



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

**LE TOUCHER EN SALLE DE NAISSANCE :
UN ENJEU RELATIONNEL**



Mémoire présenté et soutenu par

Victoria BECK

(Née le 23 Mars 1989)

Promotion 2009-20013

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

LE TOUCHER EN SALLE DE NAISSANCE :

UN ENJEU RELATIONNEL



Mémoire présenté et soutenu par

Victoria BECK

(Née le 23 Mars 1989)

Promotion 2009-20013

À mes parents, que ce mémoire soit le témoignage de tout mon

Amour,

À Anaïs, qui ne quitte pas mes pensées,

À Marion et à Jérémy pour ces quatre années de belle

Amitié,

À Timothée pour son soutien et son Amour.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

*Je remercie cordialement Monsieur Bourger ainsi que
l'ensemble des personnes
qui m'ont accompagnée
dans l'élaboration de ce mémoire,
en particulier Stanislas et Thibault.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
---------------------------	----------

PARTIE 1 : LE TOUCHER RELATIONNEL.....	5
---	----------

I Le toucher	5
---------------------------	----------

A) Définition.....	5
B) La Peau	5
C) Le Toucher et les autres sens.....	7
D) Le toucher dans la construction de soi.....	8
1) Le schéma corporel	8
2) L'image corporelle	9
3) Le toucher comme expression de l'attachement.....	9
4) Le toucher dans la construction psychique	10
5) Le Moi-peau	11
E) Les bienfaits du Toucher.....	12
1) Au niveau physique	12
2) Au niveau psychique	14
F) Les difficultés liées au toucher	15

II Différentes fonctions du Toucher dans les soins.....	16
--	-----------

A) Toucher technique	16
B) Toucher relationnel	17
C) Toucher déshumanisé/déshumanisant.....	18
D) Toucher-massage.....	19
E) Le toucher dans la Communication Non-Verbale	20
F) Conclusion : le toucher dans la relation thérapeutique.....	22

III Le toucher dans la profession de sage-femme, un enjeu relationnel en Salle de Naissance	23
--	-----------

A) Le Toucher relationnel, une pratique ancestrale de la sage-femme.....	23
B) Intérêt du toucher relationnel en salle de naissance	24
C) Le toucher relationnel en salle de naissance : situation actuelle	26

PARTIE 2 ENQUÊTE : présentation et résultats	27
---	-----------

I Cadre conceptuel de l'étude	27
--	-----------

A) La réflexion de départ.....	27
B) Problématique.....	28
C) Hypothèses de recherche	28
D) Objectifs de l'étude.....	29

II Méthode de recherche	29
--------------------------------------	-----------

A) Le choix de l'outil de recherche.....	29
1) Grille d'entretien.....	30
2) Grille d'observation	30

B) Réalisation de l'étude.....	32
C) Biais de l'étude et difficultés rencontrées	32
III Présentation des résultats.....	34
A) Résultats des entretiens semi-directifs.....	34
B) Résultats des observations.....	35
C) Précautions à prendre avant l'interprétation des résultats	46
PARTIE 3 ENQUÊTE : analyse des résultats, discussion et propositions.....	47
I Analyse des résultats, confrontation et optimisation.	47
A) Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature	47
B) Optimisation de la méthode de recherche.....	54
II Discussion et propositions.....	56
A) Discussion pour une approche plus globale.....	56
1) Approche globale du corps.....	56
2) Approche globale de la patiente en salle de naissance	57
3) Approche globale du stress.....	59
4) Approche globale de la place de la sage-femme	60
B) Propositions.....	61
1) Vers une valorisation	61
2)...Pas une généralisation.....	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

Le Toucher est un point sensible dans notre société actuelle, et en particulier dans le milieu médical. En effet on nous apprend qu'il est nécessaire de « garder ses distances », ne pas se laisser trop émouvoir par certaines situations en tant que professionnel. On peut observer finalement comme un « interdit du toucher ». On a tendance à limiter nos gestes aux soins professionnels, prescrits et mécaniques. Par ailleurs il nous faut avoir des connaissances théoriques très précises et solides, derrière lesquelles il sera possible de cacher sa gêne (32). Or, en partant de mes connaissances et de l'expérience que j'ai pu acquérir en matière de Toucher, il semble que chacun ait besoin de « toucher » et « d'être touché ». En effet nous savons que celui-ci est au même titre que se nourrir, respirer, boire, une nécessité vitale à l'instar de la notion « d'hospitalisme » de Spitz, qui démontre l'importance du toucher dans la première année de vie. (36)

Au décours des soins que nous prodiguons ne devrions-nous pas accorder au Toucher la place prépondérante qu'il mérite ? Dans ce métier que nous exerçons, où nous sommes au cœur de l'intimité, au cœur de la Vie (car nous l'accueillons), pourquoi ne sommes-nous pas formés pour apprendre à toucher l'autre, tout en gardant une « juste distance » ? (30) Toutes ces questions et mes expériences personnelles, m'ont poussées vivement à me tourner vers ce sujet, qui me paraît aussi passionnant qu'important pour notre profession.

Il serait utile en ce sens de sensibiliser les étudiants ainsi que les professionnels à une approche plus corporelle de la patiente, en prenant conscience de l'importance de nos gestes. De plus, s'intéresser à la communication par le Toucher me paraît fondamentale, sachant que la Communication Non Verbale (communication du corps) représente une part prépondérante dans les échanges que nous avons avec autrui. C'est une autre manière d'écouter l'autre : « des gestes qui parlent, des regards qui touchent ».

Ainsi comment rester aussi humain que professionnel, en intégrant le Toucher relationnel dans la pratique de la sage-femme en salle de naissance ?

Les objectifs de mon travail seront de prendre conscience des enjeux relationnels présents dans le toucher et de savoir comment développer les capacités perceptives de son propre toucher.

Mon but est tout simplement de réfléchir à la question d'un « toucher juste », redéfinissant une nouvelle forme d'éthique dans notre métier : l'ajuster au mieux en fonction des situations professionnelles et de la relation à l'autre.

Pour cela je m'intéresserai dans une première partie aux échanges tactiles entre sage-femme et patiente en définissant le Toucher à trois niveaux différents : le Toucher d'un point de vue général, le Toucher dans la relation thérapeutique, puis plus particulièrement le Toucher relationnel en salle de naissance.

Toujours afin d'étayer mes hypothèses j'exposerai en seconde partie les résultats de l'observation de vingt profils de « couples sages-femmes/ patientes ».

Enfin en troisième et dernière partie, je tenterai de proposer une forme de soutien à cette relation tactile sage-femme/patiente, en passant par une valorisation du toucher relationnel.

PARTIE 1 : LE TOUCHER RELATIONNEL

I Le toucher

A) Définition

Du Latin « Toccare », qui signifie « heurter », « frapper », dérivé du mot « tangere », signifiant « atteindre », « toucher à », il est défini par le Larousse (0) comme « celui des cinq sens à l'aide duquel on reconnaît, par le contact direct de certains organes, la forme et l'état extérieur des corps. Il englobe cinq sensations : **contact, pression, chaleur, froid, douleur.** »

C'est également une « impression produite par un corps que l'on touche. »

Le toucher est le **sens** qui nous marque le plus in utero et que l'on garde tout au long de notre vie. Le toucher est ainsi un sens très profond, qui a de nombreuses résonances aussi bien physiologiques que psychologiques. (8)

Il existe une double signification du toucher : une **dimension corporelle** d'une part comme « sens » qui permet la perception des objets qui nous entourent, des personnes, de la pression, de la chaleur par contact avec la peau. Une **dimension spirituelle** d'autre part, comme moyen d'entrer en relation et de communiquer avec l'autre. (18)

B) La Peau

« La peau est ce qu'il y a de plus profond en nous. » Paul Valéry

La peau est l'organe le plus étendu de notre corps. Selon le Larousse (0), c'est un « *tissu recouvrant le corps de l'homme et des animaux.* » Elle est une enveloppe essentielle à la vie, et le siège du sens fondamental qu'est le Toucher, car c'est un organe de **perception** et **d'émission** possédant des zones érogènes.

Il paraît ainsi nécessaire de rappeler sa constitution et son fonctionnement afin de comprendre les effets que peuvent avoir le toucher sur elle, et principalement sur la personne touchée dans sa globalité.

Du point de vue de l'**embryologie**, la peau connaît la même origine que le système nerveux. C'est la première structure sensorielle qui va se développer et qui, à la naissance, sera mature. Or, plus une structure se forme précocement plus elle semble devenir fondamentale, selon les lois élaborées par cette science. (34)

❖ Anatomie-histologie :

L'enveloppe cutanée est mince (1 à 4 mm), mais élastique et très résistante. Elle se compose de trois couches : l'**épiderme**, protecteur par sa couche cornée et ses annexes (ou phanères), d'un **derme** doublé d'un **hypoderme**.

L'**épiderme** est un épithélium pavimenteux stratifié, composé de cinq couches : la couche basale (la plus profonde), la couche de Malpighi, la couche granuleuse, la couche claire et la couche cornée (la plus superficielle).

Le **derme** est une couche de tissu conjonctif riche en fibres musculaires lisses, fibres de collagène et fibres élastiques. C'est à ce niveau que passe tout le réseau vasculaire et lymphatique. Il contient également des glandes sébacées et sudoripares, des terminaisons nerveuses ainsi que des follicules pileux.

L'**hypoderme** est une couche de tissu conjonctif lâche comprenant des cellules adipeuses.

La peau est extrêmement riche en récepteurs multiples, qui lui permettront d'appréhender les cinq types de sensations cités précédemment (contact, pression, chaleur, froid, douleur). (8)

❖ Physiologie :

La peau sert d'**interface** entre l'individu et l'extérieur. C'est une véritable barrière protectrice à l'organisme face aux agressions. Elle possède par ailleurs une fonction de **régulation thermique** ainsi qu'une fonction **métabolique** par la respiration, la perspiration, la sécrétion et l'élimination.

Enfin c'est elle qui assure notre « **globalité** » et qui constitue l'**organe sensoriel du Toucher**. (13)

Dans la vie courante, comme dans les rapports que nous établissons avec nos patientes, il est rare que le toucher soit le seul sens sollicité. Il est alors important de notifier l'existence **d'interférences avec les autres sens**.

C) Le Toucher et les autres sens

Le toucher est généralement associé à d'autres perceptions et sensations. Celles-ci nous transmettront également des informations multiples sur le monde qui nous entoure. Afin de cerner l'importance du Toucher dans la relation soignant-soigné, je centrerai mon attention sur ce seul sens. Cependant il serait tout à fait possible dans une réflexion plus large de s'intéresser à « **l'univers sensoriel** » dans son ensemble.

À la différence du Toucher, les autres sens (ouïe, vue, odorat) vont s'appuyer sur des **récepteurs à distance** (oreilles, nez, yeux), tandis qu'il nécessite des **récepteurs immédiats** (peau, muqueuse et muscles). (8)

La vue va nous renseigner sur l'aspect global de l'objet, de la personne, sur les distances, les mesures, les couleurs... contrairement au toucher qui va nous donner des informations sur la qualité, la texture, la température, la pression et le poids.

Yvette HATWELL montre qu'une personne ayant à disposition le visuel et le toucher pour explorer un objet, utilisera le visuel pour repérer l'espace dans lequel se situe l'objet, et l'**haptique** pour sa texture. (19)

Tous les sens contribuent ainsi à enrichir nos relations. Il est évident que dans la relation soignant soignée, les personnes se rencontrent à travers leurs voix, leurs gestes, leurs regards, confrontant chacun ses propres émotions, en résonance à celles d'autrui. « **On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même.** » Ashley MONTAGU (27)

Mais la rencontre tactile particulièrement, permet la mise en place d'un lien concret et palpable entre soignant et soigné. Savoir ce que l'on fait passer par nos gestes, ce que l'on transmet, conditionne véritablement notre relation à l'autre et les liens qui vont en découler. (7)

Le toucher garde ainsi une place singulière par :

- ❖ d'une part, **l'immédiateté du contact** et sa **continuité**,
- ❖ d'autre part, **l'intimité du contact** (« *de tous nos sens, le toucher est le plus personnel.* » Edward T. HALL). (17)

Le Toucher permet également d'apporter un bien-être que n'offrent pas les autres sens, ou plus exactement pas de la même manière. De plus la communication tactile induit nécessairement une **réciprocité**. (31)

Ainsi le toucher comme l'un des premiers sens à se développer chez le fœtus, et comme sens sans médiation, nous apparaît être fondamental dans le bien-être de la mère, du bébé, et dans la construction psychique de ce dernier.

D) Le toucher dans la construction de soi

La psychanalyse, à travers l'intérêt qu'elle a porté au corps, a différencié deux axes principaux : **le schéma corporel** et **l'image corporelle**.

Françoise DOLTO a présenté de manière schématique ces deux conceptions, permettant d'établir les bases de la construction de soi. (12)

1) Le schéma corporel

C'est la représentation neurologique du corps dans son fonctionnement physiologique. Autrement dit, c'est la représentation que chaque individu se fait de son propre corps. Françoise Dolto le définit comme étant ce qui « *spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. Il est le même pour tous les individus. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, et est indépendant du langage.* ». Il est constitué de la perception de nos sens. Il est à la fois dans le préconscient, l'inconscient et le conscient.

Ce schéma se structure notamment au dépend des expériences corporelles que peut faire le nouveau-né : par le bercement, les caresses, le maintien. (15)

2) L'image corporelle

Ce terme est à différencier du schéma corporel. Ce sont les représentations mentales de notre propre corps. Elle se construit à travers des expériences émotionnelles propres à chacun dans son histoire. Elle est éminemment dans l'inconscient de l'individu mais possède des implications dans les relations présentes. La relation avec l'autre va structurer cette image.

Le Toucher est ainsi lié à l'histoire de chacun et contribue fortement à l'élaboration de l'image du corps. (11)

Par les soins quotidiens prodigués au nouveau-né dans les premières années de vie, les contacts avec son corps deviennent inévitables. Le toucher prend ainsi toute son importance dans la jeune enfance et permettra l'attachement de l'enfant à sa mère au même titre qu'il participera à sa construction psychique harmonieuse. Dans ce cadre, Didier ANZIEU décrit le « **Moi-peau** » comme « *l'entité psychique où s'inscrivent les traces de ces premiers contacts physiques* ». (3)

3) Le toucher comme expression de l'attachement

Le premier contact ressenti par la peau du fœtus est celui du liquide amniotique et de l'utérus durant les neuf mois que dure la gestation. Ce contact est unique de par sa continuité dans l'espace : l'utérus est moulé autour du fœtus et s'étire selon la croissance du bébé. Très tôt (aux alentours du quatrième mois de grossesse), le fœtus est à même de ressentir des contacts avec l'extérieur. Lorsque la mère ou un tiers applique sa main sur le ventre rond, l'enfant s'approche de cette main et s'y loge comme pour répondre à un appel. Cette pratique se nomme **l'haptonomie** dont Franz VELDMAN est l'initiateur. (41)

La naissance est vécue par le nouveau-né comme un véritable bouleversement sensoriel du fait de la rupture de cette continuité avec l'enveloppe utérine. Il y a une totale perte de repères pour lui, qui ne trouve plus d'obstacles à ses gestes. De plus, il subit les changements de température, d'odorat et de goût, en plus d'être agressé par la lumière et l'environnement sonore qui l'entourent. (40)

D'où l'importance du contact précoce **en peau-à-peau** avec sa mère dès les premières minutes de vie, qui va permettre de pallier à cette situation nouvellement stressante. L'attachement avec la mère se fait ainsi par l'intermédiaire des contacts tactiles et le toucher revêt alors un rôle compensateur de ce que l'enfant a vécu in utéro, bien au chaud et protégé dans le ventre de sa mère.

John **Bowlby** (44) psychanalyste anglais, a mis en lumière le fait que le besoin d'agrippement du tout petit est guidé par une « pulsion d'attachement » à sa mère. Le contexte chaleureux, les marques d'affection sont les fondements du lien physique entre la mère et l'enfant, permettant l'attachement psychique. Bowlby établit ainsi trois types d'attachement :

- ❖ **un attachement « secure »**, correspondant au bon attachement, celui pour lequel la mère est structurante et contenante,
- ❖ **un attachement « insecure ambivalent »**, où la mère exerce un contact désorganisé pour lequel l'enfant ne sait pas à quoi s'attendre,
- ❖ enfin, **un attachement « insecure évitant »**, lorsque la mère est absente ou ne fournit pas de contact chaleureux à l'enfant.

