

Ecole internationale du bien être

EIBE

LE NURSING TOUCH EN SOINS PALLIATIFS

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE LA FORMATION DE
PRATICIEN EN SANTE BIEN ETRE

Année 2009- 2010

BLOUIN Edith

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier l'équipe pédagogique, Mr Michel VIVIES, Mme Wendy BELCOUR, Melle Marline FERNANDEZ et tous les intervenants pour leur patience et la qualité de leur enseignement.

Merci à Mme Emmanuelle ARFE, cadre de santé qui m'a épaulée dans le cadre de cette formation.

Merci à Cathy BOUE pour ses encouragements et son soutien.

Résumé

Dans le milieu hospitalier, la prise en soin du patient parait manquer d'humanité en raison d'un manque de personnel, de temps, d'un objectif financier à atteindre et ce, malgré la compétence des soignants et leur désir de bien faire.

Il est certain que les soins médicaux sont prioritaires mais des techniques d'accompagnement et des soins de support sont les bienvenus car ils sont complémentaires. En effet, leur rôle dans la prise en soin du bien être des patients est un soutien au malade qui vise à un déroulement harmonieux des différents traitements.

Introduction

Je travaille depuis dix ans à l'Institut Claudius Regaud à Toulouse, dans un service de médecine d'oncologie médicale où douze lits sont dédiés aux soins palliatifs. J'ai pu effectuer dans un premier temps une formation d'accompagnement par le toucher à la Croix Rouge Française. Celle-ci m'a permis de prendre conscience de l'importance de la relation du toucher entre soignants et soignés.

Dans un deuxième temps et avec l'accord de la direction de l'Institut Claudius Regaud, nous avons pu accueillir des stagiaires de la formation « bien être ». La venue de ces personnes a confirmé mon envie de développer cette approche enrichissante en échanges et aidante dans la profession soignante.

Lors de mes deux années de formation de « praticienne en santé bien-être », j'ai pu découvrir que le toucher prenait une dimension particulière selon les patients concernés et notamment ceux hospitalisés en soins palliatifs. Grâce à ces expériences, j'ai pu réaliser une analyse et un questionnement approfondis afin d'aboutir à une question de départ : *Quels bénéfices une praticienne en santé bien être peut elle apporter auprès de patients dans une unité en soins palliatifs en service d'oncologie ?*

Ainsi dans un premier temps, afin de comprendre mon cheminement, je développerai la cancérologie avec les principaux traitements, puis la douleur qui fait partie intégrante de la maladie qu'elle soit physique ou morale. Dans un second temps, j'aborderai les différents aspects des soins palliatifs. Pour terminer, je m'intéresserai au toucher sur la personne soignée et plus particulièrement au Nursing Touch, ses bienfaits dans la relation soignants soignés et d'autres méthodes qui pourraient être utilisées.

D) Le Cancer

1) Définition

« Le cancer est une maladie caractérisée par une prolifération cellulaire anormalement importante au sein d'un tissu normal de l'organisme, de telle manière que la survie de ce dernier est menacé. Au cours de l'évolution de la maladie, certaines cellules peuvent migrer de leur lieu de production et former des métastases¹ ».

2) Historique

Des cancers étaient décrits dans les écrits égyptiens vers 3500 avant JC. C'est Hippocrate qui donna la première définition de la maladie, appelée alors « carcinome » (qui est une variété de cancer) ou « squirre » (tumeur dure et indolore se formant en quelque partie du corps) : une tumeur, c'est-à-dire un gonflement dur, non inflammatoire, ayant tendance à récidiver et se généraliser jusqu'à la mort.

Le cancer est un problème qui touche une population très nombreuse. En France, il y a plus de 300000 mille nouveaux cas chaque année. 700000 patients sont traités annuellement pour cette maladie et 2 à 3 millions de personnes sont concernées si l'on compte les personnes en rémission.

3) La prise en soin

Elle doit être effectuée par des professionnels de santé formés, suivant un protocole bien défini par une équipe médicale pluridisciplinaire (oncologue radiothérapeute, chirurgien, infirmier, aide soignant, psychologue, sophrologue, assistante sociale...).

Les traitements mis en place nécessitent :

- Un diagnostic de certitude afin de connaître le type de cancer
- Une évaluation de son extension locorégionale et de la présence ou non de métastases
- Une évaluation de l'état général du patient (âge, fonction cardiaque, rénale...).

¹ Wikipedia.org

Suivant les diagnostics rencontrés, le protocole repose sur différents traitements possibles :

- l'exérèse (ablation) chirurgicale
- un traitement mini invasif percutané (radiofréquence, cryothérapie...)
- la chimiothérapie
- la radiothérapie (irradiation de la tumeur pouvant la faire réduire voire disparaître)
- la curiethérapie
- l'hormonothérapie

4) Les effets secondaires des traitements

Lors de ces traitements, les effets secondaires sont souvent importants et mal vécus par les patients car ils agissent aussi bien sur les cellules cancéreuses que sur les cellules saines. Cependant, il existe de nombreux moyens qui atténuent certains effets indésirables afin que la vie quotidienne de ces patients soit plus tolérable.

