

Groupe national Toucher S.F.A.P.

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

Pôle Qualité de vie, des soins et de l'accompagnement

Le toucher au cœur des soins

Phase 1

**Guide pour la pratique,
la formation et l'évaluation en soins infirmiers**

Version longue

Rapport Décembre 2007

intégrant les demandes des membres du Conseil d'Administration

Rapporteurs pour le Collège National des Acteurs en Soins Infirmiers

**Marie-Christine FEDOR, Sylvie GROUSSET,
Claire LEYSSENE-OUVRARD, Evelyne MALAQUIN-PAVAN**

SOMMAIRE VERSION LONGUE

1/- Méthode de travail

1.1 - Genèse du groupe et constat initial	p 2
1.2 - Composition du groupe	p 3
1.3 - Objectif du travail	p 4
1.4 - Méthodologie	p 4
1.5 - Elaboration du guide	p 5

2/- Concepts, niveaux de pratique et d'évaluation p 6 à 19

2.1 - Concepts structurants	p 6
2.1.1. Introduction	p 6
2.1.2. Reconnaître la place du toucher	p 6
2.1.3. Réciprocité du corps à corps	p 7
2.1.4. Nature du toucher	p 8
2.1.5. Un langage en 6 symboles	p 8
2.1.6. Communication verbale et non verbale	p 8
2.1.7. Concepts de pudeur, de nudité, d'intimité	p 9
2.1.8. Développement de la personnalité	p 9
2.1.9. Concept de soi, image de soin	p 10
2.1.10. Cadre de la relation de soin	p 10
2.1.11. Démarche palliative pluridisciplinaire	p 10
2.1.12. Ethique du toucher	p 10
2.1.13. Sous quelles formes et parties du corps ?	p 11
2.1.14. Quand et pour quelle nature de soin ?	p 11
2.2 - Niveaux de pratique	p 12
2.3 - Critères d'évaluations	p 12

3/- Bases de recommandations p 15

2.4.1. Principes généraux	P.16
2.4.2. Principes guidant la pratique	p.17
2.4.3. Principes guidant la formation	p.18
2.4.4. Principes guidant l'approche interdisciplinaire	p.19
2.4.5. Perspectives de recherche	p.20

4/- Conclusion et perspectives p 24

Bibliographie p 25

Annexes

Annexe 1 - grille de lecture	p 32
Annexe 2 - tableau Domaines et niveaux de pratique	p 34
Annexe 3 - grille observations verbales et non verbales	p 35

1/- Méthode de travail

1.1 - Genèse du groupe & constat initial

C'est au sein des réunions du Collège National Soins Infirmiers que les problématiques autour de l'utilisation du toucher et du toucher-détente (ou toucher-massage) dans la pratique infirmière ont émergé¹, notamment en soins palliatifs.

En effet, si tout être humain utilise naturellement son sens du toucher dans son rapport au monde et à son propre corps, il n'est pas si aisé de s'autoriser ou d'apprendre à poser ses mains soignantes consciemment pour toucher le corps d'une personne dépendante d'autrui qui, à priori, cherche à se confier entre "de bonnes mains" afin de bénéficier des soins requis par son état de santé.

Ce groupe a été initié en 2003², en écho avec les difficultés que les acteurs des soins infirmiers³ rencontraient tant dans la pratique clinique que pour la transmission du savoir, pointant la confusion et/ou l'absence de réflexion consensuelle tant sur le fond que sur la forme :

- hétérogénéité des contenus de formation initiale IFSI⁴ ou en formation continue...
- mots utilisés pour expliquer la pratique connotés péjorativement (exemple : *énergie, imposition des mains, toucher de l'âme...*) renforçant les craintes de dérive sectaire, les phantasmes ou incompréhensions mutuelles autour de la nature des gestes posés (caresses, toucher relationnel, toucher-massage, massage)...
- toucher perçu dans ses deux extrêmes *soit* comme «*d'une affligeante banalité sans grand intérêt pour la pratique*» *soit* comme un «*exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute*»...
- essor des techniques psycho-corporelles identifiées comme partie prenante de certains métiers et pas d'autres...
- refus de directeurs de DU/DIU Soins Palliatifs que des infirmières choisissent le thème du toucher-massage comme sujet de mémoires...
- enfin, constat peu banal, soignants formés au toucher-massage réalisant avec une application artistique une séance ad.doc mais exécutant avec brusquerie ou inattention leurs enchaînements gestuels tactiles lors des autres soins au corps réalisés quotidiennement...

1.2 - Composition du groupe

Engagées depuis plusieurs années dans la pratique du toucher et de l'enseignement de leurs pairs, Sylvie GROUSSET, Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Chantal NEVES et Martine NECTOUX ont accepté de retarder leur projet de rédaction d'un ouvrage sur le thème⁵

¹ Dynamique d'analyse des pratiques ayant permis d'initier en parallèle les groupes de travail autour des soins de bouche, de la relation d'aide, des plaies.

² Groupe initié et coordonné par E.MALAQUIN-PAVAN (2003/2005), puis M.C. AUGER (2005/2006) puis S. GROUSSET (2007/2008), les coordinatrices successives restant membres du groupe.

³ Aides soignants, infirmières, cadres d'équipe mobile principalement ou cadres enseignants.

⁴ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

⁵ Projet de publication négocié avec les Editions Masson.

pour s'investir avec 4 autres collègues dans cette production pour le Collège National Soins Infirmiers de la SFAP :

- Marie-Claire AUGER, Marie-Christine FEDOR, Claire LEYSSENE-OUVRARD - toutes 3 engagées dans la filière clinique infirmière ;
- Valérie LENHOF, porte parole du document produit sur le sujet par le Collège Champagne-Ardennes soumis à relecture au Collège National, notamment à la sagacité de Patrick THOMINET.

1.3 - Objectif du travail

L'objectif poursuivi est de poser des principes pouvant à terme servir de bases de recommandations guidant la réflexion d'équipe, la pratique, l'évaluation des bénéfiques et la transmission du savoir. Formulés sous forme d'un guide, les principes identifiés ont été soumis à validation au Conseil d'Administration avant d'être rendus accessibles sur le site de la SFAP. Chaque professionnel du soin infirmier dispose ainsi d'une forme de canevas réflexif afin de :

- se situer tant dans son propre exercice qu'en lien avec le développement de son approche tactile ;
- éclairer les décisions d'orientation inscrites dans les projets de soin, de services, de pôles, de formation initiale ou continue, au cœur du champ infirmier pour cette phase 1 ;
- par extension, en phase 2, servir de base de réflexion interdisciplinaire pour les autres collègues⁶ de la SFAP qui souhaiteront cadrer leurs propres pratiques

1.4 - Méthodologie

Le groupe a travaillé en plusieurs étapes, partant d'un état des lieux⁷ des pratiques en matière de toucher et de toucher-massage dans les soins infirmiers. Dans un deuxième temps, l'analyse de cet état des lieux a été confrontée à un croisement avec la littérature consultée.

L'étude bibliographique s'est effectuée à partir d'une grille de lecture unique, sur le même modèle que celle créée par le Groupe Soins de Bouche (cf. Annexe 1). Les ouvrages et/ou articles étudiés sont issus de la sélection réalisée dans le cadre :

- du projet d'ouvrage antérieurement conduit par E. MALAQUIN-PAVAN
- du canevas conceptuel contenu dans le document pédagogique *Approche corporelle et toucher dans les soins* à la base des formations post-diplôme infirmier de la filière clinique⁸ auquel S. GROUSSET, E. MALAQUIN-PAVAN et C. NEVES contribuent.
- d'une veille documentaire organisée depuis le 4^{ème} trimestre 2005 par le groupe de travail regroupant des publications professionnelles ou grand public⁹.

⁶ Collèges Médecins, Métiers de la Rééducations, des Travailleurs sociaux, des bénévoles...

⁷ Recueil informel et formel des problématiques constatées dans l'exercice quotidien au sein de nos lieux réciproques d'activités, racontées par les adhérents et professionnels participant au Collège National Soins Infirmiers ou Collèges Régionaux, exprimées par les cadres enseignants rencontrés lors des animations de formation au sein des IFSI ou lors des montages de projets pédagogiques, identifiées au décours des tutorats de mémoires d'étudiants en soins infirmiers ou de DU.

⁸ Filière clinique infirmière Niveau 1 & Niveau 2, ISIS, Thonon les Bains, Module 6.

⁹ Ouvrages grand public consultés notamment dans la perspective de partenariat à terme avec les bénévoles et/ou familles.

L'analyse croisée¹⁰ a permis d'identifier des concepts structurants, des méthodes, des modalités d'évaluation et des conseils pratiques pour la clinique et la formation. A noter qu'il existe peu d'écrits sur la formation et les méthodes d'évaluation.

1.5 - Elaboration du guide

Ces lectures croisées ont permis de mettre en lumière le plan suivant, base de rédaction pour les principes retenus dans ce guide, cadrant les idées-forces à retenir pour de futures recommandations professionnelles :

1/ Concernant le toucher

- quelles place et nature le toucher revêt dans les soins ?
- quelles implications entraînent cette proximité sensorielle/tactile ?
- quelle en est la spécificité auprès de la personne relevant de soins palliatifs ?
- comment l'utiliser dans les différentes dimensions du soin ?

2/ Concernant le toucher détente (ou toucher-massage)

- dans quel champ d'exercice s'inscrit-il ?
- quelles en sont les formes en soins infirmiers ?
- quand, pourquoi, où et comment l'utiliser ?
- sur quels critères d'évaluation mesurer les bénéfices ou absences de bénéfices ?

3/ Concernant la formation et les perspectives

- existe-t-il des niveaux de pratique différents ?
- quelles pistes de recherche envisagées ?
- quelles suites pour ce groupe et son extension interdisciplinaire ?

