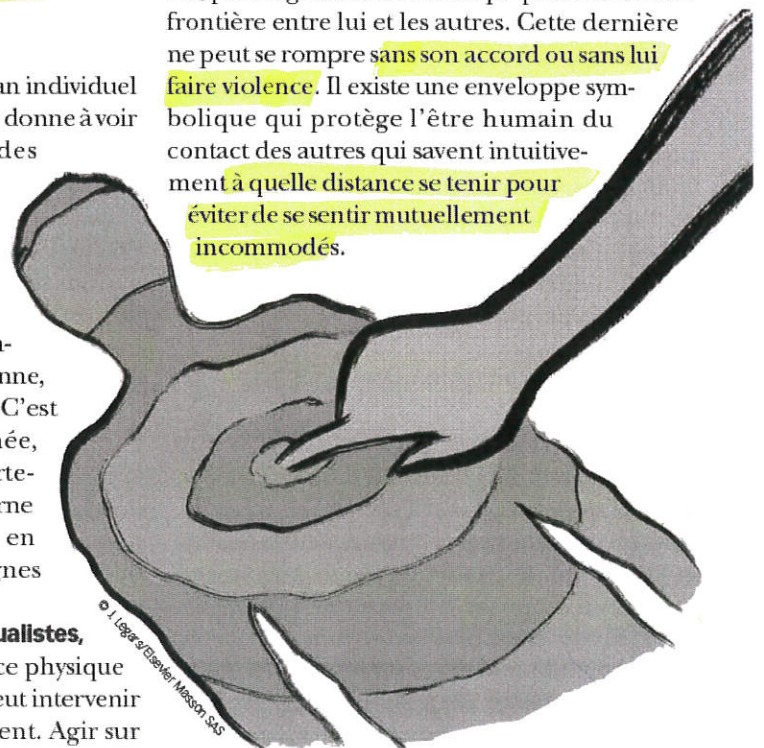
■ **L'organisme ne résume pas le patient.** Le corps ou la peau représentent le mode d'apparition de la personne, la seule manière d'être au monde. C'est par lui que la personne est nommée, reconnue et identifiée à une appartenance sociale. Il l'enveloppe et l'incarne en la distinguant des autres, ou en créant un lien social, selon les signes utilisés.

■ **Dans les sociétés actuelles individualistes,** celui qui est gêné par son apparence physique au point de ne pas se reconnaître, peut intervenir sur sa peau pour la ciseler autrement. Agir sur

elle signifie modifier sa relation au monde. La peau est une fabrique d'identité. Sa texture, sa couleur, son teint, ses cicatrices et ses particularités (grains de beauté, etc.) dessinent un paysage unique. Des marques délibérément ajoutées comme le tatouage ou le piercing deviennent des signes d'identité arborés sur soi. Le corps est l'interface entre la culture et la nature, entre soi et l'autre, entre le dehors et le dedans¹.

UNE ENVELOPPE SYMBOLIQUE

■ **L'individu possède un espace d'intimité personnel,** prolongement de son corps qui instaure une frontière entre lui et les autres. Cette dernière ne peut se rompre sans son accord ou sans lui faire violence. Il existe une enveloppe symbolique qui protège l'être humain du contact des autres qui savent intuitivement à quelle distance se tenir pour éviter de se sentir mutuellement incommodés.



■ **A l'exception du soin**, le seul accès au corps d'autrui est lié à la relation amoureuse, à la sexualité ou au contexte familial. Le moindre rapprochement possède une forte connotation affective car il vient rompre les conventions proxémiques en usage. Être touché est différent d'être entendu ou vu². En ce sens, les soins infirmiers ne sont pas seulement des gestes techniques mais aussi des gestes qui atteignent l'intimité du patient.

ANTHROPOLOGIE DU TOUCHER

Le toucher est une forme primordiale de contact qui enracine au monde.

LE TOUCHER GUÉRISSEUR

■ **La main est un instrument d'apaisement.** Les traditions du "guérissage" populaire sollicitent souvent le contact physique. Toucher est une manière de soigner un problème de peau : dartre, verrues, brûlures, gonflement du ventre, etc. Le "toucheux" accomplit un rituel, il porte sa main sur l'affection et la cerne d'un geste tout en récitant une incantation.