Les effets secondaires les plus fréquents sont :

- les modifications de la formule sanguine, la moelle osseuse produit les cellules sanguines : plaquettes, globules rouges et blancs... qui sont ensuite déversés dans le sang et détruites par certains traitements. Ce qui entraîne des effets considérables sur l'état physiologique du patient, plus particulièrement la fatigue qui est très fréquente et qui modifie la vie de celui-ci aussi bien personnellement que socialement.
- les nausées et vomissements liés à une attaque des cellules gastriques entraînant également dans la majorité des cas des diarrhées et ou constipations.
- la chute des cheveux : en soit, c'est un effet secondaire provisoire et non grave car les cheveux repoussent normalement environ dans les trois mois qui suivent l'arrêt des traitements. Mais psychologiquement, c'est une atteinte à l'intégrité physique et morale de la personne qui voit son image corporelle se modifier considérablement.
- L'anxiété, la peur de l'inconnu, du devenir, de l'échéance.
- Les troubles du sommeil liés aux craintes de l'évolution de la maladie.

II) La douleur

1) Définition

La définition de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (1979) illustre bien le caractère pluridimensionnel de la notion de la douleur : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion ».

2) Différents types de douleur

La douleur comprend quatre composantes :

- Sensorielle
- Emotionnelle
- Cognitive
- Comportementale

Il existe quatre types de douleur :

- La douleur dite par excès de nociception : elle se produit lors d'une blessure, d'une lésion des tissus, d'un traumatisme, d'une inflammation ou d'une infection.
- La douleur neuropathique est une douleur causée par une atteinte du système nerveux central.
- La douleur psychologique (angoisses).
- La douleur idiopathique qui est une douleur mal expliquée, mal comprise et mal évaluée.

3) Prise en charge de la douleur

L'Organisation Mondiale de la Santé a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible. A chaque stade de la douleur est associé un traitement :

Niveau 1 : Douleurs faibles à modérées. On utilise des antalgiques de palier I, c'est-à-dire des antalgiques périphériques non opioïdes.

Niveau 2 : Douleurs modérées à intenses. On utilise des antalgiques de palier II, c'est-à-dire des antalgiques opioïdes faibles plus ou moins associés à des antalgiques de palier I.

Niveau 3 : Douleurs intenses à très intenses. On utilise des antalgiques de palier III, c'est-à-dire des antalgiques centraux opioïdes forts.

La douleur est depuis vingt ans beaucoup mieux traitée et prise en compte mais il apparait malgré tout que sa prise en charge reste parfois largement insuffisante. Il existe parallèlement aux traitements médicamenteux des soins de supports apportés par la psychothérapie, la sophrologie, la relaxation, les techniques de bien-être, la musicothérapie qui s'avèrent efficaces sur la douleur physique mais aussi psychologique. Ces méthodes sont encore anecdotiques en France contrairement aux USA.

4) Réflexion sur la douleur

La douleur remonte à la nuit des temps. Toutes les civilisations au cours des siècles témoignent de sa présence et elle a fondamentalement influencé l'histoire des hommes et de l'humanité. La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être combattue. Elle est un facteur subjectif variable d'un individu à l'autre, d'un jour à l'autre. Le patient l'a décrit, s'en plaint, ou la tait. Elle doit être recherchée ; toutes les douleurs ne peuvent être supprimées mais il faut toutes les rendre supportables, tolérables, de sorte qu'elles n'envahissent pas l'espace de la vie du patient.

« Mais la douleur est un parfait malheur, le pire des maux, excessive, elle vient à bout de la patience² ».

On considère maintenant que la douleur peut avoir des répercussions sur la survie : les personnes dont la douleur est bien traitée auraient une survie plus longue, note le docteur Louis Brasseur anesthésiste au centre René Huguenin à St Cloud, de l'institut Marie Curie.

5) Souffrance psychologique

L'être humain malade souffre beaucoup de la maladie cancéreuse. Il y a la douleur mais aussi toutes les diminutions physiques. C'est une souffrance totale où nous soignants devons être compétents cliniquement et empathiques. Si nous sommes à l'écoute, nous percevons l'inquiétude sur le devenir de la personne, sur son questionnement voire sur sa guérison éventuelle.

L'altération de l'image corporelle constitue un autre facteur majeur de souffrance ; cette altération conditionne les rapports avec les autres. L'être modifié a tendance à se replier sur lui-même et cette modification du corps associée à l'incapacité progressive de prendre soin de soi pour se laver, pour s'alimenter, ou aller aux toilettes, entraînent une souffrance et une humiliation du patient. L'altération, les odeurs désagréables, les plaies souvent repoussantes, se rajoutent à l'image péjorative que cette maladie donne de la nature humaine. Ainsi à la douleur physique

² Milton, Le paradis perdu

se rajoute la douleur psychologique de la dépression qui est quasi constante. Il ne faut pas oublier la peur de la mort et du « mourir » qui fait probablement plus souffrir que la mort elle-même. Le soignant se doit de connaître ces différentes composantes pour répondre à la demande du patient, pour l'aider et l'accompagner. On conçoit combien une telle souffrance globale ne peut être prise en charge par une seule personne mais plutôt par une équipe unie.