*« Ces contacts répétés facilitant l'attachement **secure** n'ont pas pour but d'enfermer l'enfant dans une relation fusionnelle mais au contraire de participer à l'intégration par le nouveau-né des futurs **détachements** ».* J. SAVATOFSKI (32)

Éléments nécessaires à l'attachement du petit à sa mère, les gestes d'attention corporelle s'inscrivent ainsi dans le processus de sa construction psychique.

4) Le toucher dans la construction psychique

Ashley MONTAGU soutient, en se basant sur de nombreuses expériences animales, que toutes les composantes du contact physique lors de l'enfance jouent un rôle dans le développement des mammifères. (27)

En permettant la découverte d'un « dedans », par le passage du lait, et d'un « dehors », stimulé par les multiples manipulations maternelles, le contact physique détermine la construction psychique du nourrisson. Celui-ci réalise à ce stade qu'il existe entre ces deux « zones » ce que Didier Anzieu appelle une « **interface** ». (3)

Lorsque celles-ci sont **contenantes, structurantes**, les stimulations corporelles vont permettre au nourrisson d'intégrer les limites de son propre corps. Le contact physique chez l'enfant favorise donc son développement. Donald WINNICOTT parle « *d'une intégration du moi dans le temps et l'espace* » qui dépend « *de la façon pour la mère de tenir (**holding**) le nourrisson* » et d'une « *personnalisation du moi* » qui dépend « *de la façon de le soigner (**handling**)* ». (43)

Afin de développer cette notion de toucher, Didier ANZIEU a élaboré une théorie. La théorie du « *Moi-peau* » décrit ainsi une « *entité psychique* » qui fait référence à l'interface entre le « dedans » et le « dehors ». Cette dernière permet une mentalisation du « Moi » comme une interface, **autorisant les échanges entre l'intérieur et l'extérieur.**

5) Le Moi-peau

Didier Anzieu a introduit la notion de « Moi-peau ». Celle-ci implique que l'enveloppe corporelle contient des organes, délimite le corps (dedans, dehors), protège des agressions, et met en contact le sujet et son environnement. Il explique que « *les communications primaires tactiles* » vont constituer la base de ce qui sera le « Moi » et les fonctions psychiques secondaires. Autrement dit, selon Didier ANZIEU, **toute fonction psychique prend sa source et se développe à partir d'une fonction corporelle.**

On peut ainsi distinguer trois grands rôles assurés par la peau : **la contenance, la protection** vis-à-vis de l'extérieur, ainsi qu'une fonction de **communication avec autrui**. On se rend compte ainsi de la place primordiale qu'il faut accorder à la peau de tout individu que l'on soigne, ou que l'on accompagne, et combien le toucher est déterminant dans la construction de celui-ci.

Nous allons nous intéresser aux bienfaits qu'il peut apporter au niveau du corps touché.

E) Les bienfaits du Toucher

Pour commencer, tout contact est susceptible de provoquer une **émotion**. Il peut être apaisant, relaxant, ou bien au contraire représenter une menace, une agression, ou encore occasionner des répulsions. (31)

1) Au niveau physique

Il est médicalement prouvé qu'en touchant quelqu'un, il est possible d'entraîner des effets physiologiques au niveau de la peau, des terminaisons nerveuses, de la circulation sanguine, ainsi que des réactions au niveau du système musculaire, et même d'agir sur la perception de la douleur.

❖ Les effets du toucher sur la peau

On peut noter que le toucher a des effets physiologiques au niveau la peau :

- En augmentant la perspiration insensible, (élimination permanente et inapparente d'eau) par l'augmentation du débit des glandes sudoripares,
- Facilitant les sécrétions sébacées,
- Entraînant des échanges de substances grasses (pénétration de crèmes, pommades),
- Enfin, en entraînant des rougeurs qui améliorent la nutrition cellulaire,

❖ Réactions au niveau des terminaisons nerveuses

Au niveau du derme et de l'épiderme on dénote l'existence de terminaison nerveuses : des neurones et des dendrites, organisés sous la forme de corpuscules ou de terminaisons libres. Certains comme les complexes de Merkel sont sensibles à la pression, d'autres au tact, tels que les corpuscules de Meissner, enfin les corpuscules de Pacini détectent les mouvements rapides vibratoires.

Le toucher va d'une part permettre un « **affinement de la sensibilité cutanée** », et d'autre part permettre une augmentation de la réponse aux excitations tactiles.

❖ Réactions au niveau de la circulation sanguine

Les mouvements occasionnés par le Toucher (le frottement d'un membre par exemple), vont permettre une dilatation des capillaires, donc une augmentation de l'étendue de la circulation. Selon les médecins Barn et Edgecombe, un massage augmente légèrement la pression veineuse. Il y a également une augmentation du débit sanguin au niveau des artères, capillaires et artérioles. (8)

❖ Réactions au niveau du système musculaire

Toute pression locale profonde entraîne un effet de **détente** sur le muscle. La friction d'un muscle endolori ou courbaturé permet de l'assouplir et apporte une réelle relaxation.

Selon certaines études (Cafarelli et Flint en 1982), le Toucher, et plus particulièrement le toucher-massage, augmenterait la perméabilité de la membrane cellulaire en facilitant ainsi l'élimination de substances nocives, de métabolites (Balke, 1989), ainsi que la libération d'oxygène.

Le toucher a également comme vertu d'agir sur la douleur musculaire en la réduisant (Tidus et Shoemaker, 1995) (8)

❖ Effets sur la douleur

Les récepteurs de la douleur sont distribués au niveau de la peau, des organes, muscles, tendons, ligaments... En ce qui concerne la peau, ce sont des mécanorécepteurs sensibles aux phénomènes chimiques, thermiques et électriques. Par l'intermédiaire des neurones, l'information douloureuse sera transmise à la moelle épinière, puis jusque dans le cerveau.

On distingue plusieurs systèmes de gestion de la douleur :

-le **contrôle dit « segmentaire »** : qui consiste à diminuer la sensation de douleur par frottement ou massage de la zone douloureuse. Ceci résulte de la théorie du « **gate-control** » décrite par Wall et Melzack en 1965, qui précise que « *l'activation des récepteurs situés sur la peau, par le massage, va réduire l'activation des récepteurs de la douleur* ».

C'est précisément ce type de contrôle que tout soignant peut utiliser à « son avantage » afin d'améliorer la gestion de la douleur occasionnée par un soin technique, chez un patient.

-le **contrôle « supra-segmentaire »** provenant du cerveau : une douleur perçue à un endroit précis du corps pourra être diminuée par une douleur aiguë apparue ailleurs.

De par ces applications, il est ainsi possible pour un soignant de prendre conscience de l'importance et des bienfaits du toucher dans la relation d'aide qui se tisse avec le patient.

2) Au niveau psychique

Au vu de sa nature spécifique inter corporelle, le toucher permet de mettre en relation avec le monde, découvrir, reconnaître et communiquer. Il permet également de percevoir des émotions, ainsi que d'en dévoiler. Il suscite un confort, une sécurité, un bien-être, un plaisir, faisant appel à des sensations ou émotions enfouies pendant l'enfance, rappelant les contacts maternels inscrits au niveau du **Moi-peau**. Mais le geste peut être aussi mal interprété ou occasionner une répulsion, un sentiment de menace, d'agression, voire une douleur. « *L'homme ne touche pas n'importe qui, n'importe quand ou n'importe quoi* ». Martine DUROUX (13)

Le toucher permet globalement une humanisation de la relation à l'autre ce qui favorise l'acceptation par le patient des soins techniques qu'il va « subir ». (23)

Mais, le toucher est lié à l'histoire de chacun, son éducation, ses expériences et sa culture. Il est alors possible de rencontrer de réelles difficultés en lien avec cette pratique.

F) Les difficultés liées au toucher

Du fait de l'**intimité** liée au toucher, du fait que le toucher appartienne à une sphère privée, on comprend alors qu'il est légitime que ce sens soit entouré d'une certaine pudeur, voire de tabous ou voué à un réel interdit. (13)

D'ailleurs, on interdit très vite à un enfant qui découvre le monde (en touchant, en palpant) de "toucher à tout". Notre approche du toucher varie donc énormément en fonction de notre **éducation**, mais aussi de notre **culture** et de nos **expériences et histoires personnelles**.

On peut souligner que nous y serons plus ou moins sensibilisé selon la formation que l'on aura suivie. Un travail et un questionnement sur le sens du toucher pour soi, et ce que cela représente apparaît ainsi nécessaire, car en touchant l'autre nous ne pouvons éviter d'être touchés nous-mêmes. Accepte t-on d'être touché ? De quelle façon ? Dans quelles circonstances ? Et si être touché nous est insupportable, alors comment touchons nous l'autre ? Les réticences que nous pouvons ressentir face au toucher peuvent provenir de l'éducation, ou encore de l'association toucher/sexualité qui véhiculent de réels interdits. (28)

De plus il est possible d'être renvoyé à une blessure intime, un traumatisme. D'où l'importance de s'interroger sur le pourquoi de nos difficultés. À travers nos gestes nous faisons passer « tout ce que nous sommes ». Il est donc indispensable de mesurer, de percevoir quel bien-être nous sommes capables de transmettre. Il faut garder à l'esprit que ce qui sera agréable pour nous ne le sera pas toujours pour la personne que nous avons en face de nous. Chaque personne est unique, et son ressenti sera lui aussi unique. (7)

L'image et l'approche du corps sont, dans notre profession, des points essentiels. Même si certains gestes ne nous paraissent pas naturels, de par notre éducation, de par l'interdit du toucher qui existe dans notre société actuelle, je pense qu'il est possible de « progresser » dans la manière de toucher et d'appréhender le corps de nos patientes. (38)

II Différentes fonctions du Toucher dans les soins

Les frontières entre les différentes formes de Toucher ne sont pas faciles à définir. On peut distinguer dans un premier temps, le toucher **pathique**, du toucher **gnostique**. Le premier dérive du mot Grec *pathos* et signifie la passion et l'excès, et représente le toucher relevant du domaine infirmier. Le deuxième provient du Grec *gnosis* et désigne la « connaissance ». Il fait référence au toucher du médecin qui examine le patient et cherche à poser un diagnostic. Cette distinction hellénique, nous permet d'envisager de nombreuses subdivisions dans la notion de toucher en thérapeutique : toucher technique, toucher relationnel, toucher déshumanisé et déshumanisant, toucher massage et toucher comme communication non verbale, que nous allons tenter de traiter dans leur ensemble. (8)

A) Toucher technique

Il a été calculé que 85 % des soins que nous effectuons nécessitent un contact physique avec la patiente. (22)

Le toucher technique est celui que l'on apprend durant nos études. Il caractérise l'ensemble des soins usuels : prise de paramètres, prise de sang, pose de voie veineuse périphérique, sondage évacuateur, toucher vaginal etc. Ces gestes sont destinés généralement à des zones bien définies du corps nécessitant un certain doigté ainsi qu'une installation précise de la patiente et du soignant. Au cours de ces soins, nous sommes amenés à contribuer à l'adaptation de la position de la patiente afin de faciliter notre travail. Il est important de savoir que les **prises en pince** (par le pouce et l'index), sont des prises douloureuses quel que soit le membre concerné. Il est souvent préférable, lorsque l'on mobilise les membres inférieurs d'une patiente de privilégier des **prises en berceau** : les deux mains ouvertes, paume en l'air, placées l'une en dessous du genou, l'autre sous la cheville. Peu importe le soin que nous réaliserons, la patiente doit se sentir « portée » et non « attrapée ». Cette façon de prendre contact avec la patiente la met en confiance, lui rappelant de manière inconsciente le geste familial du portage des bébés. Mieux vaut toujours éviter de prendre un membre par son extrémité mais plutôt d'utiliser une prise ferme et large.

À noter que le confort du soignant est aussi primordial que celui du patient lors de la réalisation de ce type de geste. Il nous permet d'être plus disponible et plus à l'écoute de la patiente sans être perturbé par nos propres sensations.

Sachant cela, pourquoi ne pas tout mettre en œuvre afin que notre « toucher » soit plus juste, plus humain, tout simplement davantage porté sur la relation à l'autre ? Le toucher est-il une simple affaire de technique et d'efficacité ? Ne pouvons-nous pas avoir pour objectif de revendiquer notre présence et d'apporter notre aide par un toucher plus « relationnel » ?

B) Toucher relationnel

Le toucher relationnel est le toucher qui va pouvoir accompagner notre technicité.

Selon Jacques SALOMÉ, fondateur de l'Association Française de Psychologie Humaniste, le soin relationnel, c'est « *l'ensemble des attitudes, des comportements spécifiques et volontaristes, des actes, des paroles, tant réalistes que symboliques, qui sont proposés par un soignant, à une personne. Cela pour lui permettre de s'entendre elle-même, d'être écoutée et entendue, de se relier à son histoire, de rendre la relation soignant-soigné plus aidante* » (45). Ce type de toucher passe ainsi par des attitudes, des gestes plus réconfortants. Ceux-ci permettent de s'impliquer davantage dans la relation avec les patients. Le but sera d'être rassurant, sécurisant, maternant, apaisant. S'imaginer à la place des patientes que l'on accompagne, c'est-à-dire être **empathique**, contribue à mettre en place des échanges plus relationnels au niveau tactile.

Il y a une notion d'intégralité de l'être de la patiente qu'il faut absolument respecter. Cette idée renvoie à la notion du schéma corporel et au concept d'image de soi. Comme nous l'avons vu précédemment, les gestes techniques n'intéressent que partiellement la patiente. Ainsi par le toucher relationnel, la patiente pourra se sentir **considérée dans sa globalité**, reconnue comme un être à part entière et écoutée dans sa singularité. Il paraît ainsi évident que l'impact des soins techniques, pourra être accepté plus facilement par la personne soignée, si la relation tissée avec elle, par l'intermédiaire de gestes relationnels se trouve être plus empathique d'une part dans nos attitudes et plus douce d'autre part dans nos soins.

De plus l'intention d'un toucher plus doux permettra au soignant d'acquiescer davantage de calme et de sérénité face au geste technique à réaliser. Il se sentira en mesure de prendre son temps ainsi que d'en accorder à l'autre.

Le toucher est « *la manifestation d'un sujet qui veut accueillir l'autre dans la transparence, dans le respect, la reconnaissance et la tendresse.* » Monique Zambon (45)

Or, il est possible de basculer vers des types de toucher déshumanisés et déshumanisants, si ces « savoirs-être » ne sont plus objectivés.

C) Toucher déshumanisé/déshumanisant

« Efficacité » et « technicité » sont les mots d'ordre actuellement dans les professions de soins. Nous nous devons de réaliser les actes techniques avec toujours plus de rapidité, pour cause d'impératifs divers et de manque de personnel. Or notre relation au temps conditionne fortement les gestes que nous pouvons avoir.

Le toucher déshumanisé, désigne tous les gestes utiles, quotidiens, répétitifs, effectués de façon mécaniques. Il fait référence aux gestes qui sont de moins en moins ressentis et donc de moins en moins Humains. On peut parler en quelque sorte d'une « automatisation » du toucher. Certains gestes techniques paraissent anodins (prise de paramètres), et d'autres plus douloureux (prise de sang). Quoiqu'il en soit, lors de la réalisation de ceux-ci, des sensations d'inconfort et de stress nourrissent le patient. Prendre son temps dans la réalisation de ces soins permet d'éviter de rajouter chez le patient le sentiment d'être un « paquet gênant », qui ferait perdre son temps au soignant.

Au contraire notre toucher, s'il est rassurant, accompagné de quelques paroles personnalisées, d'une caresse, ou d'une pression sur la main peut faire de ce contact un moment agréable et chaleureux.

C'est en cela que l'apport d'un toucher plus « relationnel » devient intéressant, dans les avantages qu'il confère en terme de « mieux-être » lors de la réalisation de certains soins. Il permettrait de renouer un lien plus humain avec le patient, allant vers une relation davantage basée sur la confiance et l'écoute du corps.

Déshumanisé, le toucher peut devenir rapidement **déshumanisant** ou « réifiant ». Ces termes impliquent qu'on ne considère plus le patient comme une personne capable et autonome. Partant d'une bonne intention, le fait qu'on ait tendance à vouloir faire à la place du patient, le rend dépendant voire l'infantilise. Il ne sera pas inciter à collaborer à l'action de soin qui le concerne. De plus dans cette situation, on peut observer que le patient n'est plus considéré comme un réel interlocuteur : en quelque sorte il ne lui reste plus qu'à se laisser manipuler, se laisser faire, se laisser toucher en restant « étranger » à ce qui lui arrive. Il n'est plus « sujet », il devient « objet » !