■ **Dans les usages sociaux traditionnels**, le toucher guérisseur était souvent institué par un membre de la famille qui disposait d'un don et le transmettait avant sa mort à celui ou celle qui lui semblait le plus propice à en préserver l'efficacité. Le savoir transmis relevait d'un secret qui conférait à la personne dotée de ce don un pouvoir redoublé. Les rois de France comme Saint Louis, guérissaient autrefois les écrouelles par l'apposition de leurs mains. Maintes traditions thérapeutiques reposent sur le contact propice du guérisseur et la transmission de son "énergie" par un contact physique^{2,3}.

LE TOUCHER, EXPRESSION INCONSCIENTE DE SOI

■ **Le toucher n'est jamais un simple toucher** mais un affleurement de l'histoire intime de la personne approchée. Il met à jour des affects enracinés en profondeur qui transgressent la lucidité et la volonté. Il est une forme de parole et il impose une réponse. « *La morsure de la murène avait laissé un dessin de trous, une lettre claire sur ma peau foncée. Elle avait mis sa main juste là et c'était le geste le plus intime qu'une femme avait eu pour moi* », écrit Erri De Luca, écrivain italien. « *Elle touchait*

la surface d'une douleur, une prise nette, capable de la raviver comme de l'adoucir. Je suis là, disait sa main sur la blessure, je t'accompagne loin, le temps d'une chanson, et je tiens ta douleur dans la main. »⁴

■ **Le sens tactile remplit une fonction anthropologique de contenant**, de restauration de soi en situation de souffrance ou de manque à être. Le geste restaure une frontière, il amène à la sensation de soi dans un environnement plus large. Il rappelle la limite avec ce qui n'est pas soi à travers la résistance éprouvée et la butée rencontrée.

LE TOUCHER SOIGNANT

L'hôpital met les soignants et les patients dans une situation insolite.

■ **La prise en charge soulève immanquablement la question de l'intimité** du fait de la rupture des codes de civilités ordinaires. Dans la relation soignante, le toucher revêt différentes modalités. Il accompagne le diagnostic par la palpation ou la prise de pouls. Il s'impose dans les soins et les toilettes intimes si les patients ne sont plus autonomes. L'expérience hospitalière produit une dépendance, et surtout une disposition inattendue des autres à pénétrer la sphère intime et à

accéder au corps. Le contact, écrit Emmanuel Levinas, est « *exposition à l'être* »⁵.

Dans un contexte de souffrance, la main se tend vers le corps d'autrui, irréductiblement autre que

**Le toucher n'est jamais un simple toucher
mais un affleurement de l'histoire intime
de la personne approchée**

soi et tente de conjurer la distance, d'abolir la séparation pour rejoindre un instant un autre que sa peau enferme en lui-même. Paul Valéry le dit avec justesse : « *Ce qu'il y a de plus profond en l'homme, c'est la peau* »⁶. À la surface du corps, s'étend l'intériorité du sujet qui ne s'atteint que par la main sur sa peau nue. Pourtant, à ce propos, les relations tactiles envers les patients sont inégales. L'enfant hospitalisé est volontiers touché, cajolé et caressé. Il attire la tendresse dans une forme de réparation de la peine qu'il éprouve. Mais cette sollicitude n'est pas autant accordée aux adolescents à cause de la crainte de susciter l'ambiguïté et une trop forte érotisation. Il en est de même pour les patients adultes ou âgés qui n'ont pas moins besoin de contacts et de réconfort.

■ **Le contact privilégié avec le patient se rencontre parfois en fin de vie** quand la maladie épuise le sujet, assèche la parole et qu'il ne reste qu'une étreinte maladroitement pour communiquer. ►

NOTES

1. Le Breton D. La saveur du monde. Une anthropologie des sens. Métailié, 2007.
2. Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. PUF, 2011.
3. Bouteiller M. Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui. Maisonneuve et Larose, 1987.
4. Luca (de) E. Tu, moi. Rivages poche, 2000 : 53.
5. Levinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. Martinus Nijhoff, 1974 : 122.
6. Valéry P. L'idée fixe. Gallimard, coll. "Idées", 1966.
7. Trumbo D. Johnny s'en va en guerre. Seuil, 1993 : 143.
8. Beauvoir (de) S. Une mort très douce. Gallimard, 1964 : 115.
9. Cousins N. La volonté de guérir. Points-Seuil, 1980.
10. Boureau F. Contrôlez votre douleur. Payot, 1991 : 148.