Dans un souci d'homogénéité de présentation, le canevas de rédaction retenu est celui utilisé pour d'autres recommandations publiées dans les mêmes domaines des soins, produites notamment par la SFAP¹¹.

Ce guide se présente sous 2 versions :

- une **version longue** reflétant la méthodologie descriptive du travail du groupe, les concepts structurants retenus dans la littérature, les principes qui en sont directement issus puis les niveaux de pratique : cette version vise à « cadrer » la réflexion sur la formation et la pratique du toucher dans les soins infirmiers.
- une **version courte** présentant principalement les principes retenus : elle permet une lecture plus rapide.

¹⁰ à partir des mots-clé et idées force identifiées, spécifiques et/ou à regrouper, se complétant ou s'opposant ainsi que par le croisement des références et des questionnements induits par les auteurs...

¹¹ Recommandations ANAES *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, décembre 2002.* – Recommandations européennes pour l'Enseignement des soins palliatifs, 2003.

2/- Concepts, niveaux de pratique & d'évaluation

2.1 - Concepts structurants

Les éléments clés composant ce chapitre sont la synthèse des idées-forces développées par les différents auteurs dans les ouvrages et articles consultés cités en bibliographie. Lorsqu'il s'agit de principes universels ou d'éléments partagés par une majorité d'auteurs, aucun renvoi ciblé n'a été fait, l'écrit ci-dessous étant la traduction synthétique des 4 rapporteurs du groupe de travail.

2.1.1 - Introduction

Le toucher est un sens propre à chacun. Il est une perception corporelle et une sensation individuelle. Impliquant de fait une réciprocité, il appartient à celui qui touche l'autre de s'assurer que celui qui reçoit n'y est pas opposé. Par sa nature même, il implique les deux participants dans une relation d'intimité.

Le toucher a toute sa place dans les soins infirmiers¹² : soin relationnel privilégié, il facilite le vécu de la lourdeur des soins nécessaires aux traitements de la maladie, à l'accompagnement de la fin de vie ou à la recherche d'un meilleur niveau de bien-être.

La maladie, le handicap, les pertes de possibilités, le stade de développement, induisent parfois chez la personne et son entourage des modifications significatives :

- relation douloureuse à ce corps souffrant
- perturbation de l'image corporelle
- appauvrissement potentiel du contact tactile ou relationnel lié à la peur de la maladie, de faire mal ou de toucher un corps dégradé.

L'infirmière¹³ qui adopte cette approche globale reconnaît que la personne soignée¹⁴ a des capacités et des ressources, et s'engage à les soutenir ; elle se doit alors d'enrichir sa pratique par des interventions visant à aider la personne à retrouver une harmonie biologique, psychique, sociale et spirituelle pour un accompagnement respectueux vers sa fin de vie.

L'intentionnalité soignante et le respect de la personne en parallèle sont partie prenante de l'enseignement tant technique que gestuel sur lesquels la formation doit mettre l'accent.

¹² Sous le terme *Soins infirmiers*, sont compris l'ensemble des soins dispensés par les infirmiers et les aides soignants, auxiliaires de puériculture dans les 4 domaines que sont les soins d'entretien et de continuité de la vie, les soins techniques, les soins éducatifs et relationnels.

¹³ L'accent a été mis sur l'infirmière du fait de l'appartenance des auteurs à cette profession mais cette extension peut s'entendre pour les autres acteurs des soins infirmiers ou pour tout autre corps (professionnel, bénévole...) qui souhaiterait s'approprier cette dynamique réflexive d'approche de l'autre.

¹⁴ Au sens des soins infirmiers, la personne soignée est vue comme un système, un être biopsychosocial culturel et spirituel ayant des besoins qu'elle peut ou non satisfaire elle-même ; elle est en interaction constante avec un environnement changeant auquel elle doit sans cesse s'adapter» voir Chapitre Nature des Soins Infirmiers in SFAP Collège Infirmier (1999) – *L'infirmière et les soins palliatifs, prendre soin : éthique et pratiques*, Paris, Editions Masson, Rééd° 2006, p 23/24.

2.1.2 - Reconnaître la place du toucher

Aucun professionnel approchant le corps de l'autre ne peut faire l'économie d'une réflexion sur le toucher à la fois comme sens tactile (récepteur cutané) et comme émetteur de peau à peau sous la forme de ce contact direct de peau (les mains du soignant) à peau (le corps du soigné).

Les infirmières et aides soignantes sont d'autant plus concernées que plus de 85% des soins infirmiers nécessitent le recours au toucher pour pouvoir être effectués... Le toucher est donc partie intégrante du soin et non «*quelque chose*» en plus...

Pourtant, au sein des équipes, on en parle souvent à mots couverts, de peur d'être hors champ de compétences, dans une confusion de rôle, de pratique, de mots tels «*toucher*», «*toucher-massage*», «*massage*» «*caresse*» «*papouille*» «*friction douce*»... Et si de nombreux soignants ont l'intuition que certains gestes peuvent calmer, peu d'entre eux osent les poser comme de vrais gestes professionnels, retenant même leurs mains quand leurs collègues les regardent... Par delà l'envie ou l'assurance technique, c'est un peu comme si le professionnel n'arrivait pas à saisir ce qui le pousse à sentir cela pour en tirer de réels savoir-faire et savoir être reproductibles.

Il y a bien nécessité de comprendre l'engagement réciproque dans la relation d'intimité patient/soignant pour progressivement modéliser la pratique et l'ajuster sans cesse dans une recherche éthique de juste distance des gestes de soins. "Oser" regarder et être regardé... "Oser" toucher, être touché, ressentir ce que procure le fait d'être touché et de toucher "consciemment" à son tour (du plaisir au déplaisir) induit ce travail de connaissance de soi qui aide à respecter les différences, à redécouvrir une certaine disponibilité empathique, bien différente du fait de travailler dans «*l'affectif*». Il s'agit d'appivoiser progressivement les émotions liées à la vision, aux odeurs, à l'écoute et au toucher de corps altérés pour se centrer sur l'être à soigner.

2.1.3 - Réciprocité du corps à corps

C'est ce mélange d'élan empathique, d'intuition et de connaissances qui guide les premiers gestes d'aide soignant ou d'infirmier, gestes qui se bonifient ou seront refoulés selon ce que leurs maîtres (enseignants, collègues, patients) leur retourneront, autoriseront...

Dans cette rencontre de corps à corps, le toucher met en relation deux êtres. Comme l'a démontré HALL¹⁵ dans ses travaux sur la proxémie, les gestes de soins se situent la plupart du temps directement dans la distance intime (inférieure à 45 cm jusqu'au contact physique), au cœur de cette bulle dans laquelle l'être humain se sent d'emblée en confiance ou en insécurité, en résonance avec la manière dont l'autre s'est approché de lui.

Cette distance intime, où les canaux sensoriels qui priment sont l'odorat et le toucher, où l'engagement corporel et le contact physique dominent la conscience des personnes en interaction, renvoie à 3 registres :

¹⁵ HALL E.T (1984) - *Le langage silencieux*, Ed. du Seuil, Paris.

- *celui de la violence et de l'agressivité* - comme réponse réflexe parce que le geste est trop brusque, soudain, mal anticipé, effectué au mauvais moment ou réveillant une expérience antérieure négative,
- *celui de l'érotisation, la sensualité et la sexualité* - notamment comme réponse physique kinesthésique de plaisir au toucher
- *celui de la tendresse, des comportements de protection et de réconfort* - dimension où l'intentionnalité du geste de soin trouve tout son sens.

Le corps de l'autre, de celui que l'on soigne, est avant tout un lieu, un territoire, un monde, son monde. Lieu de souffrance bien souvent lorsqu'il y a dépendance, c'est aussi un fabuleux espace de vie à réunifier, à restructurer.

2.1.4 - Nature du toucher

Le toucher est une sensation et une perception basée sur 5 éléments : *froid, chaud, contact, douleur, pression*, liés chacun à des récepteurs cutanés différents. Les éléments *pression* et *contact* étant préservés les plus longtemps en fin de vie, en particulier sur le dos de la main, les jambes et les pieds.

Comme démontré par VAN DEN BRUGGEN (1977), le contact peut être de nature *gnostique* ou *pathique*. La palpation du professionnel qui veut savoir/diagnostiquer est de caractère *gnostique* : les doigts sur la peau du malade cherchent une vérité cachée à découvrir. Ainsi, dans sa visée diagnostique, la main du médecin ou du paramédical lors de l'examen clinique sait ce qu'elle cherche : elle scrute les secrets du corps malade pour évaluer de quoi il en retourne. C'est une main qui brise les barrières cognitives et affectives dans le sens où la pudeur disparaît derrière la nécessité de savoir - même si les précautions d'usage sont respectées.

A l'inverse, le contact tactile qui cherche à communiquer une intentionnalité, une attention soignante est de caractère *pathique* : une main posée sur l'épaule, caressant de manière enveloppante une main, un dos, ne veut pas découvrir un symptôme mais cherche à établir un contact empathique de personne à personne, vecteur de renforcement de confiance, de lâcher prise.

Bien évidemment, l'utilisation de cette deuxième forme aide beaucoup à l'acceptation de la première.

2.1.5 - Un langage en six symboles

Parmi les multiples formes d'expression non verbale, le toucher constitue un moyen de communication très significatif. Les remarquables travaux de WEISS (1979) ont appris qu'au même titre qu'un langage écrit ou oral, c'est un langage à lui seul. Pour en comprendre la nature et ce qui peut aider le soignant à produire le geste tactile adéquat, WEISS le décrit en six points :

- la *durée du toucher* entraîne un niveau d'intégration augmentée de la perception cognitive et affective de son corps.