Epicure disait déjà : « Si les voluptueux trouvaient dans les objets qui leur procurent la volupté, le remède à la crainte des phénomènes, de la mort et de la douleur, je ne trouverais rien à reprendre dans leur état. Ils seraient heureux par la volupté, sans douleur aucune, ni peine d'esprit. »

III) Les soins palliatifs

1) Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (1990), « les soins palliatifs sont des soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus aux traitements curatifs. La lutte contre la douleur et les autres symptômes ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent aux malades en tant que personne à sa famille et à ses proches, pratiqués à domicile ou en institution. Ils visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ainsi un traitement médical ou chirurgical peut être indiqué pour un patient en soins palliatifs, si ce traitement permet de soulager un symptôme inconfortable. La prise en charge de la douleur et des symptômes comme les nausées vomissements, constipation et anxiété sont des composantes essentielles de la phase palliative. Les autres aspects notamment religieux, spirituels ou même sociaux sont pris en compte. L'esprit est aussi de préserver le patient d'investigations ou de traitements comme l'acharnement thérapeutique dans le sens où ils ne pourraient apporter d'amélioration. Les soins palliatifs, sous leur forme actuelle, sont une émanation récente du monde de la santé.

2) Historique

Les soins palliatifs sont nés en Grande Bretagne dans les années 1950 et 1960. Mais c'est à partir des années 1970 et 1980 qu'il y a eu une véritable évolution

en France, grâce à la circulaire Laroque (Annexe B) relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phases terminales (1986).

Le « mouvement en faveur des soins palliatifs » :

Il s'agit de l'ensemble des valeurs portées par ce que l'on appelle « le mouvement des soins palliatifs » dont l'origine remonte aux pionnières anglo saxonnes du « Saint Christopher Hospice » autour de Cicely Saunders (1918-2005). Le docteur Maurice Abiven (1924-2007), spécialiste de médecine interne, fût l'un des pionniers de la pratique des soins palliatifs en France et Charles-Henri Rapin (1947-2008), médecin gériatre suisse l'est dans le monde francophone de la gériatrie. Ce mouvement s'appuie sur des concepts éthiques faisant une large part à l'autonomie du malade, au refus de l'obstination déraisonnable ainsi qu'au refus de vouloir hâter la survenue de la mort. Certains partisans des soins palliatifs en tant que concept de prise en charge, sont donc opposés à l'euthanasie définie comme l'administration de substances à doses mortelles dans le but de provoquer la mort.

En France, l'introduction des soins palliatifs a été plus tardive qu'en Grande Bretagne et aux Etats-Unis, d'où est parti le « hospice mouvement » après la seconde guerre mondiale. Elle a été officiellement introduite par la circulaire Larroque de 1986, relative à l'organisation et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Suite à la mission Jean Léonéti sur l'accompagnement de la fin de vie menée en 2002, la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005 a été promulguée, tandis qu'un observatoire de la fin de vie était inauguré en février 2010 par la ministre Roselyne Bachelot. Nicolas Sarkozy a d'ailleurs présenté le 13 juin 2008 son plan d'accompagnement des personnes en fin de vie avec plus de lits d'hôpitaux, plus de formations des médecins, et plus d'accompagnement des familles des malades. Ce plan d'un montant de 230 millions d'euros devrait être financé par les franchises médicales. Il s'agit toutefois d'intentions annoncées, et non de réalisations concrètes.

3) Différentes structures de Soins Palliatifs

- Les Unités de soins palliatifs où se gèrent des situations de phases terminales complexes ne pouvant se dérouler au domicile ou en milieu hospitalier traditionnel en raison notamment de la survenue des syndrômes réfractaires, c'est-à-dire résistants aux traitements habituels, altérant la qualité de vie restante du malade.
- Les Equipes mobiles de Soins Palliatifs interviennent soit au sein des services d'un même hôpital, soit au sein de plusieurs établissements, soit à domicile, pour venir appuyer et conseiller les équipes référentes dans la prise en charge de patients atteints de maladies graves et potentiellement mortelles. Elles n'ont pas vocation à se substituer à l'équipe soignante.

- Les réseaux de maintien à domicile, sont chargés de coordonner l'action des soignants et des équipes mobiles prenant en charge un patient atteint d'une maladie grave et potentiellement mortelle.
- D'autres structures comme par exemple les HAD, service d'Hospitalisation A Domicile, ou des lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service, complètent l'ensemble de ces structures spécialisées « en soins palliatifs ».

Enfin les services de médecine, de chirurgie ou de Soins de Suite et de Réadaptation, sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs, peuvent également assurer cette mission, d'autant que les besoins de la population sont bien supérieurs au nombre de lits dédiés ou d'unités de soins palliatifs.

4) Le ressenti des patients en échec thérapeutique dirigés vers les soins palliatifs

Nous retrouvons le même ressenti que lors de l'annonce de la maladie :

Le déni : C'est un état de refuge, un mécanisme de défense dans lequel on peut s'enfermer pendant longtemps ; on refuse l'information, le patient se bat depuis des mois, des années avec l'idée de s'en sortir, de vivre, donc il conteste, il discute, il ne peut envisager que la maladie soit la plus forte.