Parfois, s'agissant d'un enfant qui meurt, la mère se couche contre lui, le prend contre son ventre comme pour le faire revenir en elle. Le sens tactile dans les soins ou l'accompagnement d'une personne handicapée ou malade, mourante ou âgée, reconstruit d'un trait le lien social que le langage oral ne soutient plus. Quand l'existence se dérobe, le contact d'une personne signifiante, affectivement investie, incarne une limite d'existence, un contenant et restaure une valeur personnelle battue en brèche par la maladie ou l'âge. Il alimente un plaisir sensoriel d'autant plus fort que l'existence est en manque. La peau est une ancre rattachant le sujet au monde.

LES FONCTIONS DU TOUCHER DANS LES SOINS

Quand la parole défaille, même dans la vie courante pour dire l'émotion, le toucher donne une épaisseur affective au contact et scelle les retrouvailles avec le corps.

DE L'AFFECTIVITÉ À L'EMPATHIE

■ **Formidable jaillissement du sens**, le toucher déborde la ritualité ordinaire de l'interaction. Dans le récit de Dalton Trumbo, Joe, muré dans son corps et relié au monde seulement par sa peau, décrit avec précision les mains des infirmières attachées à sa chambre. Son expérience se rapproche de celle de nombreux malades. « *L'infirmière de jour avait les mains prestes, des mains un peu rêches comme celles d'une femme qui travaille depuis longtemps, si bien qu'il lui supposa un certain âge et qu'il l'imagina avec des cheveux gris [...]*

L'infirmière de jour était leste dans son travail... toc, il était sur le côté, floc, elle glissait un drap tout près de lui, toc, elle le remettait sur le dos et v'lan la toilette était terminée [...] La plupart d'entre elles avaient les mains douces, mais tout juste suffisamment moites pour les passer par saccades sur son corps au lieu d'y aller doucement. Il savait qu'elles étaient très jeunes. »⁷

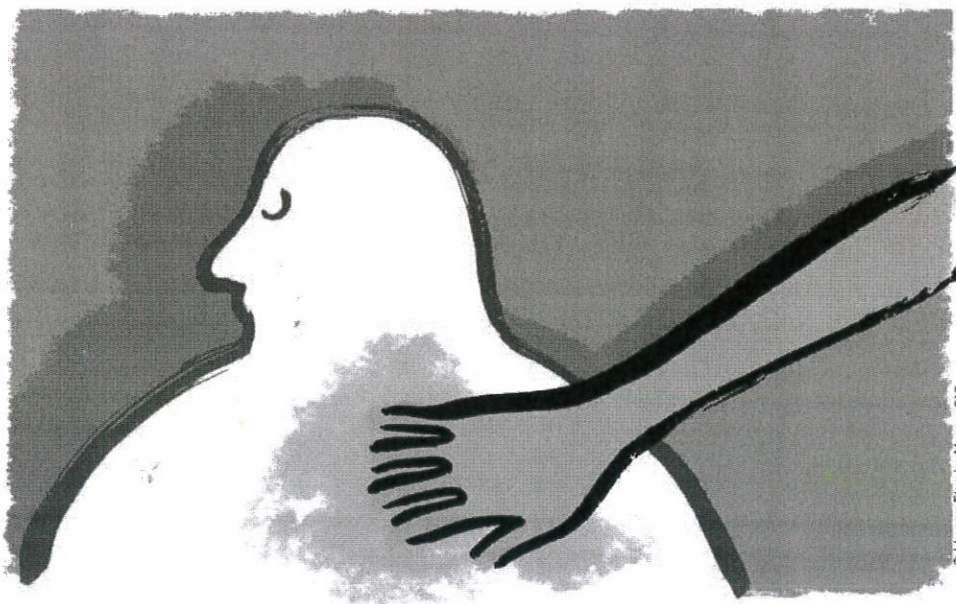
■ **Le contact corps-à-corps avec une personne étrangère est un fait rare** et il expose à un abandon aux mouvements de l'autre. Certes, le geste d'apaisement n'est jamais mécanique, son efficacité repose sur une qualité de présence et donc de contact. Simone de Beauvoir en témoigne dans son récit sur la mort de sa mère. « *Les douleurs de maman n'avaient rien d'imaginaires, les causes en étaient organiques et précises. Pourtant, au dessous d'un certain seuil, les gestes de mademoiselle Parent ou de mademoiselle Martin les calmaient; identiques, ceux de Madame Gontrand ne la soulageaient pas* »⁸, écrit-elle. Certes, le geste d'apaisement n'est jamais mécanique et son efficacité repose sur une qualité de présence et donc de contact.