- les *parties du corps touchées*, influencées par les valeurs socioculturelles, offrent des perceptions différentes, en fonction du seuil de sensibilité des différentes régions corporelles et de la notion de force centripète, autrement dit, du degré auquel le centre du corps est touché par rapport aux extrémités.
- la *progression des mouvements* entraîne soit une résistance musculaire si trop brusque, soit, à l'inverse, encourage une discrimination sensorielle plus fine si cette progression est graduelle.
- l'*intensité du toucher*, dépendante du degré de pression exercé sur la peau, provoque diverses réactions d'hyperexcitabilité des cellules corticales : l'alternance *intensité fortel légère* procure une meilleure perception.
- la *fréquence ou la somme des touchers* qu'un individu exprime tous les jours influence son développement : une fréquence élevée procure conscience de son corps, sentiment de rapprochement avec autrui, développement biologique plus sain, augmentation de l'habileté cognitive et affective et identité sexuelle plus marquée.
- La (les) *perception(s) du toucher* donnent une impression immédiate de sensation de confort ou d'inconfort : lorsque le contact tactile est plaisant et agréable, l'individu perçoit les parties de son corps comme significatives.

2.1.6 - Communication verbale et non verbale

Les piliers de la communication non verbale sont : *regard, forme des paroles, toucher (contact physique)*. Le toucher est un moyen non verbal d'entrer en contact et de soulager, d'apporter du bien-être et de la détente, de témoigner d'une qualité de présence à l'autre, de maintenir ou d'améliorer la qualité du temps qui reste à vivre. Il répond à un besoin fondamental de l'homme. Comme DE VITO (1985) l'a rappelé, le non verbal permet de communiquer nos attitudes, émotions et état présent au travers de chaque geste, mouvement des yeux, des mains, des muscles du visage, ton et rythme de voix...

Le but de la communication verbale et non verbale est de rester en lien avec les autres et son environnement, de rester un être humain jusqu'au bout de sa vie.

2.1.7 - Concepts de pudeur, de nudité, d'intimité

L'intrication des différents sens - *vue, ouïe, goût, odorat, toucher* sollicités du plus loin au plus près dans la proximité des corps (celui du soignant/celui de la personne soignée) - est omniprésente dans les soins. La prise de contact initiale nécessite l'assentiment de la personne ; la prise de contact est progressive, en étant attentif à la position de ses mains et de son corps, au lien entre respiration et mouvement, aux enchaînements conduits avec fluidité tout au long de l'interaction ; la séparation est elle aussi tout aussi progressive. Entrer dans l'intimité de l'autre, c'est aussi un cheminement intérieur, une introspection la plupart du temps réciproque. L'adulte qui a appris l'autonomie doit réapprendre à laisser d'autres adultes s'occuper de lui, dans un rapport à l'intime de soi bien délicat à dévoiler et à accepter, renvoyant à un travail de lâcher prise concernant la dépendance temporaire ou

acquise. Comme le précise MATTRAY (2004), «toucher à l'intimité de l'homme c'est le rejoindre dans cette part la plus intérieure, la plus secrète de son existence».

2.1.8 - Evolution du développement de la personnalité

Tout au long de la vie, l'être humain est en constante adaptation aux différentes pertes de possibilités : de la mobilité, de son corps d'avant, de son lieu de vie, du chemin à parcourir encore pour quitter ce monde... C'est une rencontre, un moment unique, à chaque fois différent.

Il permet un travail sur les pertes corporelles (membre ou fonction), de repérer les stratégies d'adaptation, d'intégrer les modifications progressives du schéma corporel.

2.1.9 - Concept de soi, image de soi

Le corps est la preuve de l'identité, le témoin du vieillissement, lié à l'usure du temps, à l'agression des différents stress vécus au cours de la vie. Ainsi, ce *Moi- Peau* décrit par ANZIEU (1995) est à la fois *contenant* et *contenu* intimement mêlés. Le toucher répond au besoin de restaurer une image de soi perturbée par les multiples agressions subies et vécues de la maladie et des traitements suivis.

2.1.10 - Cadre de la relation de soin

Inscrit au cœur des soins, le toucher s'utilise dans le cadre du soin, comme processus et/ou comme moyen d'intervention dans le cadre de la démarche de soins.

C'est un soin complémentaire pour évaluer, prévenir ou soulager la douleur, repérer une souffrance globale, améliorer l'estime de soi, permettre de sentir, ressentir son corps autrement qu'au travers des gestes invasifs. Le toucher est au service du processus de soins, dans ses différents aspects préventifs, curatifs, éducatifs ou palliatifs, au cœur de l'intentionnalité soignante visant l'autonomie¹⁶. Les émotions se libèrent souvent, permettant éventuellement de travailler en complémentarité avec d'autres professionnels de l'équipe (psychologue, psychomotricien...) et/ou encore la famille....

2.1.11 - Démarche palliative pluridisciplinaire

Il est indispensable que l'objectif recherché par l'utilisation de cette approche non verbale soit le fruit d'un questionnement en équipe, base du projet de soin individualisé à définir. Les axes de questionnements sont en particulier les suivants : Quels sont les buts recherchés ? Répondre à quelle problématique : Prévenir, repérer une douleur/souffrance et la soulager ? Maintenir la communication même quand la parole n'existe plus ? Maintenir le lien relationnel pour les proches... valoriser leurs capacités dans ce type d'approche, leur apprendre/autoriser cette gestuelle ? Le résultat attendu est-il de confort, de plaisir à être touché, contentement de ressentir la chaleur circuler dans son corps, d'aider à mieux percevoir les frontières de son corps, la sensation d'être encore en vie ?...

¹⁶ Au sens des soins infirmiers – voir Chapitre *Principes de base pour un exercice infirmier de qualité* in HALLOUET P., EGGERS J., MALAQUIN-PAVAN E. (2004) – *Fiches de soins infirmiers*, Paris, Editions Masson, 2° Edition 2006), 9-31p.

2.1.12 - Ethique du toucher

Comme pour d'autres soins, l'utilisation du toucher demande de prendre du recul sur les pratiques par un questionnement tant individuel que collectif entre pairs ou avec d'autres membres de l'équipe soignante. Les grands principes éthiques liés à la fragilité et la vulnérabilité de la personne en fin de vie sont omniprésents : bienfaisance et non-malfaisance, humanité, proportionnalité, futilité, autonomie (respect et autonomie du patient en terme de maintien de sa capacité à décider), meilleure compétence mise au service de la personne... Le toucher détente n'est pas pertinent pour tous.

Sous sa forme toucher ou toucher détente, il impose aussi une connaissance de soi : limites personnelles, capacité à entrer en contact, répulsions à identifier et à accepter, savoir-faire, savoir renoncer, savoir passer la main.

A la fois action de *donner* et *recevoir*, il évite la toute puissance sur l'autre fragilisé. Il permet au soignant d'être plus à l'écoute de ses propres émotions, perceptions... afin d'être plus disponible et confortable pour recevoir celles de la personne soignée. En toute situation, l'intentionnalité du geste permet de rester dans une juste relation, proximité et distance dans l'objectif d'atteindre un soin juste et adapté à chaque personne soignée.

2.1.13 - Sous quelles formes et parties du corps ?

Deux formes de massages se dispensent en soins infirmiers :

- *le massage de prévention* des escarres dont la technique d'effleurage, de pétrissage en dehors de toute rougeur nous est enseigné en formation initiale
- ce que nous nommons *toucher détente* (ou toucher-massage) qui revêt plusieurs formes selon le but poursuivi et les formations reçues. Dans un but de communication non verbale ou de renforcement du lien, l'intentionnalité, la manière de poser les mains prime sur la technique. Dans un but thérapeutique précis, celui-ci nécessite l'acquisition approfondie d'une technique choisie pour ses indications spécifiques, donc une formation.

Ces toucher-massages de détente s'effectuent sur les mains, le dos, le visage, les jambes, les pieds. L'adaptation des gestes se fait en fonction du recueil de données initial, du vécu antérieur éventuel du patient et de l'évolution de son état de santé. Le choix de la partie du corps massée dépend à la fois de la sensibilité de la personne soignée mais aussi de ce que le soignant cherche à obtenir. Par exemple, le toucher-détente des pieds peut être choisi parce que les pieds sont souvent des parties du corps peu accessibles lorsque l'on reste allité, parce qu'il s'effectue en face à face ouvrant ainsi un autre espace (de parole ou de sécurité) à la personne qui le reçoit ; à l'inverse, le toucher-détente du visage ou du dos, où le patient ne voit pas le soignant, offre d'autres perspectives.

2.1.14 - Quand et pour quelle nature de soin ?

Le toucher détente se dispense :

- *au décours d'un soin* en prévention de la douleur induite et/ou lors du binôme pour faciliter la réalisation d'un soin technique, d'un soin appréhendé par la personne ou pour compléter les soins d'hygiène ;

- *en tant qu'activité de soin directe*, sur le moment, pour faire face à une situation de crise, de stress ou d'isolement mal vécue, pour faciliter l'endormissement, pour aider la personne à se détendre ou à être plus réceptive pour une autre activité, malgré la fatigue, son corps malmené par la maladie, le handicap ou le processus naturel de vieillissement ;
- *en tant qu'activité socio thérapeutique* individuelle programmée, en particulier pour les personnes démentes qui ne peuvent pas participer à des activités de groupe *ou* dont le comportement dysfonctionnel (cris, déambulation majorée...) demande d'isoler momentanément du reste des patients ;
- *en tant que vecteur transmis à la famille* pour l'aider à maintenir une communication, du lien avec la personne en fin de vie, à prendre le relais, à se sentir utile pour ce proche confié à d'autres mains.