Bien entendu chacun des gestes techniques que nous effectuons ne peuvent pas être « ressentis ». L'habitude, l'expérience, et donc la dextérité sont nécessaires afin d'être efficace dans leur réalisation. Mais il est souhaitable que notre relation avec le patient reste humaine, tant pour lui que pour nous. En effet, c'est une manière d'investir notre travail, or par cet investissement, nous nous y épanouissons davantage. C'est une manière de considérer le patient et de l'écouter, choses dont il a besoin. (8)

D) Toucher-massage

Le massage est essentiellement un contact avec la peau. Vecteur d'énergie, ses bienfaits sont de plus en plus reconnus et recherchés dans notre société actuelle. Il confère en effet un soulagement, une détente, un véritable état de bien-être. Nous le considérons comme un antidote implacable du stress, une réponse idéale aux douleurs corporelles diverses, aux situations de fatigue ou d'énervement.

Afin de pallier aux situations désagréables engendrées par des soins infirmiers, et poussés par un sentiment d'empathie, de plus en plus de soignants pratiquent le toucher-massage. (21)

Le massage permet une approche nouvelle de la personne : une approche plus globale. Il va conditionner ainsi un lien plus fort avec la personne soignée, à qui le soignant prouve bien sa présence.

Par des gestes simples, spontanés, gratuits, enveloppants et authentiques, par une gestuelle plus ou moins élaborée, ne nécessitant pas forcément une formation médicale, tout soignant est en mesure d'apporter une relaxation, un apaisement, un regain de confiance et d'énergie à son patient. (32)

Il paraît ainsi évident que le toucher est une « transmission », s'inscrivant dans un type de communication : la **communication non verbale**.

E) Le toucher dans la Communication Non-Verbale

« Le langage du corps ne sait pas mentir en ce que le plus souvent, il est involontaire parce qu'inconscient. » Hélène LAZURE (7)

La rencontre de deux individus implique inéluctablement une **communication non-verbale** dont ils n'ont souvent pas conscience. Celle-ci est pourtant estimée à 80% de la communication en termes de message, représentant donc une part très importante de ce qui est adressé de l'émetteur au récepteur. (25)

On distingue :

- ❖ la **communication verbale** correspondant à la communication par la parole et l'écoute : celle-ci englobe les mots,
- ❖ la **communication non verbale** (CNV) comprenant le regard, le faciès avec ses mimiques, les gestes, l'allure, les mouvements du corps ainsi que tout contact physique.

Dans le contexte de soin, la CNV s'avère être un élément spécifique de l'objectif de **qualité de la communication** car elle intervient sous la forme d'une **composante corporelle : le toucher dans le soin**. Être conscient de l'impact de cette CNV est alors indispensable, car dans la relation soignant-soigné, il se peut parfois qu'apparaissent des écarts entre ce qui est dit (communication verbale) : paroles se voulant rassurantes ou encourageantes, et les attitudes, les gestes qui accompagnent ces mots (CNV) : regards soucieux, agacement, gestes brutaux...

Or, pour que la communication soit réussie il faut que le **message reçu** corresponde au **message émis**. On appelle **congruence** cette harmonie entre les gestes, les attitudes, les mots et l'environnement dans lequel on communique. Dans la relation soignant-soigné cette fonction permet une disponibilité d'écoute du soignant et favorise une facilité d'expression du soigné : relation d'accord entre soi et l'autre qui établit la

confiance. Ce dialogue de « sujet à sujet » est un élément essentiel de la prise en charge thérapeutique qui sera alors « interpersonnelle », centrée sur la personne, et où l'attitude verbale et non-verbale du soignant ne viendra pas dégrader l'atmosphère relationnelle. Cette notion de congruence est à rapprocher de la **synchronisation**, outil utile dans toute relation d'aide pour communiquer profondément, voire « d'inconscient à inconscient », comme « deux corps qui vibrent ensemble ».

Carl ROGERS a également relié cette attitude de communication à l'**empathie** qui est le fait de comprendre l'autre sous le même angle : vivre et ressentir l'expérience de l'autre, tout en ne confondant pas le ressenti de la personne avec le sien propre. (19)

Dans le déroulement de la relation de soin il peut apparaître à tous moments des distorsions de cette communication, sachant que chacun a adopté une CNV sous l'influence de son éducation et de sa culture, et que chacun interprétera ce langage non verbal en fonction de ses propres filtres culturels. En effet on ne se touche pas de la même manière dans les pays nordiques et ceux du Sud...

Des interférences sont donc probables dans le rapport non-verbal entre deux personnes, auxquelles se rajoute la notion de **distance**.

En effet, la distance observable entre deux individus selon la nature de leur rencontre, va varier selon ce que E. T. HALL appelle la **proxémie**. Il décrit ainsi :

-la « **distance publique** » (lors de conférences), comprise entre 3,60 m et 7 m. À cette distance, la vision du corps est globale mais lointaine.

-La « **distance sociale** », entre 3,60 m et 1,20 m : distance des réunions informelles, rencontres professionnelles.

-La « **distance personnelle** », entre 1,20 m et 45 cm, permettant des contacts proches ou amicaux. À cette distance, on perçoit précisément le visage d'autrui, mais on ne peut exercer une emprise physique sur l'autre.

-La « **distance intime** », moins de 45 cm, distance du réconfort, de la lutte ou des relations sexuelles. Les sujets perçoivent leurs odeurs, chaleur, respiration. (17)

Dans la relation soignant-soigné, nous pénétrons la « bulle » de l'autre et ne pouvons rester enfermés dans notre propre espace. Le tout sera de trouver la « bonne distance » à adopter en fonction des patients.

F) Conclusion : le toucher dans la relation thérapeutique

Dans toute relation thérapeutique, par des qualités humaines, et d'accueil, le praticien va permettre d'encourager le patient à une meilleure **coopération aux soins**. Par l'établissement d'une relation de confiance basée sur l'**empathie**, la personne soignée aura plus facilement tendance à adopter des attitudes positives face aux soins. Tout ce qui va passer par l'intermédiaire de la **CNV**, pourra être le support d'un véritable souci du bien-être ou de la souffrance de l'autre dans laquelle le soignant se veut chaleureux, aimable, compréhensif, sécurisant, prouvant son intérêt par une écoute active et sincère. Or, le Toucher comme élément de cette communication, est par sa fonction « englobante », à la fois un acte de soin éthique et ouvert à l'autre tant au niveau physique que psychique.

Il peut être gnostique ou relationnel, avoir lieu au moment des soins ou en dehors. Concrètement, le toucher relationnel peut aider à atténuer une douleur, une sensation de stress au moment d'un soin, par un toucher réconfortant, rassurant, comme il peut permettre également la découverte d'un symptôme.

Il est difficile de définir un « **toucher suffisamment bon** » pour faire un parallèle avec la « *mère suffisamment bonne* » décrite par Donald W. WINNICOTT.

Le contact physique peut être caractérisé de doux par un simple frôlement ou d'intense lors d'une forte pression. Un geste peut être lent ou rapide, long ou court, la peau peut sembler chaude, froide, moite, sèche, douce ou rugueuse... Le toucher relationnel se doit d'être adapté, ajusté afin d'être apprécié. Les zones autorisées de contact seront variables selon l'influence socio-culturelle, l'éducation et la formation du soignant et du soigné.

Le soignant peut ainsi y avoir recours afin d'amplifier un message, en associant langage verbal et langage du corps de manière **congruente et adéquate**.

Dans un premier temps nous avons vu que le toucher était présent dès la vie intra-utérine et qu'il se révélait être une base de la **construction de soi** ; dans un deuxième temps qu'il était un **paramètre inévitable dans la relation thérapeutique** entre soignant et soigné. Ainsi, pourquoi ne serait-il pas un élément envisageable de prise en charge des parturientes en salle de naissance ?

III Le toucher dans la profession de sage-femme, un enjeu relationnel en Salle de Naissance

« **Être soignant**, c'est : soigner et se soigner, prendre soin de soi et des autres, c'est d'abord assurer les activités fondamentales pour le maintien et l'entretien de la vie. L'être humain a besoin de soin (« care ») tout au long de sa vie, même en l'absence de maladie. »

Pour Walter HESBEEN, la caractéristique du métier de soignant est de « prendre soin d'une personne dans la situation particulière de vie qui est la sienne ». Il rajoute : « en effet, être soignant relève d'une intention humaine et consiste à se **rendre proche**. » (7)

A) Le Toucher relationnel, une pratique ancestrale de la sage-femme

« Historiquement, le toucher fait partie intégrante des soins offerts par la sage-femme ». C. TREBOS (40)

De nos jours, c'est incontestablement la technique qui est prépondérante. La pratique de la sage-femme est en effet devenue essentiellement médicale. Jadis le travail de la matrone se révélait beaucoup plus « tactile » : masser le ventre, frictionner le dos, éponger le front, accompagner le rythme des contractions utérines... Son rôle était d'être présente pour rassurer la femme par son expérience éprouvée. Elle était sans formation, d'emblée dans une véritable relation, sachant quoi dire et quoi faire instinctivement. Elle était dans le vécu et le revécu : le fait d'avoir elle-même accouché plusieurs fois la mettait en situation de comprendre la détresse, les questionnements de celle qui allait enfanter et elle y répondait au moyen de massages et/ou d'incantations. (16)

Au moment de l'accouchement, l'approche du corps de la femme était totalement au centre de la pratique de la sage-femme, qui ne pouvait guère agir ailleurs afin d'améliorer le suivi de la femme et de faire avancer le travail. La prise en charge globale proposée par la sage-femme se caractérisait donc essentiellement par un soutien manuel et un partage empathique. Sans technicité, le processus se déroulait grâce à cette aide corporelle empreinte de croyances religieuses et symboliques. C'est progressivement que la pratique de l'accouchement a évolué vers un accompagnement médical surtout dans notre culture occidentale. (24)

Le toucher ancestral ne pourrait-il pas retrouver sa place dans l'accompagnement de la parturiente ?

B) Intérêt du toucher relationnel en salle de naissance

Reproduire ces liens d'autrefois constitue l'un des objectifs de la pratique du toucher relationnel en salle de naissance dans **l'accompagnement des femmes**, car ces contacts retrouvés humaniseraient le rapport aux patientes et complèteraient le rapport technique dans une **prise en charge globale**. Leur tenir la main durant cette aventure inoubliable de leur existence est au cœur de l'émergence des Doulas et des pavillons de naissance. Cette évolution timide prouve que de plus en plus de femmes sont en demande d'un type d'accompagnement que l'on peut qualifier d'ancestral et global, en tout cas moins médicalisé. (6)

« La douleur suscite le cri, la plainte...ou le silence, c'est-à-dire : la défaillance de la parole, l'impossibilité à communiquer. » David LEBRETON

Au moment des contractions utérines, la communication tactile va permettre d'accompagner l'apaisement verbal et de **favoriser l'acceptation des soins** : pose de perfusion, pose de péridurale, touchers vaginaux répétés pouvant être ressentis comme des gestes intrusifs et qui le seront moins s'ils sont adoucis par des contacts rassurants.

Le toucher **réconfortant** et **soutenant** participe à la **diminution de la douleur** et on constate que le seuil d'intensité de celle-ci est majoré par l'angoisse de l'inconnu. C'est pourquoi il est primordial d'associer le geste à la parole afin d'expliquer le déroulement et l'enjeu des soins prodigués. Ainsi la main posée sur la peau de la patiente provoquera une **résonance psychique** qui influera sur le **confort physique**. L'autre avantage du contact tactile étant que le père, parfois en situation « d'impuissance » peut y voir une invitation à participer à ce soutien, à trouver sa place. C'est tout cet encadrement tactile qui redonnera au corps de la femme son intégrité en ne la réduisant pas à n'être qu'un « **objet-ventre** ». En effet, le toucher en salle de naissance renvoie aux traces engrammées dans leur être profond par les contacts avec leur propre mère. Lors de l'accouchement, la sage-femme joue alors le rôle de substitut maternel : *« la naissance est un événement qui prend place entre deux femmes : l'accouchée et celle qui l'assiste, cette dernière incarnant alors une image maternelle idéale, réelle ou substitutive »*. Monique BYDLOWSKI (10). Dans le cas des Maïeuticiens, il est probable que ce rôle soit d'autant plus facile à jouer si ces « hommes sages-femmes » ont pu développer leur « *anima* », ou partie féminine d'eux-mêmes selon C-G. JUNG. Il est fort probable qu'à l'époque l'exercice du métier de sage-femme était exclusivement réservé aux femmes.

Le toucher en salle de naissance revêt alors une fonction de « maternage » de la femme en travail et permet un accompagnement « nourrissant » durant ce moment clé de la vie. C'est pourquoi le toucher relationnel doit s'inscrire dans une attitude globale de la sage-femme nécessitant une véritable réflexion sur elle-même afin de trouver la « **juste distance** » : un « **savoir-être** » adapté à un « **savoir-faire** ». Le toucher relationnel présente de nombreux avantages et pourtant son application pratique est souvent réduite au sein des plateaux techniques où la médicalisation des soins est privilégiée. (20)

C) Le toucher relationnel en salle de naissance : situation actuelle

Il existe plusieurs facteurs limitant le contact corporel entre sage-femme et patiente en salle de naissance aujourd'hui.

Le premier est lié à **l'évolution de la culture occidentale**, qui a vu apparaître une tendance à l'effacement du corps, ainsi que **l'oubli de l'impact du langage non-verbal**. En second lieu l'exercice professionnel médical est marqué de plus en plus par la **technicité**, par des gestes devenus obligatoires, mécanisés, pouvant expliquer en partie une certaine « mise à distance ».

La sage-femme, de plus en plus spécialisée, devient une « **technicienne de la naissance** ».

En effet, « *le XXe siècle s'achève en ayant fait de la maternité un événement très médicalisé. Sous couvert de rationalisation des coûts, l'économie libérale appliquée à la santé, conduit au choix de faire naître des enfants dans des grands centres. Des contraintes comme la rentabilité, taux d'occupation des lits... conduisent à standardiser l'accouchement* ». O. MONTAZEAU (29)

La multiplication des actes spécifiques et scientifiques à l'égard de la femme accentue la notion de surveillance et diminue celle de bienveillance.

Trop de médicalisation tend à la déshumanisation !

D'autre part, dans sa première approche avec la parturiente, souvent inconnue, la sage-femme peut parfois s'interdire une attitude qui pourrait être jugée d'intime par crainte de malentendus. (Érotisation du lien)

Enfin, la pratique d'un toucher relationnel exige un investissement personnel, doublé d'une acceptation d'être « touché » en retour, dans tous les sens du terme. Cet élément est aujourd'hui une limite : résistances, réticences... (39)

Quelque soient les causes culturelles, médicales ou personnelles, on constate que le toucher relationnel a tendance à perdre sa place en salle de naissance.

PARTIE 2 ENQUÊTE : présentation et résultats

I Cadre conceptuel de l'étude

A) La réflexion de départ

Réalisant à l'occasion de mes stages que j'utilisais mes mains à d'autres fins que celles essentiellement diagnostiques et techniques, j'ai réfléchi à la manière de mettre à profit les apports d'un Toucher plus relationnel à l'égard des parturientes en salle de naissance.

La patiente exprime par ses attitudes et ses gestes des états physiologiques et psychologiques variables, pas uniquement dépendants de nous mais auxquels, il me paraît clair, que nous nous devons d'être attentifs.

Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur, non seulement physique, mais aussi morale, et permet la création d'une relation privilégiée ainsi que l'établissement d'un climat favorable à l'expression du vécu de la femme. De plus, sans le toucher, la relation de soins ne pourrait exister. Il m'apparaît primordial que chaque sage-femme s'interroge sur sa façon de toucher autrui. Ne plus se cacher derrière un acte technique, dépasser le « **savoir-faire** » pour le « **savoir-être** » est la motivation principale qui m'a poussée à me pencher sur ce sujet. Être dans une relation pour permettre à la patiente d'avoir le sentiment « **d'agir** » davantage que de « **subir** ». C'est apparemment difficile dans le contexte actuel de l'exercice de notre profession, mais serait tellement enrichissant en matière de relation. On y gagnerait en humanité et en sagesse...