La colère : C'est une révolte envers soi où envers les autres. Dans cette phase le patient marchande, il est plein de reproches, de remords, de dégoûts et d'agressivités.

La tristesse : La tristesse est une émotion naturelle de la vie. Elle est classée dans les émotions "négatives" comme la peur ou la colère.

La résignation : C'est un abandon de la lutte.

L'acceptation : C'est être capable de vivre les bons moments comme les moins bons : c'est le consentement.

5) Rôle des soignants en soins palliatifs

L'objectif est d'amener le patient à vivre ces derniers instants, quelques jours, quelques mois ou quelques années dans les meilleures conditions qui soient.

L'empathie, l'écoute sont des outils premiers pour bien faire ce travail. Etre très proche et très chaleureux sans jamais tomber dans l'affectivité. Vivre une approche dans laquelle nous pouvons être bienveillants et investis sans être vulnérable. Savoir gérer son propre stress, si toutefois nous sommes émus, savoir utiliser ce qui nous touche pour acquérir plus de stabilité afin d'aider et accompagner les malades et leur famille dans de meilleures conditions.

L'objectif principal est d'humaniser la fin de vie. Le patient doit être accompagné lors de ses derniers instants par une équipe pluridisciplinaire proche et chaleureuse sans pour autant que celle-ci tombe dans l'affectivité et la vulnérabilité. L'équipe doit être en mesure de faire face au malade en fin de vie ainsi qu'à sa famille en apportant un soutien réel tant par la communication verbale que par la non verbale. Elle doit savoir également les aider à partir de ce qu'ils expriment (questions, propos, attitudes, pleurs, regards) car mieux les comprendre, mieux les accompagner peut apaiser leurs craintes ou leurs révoltes sur la mort. Il est nécessaire de ne pas causer de nuisances psychologiques involontaires, pour cela les soignants se doivent de connaître les différents écueils du patient car en croyant bien faire ils peuvent parfois produire l'inverse sans le vouloir. En effet, savoir connaître les bases d'un accompagnement simple c'est tenir compte de l'autre.

Pour cela, les professionnels doivent être formés, c'est-à-dire, les oncologues, les internes, les infirmières, les aides-soignantes les diététiciens, les kinésithérapeutes, les sophrologues, les psychologues et les techniciennes de bien-être qui ont bien sûr leur place. Il existe plusieurs outils : un diplôme universitaire de soins palliatifs, une expérience du terrain, un investissement personnel (dans le cadre d'un groupe de parole ou d'une thérapie individuelle), le maintien d'une cohésion d'équipe par des réunions quotidiennes de transmission d'informations, des réunions pluridisciplinaires et l'apprentissage car il faut plusieurs mois avant de comprendre son rôle de soignant quand un soignant arrive dans une unité de soins palliatifs.

IV) Le toucher

1) Définition

Il existe plusieurs définitions comme par exemple dans le Petit Larousse : le verbe toucher : « Porter la main sur » ou « entrer en contact avec ». Le toucher est l'un des cinq sens qui nous permet par simple contact la reconnaissance des formes et des états extérieurs du corps. Le toucher comprend cinq sensations qui sont : le contact, la pression, la chaleur, le froid et la douleur. Il se fait par la peau, l'organe essentiel de l'homme, de perception et d'émotion. C'est l'organe sensoriel le plus important. Il existe plusieurs types de toucher : La caresse, le massage, l'effleurage, la tape,...du toucher le plus doux au plus violent.

On distingue deux façons de toucher un patient :

- Le toucher formalisé, professionnel, enseigné comme un outil, comme un soin à part entière ; c'est le toucher technique celui qui peut être protocolaire.
- Le toucher empathique, relationnel qui a pour but de rentrer en contact avec pudeur et respecter l'image corporelle de la personne soignée afin d'améliorer de façon

significative l'estime de soi, l'expression verbale des sentiments, le niveau d'anxiété, et le niveau d'attention.

2) La communication par le toucher

La communication est l'un des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson³(Annexe A). Le soignant entre en relation par la communication, qui est un mode d'expression à travers lequel les relations se construisent et se développent. Celle-ci peut être verbale ou non verbale. « Les statistiques disent que les mots ne comptent que 7% dans la communication, la voix pour 38% et le non verbal 55%⁴.

Le toucher a l'avantage sur la vision, il permet de rassurer, de matérialiser les choses en les rendant réelles. C'est un dialogue en l'absence de mots. Dans les soins, nous approchons les corps et le contact de la main montre que nous sommes à l'écoute de la personne, que nous comprenons ses appréhensions, ses peurs et sa souffrance. Le toucher relationnel est ce lien indispensable qui permet la confiance, la sérénité et le travail, dans le respect de la dignité de chacun, sans être jugé mais en étant considéré comme un être à part entière et pas seulement comme une pathologie ou un numéro de chambre.