2.2 - Niveaux de pratique

Trois domaines ont été explorés : le *toucher* - le *toucher dans les soins*, - le *toucher détente* (ou *toucher-massage*). En écho, trois niveaux de pratique ont été identifiés : *initiation* - *approfondissement* - *maîtrise et enseignement* dans une logique de progression tant de formation que de pratique.

Ces trois niveaux de pratique sont présentés de manière synthétique en catégorisation permettant de donner la trame de ce qui doit être considéré à la fois comme compétence développée et comme pré requis pour accéder au niveau supérieur (cf. *annexe 2*). Ainsi, il est recommandé de s'initier au toucher et au toucher dans les soins avant d'aborder le toucher détente (ou *toucher-massage*).

Les catégorisations définies se veulent un outil d'auto évaluation permettant à chaque soignant de connaître son niveau de compétence dans le toucher, où il se situe actuellement pour pouvoir déterminer ses besoins de formation en la matière. Elles sont aussi une grille d'analyse tant du contenu des cahiers des charges de formation que des objectifs attendus, afin de permettre un choix éclairé.

Cette même dynamique peut s'appliquer à l'équipe, pour identifier les compétences actuelles et celles vers lesquelles aller.

2.3 - Critères d'évaluation

Malgré les nombreuses références analysées, il existe peu de travaux présentant les critères d'évaluation des bénéfiques du toucher et du toucher détente. Ces travaux reposent soit sur une description de cas cliniques, soit sur des paramètres cliniques en lien avec les bénéfiques décrits dans les différentes approches utilisées. C'est dans ce champ que les perspectives de recherche seraient à mettre en œuvre. Pour autant, la pratique clinique comme les éléments retrouvés dans la littérature permettent de dégager quelques principes d'évaluation.

2.3.1 - Evaluation du toucher détente chez le sujet conscient

L'évaluation est toujours en lien avec le diagnostic posé ou le problème identifié avant l'acte de

soin par le toucher ou par le toucher détente. Elle repose sur l'observation et la verbalisation avant/pendant et après le soin. L'observation *avant* (ou recueil de données ciblées) sert de base de référence à la fois pour adapter la gestuelle mais aussi pour mesurer les effets produits pendant et après le soin ; elle prend en compte l'état tonique et de conscience, les modes respiratoires et les attitudes corporelles au repos.

2.3.1.1 - Evaluation pendant le soin

La personne soignée ressent-elle :

- le contact des mains du soignant ?
- les différentes pressions ?

La personne soignée éprouve-t-elle :

- le besoin que l'on oriente le soin à un endroit précis ?
- que l'on reste plus longtemps à un endroit précis ?
- un inconfort ou un confort ?
- le besoin de changer le rythme des mains ?
- le besoin de parler ou non ?

Au décours du soin, le soignant observe et écoute ce que manifeste la personne soignée (réactions verbales, non verbales...). Le recours au questionnement doit être modéré et réfléchi en fonction du contexte (fatigue, anxiété, hypervigilance, repli sur soi...). L'évaluation en temps réel permet à la personne soignée d'être ici et maintenant dans le soin et au soignant de réajuster rapidement. Le soin devient interactif, le receveur est en situation active autant que faire ce peut. Le recueil de ces différents paramètres rendra l'évaluation post soin plus riche. Un compromis doit s'instaurer pour, à la fois, faire participer le patient mais tout en respectant le degré de fatigue et d'endormissement qu'il présente, en lien direct avec les objectifs posés. L'observation soignante prend alors le relais, s'appuyant sur les paramètres cités ci-dessus comme fil conducteur du toucher détente produit.

2.3.1.2 - Evaluation verbale après le soin

En lien avec son ressenti corporel et psychique :

- que dit (ou montre) la personne soignée de sa douleur, de son anxiété... ?
- est-elle soulagée, son corps repose-t-il plus confortable sur le lit, le fauteuil... ?
- au contraire, un nouveau problème apparaît-il ?
- a-t-elle apprécié la qualité du toucher ?
- aurait-elle aimé que ce soit plus ferme... plus doux ?
- souhaite-t-elle renouveler l'expérience ?
- trouve-t-elle quelque chose de changé par rapport à avant le soin (confort, chaleur de peau, tonicité, poids des membres, perception différente de la partie touchée...) ?

En lien avec l'observation de la congruence du discours :

- présente-t-elle, ressent-elle une meilleure orientation spatiale (se sent allongé, de travers est capable de s'orienter en fonction de la demande...) ?
- a-t-elle une augmentation de l'attention portée aux effets du soin, au rythme des mains ?

2.3.1.3 - Evaluation non verbale pendant/après le soin

Les critères observables démontrent le degré d'appréciation du toucher par la personne soignée ainsi que l'impact physique et psychique du soin. L'évaluation non verbale se fait toujours en fonction de l'état basal du patient. Certains travaux de recherche ont utilisé des grilles d'observations non verbales pour qualifier les attitudes comportementales de base et celles observées au décours du toucher-massage (cf. annexe 3).

Parfois le toucher détente va stimuler le patient, parfois il va le détendre. Tous les critères d'évaluation décrits sont à adapter tant à la personne touchée qu'aux résultats que l'on cherche à obtenir.

- abaissement du tonus musculaire (visage, membre, corps entier) : allongement des membres inférieurs, poids du membre dans la main...
- mouvements de la tête (relâchement de la nuque, la tête se dépose sur la table, l'oreiller)...
- mimique faciale tels sourire de détente, d'appréciation ou crispation, rictus...
- fermeture des yeux, détente des paupières, mouvements des yeux, accroche le regard, larmes de détente...
- somnolence voire endormissement (tendance à somnoler), bâillements...
- respiration modifiée comme régularisation du rythme, allongement de l'expiration, baisse de la fréquence respiratoire...
- modification de la vitesse d'élocution, des paroles ou des temps de silence (ralentissement du débit verbal, mots prononcés éprouvés...)
- tristesse, pleurs, expression des émotions, lâcher prise
- baisse ou arrêt des cris, modification de la tonalité de la voix,
- agitation ou abaissement, ralentissement des mouvements des membres, crispation/décrispation des mains, grattage, recherche de la main du soignant pour augmenter le contact car apprécié ou par inquiétude, refus du soin...
- différence dans le niveau d'attention (le patient soutient le regard, s'éveille, paraît plus présent, observe l'interaction, anticipe certains mouvements...).

2.3.2 - Evaluation du toucher détente chez le sujet inconscient

Il existe un problème éthique à dispenser un toucher détente chez une personne inconsciente dans la mesure où on ne connaît pas son désir, notamment lorsque l'inconscience est brutale et/ou si cette personne n'a pas bénéficié au préalable d'une telle approche. Ce type de soin doit alors être discuté en équipe et/ou avec la famille, permettant souvent à cette dernière d'être associée différemment aux soins de son proche en l'impliquant plus directement dans sa réalisation.

En soins palliatifs, lorsque la personne soignée sombre progressivement vers l'inconscience, si elle a donné son accord anticipé ou déjà reçu ce soin, l'équipe peut dispenser un toucher détente tout en restant attentive aux réactions du moment pour les remettre en perspective avec l'antériorité.

Les expériences de toucher-détente décrites chez la personne en coma artificiel ont

démontré une amélioration sur l'état dans lequel elle va se réveiller. En effet, la perte de repères spatio-temporels lors du lever de la sédation ainsi que l'agitation fréquemment observée font partie des aspects cliniques où le toucher détente apporte des bénéfices, notamment par la sécurité de base qu'il induit.

Dans ces différents contextes où la personne soignée ne peut pas témoigner elle-même des bénéfices ressentis, seule une observation très fine permet de détecter des signes qui vont permettre d'évaluer le soin. Demander l'avis de l'entourage proche qui connaît le mieux la personne soignée aide bien évidemment à évaluer des changements dans son comportement habituel. En parallèle, voici quelques-uns des paramètres à observer et/ou quantifier :

- le pouls, la tension artérielle pour les patients sous scope (augmentation ou diminution)
- la fréquence respiratoire (baisse ou accélération en fonction de l'état de base du patient)
- les mouvements des membres
- la tension musculaire au niveau du visage avec la surveillance de la disparition des grimaces et de la détente du visage
- la compliance pulmonaire quand la personne soignée est sous respirateur (*soit* l'observation de la facilité avec laquelle elle va se laisser ventiler ou, à l'inverse, va lutter contre la machine) et la compliance musculaire (*soit* la facilité avec laquelle la personne soignée laisse déplier ses membres).

Les différentes échelles d'hétéro évaluation (notamment Doloplus2) peuvent également être une aide complémentaire précieuse.

3/- Bases de recommandations

3.1. - Principes généraux

1/ Le toucher est universel et nécessaire au développement physique et mental de l'être humain.

2/ Le toucher est un sens qui comprend cinq éléments : le contact, la pression, la chaleur, le froid, la douleur. Les sensations de *pression* et de *contact* sont préservées chez la personne soignée malgré les altérations dues à la vieillesse des sens ou aux pathologies évolutives.

3/ Le toucher réduit les distances sociales. C'est un sens exprimé et perçu de manière individuelle, impliquant la conscience des deux partenaires lors d'interactions tactiles.

4/ Pour tout soin relevant de la distance intime, la négociation est à renouveler pour chaque partie du corps touchée.

5/ La réflexion sur l'utilisation du toucher est indispensable à l'exercice professionnel de tout soignant effectuant un soin sur le corps d'une personne.

6/ Le toucher détente est un acte volontaire que le soignant décide d'utiliser ou non/pas dans sa pratique quotidienne.

7/ La gestuelle du toucher détente est différente des techniques de mobilisations mécaniques et réflexes des tissus propres à l'exercice réglementé de la profession de masseur-kinésithérapeute.

8/ Le toucher détente peut être un acte quotidien. Il est composé d'un enchaînement de gestes qui peuvent être appris par toute personne.