■ **Le patient connaît à travers le toucher une reconnaissance plénière** de sa position personnelle de souffrance, et le soignant traduit ainsi son engagement et sa disponibilité envers un autre qui réclame son attention.

DU CONTENANT AU MATERNANT

■ **Le contact physique avec un malade ou un individu en déroute exerce une fonction contenante**, en d'autres termes, il apaise. La présence de l'autre, enracinée dans son contact, est une parade au démantèlement de soi. « *Le médecin fait l'éloge du scanner,* » disait Norman Cousins, « *le malade fait l'éloge de la main tendue* »⁹. La qualité de présence, la parole pleine, l'écoute attentive et la reconnaissance de soi en l'absence de tout jugement rétablissent chez le malade une peau contenante qui repousse la souffrance.

■ **Communication affective, ce toucher est parfois le rappel d'un contact maternel** visant à envelopper : il matérialise simultanément la présence d'autrui et la régression intime au sein d'une histoire ravivant le souvenir des moments où la mère était là au moment de l'affrontement avec l'adversité. Il renoue les repères essentiels à une restauration de la confiance. À l'inverse, le toucher ou le mas-



© J. Legars, Éléveur, Maisson SAS

sage sont aussi pour certains patients la réparation de l'absence quand l'entourage familial, et notamment la mère, ont manqué cet enveloppement affectif lors de l'enfance. Le sentiment d'abandon et de rejet hante alors l'existence. Le toucher est une forme de maternage, de retour aux sources colmatant un instant la souffrance et pourvoyant un effet de remise au monde.

DE L'APAISANT AU REVIVIFIANT

■ **Les massages sont employés pour réduire les souffrances psychologiques** (stress, dépression, anxiété, etc.) et les douleurs physiques aiguës ou chroniques (douleurs lombaires, céphalées, fibromyalgies, etc.). Ils diminuent les troubles neuromusculaires, ou ceux des maladies auto-immunes, de cancers, etc. Toute situation de souffrance peut en bénéficier. Les massages restaurent la souveraineté, le calme et apaisent les douleurs. Qu'il s'agisse d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées, l'impact est le même. Le toucher est une réparation affective qui n'élude pas le manque à être mais procure un apaisement. Il est parfois proche de la tendresse mais il n'englobe aucun contenu érotique.

■ **Contact de proximité affective**, il rassure et rappelle que l'individu n'est pas seul dans sa peine. Le toucher d'un patient dans le coma modifie son rythme cardiaque et provoque une série de réponses physiologiques. L'effet bénéfique d'un contact physique implique bien entendu qu'il soit approprié à la situation, même s'il va au-delà des attentes communes. L'autre s'y abandonne ou il y répond avec ferveur en donnant libre cours à sa douleur. La main qui reconforte opère une transfusion d'existence. La caresse ou l'étreinte de la main s'efforcent d'arracher à la douleur, de remettre au monde ou de procurer un second souffle.

DE LA RÉASSURANCE À LA RENAISSANCE

■ **Le contact corporel (une main sur le corps, un massage) réduit l'anxiété**, et provoque une détente qui restaure la confiance du malade dans ses ressources personnelles de lutte contre la douleur. Il stimule la sensation de soi, rend le sujet sensible à sa peau, et donc à son individualité dans le tissu du monde. Le thérapeute s'oppose au décourage-

ment du malade et montre son implication dans la volonté qu'il soit libéré de ses symptômes.