Le toucher relationnel est avant tout un état d'esprit, un état d'être, une aventure de soi sur soi et sur l'autre et donc la possibilité de favoriser une prise en charge globale de la personne soignée.⁵

Notre manque d'attention ou le fait d'être pressé peuvent se percevoir dans nos gestes qui communiquent alors la froideur, l'indifférence ou la brusquerie. A l'inverse, des soins attentifs peuvent être bénéfiques, le toucher est pour le malade un appel à l'autre, une stimulation à vouloir guérir ou à demeurer présent.

V) Les effets bénéfiques du toucher dans la relation soignant/soigné

1) Les effets bénéfiques du toucher chez le soignant

Lorsque nous touchons, nous sommes également touchés. La relation soignant/soigné doit se bâtir sous une forme d'empathie de neutralité bienveillante et non de compassion. C'est ici que commence les limites du toucher. C'est une approche plus humaine. Pour le soignant, c'est l'opportunité de se centrer sur son ressenti, de cibler ses propres limites et capacités dans le champ de la distance humaine. Le toucher amène le soignant à initier ou à enrichir une relation d'aide.

³ Henderson, V., *La nature des soins infirmiers* (traduction de l'édition américaine *The Principles and Practice of Nursing* de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994

⁴ Bonneton-Tabaries, F, Lambert- Libert, A, le toucher dans la relation soignant soigné, Med-Line, Paris, 2006, page 39

⁵ Blanchon, le toucher relationnel en chirurgie, Revue de l'infirmière, Novembre2006 n°125, p28

C'est une approche qui donne un sens nouveau à son travail car elle demande une confiance en soi en adoptant une attitude bienveillante. Etre à l'aise avec ses ressentis permet de s'exprimer, en faisant confiance à son intuition, à ses gestes, à ses mains. Chaque professionnel qui est amené à toucher le corps d'autrui doit se questionner sur le rôle du toucher, sur son influence envers le patient et bien sur, sur sa pratique.

Le toucher relationnel favorise les soins qui se font de part et d'autre dans la confiance, sans appréhension, sans douleur, le soignant est celui qui fait du bien, il est valorisé.

2) Les difficultés du soignant face au toucher

Les soignants sont en première ligne pour prodiguer des soins qui peuvent leur paraître agressifs voire inutiles. Si les soins ou le toucher sont banalisés, ou deviennent de la routine, si ils sont réalisés à la chaîne avec peu ou pas de relations, ces attitudes n'engendreront que des difficultés comme la lassitude, l'épuisement ou parfois le « burn out ». Si le soignant ne voit que l'état de la personne sans voir l'être humain, les soins deviennent purement techniques, stricts. La relation est uniquement fondée sur la pathologie ou le handicap. Les conséquences peuvent être l'identification et la désillusion.

Selon Pascal Prayez⁶, il ne faut pas basculer dans une « distance » sans implication, aseptisant la rencontre de tout affect. Car d'après son discours, c'est la distance qui pousse trop souvent les soignants vers une distance froide, en adoptant une posture défensive, insatisfaisante pour le professionnel et surtout déshumanisante pour le soigné.

Nous pouvons remarquer combien il est difficile pour certains soignants de toucher l'autre lorsqu'il n'y a pas de matériel intermédiaire comme les gants par exemple. De plus, les odeurs, la sueur, les plaies suintantes, les escarres peuvent constituer un frein au fait de toucher une personne.

3) Les effets bénéfiques du toucher chez le soigné

Il aide à diminuer l'anxiété, il rassure, il reconforte. Il est facile de comprendre que l'annonce d'une maladie, d'une hospitalisation entraîne un bouleversement et une inquiétude importante. Le toucher relationnel est une aide à la communication, il peut être vécu comme un signe de confiance et de respect qui ne laisse pas de place à la duperie, à l'hypocrisie. Le toucher permet de diminuer

⁶ P Prayez, distance professionnelle et qualité de soin, Edition Lamarre, 2003

également le sentiment de dégradation, du schéma corporel et la dévalorisation de soi. Il permet un maintien, un rétablissement de l'identité de la personne.

« Oser toucher et se laisser toucher, c'est peut être s'autoriser du bout des doigts à s'enrichir et à apprendre de nos expériences réciproques, développer notre authenticité et ainsi, à aider l'autre à trouver la sienne. »⁷

Le toucher qu'il soit physique ou énergétique, nous permet de partager avec les autres cette dimension du corps, du ressenti et de l'être. Dans le donner et le recevoir, il nous révèle notre relation à nous même, aux autres, au monde.

4) Les difficultés du soigné face au toucher

Le malade est souvent couché, il lui arrivera d'être déshabillé, voire d'être nu, examiné, exploré, diagnostiqué... Tout cela engendre des gênes chez le patient. Vient également la culture et la personnalité de chacun. Toutes les cultures n'abordent pas le toucher de la même façon. Dans les habitudes sociales courantes, en Occident plus on va vers le sud et plus le toucher fait partie de la vie plus on va vers le nord et moins il est fréquent. Il y a des situations où le contact physique (toucher la main ou poser la main sur une épaule) est rassurant, réconfortant ; néanmoins dans certaines situations, cela peut constituer une intrusion. Le toucher peut être donc vécu comme anxiogène.