9/ Le toucher détente dispensé par le soignant intègre les postures soignantes ergonomiques garantissant son propre confort d'installation matérielle et physique.

3.2. - Principes guidant la pratique

Toucher dans les soins

10/ Le soignant porte attention à la qualité de la prise de contact, aux effets sur le patient dans l'interaction qui s'en suit et sur la qualité du retrait des mains en fin de soin.

11/ Le soignant est attentif et responsable à la manière dont il pose les mains.

12/ Dans la pratique du toucher dans les soins, le soignant sait réfléchir et agir de manière à être en échange permanent avec la personne soignée.

Toucher détente (ou toucher massage)

13/ Le toucher détente est réalisé avec l'accord et le choix du patient.

14/ Le toucher détente est basé sur une prise de contact, un mouvement des mains, un enchaînement gestuel et une séparation fluides et progressifs.

15/ Le toucher détente est une volonté soignante d'utiliser ses mains au service d'une rencontre et du processus de soin.

16/ Le toucher détente s'inscrit dans une démarche de soins et répond à une demande ou à l'identification d'un problème afin de favoriser un meilleur bien-être ou optimiser la prévention des douleurs induites.

17/ Le toucher détente est appliqué par le soignant en toute connaissance des contre-indications pouvant exister chez la personne soignée.

Positionnement éthique du soignant

18/ La pratique du toucher s'inscrit dans une dynamique de mobilisation des ressources de la personne soignée pour l'aider à conserver, maintenir ou restaurer son autonomie. Si néanmoins une dépendance se crée en direction d'un soignant, ce dernier s'organise pour réintroduire progressivement les autres soignants de l'équipe.

19/ La personne soignée a le choix du soignant pour recevoir un toucher dans le cadre d'une alliance thérapeutique établie en accord avec les valeurs de l'équipe.

20/ Le soignant accepte l'éventuel rejet de son intentionnalité soignante par la personne soignée grâce à un travail sur lui.

21/ Le toucher détente chez la personne inconsciente se fait au cours d'une prise en charge collective où la dimension éthique est abordée et évaluée.

+ Bénéfices pour la personne soignée

22/ Le toucher apporte des bénéfices physiques, mentaux et émotionnels.

23/ Le toucher permet, entre autre, de prévenir ou d'abaisser les douleurs induites, de diminuer le seuil du stress, d'améliorer la communication verbale et non verbale.

24/ Le toucher permet d'augmenter le seuil de réceptivité tactile.

25/ Le bénéfice du toucher dépend du niveau d'attention, de présence et de disponibilité intérieure du soignant.

+ Bénéfices pour le soignant

26/ Le toucher est pour le soignant l'opportunité de se centrer sur son ressenti, de cibler ses propres limites et capacités dans le champ de la distance intime.

27/ Le toucher amène le soignant à initier ou à enrichir une relation d'aide.

+ Bénéfices pour l'entourage

28/ La transmission de la gestuelle du toucher détente que le soignant effectue en direction de l'entourage permet à ce dernier de se réapproprier une place privilégiée dans la communication verbale et non verbale avec son proche malade, de se sentir partie prenante de l'amélioration de sa qualité de vie.

29/ La réciprocité du toucher et la possibilité d'offrir un toucher détente à son proche malade apportent à la famille des bénéfices psychiques et émotionnels renforçant sa propre capacité à faire face.

+ Modalités d'évaluation

30/ Les effets du toucher sont mesurés par une évaluation verbale et non verbale couplée avec des paramètres cliniques observables qui font l'objet d'une traçabilité dans le dossier de soin.

31/ L'évaluation est toujours en lien avec le problème identifié avant le toucher détente.

32/ L'évaluation protège de la toute puissance soignante par le respect des besoins de la personne soignée et du cadre de soin.

3.3. Principes guidant la formation *(cf. annexe 2).*

33/ La formation aborde trois domaines : le **toucher**, le **toucher dans les soins**, le **toucher détente**. Si chaque domaine fait l'objet d'une formation en soi, le domaine *Toucher* est le prérequis du domaine *Toucher dans les Soins*, lui-même prérequis du domaine *Toucher détente*.

34/ La formation est structurée en trois niveaux progressifs, autour du concept de *novice à expert* redéfini par BENNER¹⁷ pour les soins infirmiers :

- **Initiation** : capacités à situer le toucher dans ses aspects sensoriels et relationnels + à identifier la nature du toucher dans les soins.

¹⁷ BENNER Patricia (1995), *De novice à expert*, Paris, InterEditions, 253p.

- **Approfondissement** : capacités à identifier la nature du toucher + à utiliser consciemment le toucher dans les soins + à dispenser un toucher détente adapté à la situation.
- **Maîtrise et enseignement** : expertise dans la pratique du toucher et du toucher détente + capacité à savoir transmettre ses savoirs (compagnonnage, formation action) auprès des équipes et/ou des familles.

35/ Le niveau *Initiation* est le prérequis du niveau *Approfondissement*, lui-même prérequis du niveau *Maîtrise et enseignement*.

36/ Le contenu de la formation toucher est évolutif :

- situe la communication non verbale au travers des différents sens dans le processus de soin.
- développe la relation et le toucher à soi avant de l'apprendre sur l'autre.
- respecte en parallèle l'évolution propre au stagiaire.
- assure au travers d'apports théoriques et d'exercices pratiques la modélisation de la pratique permettant de réinscrire le toucher au cœur des soins courants et celle du toucher détente comme soin à part entière.

37/ La formation insiste sur l'intérêt du toucher comme médiateur dans la relation.

38/ La formation insiste sur la différence de perception entre les individus.

39/ La formation promeut l'inscription du toucher détente dans la démarche de soin : recueil des informations, analyse des données et identification du/des problème(s) de santé, définition d'objectifs, intervenant le plus approprié/ souhait du patient/compétences requises, évaluations /transmissions orales et écrites des résultats.

3.4. - Principes guidant l'approche interdisciplinaire

40/ Les unités de soins prévoient un temps de réflexion en équipe sur l'intégration interdisciplinaire du toucher dans les soins et le rôle de chaque partenaire en la matière.

41/ Le toucher fait l'objet d'une réflexion d'équipe quant à l'intentionnalité soignante et à l'expression de ses modalités complémentaires au cœur des différents métiers du soin.

3.5. - Pistes de recherche

42/ L'exploration et l'identification de modalités d'évaluation objectivant les bénéfices induits chez les personnes soignées sont à explorer.

43/ Des bases de recommandations interdisciplinaires guidant la réflexion d'équipe, la pratique, l'évaluation des bénéfices et la transmission du savoir sont à promouvoir.-

4/- Conclusion et perspectives

Ce rapport invite à mettre en synergie les expériences professionnelles et humaines des auteurs dans le domaine du toucher et leurs capacités à faire des liens avec la littérature sur ce sujet.

Les pistes de réflexion produites visent à permettre l'émergence du cheminement propre à chaque lecteur sur le sujet du *toucher* et *du toucher dans les soins* afin de leur redonner une juste place dans les soins et dans la conception même du soin.

Réfléchir à qui fait quoi, où, quand, comment et pourquoi devient alors incontournable de l'engagement professionnel inscrit dans une démarche commune d'utilisation du toucher au service de la qualité des soins la plus adaptée à chaque personne soignée.

Issus de l'analyse bibliographique et de la pratique, les principes de base proposés constituent à notre sens la première phase du travail envisagé. S'il nous a semblé nécessaire de réfléchir entre pairs pour mieux rendre compte d'une pratique de l'intérieur même des métiers du Soin Infirmier, sur ce sujet encore plus que pour d'autres, il est tout aussi essentiel que cette réflexion s'effectue au sein des autres corps professionnels ou bénévoles engagés à nos côtés dans ce vaste défi de l'interdisciplinarité au service du patient et de son entourage.

La lecture critique de ce rapport par les autres collègues de la SFAP servira, nous l'espérons, à poursuivre la réflexion interdisciplinaire permettant de dégager une meilleure connaissance des spécificités de chaque groupe d'appartenance et d'engager les travaux complémentaires jugés nécessaires pour y parvenir. A terme, cette dynamique devrait confirmer ou infirmer, pour leurs propres missions, si les 43 principes produits dans le champ des soins infirmiers, sont envisageables pour construire des recommandations interdisciplinaires pour la formation et la pratique.-