B) Problématique

Comment rester toujours aussi humain que professionnel en intégrant le Toucher relationnel dans notre pratique de sage-femme ?

Pouvons-nous améliorer le vécu des soins techniques par les parturientes en salle de naissance par l'intermédiaire d'un contact corporel davantage orienté vers la relation et non la technique pure ?

C) Hypothèses de recherche

L'enquête réalisée vise à confirmer ou infirmer ces hypothèses :

- ❖ La pratique des sages-femmes quant à l'accompagnement des parturientes par le Toucher relationnel en salle de naissance tend à manquer.
- ❖ La manifestation de gestes relationnels par la sage-femme pourrait améliorer la qualité des soins techniques effectués, le vécu de ces soins par la patiente ainsi que le bon déroulement du travail.
- ❖ Les voies de communication non verbale sont à explorer dans la réalisation de nos gestes techniques ainsi que lorsque nous établissons des rapports tactiles plus relationnels.
- ❖ La sage-femme peut se retrouver confrontée à des résistances multiples en matière de Toucher (les siennes propres, celles de la patiente, celles liées au contexte...)
- ❖ Il semble exister une réelle lacune en terme de formation du corps médical quant à la façon d'appréhender et de toucher le corps de l'autre.

D) Objectifs de l'étude

La base de mon travail de recherche a pour objectifs :

- ❖ D'évaluer les impacts que peuvent avoir nos gestes relationnels et techniques sur les patientes.
- ❖ D'évaluer la qualité de la relation sage-femme/patiente en passant par l'évaluation des échanges tactiles et autres interactions.
- ❖ D'explorer les voies de la communication non verbale qui s'établit entre la sage-femme et la parturiente

II Méthode de recherche

A) Le choix de l'outil de recherche

Afin de réaliser mon enquête et dans un souci d'objectiver au mieux mes observations, relatives à un sujet aussi délicat et subjectif que le Toucher, je me suis penchée sur une procédure d'enquête particulière, adaptée de **la technique du Q-Sort**. (48) Celle-ci permet un recueil d'information qui additionne certains des avantages de l'observation (fiabilité), et des questionnaires (validité), sans toutefois en cumuler tous les inconvénients. L'intérêt de cette méthode est de définir *a priori* l'étendue du domaine d'investigation. **Elle est particulièrement adéquate pour aborder les questions relevant de la subjectivité, en particulier dans ce qui est a trait au domaine du relationnel.** Ainsi, dans le but d'établir une grille d'observation la plus objective possible, à partir de critères à priori subjectifs, j'ai conduit auprès des Sages-femmes, des entretiens semi-directifs.

1) Grille d'entretien

Les entretiens semi-directifs (**Annexe I**) ont été menés auprès de :

- ❖ **quatre sages-femmes formatrices** de l'école de Metz,
- ❖ **quatre sages-femmes de « terrain »**, travaillant en salle de naissance à l'Hôpital Maternité de Metz (HMM),
- ❖ **et deux étudiantes sages-femmes** de l'école de Metz.

Ceux-ci ont été réalisés individuellement durant la période du 08 au 20 Octobre 2012 et ont duré entre 15 et 45 minutes chacun. Le but était d'obtenir des sages-femmes et étudiantes sages-femmes des réponses faites à la manière d'un « brainstorming », c'est-à-dire le plus spontanément possible. Je leur demandais d'énoncer tous termes qui leur venaient à l'esprit, relatifs :

- aux **gestes techniques** en salle de naissance,
- aux **gestes relationnels** en salle de naissance,
- aux **impacts** respectifs que ces deux types de « toucher » peuvent avoir sur les parturientes,
- à la manière **d'évaluer ces impacts** chez les patientes,
- enfin, aux **réactions possibles** de la sage-femme en réponse à ces impacts.

Au terme de ces entretiens, j'ai répertorié puis compté tous les termes usités par les SF et ESF afin de répondre aux questions. Ceux qui revenaient cinq fois ou plus (majorité) étaient retenus comme critère pour faire partie de la grille d'observation.

Les personnes interrogées étaient au préalable informées de l'anonymat de leurs réponses. Les informations données quant à la recherche effectuée et le sujet de mon mémoire restaient vagues afin de ne pas induire de réponses incluant forcément des références au « tact ».

2) Grille d'observation

- ❖ Utilisation de la grille d'observation (**Annexe II**)

Elle avait pour objectif l'observation de plusieurs éléments relatifs aux interactions qui s'établissent entre la sage-femme et la patiente en salle de naissance, ce qui sous-entendait une observation aussi bien de la sage-femme que de la future mère.

La détermination au préalable d'items précis a permis d'objectiver l'observation faite.

En amont, la patiente et la sage-femme étaient informées du fait que je réalisais un travail d'observation dans le cadre de ma formation, en ignorant toutefois que mon attention se porterait principalement sur les échanges tactiles de leur relation.

❖ Les critères d'observation

Les premiers items ont concerné les origines de la population observée ainsi que le moment de l'observation en salle de naissance. Les paramètres vitaux de la patiente, la couleur de ses téguments ainsi que la présence évidente ou non de sudation, sont des critères renseignés au début ainsi qu'au terme de l'observation, afin d'évaluer des modifications de ceux-ci.

Je me suis intéressée ensuite :

- aux interactions **tactiles** existantes entre la sage-femme et la patiente au **moment du geste technique**. L'intérêt était d'évaluer le type de contact mis en jeu. Est-ce que le soin était réalisé d'emblée ? après explications ? avec accord de la patiente ? pouvais-je observer une participation active de cette dernière ?

Par la suite j'ai observé ce par quoi ces gestes techniques étaient accompagnés en terme de **Communication Non Verbale**, tant du côté de la sage-femme que de la patiente, afin de mettre en évidence la notion de **réciprocité** :

- expressions **faciales**,
- interactions **visuelles**
- interactions **vocales**,
- interactions **posturales**,
- interactions **proxémistes**.

Puis je me suis attachée à l'observation de la **réponse de la patiente** recevant le geste technique, ainsi que l'éventuelle **réadaptation de son comportement par la praticienne**.

Le but était ensuite d'évaluer si les prises de contact étaient uniquement liées à un soin technique à réaliser, ou au contraire si les échanges tactiles étaient multiples, avec intégration de **gestes relationnels**.

J'ai également fixée mon attention sur les réponses de la patiente aux touchers relationnels éventuels, tant par la communication verbale que non-verbale.

Finalement l'observation a porté sur « **l'accordage sage-femme/patient**e », c'est-à-dire sur le degré d'adaptation de l'une à l'autre, en écho avec la notion « d'accordage mère-enfant » décrite par Daniel STERN. (37)

B) Réalisation de l'étude

Les observations ont été réalisées durant la période du 17 Décembre 2012 au 12 Janvier 2013, dans le service de salle de naissance de l'Hôpital Maternité de Metz (HMM). L'observation a concerné **20 couples de sage-femme/patient**e. Les étudiants sages-femmes ont été exclus de l'enquête en raison du niveau de formation variable de ceux présents en stage durant cette période. En effet il y a un écart incontestable dans les résultats d'une observation entre un(e) étudiant(e) en première année réalisant un geste technique pour la première fois, et un(e) étudiant(e) en dernière année qui a acquis la maîtrise de ces gestes.

La grille d'observation a été testée sur trois des couples issus de la population étudiée ; cela afin d'évaluer la pertinence des critères répertoriés dans cette grille, et dans un but d'améliorer l'efficacité et la rapidité des observations faites ainsi que la retranscription des informations reçues. L'observation nécessite de l'entraînement.

C) Biais de l'étude et difficultés rencontrées

Au cours de cette étude, les difficultés rencontrées furent liées à la **nature de ce sujet** de par sa **complexité**, sa **subjectivité**, et sa **dimension intime**, ainsi qu'à la **méthode de recherche employée**.

En effet, le toucher relationnel abordé s'inscrit dans un contexte de communication, il est donc difficile de l'évaluer visuellement : comment serais-je en mesure d'observer ce que fait passer la main de la sage-femme ?

Je n'ai pu observer qu'une gestuelle incluse dans un comportement ainsi que des réponses verbales et corporelles données par la patiente. Par ailleurs, des actions semblables peuvent avoir des significations différentes, tout comme des actions semblant divergentes peuvent vouloir dire la même chose... Afin de cerner tout le sens donné à tel ou tel geste il faudrait alors interroger la personne observée sur son « intention ».

Il fallait également garder à l'esprit le fait que j'ai déjà ma propre conception de ce que peut être le toucher. Mes observations et les retranscriptions que j'ai pu en faire sont donc fonction de mes présupposés, du sens que je donne à ce que je vois et de mes propres ressentis. Il est par exemple difficile de remarquer ce à quoi on ne s'attend pas.

De la même manière la position d'observateur n'est pas simple. Tout d'abord, on ne peut être « passif » ; au contraire : le chercheur est actif, il choisit de s'intéresser à certains traits et d'en négliger d'autres, il interprète et catégorise. Une observation peut donc donner plusieurs interprétations. C'est en ce sens que le fait d'être « seule » pour réaliser ces observations constitue un biais dans cette étude.

De plus, l'observation se veut en principe neutre et objective, toute interaction est cependant inévitable avec ce que l'on observe. La seule présence de l'observateur d'ailleurs constitue un autre biais de l'enquête, pouvant induire des comportements et influencer sur certains gestes.

En effet, comme l'a étudié Paul WATZLAWICK de l'école de Palo Alto, « *il est impossible de ne pas communiquer* ».

Enfin, il faut avouer que l'absence d'expérience dans le domaine des sciences sociales et dans la conduite d'entretiens semi-directifs constituent une limite à la qualité de l'étude.

III Présentation des résultats

A) Résultats des entretiens semi-directifs

(Annexes III)

- ❖ Afin de caractériser les **gestes techniques**, 19 termes différents ont été cités, parmi eux, 10 ont été retenus pour faire partie de la grille d'observation, ayant été énoncés 5 fois ou plus.
- ❖ Concernant leurs **impacts** : 30 termes cités, 18 relevés de la même manière.
- ❖ **Gestes relationnels** : 41 mots différents m'ont été donnés oralement dont 20 retenus.
- ❖ Leurs **Impacts** : 10 termes ont été utilisés parmi les 31 énoncés.
- ❖ **Évaluation de ces impacts** : on retrouve les mêmes critères d'évaluation que ce soit pour les gestes relationnels que techniques : 20 critères gardés sur 36 répertoriés.
- ❖ À propos des **réactions possibles** de la part des sages-femmes afin de réadapter leur comportement : 18 termes énoncés, mais seulement 2 réellement utilisés comme critère dans la grille d'observation.

Au total j'ai pu répertorié dans un tableau 175 mots relatifs aux toucher technique et relationnel, dont 101 ont été un apport, à proprement parlé, pour l'étude.

B) Résultats des observations

❖ L'ENTRÉE EN RELATION

-Description de la population

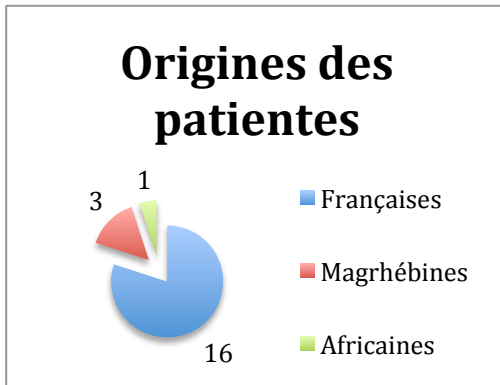


Figure 1

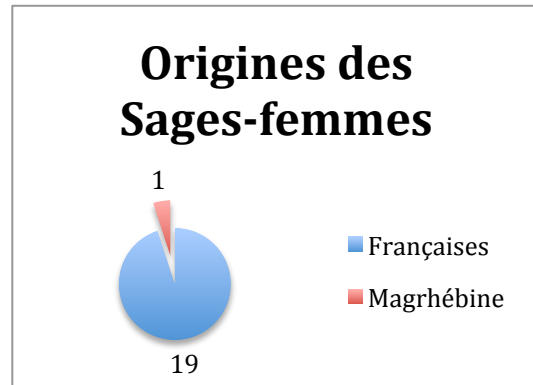


Figure 2

-Le temps de l'observation

- Deux observations sur vingt ont été réalisées dans un **contexte d'urgence**.
 - La première : pour la réalisation d'un sondage à demeure avant une césarienne en urgence.
 - La deuxième : pour un accouchement inopiné.

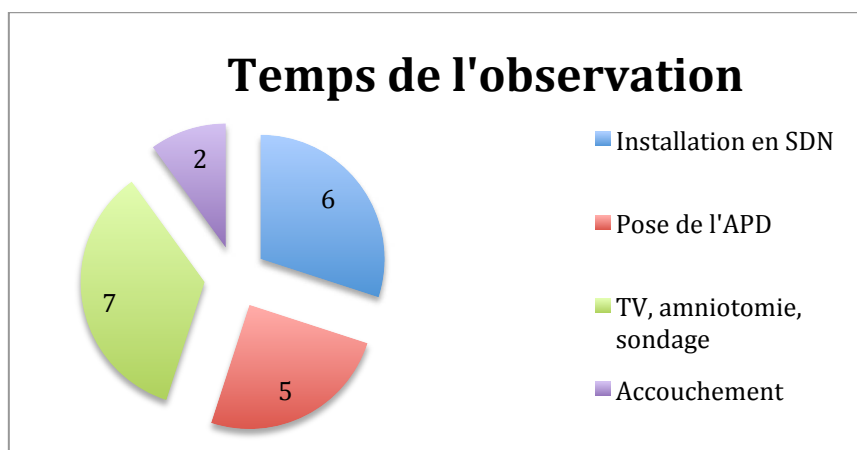


Figure 3

-Interactions TACTILES

- Manipulations par la SF dans le cadre d'un soin (geste technique) :

➤ Type de contact :

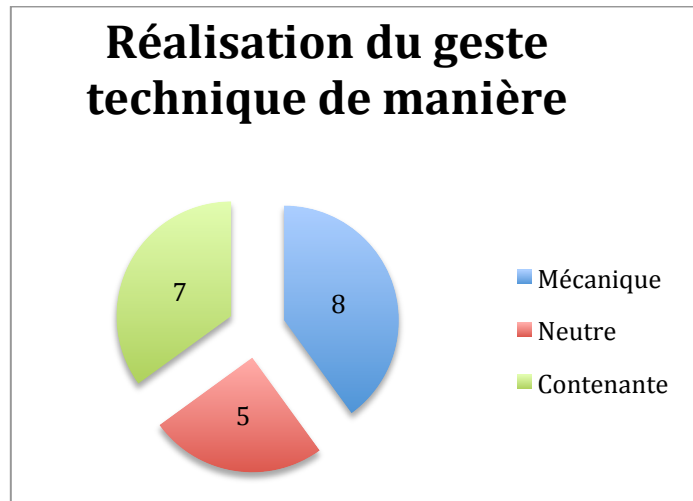


Figure 4

Figure 4 :

- « mécanique » : geste automatisé, rapide, efficace. (2/5)
- « neutre » : simple et naturel. (1/4)
- « contenant » : appliqué, lent et enveloppant. (7/20)

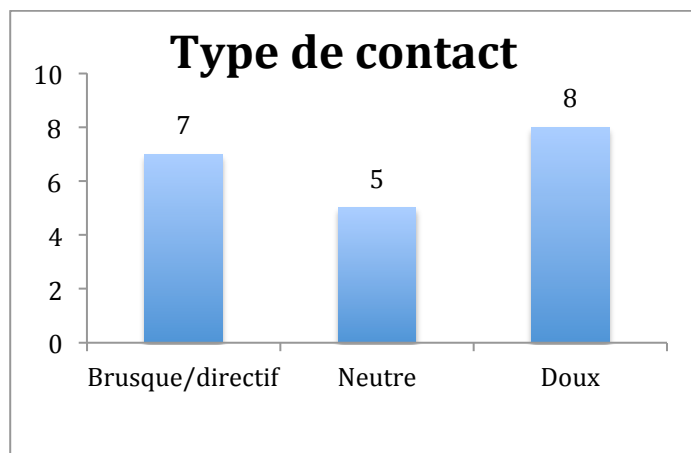


Figure 5

Figure 5 :

- « brusque/directif » : ferme, furtif et autoritaire.
- « neutre » : semble sans intention particulière.
- « doux » : caressant, semblant agréable.