« Toucher sans être touché, atteindre sans trop être atteint, pénétrer sans être posséder, le sujet corporel du XXI ième siècle expérimente des nouvelles possibilités d'exister en incarnant l'intérieur dans une nouvelle conscience partagée. »⁸

VI) Les différentes méthodes manuelles relaxantes et leurs bienfaits

En plus du toucher relationnel qui doit être omniprésent à chaque geste professionnel, il existe une technique simple à apprendre et à mettre en place : Le Nursing Touch qui répond plus que jamais aux besoins profonds de chacun dans la manière d'être touché et de communiquer.

1) Les origines et les mécanismes du Nursing Touch

Afin de répondre aux besoins des services de soins palliatifs, des techniques de détente par le toucher ont été développées pour réhabiliter le patient avec son corps. Ces techniques, si douces et apaisantes sont parfois appelées « hypnothérapie

⁷ Malanquin-Pavan, le toucher au cœur des soins, Ouvertures, 1996, n°18, p 3

⁸ Jean Luc Nancy, 2006 Toucher dans b . Andrieu, ed le dictionnaire du corps.

physique », elles se sont généralisées dans les centres de soins pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement des malades.

Le Nursing Touch consiste à une série de mouvements simples (effleurages doux) effectués dans un ordre précis sur des trajets prédéfinis et répétés un certain nombre de fois ce qui le rend à la portée de tous. Le Nursing Touch est une technique du toucher permettant d'établir ou de restaurer une forme de communication non verbale entre deux personnes. Basé sur le respect, sur la tendresse, et la compassion, le Nursing Touch simple, sans contre indication, est destiné à toutes personnes, de l'enfant à la personne âgée, et réalisable en tout lieu. Le Nursing Touch est une approche de soin complémentaire dans les secteurs médicaux et paramédicaux. Le praticien peut améliorer la qualité de vie des patients souffrants, en apportant un réconfort, une écoute et un accompagnement adapté.

Cette méthode procure une sensation de détente profonde et peut avoir des effets significatifs sur les douleurs, nausées, fatigues, angoisses. C'est l'accompagnement idéal en soins palliatifs et ou en cancérologie. En effet, le Nursing Touch s'avère utile lorsque tout moyen de communication devient difficile. Poser sa main, établir un contact tactile permet de garder un lien et d'apporter présence, confiance et respect.

Le Nursing Touch ne sollicite que les récepteurs sensoriels de la peau. Du fait que la peau a une origine commune avec le système nerveux, la répétition des mouvements du Nursing Touch induit une réduction des mécanismes de défense et permet une détente profonde.

Les mouvements sont répétés trois fois avec la même pression et le même rythme, ainsi :

- Lors du premier mouvement, le receveur prête attention à ce que vous faites (phase d'alerte).
- Lors du deuxième mouvement, le receveur l'identifie (phase de mémorisation)
- Lors du troisième mouvement, le receveur sait ce qui va se produire, il peut alors laisser son corps à l'écoute et entrer dans un état profond de relaxation. Et ceci sur une période très courte.

Il existe une évaluation nationale du Nursing Touch. Cette évaluation consiste à mesurer les effets de cette technique sur les patients classés en diverses catégories : migraine, anxiété, maladies dégénératives (Alzheimer, Parkinson...), la cancérologie ou les soins palliatifs. Les patients sont évalués sur trois séances de nursing Touch par la méthode MYMOP⁹, développée par le département de médecine de l'université de Bristol.

⁹ [http : //www.pcmd.ac.uk/mymop](http://www.pcmd.ac.uk/mymop)

Les différentes méthodes de massage sont totalement différentes que celles pratiquées par les kinésithérapeutes, elles ne s'intéressent pas aux muscles et tendons mais à la personne dans sa globalité. Notre démarche de toucher le malade, ne se situe pas dans un cadre formel hors de toutes prescriptions médicales mais elles s'appliquent en fonction du moment de la communication établie, du besoin du malade. Elles visent avant tout à son bien être, à son confort. C'est pour nous les soignants une démarche de bon sens.

Il existe bien sur d'autres méthodes de « bien être » Je vais citer dans un premier temps la réflexologie, l'acupressure, l'aromathérapie et j'aborderai l'auriculothérapie qui me paraît une approche intéressante sur la douleur.

2) La réflexologie

C'est Eunice Ingham (1889-1974) une physiothérapeute américaine qui a mis au point, au début des années 1930, la réflexologie telle qu'on la connaît aujourd'hui. Elle est l'auteur du premier traité de réflexologie moderne dans lequel l'ensemble du corps est littéralement cartographié sur les mains et les pieds.

C'est une technique qui repose sur un principe que l'on pourrait nommer « ce qui est en haut est ce qui est en bas ». Ainsi les pieds sont la représentation miniaturisée de l'humain. Tel un hologramme, le pied porte en lui, la mémoire de tout l'organisme. Cette pratique a été développée par la suite par Mireille Menier¹⁰ qui est à l'origine de la création de la Fédération Française des Réflexologues qui propose des formations et des consultations.

Cette discipline permet d'améliorer la qualité de vie des personnes en général. Des études cliniques contrôlées ont montré que pour des malades atteints d'un cancer, la réflexologie a des effets bénéfiques voire une diminution de leurs symptômes émotionnels et physiques, une diminution de l'anxiété.