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ABRASSART Jean-Louis (2004) - *Le toucher libérateur : stress, massage et thérapie*, Paris Edition Guy Frédaniel, 266p.
- ABRASSART Jean Louis (1999) - *Corps, toucher et énergie*, Paris, Edition Guy Frédaniel, 290p.
- ABRASSART Jean Louis (2004) - *Massage californien*, Paris, Edition Guy Frédaniel 340p.
- ANZIEU Didier (1995) - *Le Moi-peau*, Paris, Editions Dunod, 254 p.
- ARISTOTE, *La pudeur*, Ethique à Nicomaque, chapitre IX, livre IV.
- BARON- COHEN Simon (1998) - *La cécité mentale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Sciences et technologie de la connaissance, 169 p.
- BECART-BANDELOW Raoul et Ulla (1999) - *Le corps et la caresse*, Editions Sum - Hameau, 266p.
- BENNER Patricia (1995) - *De novice à expert*, Paris, InterEditions, 253p.
- BERGER Louise (1989) - *Personnes âgées, une approche globale : démarche de soins par besoins*, Paris, Editions Maloine, Paris, 588 p.
- BLANCHON C (2006) - *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Elsevier Masson, 128 p.
- BOIS Danis (2006) - *Le moi renouvelé, introduction à la somato-psychopédagogie*, Paris, Editions Point d'Appui Ivry sur Seine, 251p.
- BOLOGNE Jean-Claude (1986) - *Histoire de la pudeur*, Paris, Editions Hachette Littératures, collection Histoire Pluriel, 461 p.
- BONNETON-TABARIES France, LAMBERT-LIBERT Anne (2006) - *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Medline éditions, 151p.
- BOUHDIBA Abdelwahab (2001) - *La sexualité en Islam*, Paris, Editions PUF, collections Quadrige, 380 p.
- CAMILLI Claude (2003) - *Le toucher et la psychanalyse*, Paris, Editions Bernet-Danilo, collection Mega Essentialis, 128 p.
- CHALIFOUR Jacques (1998) - *Relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste*, Gaétan Morin Editeur, 296 p.
- CHALIFOUR Jacques (1999) - *L'intervention thérapeutique*, volume 1, Paris, Gaétan Morin éditeur, 285 p.
- CHEBEL Malek (2004) - *Le corps en Islam*, Paris, Editions PUF, collections Quadrige, essais débats, 234 p.
- COLONNA-CESARI (1990) - *Le massage intégral du bébé et de l'enfant*, paris, Editions Diffusion traditionnelle, 167p.
- COLLIERE Marie-Françoise (1982) - *Promouvoir la vie*, Paris, Editions Masson/InterEditions, 391 p.
- CUDICIO Catherine et Patrice (1992) - *PNL et relation d'aide*, Paris, Editions Lamarre, 166 p.
- CZECHOROWSKI Henri (1988) - *La pratique des massages*, Editions Robert Lafont.
- DECANT-PAOLI Dominique (2002) - *L'haptonomie*, Paris, PUF, collection Que sais-je ?, 127p.

- DELOMEL Marie-Annick (1999) - *La toilette dévoilée*, Paris, Editions Seli Arslan, 220 p.
- DE SOUZENELLE Annick (1993) - *La symbolique du corps humain*, Paris, Edition Espaces libres, Albin Michel, 472 p.
- DE VITO J. (1985) - *Communicology : an introduction to the study of communication*, New York, 2^o Edition, Harper and Row, 310p.
- DOLTO Françoise (1992) - *L'image inconsciente du corps*, Paris, Edition Seuil, collections Essais, 375 p.
- FAGHERRAZI-PAGEL Hélène (1993) - *Mourir en long séjour*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, Collection Espace social, 248 p.
- FELDMAN-DESROUSSEAUX Eliane (2007) - *Prendre soin de l'autre souffrant*, Paris, Editions Seli Arslan, 188 p.
- FERRAGUT Eliane, BOULENGER J-P., BROCCQ H. CHAUDIEU I. (2005) - *Emotion et traumatisme, Le corps et la parole*, Paris, Editions Masson, collection synthèse PCEM, 153p.
- FIELD Tiffany (2006) - *Les bienfaits du toucher*, Paris, Editions Petite Bibliothèque Payot, 260p.
- FILLOZAT Isabelle, ROUBEIX Hélène (2003) - *Le corps messager*, Paris, La Méridienne Edition, 164p.
- GAFFIOT Félix (1934) - *Dictionnaire illustré Latin- Français*, Paris, Hachette, 1719 p.
- GENTIS Roger (1992) - *Leçons du corps*, Paris, Editions Flammarion, collection Vieux Fonds Fic.
- GOLEMAN Daniel (1995) - *L'intelligence émotionnelle*, Paris, Editions Robert Laffont, collection Bien-être, 555 p.
- GROSCLAUDE Michèle (2002) - *Réanimation et coma, Soins psychique et vécu du patient*, Paris, Editions Masson, 222p.
- GUASCH Gérard (2002) - *Quand le corps parle*, Vannes, Editions Sully, 239 p.
- HALL Edward T. (1971) - *La dimension cachée*, Paris, Editions du Seuil, collections essais, 256p.
- HALL Edward T. (1984) - *Le langage silencieux*, Paris, Editions du Seuil, collections essais, 237p.
- HALLOUET P., EGGERS J., MALAQUIN-PAVAN E. (2004) - *Fiches de soins infirmiers, Paris, Editions Masson, 2^o Edition 2006*, 643p.
- HESBEEN Walter (1997) - *Prendre soin à l'hôpital*, Paris, InterEditions, 208p.
- HESBEEN Walter (1991) - *Soigner la personne âgée à l'hôpital*, Formation à la relation d'aide, Paris, Editions PRIVAT, 344p.
- HIERONIMUS Christian (2003) - *Le toucher, un art dans la relation*, Barret-sur-Méouge, Edition Le souffle d'or, collection Champs d'idées, 95p.
- KEPNER James (1998) - *Le corps retrouvé en psychothérapie*, Paris, Editions Retz, 255 p.
- KEROUAC et al (1996) - *La pensée infirmière*, Paris, Editions Maloine, collection sciences infirmières, 162 p.
- KRIEGER Dolorès (1998) - *Guide du toucher thérapeutique*, Edition Vivez Soleil, Genève, 383 p.
- LAWLER Jocalyn (2002) - *La face cachée des soins, soins au corps, intimité et pratique soignante*, Paris, Editions Seli Arslan, 288 p.
- LAZURE Hélène (1999) - *Vivre la relation d'aide*, Montréal, Editions Decarie 187 p.

- LE BRETON David (2005) - *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, collection Quadrige, 480p.
- LIDELL L., THOAS S., BERESFORD COOKE C., PORTER A. (1985) - *Le massage*, Paris, Editions Robert Lafont, 192p.
- LEVY Isabelle (2001) - *Soins et croyances*, Paris, Editions Estem, 222 p.
- MAILLET Léandre (1988) - *Psychologie et organisation*, Paris, Edition Vigot, 576 p.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne, NECTOUX Martine & All. (1995) - *Le toucher au service du soin*, chap. V p171-176 *in* FARNAULT Gisèle & All. - *Cancérologie : pour une meilleure approche du soin*, Editions Hospitalières, 247p.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne (1997-Rééd. 2005) - *Toucher et toucher-massage au service du soin gériatrique*, chap. 24 p 298-307 *in* BELMIN Joël, AMALBERTI Françoise, BEGUIN Anne-Marie - *L'infirmière et les soins aux personnes âgées*, Collection Savoir et pratique infirmière, Edition Masson, 369p.
- MATTRAY Bernard (2004), *La présence et le respect, Ethique du soin et de l'accompagnement*, Paris, Edition Desclée de Brower, 271p.
- MAVE Salter (1992) - *Altération de l'image corporelle*, Paris, Inter Editions, 287 p.
- MANOUKIAN A, MASSEBOEUF A. (1995) - *La relation soignant- soigné*, Edition Lamarre Poinat, 192p.
- MILLER Alice (2004) - *Notre corps ne ment jamais*, Paris, Editions Flammarion, 203p.
- MONTAGU Ashley (1979) - *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Edition Seuil, collection philosophie générale, 220p.
- De M'UZAN Michel. (1977) - *De l'art à la mort*, Paris, Editions Gallimard, collection Tel, 202 p.
- PEASE Allan (1988) - *Le langage du corps*, Paris, Editions Nathan, 156 p.
- PERSONNE Michel (1991) - *Soigner la personne âgée à l'hôpital*, Formation à la relation d'aide, Editions Privat.
- PERSONNE Michel (1994) - *Le corps du malade âgé*, Paris, Editions Privat,
- PRAYEZ Pascal, SAVATOFSKI Joël (1996) - *Le toucher apprivoisé, pour une approche différente du soigné*, Paris, Editions Lamarre Poinat, 157 p.
- PRAYEZ Pascal (2003) - *Distance professionnelle et qualité du soin*, Paris, Editions Lamarre, collection fonction cadre de santé, 228 p.
- RAJABLAT Marie (1997) - *Voyage au cœur du soin : la toilette*, Paris, Editions Masson, collection souffrance psychique et soins, 111p.
- RE-VAUSSENAT Marie-Claire (2006) - *L'éveil du corps par le toucher*, Grenoble, Editions Le Mercure Dauphinois, 101p.
- SABOURIN Romola (1995) - *Les 5 sens dans la vie relationnelle, des outils du quotidien*, Paris, Edition ERASME. 144p.
- SAVATOFSKI Joël (1998) - *Le toucher massage*, Paris, Edition Lamarre, collection Pratiquer, 119 p.
- SEBAG LANOË Renée (1992) - *Soigner le grand âge*, Paris, Edition Epi - Desclée de Brower 219 p.
- SEBAG- LANOË Renée, LEFEBVE-CHAPIRO Sylvie, WETZEL Marie-Françoise, TARAVANT, LIBOREL-POCHOT Hugues, CAZAS A., WANTES-JOUBERT N.K., et ALAGILLE M. (1999) - *Accompagnement du malade âgé en fin de vie, Aspects psycho*

relationnels in Psychiatrie du sujet âgé, Paris, Editions Flammarion, collection Médecine-Sciences, 620 p.

SFAP Collège Soins Infirmiers (1999 - Rééd 2002/2006) - *L'infirmière et les soins palliatifs*, Paris, Editions Masson, collection Savoir et pratique infirmière, 237p.

SULGER François (1986) - *Les gestes vérité*, Paris, Editions Sand et Tchou, 139 p.

ULDRY P.A, REGLI F. (1993) - *Neurologie du sujet âgé*, Paris, Editions Masson, 274 p.

VAN DER BRUGGEN (1977) - *Ce malade qui existe*, Editions Le Centurion, collection Infirmière d'Aujourd'hui, Paris, 275p.

WALTER Béatrice (1991) - *Soigner en gériatrie un art, une passion*, Paris, Editions Lamarre, collection infirmière, société et avenir, 200 p.

WATSON Jean (1998) - *Le caring*, Paris, Editions Seli Arslan, 317p.

WATZLAWICK P. (1981) - *Sur l'interaction Palo Alto : 1965/1974, une nouvelle approche thérapeutique*, Paris, Editions du Seuil, 279p.