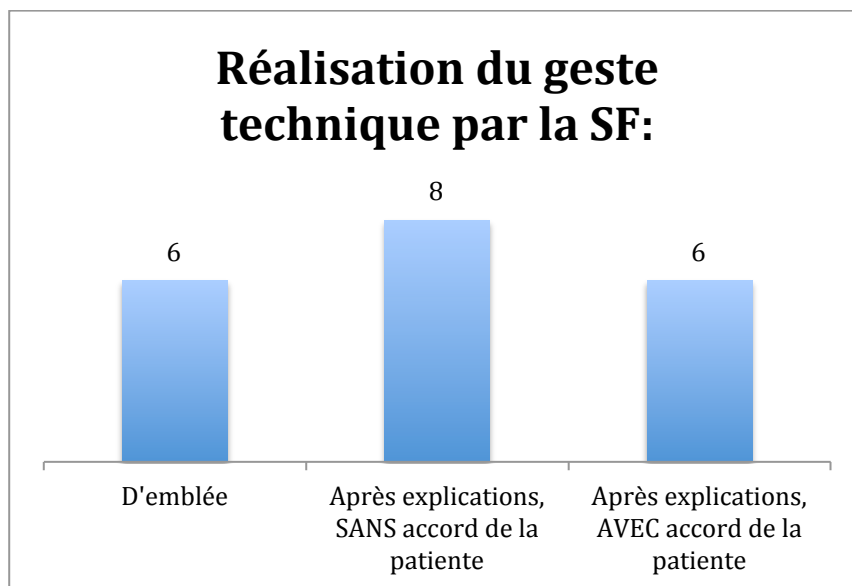


Figure 6

- Dans 1/5 des cas, il semblait y avoir une **participation active** de la part de la patiente au soin technique.

-Expressions faciales :

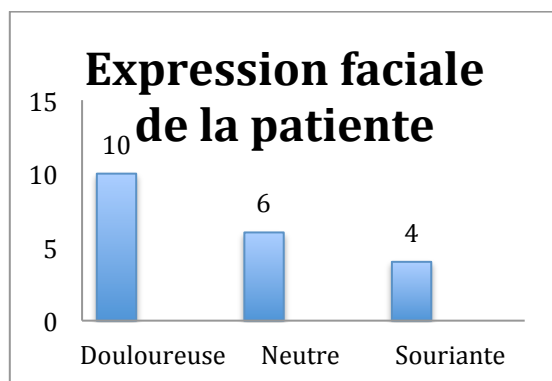


Figure 7

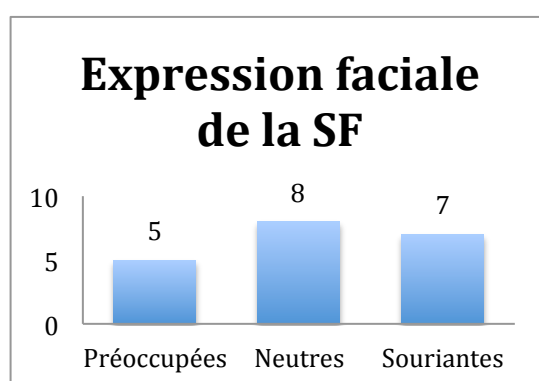


Figure 8

Figure 7 :

- expression « douloureuse » quand apparaît une grimace ou des larmes.
- « neutre » en cas d'absence d'expression sur le visage.
- « souriant » quand le visage semble heureux et satisfait.

Figure 8 :

- expression « préoccupée » quand apparaît la « ride du lion » entre les deux yeux, les sourcils sont froncés, le front plissé.
- « neutre » : le visage ne change pas d'expression.
- « souriante » : idem figure 4.

-Interactions VISUELLES

- Il a pu être observé que 3/4 des sages-femmes **recherchaient d'emblée le regard** de la patiente au moment de la réalisation du geste technique.
- Un **accrochage visuel** se mettait en place dès la première minute pour 12 couples sage-femme/patiente. (3/5)

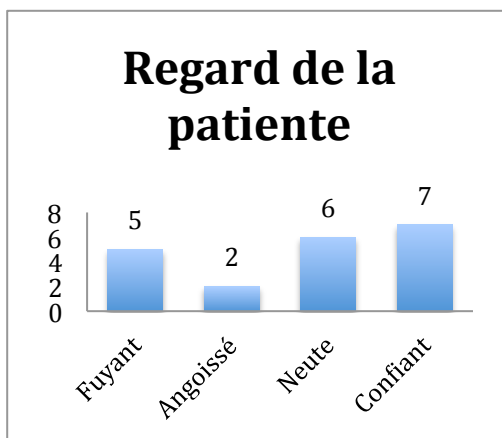


Figure 9

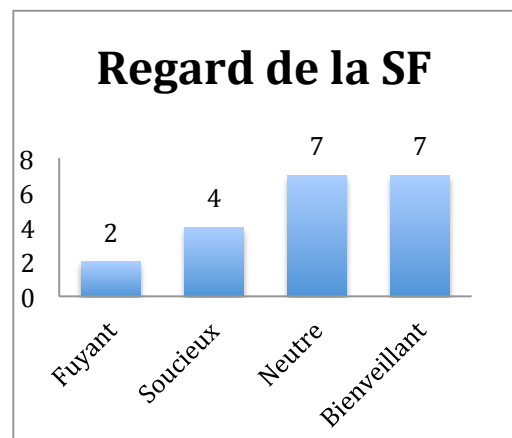


Figure 10

Figure 9 :

- « regard fuyant » : détourne la tête ou la baisse. (1/4)
- « angoissé » : des yeux écarquillés, apeurés. (1/10)
- « neutre » : sans expression particulière. (3/10)
- « confiant » : regard franc et assuré. (7/20)

Figure 10 :

- « regard fuyant » : dans l'évitement du regard de l'autre. (1/10)
- « soucieux » : les yeux sont plissés, regard est fixé avec attention. (1/5)
- « neutre » : idem figure 6. (7/20)
- « bienveillant » : empreint de douceur. (7/20)

-Interactions VOCALES

- **14 sages-femmes sur 20** ont annoncé et expliqué le soin technique à effectuer avant d'intervenir. (*figure 6*)

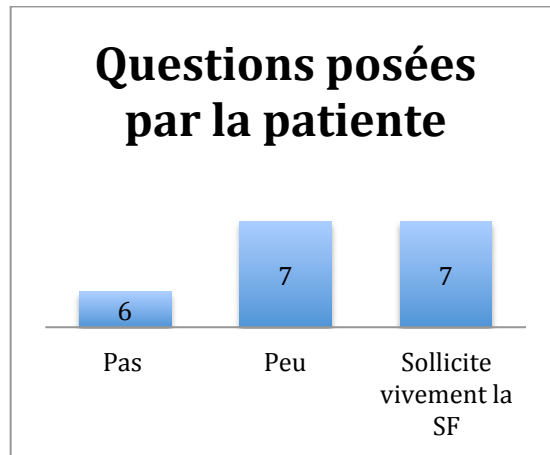


Figure 11

Figure 11 :

- « pas » : aucune question. (3/10)
- « peu » : 1 à 3 questions. (7/20)
- « sollicite vivement la SF » : 4 questions et plus. (7/20)

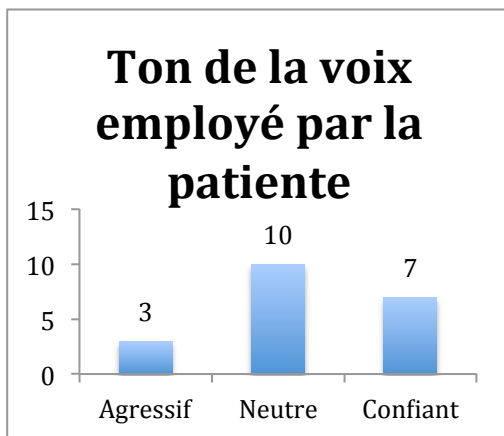


Figure 12

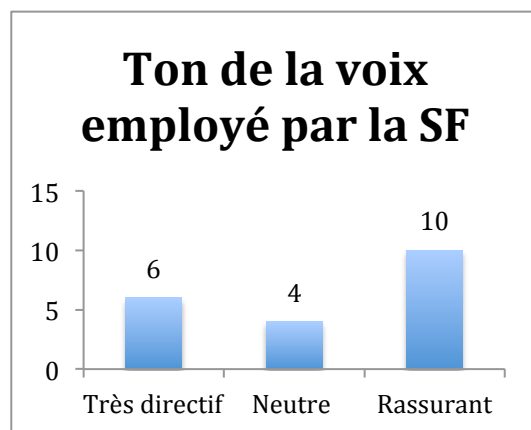


Figure 13

Figure 12 :

- « agressif » : hausse le ton, menace voire insulte. (3/20)
- « neutre » : timbre naturel. (1/2)
- « confiant » : apaisé, sans crainte. (7/20)

Figure 13 :

- « très directif » : ton sec, ferme, autoritaire.
- « neutre » : ton à résonance « normale ».
- « rassurant » : voix douce et calme.

-Interactions POSTURALES

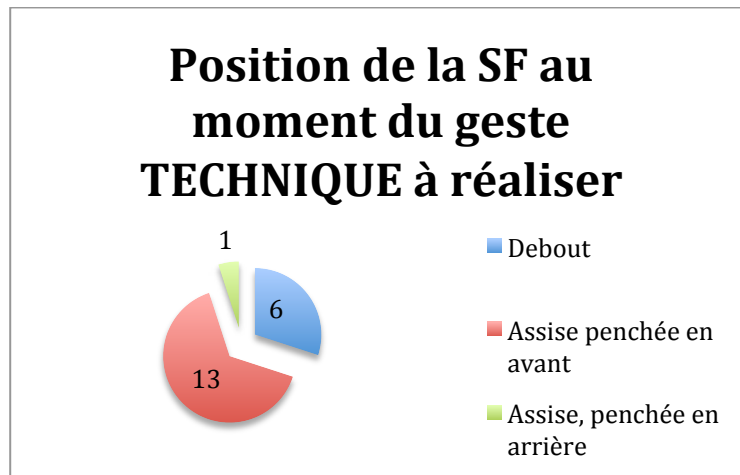


Figure 14

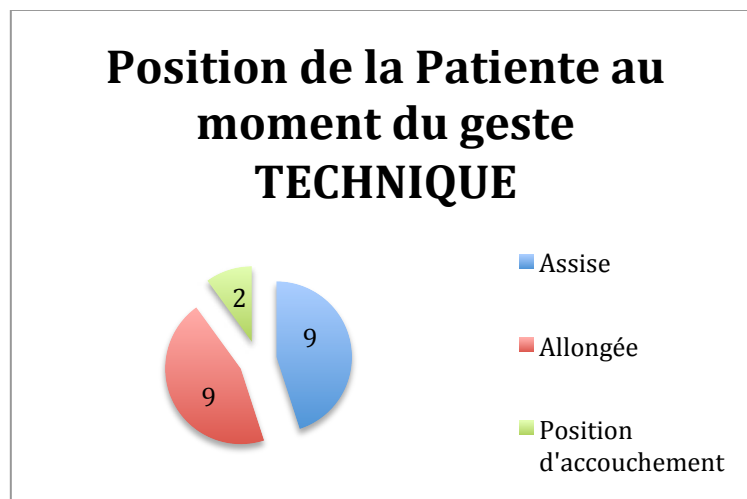


Figure 15

-Interactions PROXEMISTES (distance SF/patiente)

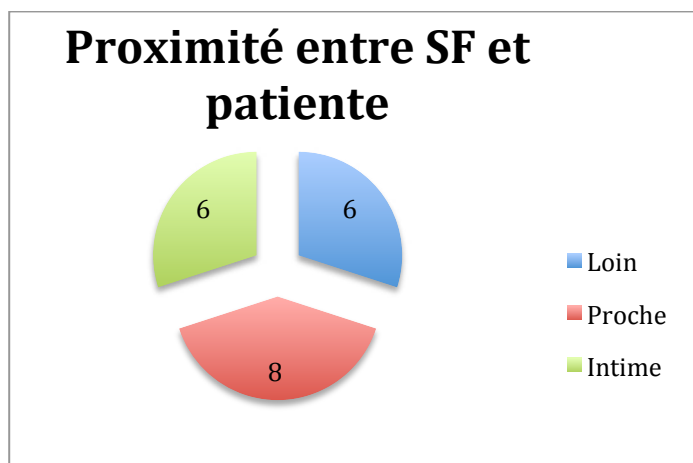


Figure 16

Figure 16 : (selon E. T. HALL).

- « loin » : correspond à la « distance sociale ».
- « proche » : « distance personnelle », permettant le contact.
- « intime » : 45 cm ou moins : permettant le réconfort.

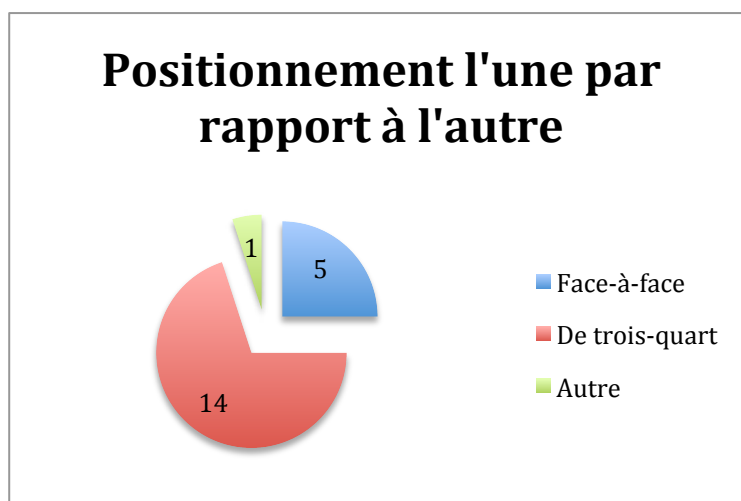


Figure 17

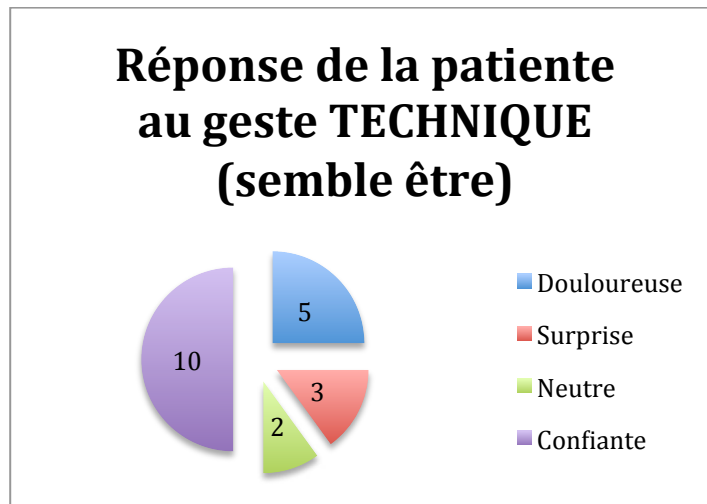


Figure 18

Figure 18 :

- « douloureuse » : visage grimaçant. (1/4)
- « surprise » : sursaute et se raidit. (3/20)
- « neutre » : aucune réaction. (1/10)
- « confiante » : se laisse aller, se laisse faire. (1/2)

- **Gestes relationnels**

- **Sur 20 dyades observées, 8 sages-femmes ont eu un ou plusieurs geste(s) relationnel(s) accompagnant le geste technique, soit 2/5.**

Parmi elles :

- **5** ont réalisé ce geste spontanément sans accord préalable avec la patiente (soit $\frac{1}{4}$ des sages-femmes de la population totale observée)
- **3** ont demandé son désire à la patiente. (Soit $\frac{3}{20}$ ème des sages-femmes)