■ **Une sensibilité de surface pénètre dans l'épaisseur de soi et génère une influence propice** sur les points douloureux ou tendus. François Bourreau note que « *toute douleur, superficielle ou profonde, peut être atténuée par la sensation cutanée produite par une technique de stimulation [...]. De nombreuses personnes utilisent d'elles-mêmes ces petits moyens* »¹⁰.

CONCLUSION

La communication tactile, par l'étreinte et le contact physique, s'efforce souvent de conjurer l'impossibilité de dire. Une main se pose sur un

front ou une épaule, étreint un bras, cherche l'apaisement pour un autre bouleversé par une nouvelle ou affaibli par les assauts de la douleur. L'élémentaire du corps-à-corps de la relation soignante se substitue à une parole débordée par l'émotion. Le contact peau-à-peau donne un répit à la souffrance, un appui éventuel pour la repousser. L'individu déchiré trouve des bras dans lesquels il peut s'abandonner et conjurer le sentiment de chute dans le vide éprouvé alors. Une telle qualité de présence permet au sujet en souffrance de se construire une enveloppe rassurante dans le prolongement du corps d'autrui. ■

Les points à retenir

- Dans certaines circonstances, la communication tactile ne sollicite plus le langage.
- Le toucher dans la relation soignante tente de rompre la séparation et signale la solidarité, l'accord des émotions.
- Il rassemble profondément les individus quand les mots manquent à cause de la douleur ou de l'émotion.
- Il certifie une présence amicale, un accompagnement de la peine.

RÉFÉRENCES

- Clerget J. La main de l'autre. Le geste, le contact et la peau, approche psychanalytique. Éditions Érès, 1997.
- Le Breton D. Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance. Métailié, 2010.
- Montagu A. La peau et le toucher, un premier langage. Seuil, 1979.
- Vinit F. Le toucher qui guérit. Du soin à la communication. Belin, 2007.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

David Le Breton, professeur de sociologie, université de Strasbourg (67), dav.le.breton@orange.fr

vécu émotionnel

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

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 ».

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 :

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 maines 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

- « 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.

toucher intentionnel

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.

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'autoriser 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.

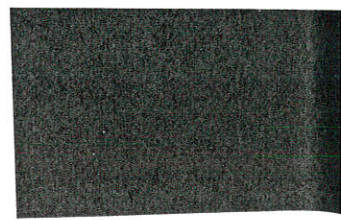
cf l'autre article

cf l'autre article

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



pratique soignante

Le langage du toucher dans les soins

ÉVELYNE MALAQUIN-PAVAN

■ Au cœur de la relation de soins, les mains du soignant et le corps du soigné entrent en interaction.
 ■ Le langage du toucher s'exprime alors en complément des composantes verbales et non verbales de la communication humaine.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

The language of touch in care. At the heart of the care relationship, the hands of the caregiver and the body of the patient interact. The language of touch is therefore expressed in addition to the verbal and nonverbal elements of human communication.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS CLÉS

- Care
- Distance intime
- Intentionnalité
- Langage
- Peau
- Relation
- Sens
- Toucher

KEYWORDS

- Care
- Intentionality
- Intimate distance
- Language
- Meaning
- Relationship
- Skin
- Touch

NOTES

¹ Environ 0,45 cm jusqu'au contact physique.

² Toucher au sens de gestes conduits produits sur la peau, paumes à plat, mouvements enveloppants amples et répétitifs, alternant une pression et un rythme variés, à mains nues ou avec une crème/huile, qui prend l'aspect de ce qui communément pourrait ressembler à une caresse.

Au cœur de la relation humaine, la communication verbale s'enrichit d'une communication non verbale multisensorielle où la vue, l'ouïe, l'odorat et le toucher sont intriqués. Par définition, le toucher est un langage universel à savoir utiliser dans une juste proportion pour transmettre une intentionnalité, contenir et sécuriser la personne qui se confie entre les mains d'autrui. Tout soignant ayant à produire un geste sur le corps d'autrui transmet un message que la personne soignée décode avec ses propres filtres. Comprendre la nature du toucher et les spécificités de ce langage de peau à peau favorisent l'acquisition d'une gestuelle adaptée.