WEST Andrée (2001) - *Le toucher thérapeutique*, Canada, Edition du roseau, 443p.

ZIMMERMAN VERENE (1989) - *Vivre avec les personnes atteintes de démences*, Paris, Editions Centurion, collection Infirmières d'aujourd'hui, 183 p.

ARTICLES

AUTTON Norman. (1996) - *L'usage du toucher dans les soins palliatifs*, *European journal of palliative care*, p 121-124.

BADEFORT N. (2000) - *Réflexions sur la qualité d'être en situation palliative : fin de vie, euthanasie ou soins palliatifs ?*, *Soins* n° 648, p.34-35.

BECUE Martine (2007), *Les limites de l'approche corporelle dans l'accompagnement des malades*, *Revue JALMALV*, n°91, p.47-49.

BERNARD MF., CRESTIEN F., DE SOUSA A. (2004) - *Prise en charge non médicamenteuse de la douleur*, *Soins gérontologie* n°45, p.30-34.

BOUDRAULT Andréa, NTETU Antoine Lutumba (2006), *Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées*, *Recherche en Soins infirmiers*, n°86, p 52-65

BOULESTEIX G. (1995) - *La dimension psycho- affective : prise en soins de la démence en hospitalisation de jour*, *Soins* n° 598, p.36-40.

CALLU Marie-France (2001) - *Des rapports complexes du corps et du droit*, *Soins*, collection Droit et déontologie / soins, vol 1 n°1, p 56-62.

COUDRAY Marie-Ange (2003) - *Le souci d'atteinte du soin*, *Perspective soignante* n° 18, p.10-23.

DELALIEUX Pascale, JEGOU Edith, MALAQUIN-PAVAN Evelyne, NECTOUX Martine (2001) - *Soin, approche corporelle et toucher-massage*, *Revue Soins gérontologie*, n°27 Janv./Fév., p 20-23.

FABREGAS Bernadette (1999) - *Plaidoyer pour le toucher-massage*, *Soins* n°634, p.17-20.

FABREGAS Bernadette & All. (2001) - *L'intimité et la relation soignant-soigné*, dossier *Revue Soins* n° 652, Févr., p31-54.

FEDOR Marie-Christine, LEYSSENE-OUVRRARD Claire, BRUGNON David (2001-2008) - *Intégration de la famille à la prise en charge des patients atteints d'hémopathie maligne en hospitalisation*.

FOULON F., MANS V., TAROT JP. (1992) - *Le toucher relationnel: un soin à part entière*, *Revue de l'infirmière* n° 19, p.20-25.

- GOUMAS J. et LEROUX F. (1997) - *Le corps en gériatrie, Soins gérontologie*, n°9, p.32-36.
- HALPERN Catherine (2006) - *Prendre soin des autres : un travail invisible, Sciences Humaines décembre 2006*, dossier Le souci des autres, p.34-35.
- JALMALV (2004) - *L'intimité et la pudeur*, n°78, p.3-40.
- JALMALV (2006) - *Quand les mots viennent à manquer*, n°85, p.7-58.
- LABERT V. (1997) - *Le toucher massage : une technique de bien être, Soins* n° 615, p.41-43.
- LOMBART B. (1999) - *Rôle propre infirmier, douleurs provoquées par les soins, Soins pédiatrie puériculture*, n°189, p.20-21.
- LANDRY Nathalie (1989) - *Le toucher : soin et moyen de communication dans la pratique infirmière, Recherche en soins infirmiers*, n°18, p.34-43.
- MALAQUIN Evelyne (1990) - *Formation-action au massage, Guide APHP, Les Cahiers de formation APHP* n° 7, 2^{ème} semestre, p 31.36.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne (1993) - *Le toucher au cœur des soins, Revue Ouvertures*, n° 51, p 3-7.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne (1997) - *Bénéfice thérapeutique du toucher massage dans la prise en charge de la personne âgée démente, Revue de l'ARSI Recherche en Soins Infirmiers*, n° 47, p 11-66.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne (1997) - *Communiquer : un défi, Revue Santé Mentale*, n° 23, Déc., p 31-34.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne & All. (2000) - *Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux, Soins gérontologie*, n° 26 Nov./Déc., p 29-31.
- MALAQUIN-PAVAN Evelyne, BEGUIN Anne-Marie (2001) - *L'intimité, un handicap intime, Revue Soins*, n° 658, Sept., p 39-44.
- MARTIN -BRAUD T. (2002) - *Le toucher, geste technique ou qualité soignante?, Soins* n°662, p.21-23.
- MOLINIER Pascale (2006) - *Le Care: ambivalences et indécences, Sciences Humaines*, dossier Le souci des autres, p36-39
- MORAGA M. (2000) - *Donner des soins restructurants à la personne âgée, Soins gérontologie*, n°21 p.30-33.
- NECTOUX - LANNEBERE Martine (1995), *Le toucher au cœur des soins, Revue de l'infirmière* n° 13, p 37-42.
- PREL Gilles (2001) - *le corps à corps dans la formation du kiné, Soins cadres*, n° 40, p 50-56.
- RAJABLAT M. (1996) - *La toilette, Soins infirmiers*, n°611, p.44-48.
- RIOULT C (1998) - *Le toucher relationnel pour enrichir la pratique soignante, Soins* n° 628, p 26-29.
- RIOULT C. (2000) - *Le toucher et la fin de vie, Soins* n°648, p 48-19.
- SAVATOVSKI J. (1998) - *Le massage bien être, Infirmière magazine* n°126, p 56.
- STIEN L. (1994) - *Les problèmes posés par la sexualité dans les soins infirmiers, Soins formation pédagogique encadrement*, n°12, p.18-25.
- THIBEAUDEAU S. (2001) - *L'intimité sans intimité et la relation soignant - soigné, Soins* n° 652, p.35-36.
- TRABACCHI G., BADEFORT N., JEAN R. (2003) - *Fin de vie, euthanasie ou soins palliatifs?, Soins* n° 648, p.33-56.
- VERANI L. (2001) - *Accepter l'intimité dans les soins, Soins* n°652, p32-34.

VIGNAT JP et CHARZAC PM. (1997) - *Le sens du geste « la toilette »*, Soins gérontologie n°10, p.28-29.

VON KRACHT H. (1992) - *L'infirmière et la relation de soins*, Soins n°565, p.47-51.

VON KRACHT H. (1995) - *La communication dans la relation de soins*, L'aide soignante, n°10, p.15-43.

WEISS S.J. (1979) - *The language of touch*, Nursing research, 28 n°2, p 76-79p.

Notes de cours

LAUGIER Sandra (2007), *L'Ethique du care*, , DU Ethique et pratique de la santé et des soins, Espace Ethique AP-HP,

Colloque- Conférence

DUVAL S. (2005) *Le corps dans la relation des actes de soins, approche infirmière*, 8^{ème} colloque éthique de Bicêtre- Corps et intimité dans la relation de soin, consulté sur le site http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=168 le 22/01/2007

FIAT Eric (2007), *Pudeur et intimité*, XIII^{ème} Congrès National de la SFAP, Grenoble juin 2007.

Filmographie

. *Un massage nommé désir (1995)*, CHR Orléans, expérience du toucher dans une unité de néonatalogie, production CHR Orléans, réalisation Philippe MINSTER.

Sites

medline

passportsanté.net - science du toucher

RECOMMANDATIONS

ANAES, *Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs*, décembre 2002 - www.anaes.fr

ANNEXES

Annexe 1

Grille de lecture

Annexe 2

Tableau synthétique *Domaines/Niveaux de pratiques*

Annexe 3

Grille d'observations verbales et non verbales

Fiche de lecture Groupe de travail SFAP «Le toucher dans les soins »

Lecteur : Nombre de pages.....
 Date de la lecture..... Dépôt légal.....
 Titre Collection.....
 Auteur..... Edition.....
 Objectif de l'auteur :

Numéro	Mots clés	N° de page	Idée développée.
1	Contact. Présence à l'autre /à soi. Attention.		
2	Communication non verbale. Perceptions.		
3	Bénéfices. Effets. Détente. Bien-être. Anxiété. Douleur.		
4	Objectif. Intention. Le pourquoi ?		
5	# formes Gestes techniques. Distance intime. Toucher. Toucher détente Massage		
6	Concepts/historique. Définition.		
7	Différentes populations : psy, réa, géronto, pédiatrie, non communicants.		
8	Evaluation méthodes pré-requis précautions		
9	Cultures. Tabous. Psycho somatique		
10	Formation. Transmission. Exercices Programmes.		