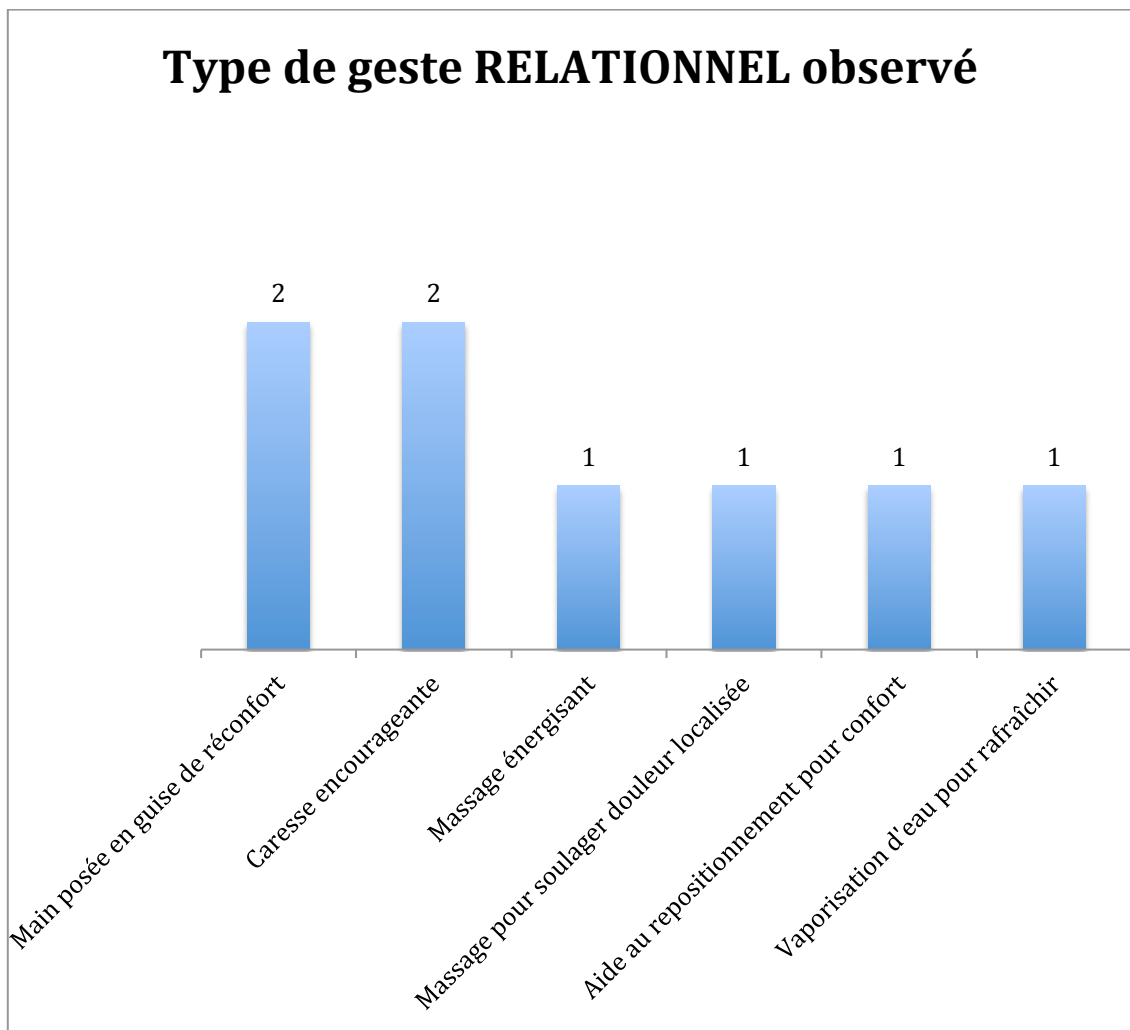


Figure 19

Figure 19 : un seul geste relationnel a été « relevé » par sage-femme.

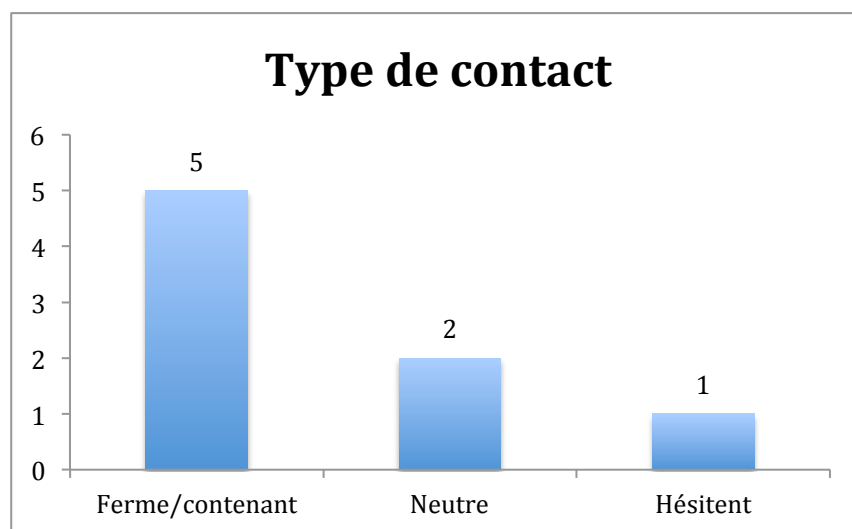


Figure 20

Figure 20 :

- « ferme/ contenant » : assuré, franc voire amical.
- « neutre » : sans émotion particulière.
- « hésitant » : furtif, timide.

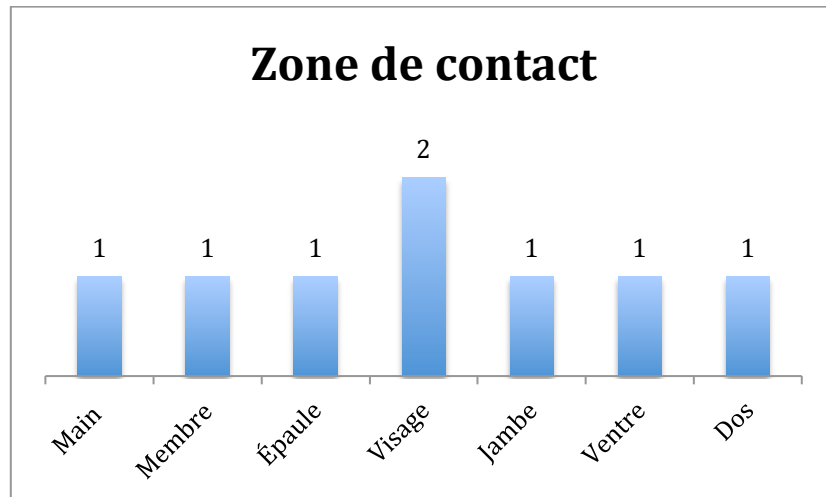


Figure 21

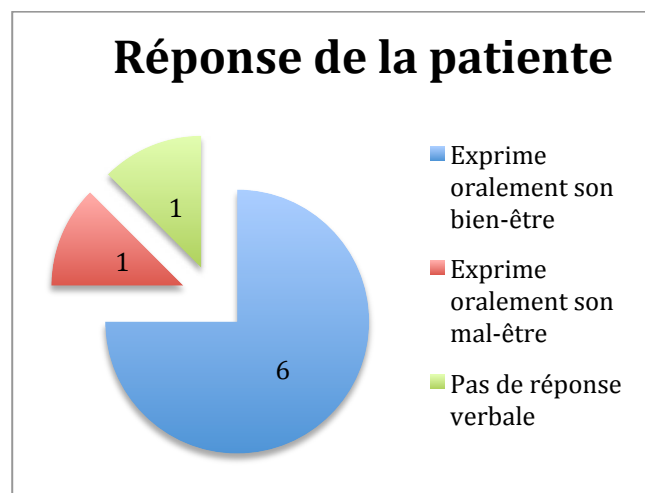


Figure 22

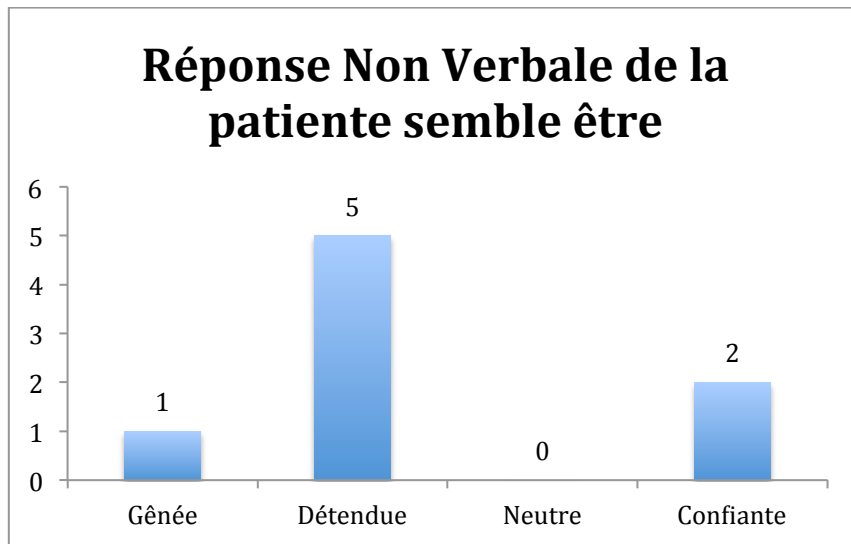


Figure 23

Figure 23 :

- « gênée » : mal à l'aise.
 - « détendue » : à l'aise, naturelle.
 - « neutre » : sans réponse particulière.
 - « confiante » : dans le lâcher-prise.
- Concernant les paramètres vitaux des patientes observées, ayant bénéficiées d'un geste relationnel, j'ai pu constater :
- une diminution de la Tension Artérielle (TA) et de la Fréquence Cardiaque (FC) dans **5 cas sur 8**.
 - pas de modification significative de la sudation ou de la couleur des téguments.

C) Précautions à prendre avant l'interprétation des résultats

Outre les limites de cette étude, abordées précédemment, il me paraît utile d'ajouter certains éléments à prendre en compte avant l'interprétation des résultats.

J'ai réalisé mon étude sur un temps précis et relativement court en fonction des cas. Selon le moment choisi de l'observation, il se pouvait que la sage-femme et la parturiente se rencontrent pour la première fois, ce qui peut avoir un impact non négligeable sur les échanges relationnels qu'elles peuvent avoir et montrer, en particulier en ce qui concerne les échanges tactiles.

De plus, la gestuelle varie selon le contexte : en lien avec le soin technique à effectuer, selon la patiente, la sage-femme et l'environnement.

Je tiens à souligner également que si la communication tactile est peu, voire pas exploitée du tout par certaines sages-femmes, elles et leurs patientes peuvent tout à fait utiliser d'autres modes de communication relationnels (l'humour en faisant partie).

Enfin, certains graphiques, insuffisamment documentés ou non significatifs ont été présentés à titre purement indicatif mais n'ont pu être exploités au décours de l'analyse.

Il apparaît donc nécessaire de rester humble quant aux déductions que je serai en mesure de tirer de mes résultats, c'est pourquoi ces derniers seront appuyés par certaines données de la littérature.

PARTIE 3 ENQUÊTE : analyse des résultats, discussion et propositions

I Analyse des résultats, confrontation et optimisation.

Le type d'enquête utilisé a permis de confronter les réponses données par les sages-femmes hors contexte de soin, aux résultats des observations faites sur le terrain au moment d'un soin.

Les résultats obtenus seront également comparés à ceux publiés dans la littérature.

Dans un souci d'affiner mes connaissances dans le domaine de la recherche en ce qui concerne « l'observation » et dans le but d'optimiser *a posteriori* mon travail, j'ai décrit brièvement certaines méthodes de recherche existantes et reconnues.

A) Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature

- ❖ Hypothèse 1 : la pratique des sages-femmes quant à l'accompagnement des parturientes par le Toucher relationnel en salle de naissance tend à manquer.

En 2008, une enquête de satisfaction fut réalisée auprès des usagers des maternités françaises. Celle-ci a montré que **l'accompagnement par les professionnels de périnatalité au moment de l'accouchement était l'un des critères les moins satisfaisant**. (DREES, études et résultats n°660, Septembre 2008, « *Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* ».)

Une enquête qualitative auprès de **vingt sages-femmes et étudiants sages-femmes** du réseau de périnatalité de Bretagne Occidentale a été réalisée afin de cerner la perception que ceux-ci avaient de **leur rôle**, dans **l'accompagnement des femmes et des couples en salle de naissance** (49) (Annexe IV).

Le but était de savoir si selon les sages-femmes, l'accompagnement des parturientes et des couples en salle de naissance faisait encore bien parti de leur rôle. **100%** d'entre eux ont répondu par l'affirmative, et parmi eux **45%** ont dit ne pas concevoir leur travail sans cet accompagnement.

Dans la perception et la représentation de leur rôle, les sages-femmes interrogées parlent d'un « **savoir-être** » pour lequel priment les qualités : d'accueil, d'écoute, de disponibilité, de non-jugement, de soins individualisés, d'émotions verbalisées et d'empathie. Expliquer ce qui se passe, tenter de contenir les émotions de la femme en encadrant ses besoins, en la rassurant, en l'encourageant, en la soutenant dans ses compétences et ses capacités, sont autant de points qui apparaissent primordiaux pour 70% des professionnels et étudiants interrogés.

- **Mais, parmi eux, une seule sage-femme sur vingt dit utiliser le toucher relationnel, tandis qu'au décours de l'observation de mon groupe d'étude, j'ai pu en décompter huit sur vingt. Ces résultats restent tous deux en dessous de la moyenne et permettent ainsi de confirmer ma première hypothèse.**
- ❖ **Hypothèse 2 : la manifestation de gestes relationnels par la sage-femme pourrait améliorer la qualité des soins techniques effectués, le vécu de ces soins par la patiente ainsi que le bon déroulement du travail.**

Les sages-femmes de Bretagne se sont également exprimées sur leur « **savoir-faire** » en salle de naissance:

- **20%** ont insisté sur l'importance de l'accord donné par les femmes avant tout acte technique, en particulier lorsque celui-ci est invasif (toucher vaginal) ; ce résultat correspond à ce que j'ai pu observer : **6/20 (soit 30%)**. (*figure 6*)
- **30%** disent réaliser le geste technique en l'expliquant au préalable à la patiente mais sans lui demander son autorisation : tandis que c'est le cas pour **8 sages-femmes sur 20 (soit 40%)** dans mon enquête. (*figure 6*)

- Dans ma *figure 11*, il s'avère qu'à la suite du manque de 6 des sages-femmes n'ayant pas expliqué leur geste (*figure 6*), 14 des patientes sollicitent vivement ou peu la sage-femme par des questions. Ce qui peut traduire une forme d'inquiétude lorsque les mots ne sont pas posés. Il est remarquable d'ailleurs que 6 patientes sur 20 ne posent aucune question. Peurs, timidité ou manque de confiance ?
- Il ressort de mon étude que certains soins techniques se prêtent davantage à se voir associer à des gestes relationnels. En effet, sur les 8 situations dans lesquelles un geste relationnel a pu être « détecté » :
 - **4** ont eu lieu pendant la pose de la péridurale (**soit la moitié**)
 - **3** au moment d'un toucher vaginal
 - **1** au décours d'un accouchement inopiné
 - **Et aucun** lors de l'installation en salle de naissance

Or, afin d'établir un premier contact, serrer la main pourrait paraître idéal pour engager la conversation, permettant un moment d'arrêt, confirmant physiquement sa présence, sa chaleur. Cette prise de contact avec la patiente est cependant rarement observée en salle de naissance.

Les *figures 22 et 23* me permettent de confirmer cette deuxième hypothèse, car peu importe le type de geste relationnel observé (*figure 19*), le type de contact (*figure 20*), ainsi que la zone de contact (*figure 21*) lors de la réalisation du toucher relationnel par la sage-femme, la **majorité des patientes (6/8)**, ont exprimé oralement leur **bien-être** suite à celui-ci. J'ai pour ma part pu observer une **attitude positive de détente dans 5 cas sur 8 (Figure 23)**, ainsi qu'une diminution de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque chez les 5 mêmes patientes.

Une étude réalisée en 2009 par une étudiante sage-femme de Tours (40) auprès de femmes à propos de leur vécu en salle de naissance, va également dans le sens que le toucher relationnel améliore les ressentis lors de l'accouchement.

De plus, trois revues de littérature de la Cochrane Database (49) ont montré **l'impact positif que l'accompagnement par une sage-femme** pouvait avoir sur l'accouchement, prouvant une diminution du taux de recours aux analgésiques, une diminution de la durée du travail, une diminution d'extraction instrumentale par voie basse, une diminution du nombre de césariennes, ainsi qu'un meilleur coefficient d'Apgar. En considérant que le toucher relationnel fait partie intégrante du rôle des sages-femmes dans l'**accompagnement** des parturientes en salle de naissance, **la deuxième hypothèse est bien confirmée.**

- ❖ Hypothèse 3 : les voies de communication non-verbale sont à explorer dans la réalisation de nos gestes techniques ainsi que lorsque nous établissons des rapports tactiles plus relationnels.