CONTEXTE DE CRISE OU DE CHRONICITÉ

■ **La distance du geste du soin est celle de la distance intime [1]¹**, là où la réaction de celui qui est touché dépend de sa tolérance personnelle comme de l'engagement corporel des deux personnes en interaction et des canaux sensoriels qui priment alors: l'odorat et le toucher. L'observation clinique guide le soignant afin que l'intentionnalité posée se transcrive dans l'approche relationnelle, corporelle et sensorielle mise en œuvre dans son geste pour aider le patient à en décoder la nature. Lorsque la personne soignée souffre, ne comprend pas ce qu'on lui dit, ne peut s'exprimer par des mots, lorsque ses stratégies d'adaptation sont sollicitées par le changement de milieu, les informations multiples et l'attente, le langage du toucher prend toute sa place.

■ **Vecteur relationnel privilégié**, le toucher facilite le vécu des soins nécessaires aux traitements

de la maladie, à la dépendance, à l'accompagnement de la fin de vie ou à la recherche d'un meilleur niveau de bien-être. Dans un contexte de crise, de vulnérabilité et d'hypervigilance, le toucher devient un allié [2].

LA PEAU ET LE TOUCHER

■ **C'est le même feuillet embryonnaire, l'ectoderme, qui donne naissance à la peau et au cortex cérébral**, d'où la proximité réflexive entre la peau et la psyché. Organe vital, la peau recouvre tout le corps, barrière protectrice portant les organes des sens et jouant un rôle fondamental dans la défense de l'organisme. La peau possède un primat structural [3] sur tous les autres sens : du fait de ses trois particularités (recouvre tout le corps ; contient plusieurs perceptions chaleur/douleur/pression/contact/froid ; proximité physique et contiguïté psychique), le toucher est le seul des sens à posséder une structure réflexive : toucher renvoie à être touché.

■ **Premier à se développer et dernier à disparaître, le sens de la réciprocité est celui que l'être humain utilise** dès ses premiers jours de vie pour exprimer ses émotions, notamment par la coloration de sa peau ou son élasticité, bien avant de savoir utiliser d'autres modes de langage. La sensation tactile est un besoin fondamental dans le développement physique et psychique de l'homme [4]. Avant toute sensation, le toucher perd de sa sensibilité s'il n'est pas stimulé ; à l'inverse, si la peau est touchée et hydratée, le seuil de réceptivité s'en trouve augmenté, induisant un meilleur équilibre postural et une conscience plus

Contenu
 - Sécuriser
 - Tolérance perso
 - engagement corps des
 2 personnes.

- structure réflexive
 - sens de la
 réciprocité

implication
émotionnelle

nette des frontières du corps. D'autres aspects culturels impriment le toucher dans le rapport au corps et à la société d'appartenance [5].

LE LANGAGE DU TOUCHER

Le toucher constitue un moyen de communication significatif décrit comme un langage composé de six symboles [6] qui fondent les consignes habituelles des diverses techniques de massages :

- X • **la durée du toucher**, entraînant un niveau d'intégration de la perception cognitive et affective de son corps, une connaissance détaillée de ses frontières et une plus grande estime pour son apparence corporelle ;
- X • **la progression des mouvements**, provoquant une résistance musculaire brusque ou encourageant une discrimination fine des représentations neurologiques du toucher, plus graduelle ;
- X • **l'intensité du toucher**, dépendante du degré de pression exercé sur la peau, la variation d'intensité procurant une meilleure perception corporelle ;
- X • **la fréquence des touchers quotidiens**, procurant lorsqu'elle est élevée un développement biologique plus sain, le rapprochement avec autrui et une augmentation de l'habileté cognitive, affective et sexuelle ;
- X • **les parties du corps touchées**, en lien avec le seuil de sensibilité des différentes régions corporelles, le nombre et la notion de force centripète (degré auquel le centre du corps est touché par rapport aux extrémités) ;
- X • **la perception du toucher**, permettant à l'individu de percevoir les parties de son corps comme significatives si le contact tactile est agréable.