Citations	N° de page	Contenu
Références biblio	Nombres	Niveau de preuve A/B/C -
Questionnement du cadre de référence (actes) et du corps de référence (pensée, sensation)		

Annexe 2 - Tableau synthétique des correspondances Domaines et Niveaux de pratique identifiés

↓Niveaux Domaines→	1-Toucher	2- Toucher dans les soins	3 - Toucher Détente (Toucher Massage, TM)
<p align="center">A- Initiation</p>	<p>A1/ Apprend à poser les mains : avec respect, délicatement, en étant présent dans ses mains et à tout ce qui se passe pendant ce moment (interaction - environnement). Reste 5 à 15 secondes en simple contact avant de démarrer un mouvement (prise de contact). Fait la différence entre toucher sens tactile et toucher émetteur/récepteur. S'initie aux effets du toucher sur lui-même en tant que donneur et receveur Connaît les différentes zones corporelles et leur degré d'intimité sous jacent ainsi que les réactions possibles du receveur au toucher (refus, réticence, logorrhée, confiance, transfert....)</p>	<p>A2 = Compétences A1 requises + Observe les effets du toucher sur la personne Identifie le soin et la part du toucher dans l'acte de soin à réaliser. Connaît et utilise les distances relationnelles. Reconnaît l'interaction des différents sens entre eux (regard, voix, ouïe, toucher) et comment les utiliser. Repère les différentes réactions corporelles du receveur au toucher et adapte sa gestuelle en regard. Intègre les notions de corps sujet et corps objet dans sa pratique.</p>	<p>A3 = Compétences A2 requises + S'initie aux principaux gestes du toucher détente sur différentes parties corporelles. Applique ces gestes en respectant les manœuvres de variation d'intensité, rythme et de progression des mouvements. Comprend l'intérêt d'avoir une pratique régulière. S'initie à évaluer ses perceptions tactiles par rapport au patient. Identifie les postures ergonomiques respectant son propre corps soignant.</p>
<p align="center">B- Approfondissement</p> <p align="center"><i>Niveau A requis</i></p>	<p>B1 = Compétences A1 requises + Connaît les attitudes adaptées aux différents âges de la vie. Adapte le toucher en fonction des différentes zones corporelles, des demandes ou des craintes de la personne. Pratique un toucher respectueux Identifie et évalue les effets du toucher sur lui-même en tant que donneur et receveur. En tient compte dans ses gestes Utilise le toucher auprès de ses collègues. S'initie au rôle de soutien du toucher dans le soin relationnel. Montre l'usage du toucher aux proches s'ils le désirent.</p>	<p>B2 = Compétences A2+ B1 requises + Sait intégrer le toucher dans un soin, y compris en présence des proches ou d'autres collègues. Observe et identifie les effets du toucher sur la personne dans sa tolérance et sa compliance aux soins. Utilise adéquatement le toucher dans les soins d'entretien et de continuité de la de la vie, soins techniques, éducationnels et relationnels. Évalue les effets du toucher sur le patient et sur lui-même, ajuste le soin en fonction des effets observés. Est capable d'échanger autour d'une situation de toucher dans les soins avec le patient, sa famille, les collègues. Transmet oralement et par écrit ses actions et remarques. Facilite l'utilisation du toucher chez les proches.</p>	<p>B3 = Compétences A3+ B2 requises + Identifie le besoin d'être touché grâce à la démarche de soins. Est capable de poser un soin par le toucher en fonction d'une demande et de le cadrer dans le contrat de soins. Applique le TM dans une démarche réfléchie et structurée inscrite dans une pratique régulière. Sait adapter la progression de ses gestes à la demande verbale ou non verbale du patient. Identifie et évalue les effets du TM sur le patient. Prend conscience des effets du TM sur lui-même. Enseigne le TM aux proches. Utilise le TM auprès de ses collègues, favorise le travail en binôme pour prévenir les douleurs liées aux soins.</p>
<p align="center">C- Maîtrise Enseignement</p> <p align="center"><i>Niveaux A+B requis</i></p>	<p>C1 = Compétences B1 requises + Utilise le toucher comme moyen d'ancrage dans la démarche thérapeutique avec le patient et/ou la famille. S'adapte aux différentes situations de toucher : prévention/soulagement douleur, soutien psychologique, manifestation empathique... Est capable de transmettre dans l'équipe : - la relation par le toucher, l'intentionnalité sous-jacente - les mécanismes d'adaptation - les limites du toucher, ses contre- indications, les notions de pudeur, de distance intime et de proxémie - le toucher langage au sein de la communication non verbale - le toucher-comme support éducatif dans les soins - la prise de conscience de l'identification par le soignant de ses propres réactions au toucher - la plus-value dans le travail en binôme.</p>	<p>C2 = Compétences B2 + C1 requises Analyse une situation de toucher dans les soins, en tire des enseignements théoriques et pratiques, en fait part aux collègues. Utilise ses expériences pratiques pour enrichir sa capacité à transmettre sa pratique. Est capable de transmettre : - un processus de soin par le toucher - l'analyse et l'évaluation des effets du toucher dans les soins - l'identification et l'analyse des difficultés du patient et celles du soignant - la gestion des distances interpersonnelles - l'utilisation des différents outils sensoriels dans le soin - l'association du toucher à chaque type de soins comme support thérapeutique et/ou éducatif - l'utilisation du processus de soins et des diagnostics infirmiers dans les modalités de toucher nécessaire au soin.</p>	<p>C3 = Compétences B3 + C2 requises + Enrichit son expertise au moyen de formations régulières, d'échanges ou d'analyses de pratiques entre pairs Sait situer et enrichir sa pratique en collaboration avec les autres professionnels du soin. Est capable d'enseigner : - l'habileté gestuelle du TM intégrée dans un processus de soins. - l'adaptation des gestes en fonction de la demande ou réaction verbale ou non verbale du patient (état de base/effet attendu) - l'évaluation des effets des différents gestes produits sur la personne et en résonance, sur le soignant - les conséquences de ces effets - l'ajustement des comportements et gestes en fonction des effets observés/attendus et des organisations soignantes sous-jacentes.</p>

Annexe 3 - Grille d'observations verbales et non verbales avant/pendant/après un toucher de détente

Nom du patient :		Date :	N° séance :
REACTIONS NON VERBALES	PENDANT	APRES 15 mn	COMMENTAIRES
Mouvements de la tête			
Tourne ou lève la tête vers l'investigatrice			
. Tourne ou lève la tête en direction o"un stimulus dans l'environnement			
Approche la tête de l'investigatrice			
S'éloigne de l'investigatrice			
Salue l'investigatrice			
Poursuit un rituel déjà amorcé à l'arrivée de l'investigatrice. (Préciser lequel)			
Hoche la tête			
Dodeline de la tête			
Tient sa tête droite			
Aucun mouvement			
Autre (préciser)			
Mimiques faciales			
Sourires - rires - traits détendus			
Visage crispé - veines du cou tendues -faciès anxieux			
Plissement du front - lèvres pincées -sourcillements - tics musculaires			
Traits affaissés - signes d'épuisement, de fatigue, de tristesse			
Mouvements réflexes de rotation de la langue			
Hypersalivation			
Visage patibulaire, figé, vide, sans expression			
Reproduction d'une mimique de l'investigatrice			
Autre (préciser)			
Mouvements des yeux			
Regarde ou observe l'investigatrice			
Détourne son regard - évite le contact visuel - baisse les paupières			
Regarde ou suit du regard différents stimuli dans l'environnement			
Pleure, verse es larmes			
Ferme les yeux constamment			
Garde les yeux mi-clos			
Ouvre les yeux après les avoir laissés longuement fermés			
Fixe un objet, le regard est taciturne, figé, sans aucune expression			
Autre (préciser)			

REACTIONS NON VERBALES (suite)	PENDANT	APRES 15 mn	COMMENTAIRES
Gestes des mains			
Absence de mouvement			
Donne la main			
Repoussé de la main			
Retire sa main pour reprendre un rituel, toucher un objet ou se toucher			
Conserve le contact avec la main de l'investigatrice			
Touche les vêtements, bijoux.... de l'investigatrice			
Touche d'autres parties de son corps			
Serre la main de l'investigatrice			
Pointe du doigt			
Tend la main			
Exécute un rituel avec ses mains			
Tremblements ou secousses musculaires			
Se gratte les mains ou un objet			
Croise ses mains			
Croise et décroise sans arrêt ses mains			
Tapote ses mains			
Reproduit des gestes de l'investigatrice			
Prend un objet			
Utilise un geste intentionnel pour se faire comprendre			
Autre (préciser)			
Corps			
Détendu			
Crispé -rigide			
Tremblements			
Balance son corps ou ses membres			
Bouge sans arrêt			
Retire son pied			
Retire ses jambes			
A des mouvements répétitifs des pieds et des jambes			
Reste calmement dans la même position			
Laisse tomber ses pieds dans la main de l'investigatrice			
Accompagne les gestes de massage			
Anticipe les gestes de massage			
Autre (préciser)			
De manière générale			
Manifeste des gestes d'impatience			
Manifeste son désir de recevoir ce massage			
Manifeste plus d'éveil			
Refuse le toucher			
A une attitude menaçante envers l'investigatrice			
S'agite durant la séance			
Est agressif physiquement (frappe, mord...)			
Se calme durant la séance			
Va vers les autres			
Est éveillé			
Autre (préciser)			

REACTIONS VERBALES	PENDANT	APRES 15 mn	COMMENTAIRES
<i>Initie une conversation</i>			
<i>Parle de façon incohérente</i>			
<i>Parle de façon incompréhensible</i>			
<i>Interroge l'investigatrice</i>			
<i>Répète toujours les mêmes mots</i>			
<i>Prononce des injures</i>			
<i>Crie par intermittence</i>			
<i>Crie en continu</i>			
<i>Manifeste son plaisir par des mots ou des phrases</i>			
<i>Manifeste son désaccord par des mots ou des sons</i>			
<i>Ton de voix interrogatif</i>			
<i>Ton de voix agressif</i>			
<i>Fredonne une mélodie</i>			
<i>Pose continuellement des questions</i>			
<i>Pousse des sons d'aise ou des gros soupirs</i>			
Caractéristiques	Pendant	après 15 minutes	
<i>Monosyllabes ou syllabes allongées et répétées (la, la, la...)</i>			
<i>Appel aux parents</i>			
<i>Mots qui riment (Paul, poul. folle, ...)</i>			
<i>Mots incompréhensibles</i>			
<i>Plaintes</i>			
<i>Courtes phrases bien prononcées</i>			
<i>Courtes phrases concernant l'investigatrice (Qui es-tu ? Avez-vous mangé ?)</i>			
<i>Chants ou mélodies</i>			

Source : MALAQUIN-PA VAN Evelyne (1997) - Bénéfice thérapeutique du toucher massage dans la prise en charge de la personne âgée démente, Revue de l'ARSI Recherche en Soins Infirmiers, n° 47, p 63-66.