Au moment des gestes techniques observés :

- **expressions faciales** : il apparaît sur ma *figure 7* que la moitié des patientes arborent une expression douloureuse, ce qui doit alerter la sage-femme sur sa propre communication non-verbale. Seules **5 sur 20** d'ailleurs présentaient un visage préoccupé, les autres sages-femmes étant souriantes (**7/20**) ou neutres (**8/20**) (*figure 8*)

Le sourire du soignant peut apparaître comme **réconfortant** parfois même contagieux, comme une **porte ouverte pour communiquer.**

- **interactions visuelles** : tout contact s'établit d'abord par le regard. En effet, la qualité du **regard va créer le contact** : selon les circonstances un regard soutenu peut traduire une agressivité ou une attirance ; un regard fuyant peut être un indice de culpabilité ou de crainte ; tandis qu'un regard fixe et des muscles faciaux immobiles traduisent une certaine froideur. **Fixer le regard d'une personne qui nous parle indique l'intérêt qu'on lui porte.**

Pour rappel, mon observation a mis en évidence le fait que les **3/4 des sages-femmes** recherchaient d'emblée le regard de leur patiente au moment de leur geste technique et qu'un **accrochage visuel** se mettait en place pour **12 dyades sur 20**. Il ressort des *figures 9 et 10* qu'une **majorité d'échanges de regards sont neutres ou bienveillants instaurant un climat de confiance** ; ce que confirme la *figure 18* relative à la réponse des patientes au geste technique, puisqu'une sur deux semble être en confiance.

- **interactions vocales : le ton de la voix**, reflétant nos émotions va permettre pour la sage-femme d'accompagner les mots et les gestes. Cependant, les mots peuvent transmettre un message et le ton exprimer le contraire. Plus le ton de notre voix sera en adéquation avec nos paroles et nos gestes, plus la **communication sera authentique**. Le but est d'éviter toute **communication paradoxale** très anxiogène. Globalement les *figures 12 et 13* laissent apparaître une majorité de tons neutres chez la patiente et rassurants chez la sage-femme. Il est à noter que la sage-femme peut avoir à se faire entendre de manière directive dans certains cas (**6/20**), mais que la parturiente s'exprime avec une certaine confiance dans la voix dans **7 cas sur 20**. **L'agressivité (3/20)** semble traduire la colère ou l'angoisse : un message à décoder, qui peut apparaître dès l'instant où la personne ressent une atteinte à son autonomie, à son image ou à sa dignité.
- **interactions posturales** : par son attitude corporelle et ses mouvements, toute personne transmet ce qu'elle ne peut ou ne veut pas dire par des mots. La position de la sage-femme vis-à-vis de la femme détermine une place déterminante dans l'établissement d'une relation d'égal à égal. Une patiente en position assise ou couchée (*figure 15* : **18/20**), en situation de souffrance, peut rapidement sentir un malaise si la sage-femme reste debout (**6/20** dans mon enquête), en position de « domination », représentant une forme de pouvoir et de savoir. Cela peut aboutir à la création d'une certaine dépendance entre les deux. Ce qui ressort de manière très positive sur la *figure 14* est que la position « assise, penchée en avant », typiquement empathique, est majoritaire (**13/20**).

- **interactions proxémistes**, il est évident que la relation de soin exige une proximité que confirme la *figure 16 : 14 fois sur 20*, la sage-femme est dans une distance « personnelle » ou « intime ». Quand au positionnement (*figure 17*) de l'une par rapport à l'autre, il ressort que la position de 3/4 est prépondérante.

Notre corps en présence des autres va se charger de **véhiculer nos émotions** et nos **réactions**. Tout comme nous le serons à leur égard, les parturientes seront donc à l'affût des expressions que peuvent révéler notre regard, notre voix ainsi que nos attitudes d'où l'importance d'en avoir conscience.

❖ **Hypothèse 4 : la sage-femme peut se retrouver confrontée à des résistances multiples en matière de Toucher (les siennes propres, celles de la patiente, celles liées à l'environnement...)**

- À noter qu'une homogénéité a été retrouvée concernant les résultats de mon observation à propos de la réalisation des gestes relationnels, malgré les différentes origines des patientes et des sages-femmes. (*figures 1 et 2*) Le contexte culturel n'a donc pas influé sur l'existence de résistances vis à vis du contact physique.
- L'une des deux sages-femmes observées durant un contexte d'urgence, a réalisé un geste relationnel à l'égard de la parturiente au moment de son accouchement qui fut rapide. Ainsi malgré le stress apparemment occasionné par cette situation, la sage-femme a utilisé ses mains afin de rassurer et calmer la patiente agitée, en souffrance. (*figure 3*)

Mon enquête ne permet pas de valider de façon concrète mon hypothèse concernant les résistances en matière de toucher, néanmoins il semble, au regard de mon travail théorique que celles-ci soient constamment présentes au niveau inconscient.

❖ **Hypothèse 5** : il semble exister une réelle lacune en terme de formation du corps médical quant à la façon d'appréhender et de toucher le corps de l'autre.

De manière générale, notre formation initiale est essentiellement basée sur l'acquisition de connaissances théoriques, techniques et conceptuelles se rapportant à l'anatomie, la physiologie et la psychologie de l'être humain. Mais nous n'abordons pas, ou que de manière très superficielle, les interactions humaines et leurs impacts sur le corps et les soins.

Ceci est confirmé par l'étude de la FFRSP de 2012 (49 et **annexe IV**), qui conclut qu'il n'y a pas de formation suffisante quant à l'accompagnement et à la relation d'aide apportés aux femmes en salle de naissance. Notre formation Française est fondamentalement empirique, contrairement à d'autres pays Européens tels que la Belgique et le Royaume-Uni où la formation des sages-femmes est davantage centrée sur le **soutien émotionnel et le toucher relationnel** (étude qualitative de 2006).

B) Optimisation de la méthode de recherche

La méthode d'observation qu'Esther Bick, une psychanalyste polonaise, a introduit dans la formation à la psychothérapie d'enfants -**l'observation régulière d'un nourrisson dans sa famille**, de la naissance à deux ans- m'a paru particulièrement instructive. (51)

Une fois par semaine, pendant une heure, l'étudiant observateur se rendait dans la famille, et observait le bébé dans son environnement en tentant de pas influencer le cours normal des interactions parents-bébés. Chaque semaine il pouvait discuter avec un psychanalyste et les autres observateurs, de tout ce qu'il avait pu voir, entendre, ressentir et noter. Cette formation est encore contenue dans le cursus psychanalytique dans de nombreux pays aujourd'hui. Les avantages et l'utilité de cette technique d'observation, sont que l'étudiant en retire une notion plus précise et plus vivante du développement de l'enfant et de l'influence du milieu sur son évolution ; mais c'est surtout l'apport enrichissant en ce qui concerne la prise de conscience des rapports humains qui émane de cette procédure. La rencontre fait émerger bien entendu les mouvements contre-transférentiels et leur maniement, dont l'importance est d'apprendre à percevoir, reconnaître et maîtriser les émotions liées à la « mémoire des sentiments » en chacun de nous. Cette attitude de participation discrète, cette écoute attentive, ce comportement calme et mesuré apportent soutien et compréhension à la mère, dans ce moment crucial et parfois difficile de ses premiers contacts avec l'enfant.

Esther BICK conseille aux observateurs de se **laisser surprendre par l'inattendu**, de ne pas observer avec une théorie en tête, même si cela est complexe.

Cette observation scientifique a permis d'approfondir des connaissances, notamment, dans le cadre des psychoses infantiles. Elle permet d'apprendre beaucoup au sujet des motivations conscientes et inconscientes des parents qui retirent également certains bénéfices de cette « *présence observante* ».

Cette procédure a conduit à des applications thérapeutiques dans différents contextes : visites à domicile, observations en crèche ou à l'école, travail dans des institutions spécialisées, accompagnement des familles qui adoptent un enfant. **Pourquoi ne pas l'envisager dans l'observation des relations entre la sage-femme et la patiente en salle de naissance ?**

Au final, l'optimisation d'une méthode de recherche qui se base sur l'observation devrait idéalement comporter :

- ❖ une meilleure **formation** aux sciences humaines et sociales et en particulier à l'observation (application de la Méthode d'Esther BICK)
- ❖ l'utilisation d'outil tel que la **vidéo** afin de filmer la situation à étudier, permettant plusieurs visionnages, par des **observateurs** différents (moins de perte de données)
- ❖ la **définition d'items préalables**, que les observateurs n'auraient plus qu'à cocher durant l'analyse des scènes filmées
- ❖ une **mise en commun** des résultats de chaque observateur, discussion entre eux pour reformulation éventuelle d'un item mal compris : c'est ce qu'on appelle la « **cotation inter juge** ».

II Discussion et propositions

A) Discussion pour une approche plus globale

1) Approche globale du corps

Dans notre société actuelle, le problème est que l'on observe une **mise à distance du corps**. En effet, « *les nouvelles technologies pour communiquer permettent la relation tout en évitant le contact, en occultant le corps, même quand on parle de lui.* » Martine MONTALESCOT (28).

Or le corps des femmes parle : c'est lui qui va nous permettre d'ouvrir les yeux (ceux que nous avons au bout des doigts !), d'éveiller nos mains à la sensibilité de notre toucher. Notre rôle de sage-femme n'est pas de « s'occuper d'un utérus » : il est nécessaire de considérer la femme dans une **approche globale**, à la manière du concept oriental du Yin et du Yang. Celle-ci permet de réintroduire la notion de « corps subtil », à la fois **émotionnel, mental et spirituel**.

Ma démarche durant ce travail aura été d'aller vers cette approche globale de la parturiente, par l'intermédiaire du toucher relationnel afin d'arriver à une véritable **rencontre**.

Nous avons vu qu'il est essentiel d'être dans une vraie présence avec nos patientes, à l'écoute de leurs perceptions et des nôtres, tout en effectuant nos actes techniques. Le toucher est une rencontre entre deux corps et deux êtres qui n'est pas anodine : la relation qui en découle comporte des enjeux que l'on ne mesure pas toujours.

Dès le premier contact, la sage-femme et la patiente instaurent un certain type de relations, en créant un climat de confiance ou de gêne, éprouvant une attirance ou des réticences. Le toucher s'inscrit fortement dans cette première « **prise en main** » et communication du corps en tant que langage à part entière : main caressante ou poignée ferme, main menaçante ou « hospitalière ». Au premier contact tactile, les sensations globales, positives ou négatives, des deux partenaires en communication s'inscriront dans un **échange**.

Dans cette rencontre chacune étant une personne singulière, pétrie par son propre vécu spécifique du toucher, dans son intimité et sa personnalité, peut ressentir alors un panel d'émotions multiples et variées.

Dans notre métier de sage-femme, le toucher occupe une place primordiale dans les soins avec une dimension « obligatoire », car médicale, qui le différencie de la vie ordinaire. Les femmes que nous prenons en charge, du fait de ce moment très spécial qu'est leur grossesse, nous apparaissent tout particulièrement proches de leur corps, comme reconnectées (depuis 9 mois) à leur « **mémoire corporelle** » : notions de **protection, contenance et communication précoce (4-5)**. C'est pourquoi elles sont hypersensibles à tout échange tactile durant cette période et qu'il est doublement utile d'en prendre conscience :

- **techniquement** dans une maîtrise des gestes,
- et **relationnellement** grâce à un tact, une attention extrême.

Ce double mouvement est d'autant plus exigeant au moment de l'accouchement.

2) Approche globale de la patiente en salle de naissance

Lors de ce moment d'exception, pour chaque couple, le toucher relationnel prend toute sa place au sein de l'accompagnement de la femme, particulièrement **vulnérable, fragilisée** voire anxieuse. L'accouchement est véritablement une **épreuve initiatique**, une expérience de transformation surtout dans nos pays modernes, où nos conditions de vie sont modifiées, aseptisées. Le fait d'accoucher est devenu un moment où il y a un effort à produire, où les frustrations peuvent apparaître, ou des sentiments vont s'exprimer. L'accouchement parfait est très valorisé dans notre société actuelle, ajoutant une obligation de **performances** à ce moment déjà souvent déstabilisant (1-9).

Comme le précise Isabelle BRABANT (9) : « *si on place l'accouchement dans le domaine de la réussite, alors bien des femmes sont condamnées à « ne pas réussir », à se sentir disqualifiées, pour ne pas avoir connu l'apothéose du bonheur qu'elles s'étaient promises de vivre.* »

L'accouchement est devenu un vécu intense **d'accomplissement de soi**, un événement unique à vivre pleinement en y donnant du sens. Une double naissance s'opère : celle de son enfant, ainsi que sa propre naissance symbolique en tant que mère, s'inscrivant dans une lignée transgénérationnelle et familiale. Ainsi l'accouchement est-il un moment **d'authentique mutation**, de passage d'un statut à un autre, marqué par un stade de « déséquilibre » inconfortable. Il fait fonction d'étape transitionnelle vers de nouveaux repères et constitue de ce fait une période de tangible vulnérabilité pour la femme qui va donner la vie.

Inquiète pour elle-même et pour son enfant, il est donc essentiel que son accouchement se déroule dans un cadre le plus sécurisant qui soit, rendu le plus **empathique** possible par la sage-femme, afin que la base de cette nouvelle « construction de soi » en tant que mère se fasse dans les meilleures conditions.

La patiente que l'on reçoit en salle de naissance pour accoucher, va se retrouver pour une durée indéterminée, dans un **moment de vie « suspendu »** : bien souvent celle-ci va perdre la notion du temps, et plus globalement ses repères habituels. En effet, les patientes en salle de naissance sont bien souvent dénudées, assises ou couchées, d'une certaine manière en position de faiblesse. Cela peut être vécu de manière humiliante et infantilisante. Par notre toucher relationnel, on pourra ainsi chercher à envelopper la patiente en privilégiant des gestes plus **contenants et plus maternants** (8).

Confrontée à des douleurs physiques plus ou moins supportables, liées aux contractions utérines, la patiente peut être dans l'appréhension de ce qui peut advenir et des soins qu'on va lui « imposer ». D'autre part, la période du travail est un grand moment d'émotion pour le couple, et occasionne chez la femme des bouleversements aussi bien corporels que psychiques car elle est sur le point de découvrir son enfant (10).

Les soins relationnels signifient soigner par la tendresse.

Conscients que « *nous sommes des êtres d'émotion avant que de raison* », comme le dit Monique ZAMBON (51), la relation soignant-soigné passe nécessairement par une **dimension affective**.

C'est au regard de cette vision globale de la femme en salle de naissance, qu'il est utile de « *s'ouvrir à cette science majuscule qu'est le toucher relationnel, complémentaire et indispensable au soin médical* » Martine MONTALESCOT (28), apparaissant comme un palliatif éventuel à une situation nouvellement stressante.

3) Approche globale du stress

Le moment de l'accouchement est pourvoyeur de **stress**, que l'attitude empathique de la sage-femme peut atténuer. Même sans expression orale, la tension de la femme est perçue au travers de son **langage corporel**. On a pu constater que ce mécanisme naturel de stress (réponse normale face à un danger) est néfaste pour la patiente et l'avancée de son travail. En effet le stress stimule la sécrétion d'**adrénaline** qui agit comme un **antagoniste de l'ocytocine**, entraînant ainsi un ralentissement du travail.

Pour toutes ces raisons, le contact physique est un **outil empathique** qui offre des avantages médicaux tangibles dans la prise en charge de la parturiente, car comme nous l'avons vu, le toucher relationnel rassure, calme, et apaise lors de cette étape éminemment « corporelle » de l'accouchement (40).

Ce n'est d'ailleurs pas parce que nos patientes ont recours à **l'analgésie péridurale** que la nécessité d'un accompagnement tactile doit être remise en cause. En effet **l'atténuation des douleurs ne fait pas s'évanouir le stress**. Donner la main guide et restaure en reconnaissant physiquement la difficulté émotionnelle et corporelle de l'autre. Il permet une ouverture à une rencontre, à une possibilité concrète d'un fardeau partagé. Toucher l'autre est un moment réparateur, une ouverture vers la réappropriation de son corps, de son image déformée pendant neuf mois. D'autant que cette gestation peut apparaître aux yeux de la femme comme une période au cours de laquelle on s'attarde davantage sur l'évolution du bébé qu'elle porte, plutôt que sur son propre bien-être (5).