La réflexologie plantaire permet d'agir sur de nombreux maux dont beaucoup de personnes souffrent quotidiennement : la constipation, la bronchite chronique, le mal de dos, l'arthrose... et a pour seul effet secondaire une détente profonde.

3) L'acupressure

C'est une méthode d'origine chinoise qui, au lieu d'utiliser des aiguilles, utilise les doigts qui font pression sur les points méridiens.

L'intérêt d'effectuer des pressions sur les dits points, permet de faire circuler le (Qi) l'énergie qui s'accumule souvent sur certains points. L'acupressure se base sur le fait

¹⁰ Source [http : //www.reflexologie.fr](http://www.reflexologie.fr)

que la santé physique repose essentiellement sur la bonne circulation de cette énergie vitale à travers le corps. On a recours à cette technique pour calmer les douleurs, pour tonifier les muscles ou les organes, ou alors dans une visée de détente et de relaxation. En faisant circuler l'énergie, l'acupressure permet de stimuler le système de défense immunitaire. Elle peut servir de remède contre le mal de dos, le mal de tête et de ventre ou pour traiter l'inflammation des sinus et ulcères. Elle améliore le fonctionnement du système digestif et lutte contre la constipation et l'indigestion. Cette pression avec les doigts (sens du terme japonais Shiatzu) n'est pas pour autant le parent pauvre de l'acupuncture comme le souligne Georges Charles¹¹. « Il ne s'agit pas comme on le croit trop souvent, d'une sorte d'acupuncture sans aiguilles, donc en quelque sorte d'une acupuncture au petit pied ou bon marché, mais bel et bien d'un système spécifique global possédant sa propre terminologie. A l'instar de l'acupuncture, ce système possède ses propres écoles, tendances, variations ainsi que ses spécialistes. »

4) L'aromathérapie

Elle consiste à utiliser des huiles essentielles dont les essences agissent par l'application cutanée par la voie olfactive mais aussi par le système digestif. Elles apportent des effets bénéfiques sur l'émotionnel et le physique. Grâce à une combinaison subtile de plusieurs huiles essentielles, l'aromathérapie favorise un bien être physique, spirituel émotionnel et mental.

5) L'auriculothérapie

C'est également une technique thérapeutique complémentaire à tout traitement. Elle peut devenir une aide alternative lorsque les traitements conventionnels sont devenus inefficaces. Elle est pratiquée par des professionnels de santé titulaires du diplôme correspondant (Diplôme Inter Universitaire d'Auriculothérapie) reconnu par les Autorités de Tutelles de Médecine Française. L'auriculothérapie a été reconnue par l'Oms en 1987. Elle est utilisée à l'hôpital de Nantes.

On trouve les origines de cette pratique dans l'Egypte ancienne. Les pirates qui portaient une boucle d'oreille, le faisait dit on, non pas, par coquetterie mais en cherchant à stimuler le point de l'oreille correspondant à l'œil. Ils accroissaient ainsi leur perception visuelle.

A son origine, la cartographie de l'oreille montre l'image renversée d'un fœtus, la tête en bas, les membres le long du corps, dirigés vers le haut de l'oreille.

¹¹ La vie naturelle sur la médecine chinoise ; art écrit en 1996 dans le hors série n°39 p 42

Cette technique est utilisée en Egypte, en Inde, en Extrême-Orient, pendant des millénaires. Elle a été redécouverte par un médecin français, le docteur Paul Nogier, qui recevait parfois en consultation un patient portant des points de cautérisations sur l'oreille. Ce malade prétendait avoir été soulagé de sa sciatique grâce à ce traitement. Intrigué le docteur Nogier entreprit des recherches et s'aperçut que des points du pavillon de l'oreille correspondaient à certains organes. Après plus de quinze années d'expérimentations, il put dresser la carte des différents organes représentés dans le pavillon de l'oreille.

Le praticien utilise des points précis de l'oreille pour stimuler à distance différents organes du corps. La stimulation de ces points influence le fonctionnement de l'organe visé et améliore ses troubles. Ces points peuvent être traités au moyen de fines aiguilles stériles à usage unique, posées de quelques secondes à plusieurs minutes, par des aiguilles semi-permanentes laissées en place une à deux semaines, par des stimulations électromagnétiques mais aussi par des graines placées sur les points correspondants au problème et que le patient stimule lui-même pendant trois jours.

L'auriculothérapie est recommandée pour le traitement de douleurs aiguës ou chroniques, des maladies liées au stress. Elle traite également la dépendance (alcool, tabac)... Mais attention celle-ci n'est pas indiquée pour les femmes enceintes, les personnes très âgées ou les personnes qui souffrent de problèmes cardiaques.

Au Japon, la croyance veut que de grandes oreilles apportent santé et fortune. Tirer les oreilles de son enfant n'est donc pas, là bas, une punition mais bien une marque d'affection.