ILLUSTRATIONS PRATIQUES

■ **Plus de 85 % des soins infirmiers [2,7]** nécessitent le toucher pour être réalisés. Côté patient, la perception tactile liée à la forme instrumentale

Les points à retenir

- **Premier sens à apparaître et dernier à disparaître**, le toucher permet de ressentir chaleur, contact, douleur, pression et froid.
- **Le toucher est le seul sens réflexif** : toucher signifie être touché.
- **Le toucher est un langage universel** composé de six symboles.
- **85 % des soins infirmiers** nécessitent d'utiliser le toucher.

du soin peut être vécue comme un geste envahissant ou mécanisé lorsque le soignant réalise son acte sans réelle attention à la gestuelle dont il entoure la technique indispensable à la sécurité du soin produit. Ainsi, en situations courantes de soins, le regard, l'expression corporelle, la manière d'entrer en contact tactile comme de se séparer deviennent messagers visant la mobilisation des ressources de la personne soignée.

■ **Lorsque le soignant cerne l'implication émotionnelle induite** par l'usage du toucher, il peut par exemple :

- **lors d'un soin d'hygiène**, rendre ses mains complices de l'eau, les poser en berceau sur l'épaule pour ouvrir une articulation ankylosée ou sur le visage pour apaiser le feu après le rasage, effleurer les joues avant de positionner la brosse à dents dans la bouche, préparer ou terminer le change en enchaînant un toucher² sur le dos, etc. ;

- **lors d'un soin technique potentiellement douloureux**, accueillir les réticences du patient en entourant l'exécution de l'acte par un toucher enveloppant avant, pendant ou après le soin, autour ou à distance de la partie du corps sur lequel l'acte intrusif se produit, en posant une main sur la poitrine invitant à pousser de grands soupirs, à se centrer sur la respiration, facilitant le relâchement des tensions [8], etc. ;

- **au cœur de la démarche éducative**, utiliser l'impact du geste qui porte la parole pour favoriser l'ancrage profond de ce qui se dit, de ce qui se vit. Au service du processus d'apprentissage, le toucher aide le patient à gagner en dextérité, à réapprendre à accepter son corps tel qu'il est ; c'est aussi transmettre aux aidants ce mode particulier de communication pour faciliter la conservation des liens et se réapproprié une place dans les soins.

CONCLUSION

Tout contact corporel peut devenir un lieu privilégié d'interactions tactiles pour accueillir ce qui vient transmettre une présence contenante. S'autoriser le toucher dans les soins [9] permet d'entrer en contact différemment avec la personne soignée, de prévenir la douleur et la crainte du soin. Il s'agit de tisser une subtile gestuelle relationnelle universelle, partie intégrante du processus de soin. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Hall ET. La dimension cachée. Paris: Éditions Point Seuil; 1966.
- [2] Malaquin-Pavan E. Toucher et toucher-massage au service du soin gériatrique. In: Belmin J et al. L'infirmière et les soins aux personnes âgées. Issy-les-Moulineaux: Éditions Masson; 2005. p. 298-307.
- [3] Anzieu D. Le moi peau. Paris: Éditions Dunod; 1985.
- [4] Malaquin-Pavan E. Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente. Recherche en soins infirmiers 1997;49:11-66.
- [5] Field T. Les bienfaits du toucher. Paris: Éditions Petite Bibliothèque Payot; 2001.
- [6] Weiss SJ. The language of touch. Nurs Res. 1979;28(2):76-80.
- [7] Poletti R. L'Enrichissement des interventions en soins infirmiers. Paris: Le Centurion; 1984.
- [8] Collectif. La douleur induite par les soins. Soins 2010;749:33-58.
- [9] Collectif. Le toucher dans les soins. Soins 2009;737:26-56.

*Déclaration d'intérêts :
L'auteur déclare ne pas
avoir de conflits d'intérêts
en relation avec cet article.*

L'AUTEUR

Evelyne Malaquin-Pavan,
cadre supérieur infirmier,
GH Hupo site Vaugirard,
AP-HP, 10, rue Vaugelas,
75015, Paris, France,
evelyne.malaquin-pavan@
vgr.aphp.fr