VII) Le Nursing Touch en service de soins palliatifs

Le Nursing Touch est très approprié dans mon service. Sa douceur, son rythme sont apaisants, sa pression atténue les douleurs. C'est un toucher « réparateur » qui permet de se réapproprier son corps, de dissoudre les tensions de détendre et de se relaxer. C'est plus une attitude qu'une technique car il est réalisé avec l'accord et le choix du patient. Cela apporte également un soutien aux thérapies mises en place qui sont souvent mal vécues.

Je reviens sur ce toucher particulier car je peux le mettre en place à la fin d'une toilette, d'un nursing et je peux l'adapter à tous les patients. Il peut se faire sur une ou toutes les parties du corps, essentiellement bien sûr, sur les jambes, les bras, le dos et de voir les patients se relaxer, s'endormir, les fronts se détendre, les corps s'abandonner même quelques minutes, me confortent dans les bien faits de ce toucher.

Lors du passage dans notre service des stagiaires de praticiennes en santé bien être, afin d'améliorer la qualité des services proposés, l'institut Claudius Régaud a

mis en place un formulaire pour recueillir des remarques ou suggestions des patients pris en charge dans le service. Par le biais de ces formulaires voici deux témoignages recueillis parmi tant d'autres.

Voici un témoignage d'une personne ayant un cancer du foi avec des métastases pulmonaires :

« J'ai pu dans le cadre de votre service « bien-être » bénéficier de « massages » effectués par la technicienne de bien-être. Dans mon état de souffrance, j'ai ressenti un réconfort si important au niveau des jambes et du dos que j'ai tout « lâché ». J'étais tellement détendue que je me suis endormie. Dans un lieu où les personnes sont dans une situation difficile, je pense que de telles pratiques devraient être proposées de façon plus systématique. »¹²

Autre remarque venant d'une patiente atteinte d'un cancer orl :

« J'ai eu le privilège de bénéficier de soins apportés par une technicienne de bien être. J'ai ressenti un bienfait extraordinaire tant physique que moral. Contact humain écoute et professionnalisme et qualité sont en outre les mots clés de cette rencontre. Cela fait chaud au cœur et on oublie pendant ce moment privilégié, la maladie. Merci à cette jeune fille et merci au service. »¹³

Enormément de termes comme agréable, sensationnel, bénéfique, réconfort, relaxation, « lâcher prise », confiance... reviennent tout au long de ces témoignages. J'ai voulu à travers ces courriers montrer l'importance du toucher et son impact face aux malades atteint d'un cancer.

Lorsque je lis ces témoignages, je ressens une grande frustration de ne pouvoir pratiquer le Nursing Touch dans des conditions optimales.

Voici ce que serait mon idéal dans cette pratique :

Privilégier un temps donné avec le patient en tenant compte de ne pas être dérangée pendant la séance par des soins techniques ou autres.

Avoir la possibilité de créer une ambiance de détente (bougie, musique douce...)

Pouvoir anticiper un Nursing Touch sur un patient en difficulté face à un soin stressant ou angoissant comme par exemple une ponction lombaire, pleurale... afin de l'aider à mieux appréhender le soin.

Le temps et l'intimité sont les principaux éléments qui me permettraient de m'épanouir dans cette pratique en sachant également que lorsque la charge de travail est trop importante, le Nursing Touch peut ne pas paraître une priorité vis-à-vis des autres soins, aux yeux des néophytes.

¹²Extrait de lettre du service Comminges le 25/02/2008

¹³ Extrait de lettre d'une patiente, mai 2008, service Comminges, ICR

Conclusion

L'accueil des stagiaires de « bien-être » à l'Institut Claudius Regaud, la constatation de tous les bénéfices qu'en ont retiré les patients, la satisfaction mais aussi l'épanouissement que ressentaient ces élèves durant leur stage, et mes deux années de formation m'ont ouvert l'esprit sur le rôle à donner en tant que praticienne en santé bien être. S'ouvrir à la dimension relationnelle du toucher, c'est faire émerger avec la personne soignée une relation qui dépasse le simple contact superficiel, fonctionnel et technicisé. La fonction de praticienne de bien-être mériterait de se développer dans les milieux hospitaliers. N'oublions pas que ces toucher relationnels quels qu'ils soient, ne se substituent en aucun cas aux techniques traditionnelles mais sont complémentaires. Sachant que dans certains pays comme les Etats Unis, le Danemark, le Royaume Uni et bien sur la Chine, l'Inde, le Japon... ces techniques de « bien-être » sont mises en place et se développent de plus en plus toujours conjointement à la médecine occidentale.

Alors, verra-t-on un jour ces techniques se développer de plus en plus en France ? Soyons optimistes. Les nouvelles écoles, les formateurs qui nous transmettent leur savoir avec autant d'humanité et de professionnalisme y contribuent. Mon objectif maintenant, par rapport à mon lieu de travail, est de faire accepter ces techniques pour une meilleure reconnaissance de leurs bienfaits et ainsi apporter aux malades encore plus de positivité de confort, de douceur et de « bien être » car « par la main qui touche je signale au malade que je suis avec lui : le toucher renforce la valeur de la relation. »¹⁴

¹⁴ Landry, N, le toucher, soin et moyen de communication, Recherche en soins infirmiers, octobre1989 n°18, p 36