L'accompagnement chaleureux, relationnel de la parturiente apparaît ainsi comme une nécessité, impliquant une (re)définition de la place de la sage-femme en salle de naissance aujourd'hui.

4) Approche globale de la place de la sage-femme

Selon le code de déontologie, toute sage-femme doit faire preuve de **dévouement** à l'égard de ses patientes. Le statut des sages-femmes a beaucoup évolué. Aujourd'hui la profession de sage-femme est reconnue comme une **profession médicale** à part entière. Grâce aux considérables progrès techniques, sociaux et médicaux, notre métier évolue vers toujours plus de **spécialisation et de technicité**. Il nécessite ainsi beaucoup de connaissances théoriques et pratiques, et engage une grande responsabilité, au vu des compétences toujours plus larges qu'on lui accorde.

Néanmoins, la sage-femme doit être constamment à l'écoute des besoins de sa patiente, préserver sa dignité et autant que possible son autonomie : car son rôle est à la fois **médical et relationnel**.

La sage-femme, en soutenant ce moment de transformation, offre ainsi à la femme et son compagnon la possibilité d'entrer sereinement dans leur **nouvelle identité de parents**. L'accompagnement empathique s'avère être un élément primordial durant l'accouchement où les qualités humaines de la sage-femme parviendront à établir avec la parturiente une relation de confiance, cela grâce à une implication authentique et chaleureuse incluant beaucoup de tact et de discernement. Il sera important dans cette approche de **ne pas exclure le père**, voire de le faire participer.

La sage-femme a un devoir d'humilité car c'est la parturiente qui sait le mieux ce qui est bon pour elle. « *Le toucher ne s'impose pas, il se propose.* » (46)

Le toucher relationnel présente un grand intérêt grâce aux multiples facettes positives précédemment décrites qui suscitent un désir de le promouvoir, d'en faire une partie intégrante des outils de la sage-femme. C'est un élément à valoriser auprès des sages-femmes, ainsi que des étudiants sages-femmes, afin de les sensibiliser à cette possibilité d'améliorer le vécu de la femme sur le point d'accoucher.

B) Propositions

1) Vers une valorisation ...

En introduisant le toucher relationnel dans la formation des étudiants sages-femmes par un module de **sensibilisation** par exemple, il serait possible de développer une approche corporelle des patientes, au sein de groupes de travail. Cela permettrait de les ouvrir à la découverte d'un apprentissage réciproque d'expériences corporelles : sous forme d'ateliers de massage thérapeutique, éducation au « toucher enveloppant », Shiatsu, réflexologie...

Ces partages au sein d'une équipe médicale ou d'un groupe d'étudiants mettraient en évidence des notions essentielles, comme « *prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres* » (14), soulignant l'importance de la **réciprocité**.

Associés de plus à des concepts théoriques, ces ateliers apporteraient des occasions de visualiser concrètement les multiples nuances du toucher et d'appriivoiser personnellement cette notion de rencontre corporelle, en vivant l'expérience physique **de ce qui se passe au bout de nos doigts**.

Ces échanges les amèneraient à explorer également leurs capacités à **recevoir**, tout aussi essentielles que celle de **donner**. Car le toucher est un véritable réservoir de données et d'informations.

Ce genre de formation est d'ailleurs fréquemment proposée au personnel de santé travaillant dans les services de **soins palliatifs** ou avec des personnes âgées, lieu où le bien-être des patients est au centre de toute considération et où le toucher semble idéalement : « *ce qui reste à faire lorsqu'on ne peut plus rien entreprendre* » Christiane JOMAIN (45).

Or, ce type **d'éducation** au mieux-être de l'autre a incontestablement sa place en maternité pour venir soulager les femmes enceintes, et mères en devenir.

Ce serait pour nos patientes un réel avantage, une confirmation positive de leur état d'être, une réponse à leur désir sans doute. Même si on peut remarquer que certaines femmes sont plus réticentes que d'autres, le soutien apporté par une main secourable est visiblement gratifiant et le plus souvent bien accepté.

2)...Pas une généralisation

La liberté de choix quant au toucher relationnel reste évidemment de rigueur, et aucune généralisation ne peut être envisagée, au risque de faire « plus de mal que de bien ». Néanmoins, lorsque l'intention est positive et respectueuse, adaptée et juste, il semble qu'elle soit le plus souvent bien accueillie et qu'elle ait des répercussions bénéfiques à plus long terme : souvenirs agréables, ancrages corporels positifs.

Face à la haute technicité exigée en obstétrique actuellement, la pression est forte et accentue une distance entre la sage-femme et la parturiente. La naissance est de plus en plus standardisée, les accouchements instrumentalisés en faveur d'une meilleure sécurité pour la mère et son enfant (obligation de « risque zéro ») tendant à briser un lien relationnel humain. Or, **on ne peut opposer soins et toucher relationnel**, qui est une véritable valeur ajoutée, un mode de communication à l'intérieur du soin. C'est un atout auquel il faut avoir recours en « connaissance de cause », d'où sa difficulté **d'utilisation à bon escient**, et la réticence qu'il peut provoquer : un malaise, reflet des débats actuels qui touchent l'obstétrique moderne et qui trouve petit à petit des solutions dans d'autres pays industrialisés tel que les Pays-Bas (1). En effet, il serait intéressant de s'inspirer de la pratique des sages-femmes Néerlandaises qui, grâce à une proximité physique et émotionnelle semblent deviner la femme dont le corps parle de lui-même pour qui sait le déchiffrer avec intuition.

Le toucher juste n'est pas une technique mais un appui, un complément qui permet de développer un autre état d'esprit : *« cette façon de travailler peut s'appliquer dans tous les services ; c'est avant tout une philosophie de soins qui se développe en rapport avec nos valeurs professionnelles et éthiques, dans le plus grand respect de soi et de l'autre, dans le savoir-faire et le savoir-être. » (47)*

Pour terminer je souhaite insister sur le fait qu'il existe de nombreux ouvrages concernant le toucher-massage (rédigés bien souvent par des kinésithérapeutes), d'autres, traitant du toucher en service de gériatrie (infirmiers), mais très rares sont ceux qui concernent le toucher à proprement parler dans la profession de sage-femme. Il m'a été fréquent d'entendre que masser une patiente ne faisait pas partie de nos compétences et que, même si c'était le cas, le temps manquait aux soignants pour se livrer à de telles pratiques. Or, pense que la valeur intrinsèque du toucher le rend **accessible à tous** et qu'il est possible de se réapproprier son temps, en fonction des priorités que l'on se donne.

Trop souvent les gestes qui sont de l'ordre du relationnel, le « caring », les massages, sont dévalorisés au profit des soins techniques, alors qu'ils peuvent en faciliter la réussite. Mais bien que fort appréciables pour la patiente à tout point de vue, ce type de soins n'est pas quantifiable, évaluable. Pourtant, à mes yeux, le toucher relationnel fait réellement partie du rôle propre de la sage-femme.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, j'ai voulu mettre en évidence la dimension essentielle du **Toucher** dans la **relation humaine** et, en tant que future sage-femme, dans la **relation de soins**, notamment **en salle de naissance**. Le toucher est un moyen de sentir, de découvrir et d'apprendre tout au long de notre vie en créant des liens. Pure **nourriture affective**, il est également **l'allié de la tendresse**.

Dans les interactions sage-femme/patiente, il prend une part non négligeable dans les actes techniques, dont on ne mesure pas toujours les enjeux.

« La sage-femme parle le langage des mains. Ces mains sont de véritables outils de communication, de diagnostic mais aussi de réconfort et de soulagement pour la femme qui accouche. » C. TREBOS (40)

Le toucher implique à la fois le respect de la physiologie mais surtout le **respect de la personne dans sa globalité**. Il engage un rapport **d'intimité de la relation** à autrui, pouvant permettre un **mieux-être dans un moment de vie essentiel**. Toucher de manière juste et adaptée nécessite une écoute attentive et une compréhension profonde.

Ma démarche de recherche a tenté de mettre en évidence le fait que malgré ses bienfaits incontestables, la place du toucher dans l'accompagnement des parturientes en salle de naissance tendait à disparaître, voire à être supplantée par la technique, alors qu'il devrait l'accompagner. En ce sens, il devrait être enseigné durant la formation initiale et faire l'objet de formations continues.

Sylvie DEROUET, infirmière en psychiatrie et « formatrice en toucher relationnel », conseille **aux pères** de masser le ventre de leur femme pendant la grossesse afin de créer avant même la naissance du bébé un **lien d'attachement, fondateur du MOI**.

Il a été démontré que des carences affectives précoces, en particulier par manque de contact avec le nouveau-né, sont à l'origine de pathologies multiples psychiques, somatiques et comportementales.

La sage-femme pourrait alors agir comme un **médiateur** offrant un modèle de Toucher relationnel que la jeune mère pourra reproduire avec son enfant.

« Le toucher est le premier sens à se développer, le dernier à s'éteindre. »

Sylvie DEROUET (46)

BIBLIOGRAPHIE

❖ Ouvrages :

0. Larousse de poche, *Dictionnaire de la langue Française et de la culture essentielle*, Paris, Éd. 2004, 1009 p.
1. AKRICH M., PASVEER B., *Comment la naissance vient aux femmes ? Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Marsat, Collection Les Empêcheurs de penser rond, Ed. Synthélabo, 1996, 194 p.
2. ALLARD C., MARTIN A., *Le toucher de la sage-femme en période prénatale, un traitement manuel pour certaines douleurs de la femme enceinte*, in les Dossiers de l'Obstétrique n°394, Juin 2010, p. 3-9.
3. ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, Paris, Éd. Dunod, 1985, 276 p.
4. ANZIEU D., *Une peau pour les pensées*, Paris, Éd. Dunod, 1986, 187 p.
5. BIRMAN C., *Au monde, ce qu'accompagner veut dire. Une sage-femme raconte...*, Éd. La Martinière 2004, 350 p.
6. BIRMAN C., *Doula ou pas doula, le point de vue d'une sage-femme*, In les Dossiers de l'Obstétrique, n°357, Février 2007, p. 2-4.
7. BLANCHON C., *Le toucher relationnel au cœur des soins*, Elsevier, 2006, 123 p.
8. BONNETON-TABARIÉS F., LAMBERT-LIBERT A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Med-line, 2009, 153 p.
9. BRABANT I., *Accoucher c'est prendre le risque d'être transformée*, in Au cœur de la naissance, Québec Canada, Ed. du Remue-Ménage, 2004, 442 p.
10. BYDLOWSKI M., *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Vendôme, Éditions Presses Universitaires de France, 1998, 192 pages, p. 28, p. 92
11. DESCAMPS M-A., *Le langage du corps et la communication corporelle*, collection psychologie d'aujourd'hui, Vendôme, Éditions Presses Universitaires de France, 1989, 234 pages, p.52-56, p.63, p. 71, p.138, p. 140.
12. DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1992, 375 p.
13. DUROUX M., *L'interdit du toucher*, in L'aide-soignante n°3, Mars 1998, p. 18-19.
14. FARHAT M., *Prendre soin de soi*, in revue Soins n°634, Avril 1999, p. 8-16.
15. FIELD T., *Les bienfaits du toucher*, traduit par F. BOUILLOT, Paris, Payot/Rivages, 2006, 220 p.

16. GELIS J., *De la matrone à la sage-femme et à l'accoucheur ou les mutations de l'accouchement*, in L'heureux événement : une histoire de l'accouchement, Exposition, Paris, 7 Avril-16 Juillet 1995, Musée de l'Assistante Publique-Hôpitaux de Paris, 180 p.
17. HALL T. E., *La dimension cachée*, traduit par Amélie PETITA, Seuil, 1971, 244 p.
18. HIÉRONIMUS C., *Le toucher, un art de la relation*, Le Souffle d'Or, 2011, 97 p.
19. HUMBERT I., *La femme, la mère, la sage-femme, intégration des repères sensoriels de l'allaitement maternel, en maternité chez les femmes primo-allaitantes*, mémoire étudiante sage-femme, Metz, 2011.
20. KNIBIEHLER Y., *Femmes, sages-femmes, et médecins depuis le milieu du XXème siècle*, Mayenne, Ed. ENSP, Mai 2007.
21. LAMBERT V., *La relation soignant-soigné et le toucher-massage, La main : le lien à l'autre*, in L'aide-soignante n°10, Novembre 1997, p. 13-18.
22. MALAQUIN-PAVAU E., *Soin, approche corporelle et toucher-massage*, in Soins Gériatrie, n° 27, Janvier-Février 2001, p. 20-22.
23. MARTIN-BRAUD T., *Le toucher geste technique ou qualité soignante ?* in revue Soins, n°262, Janvier-Février 2002, 64 p.
24. MARQUETTE, PRADAL, VILLENAVE, *Le temps de la naissance*, in les Dossiers de l'Obstétrique, n°354, Mars 2006, p. 25-26.
25. MESSINGER J., *Ces gestes qui manipulent ces mots qui influencent*, Éd. France Loisirs, 2006, 470 p.
26. MIMOUN S., *Des maux pour le dire*, Ed. J'ai Lu, Paris 1990, 274 p.
27. MONTAGU A., *La peau et le toucher, un premier langage*, Éd. Paris le Seuil, 1979, 220 p.
28. MONTALESCOT M., *Le toucher relationnel*, Éd. Dangles, 1999, 152 p.
29. MONTAZEAU O., *Pour les femmes quel choix autour de la naissance ?* In les Dossiers de l'Obstétrique, n°289, Décembre 2000, p 29-33.
30. NECTOUX-LANNEBERE M., *Le toucher au cœur des soins...ou aspect éthique de la relation de corps à corps*, revue de l'infirmière n°13, 1995.
31. PRAHIN J-J., *Émotions de soignant, émotions de soigné*, Soins n°634, Avril 1999, p. 8-16.
32. PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., *Le toucher apprivoisé*, Éd. Lamarre, 2009, 213 p.

33. SAGNARD L., *Jeux de mains Jeux de câlins*, mémoire étudiante sage-femme, Metz, 1992.
34. SANTONI D., *Bain caresse, bain tendresse, les échanges tactiles, reflet de la qualité de la relation mère-enfant*, mémoire étudiante sage-femme, Metz, 2001.
35. S.F.A.P. (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs), *Le toucher au cœur des soins*, guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers, version longue, rapport Décembre 2007, 16 p.
36. SPITZ R., *De la naissance à la parole, la première année de la vie*, Éd. P.U.F, 1997.
37. STERN D., *Mère-enfant : les premières relations*, Pierre Mardoga, 1977.
38. TAILLENS F., *Le corps au cœur de la relation soignante*, in Soins Infirmiers, n°12, 2000, p58-62.
39. THAYER S., *Le langage du toucher*, in Psychologie n° 74, 1990, p.75.
40. TREBOS C., *Le toucher relationnel en salle de naissance, le vécu des femmes*, mémoire étudiante sage-femme, Tours, 2009.
41. VELDMAN F., *La science de l'affectivité : redécouvrir l'humain*, Éd. PUF, 2007, 586 p.
42. VINIT F., *Le toucher qui guérit, du soin à la communication*, Éd. Belin, 2007, 182p.
43. WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, 1975, 212 p.
44. BOWLBY J., *L'attachement- Tome I*, Éd. PUF, 1978, 494 p.

❖ **Sources internet :**

45. www.maieusthesie.com/nouveautes/article/aide.htm. (Dernière consultation le 16/01/13)
46. www.sfap.org (Dernière consultation le 28/02/13)
47. www.igm-formation.net/ (Dernière consultation le 10/12/12)
48. www.persee.fr (Dernière consultation le 26/02/13)
49. www.ffrsp.fr (Dernière consultation le 28/02/13)
50. www.medicformation.fr (Dernière consultation 28/02/13)
51. www.cairn.info/revue-devenir-2005-1-page-55.htm (Dernière consultation le 01/03/13)

❖ **Outils pédagogiques divers :**

- Formation au « *Toucher relationnel dans la profession de sage-femme* » animée par Madame Agnès SNITER, 2 jours, à l'école de sages-femmes de Metz.
- Congrès de sexologie, SPEESE, deux demi-journées : « *Toucher et relation thérapeutique* » à la faculté de psychologie de l'Université du Sauley à Metz.

ANNEXES

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

GESTES TECHNIQUES

- 1) Gestes techniques en salle de naissance, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- 2) Selon vous, quels impacts éventuels peuvent avoir ces gestes techniques sur la patiente ?
- 3) Comment, en tant que sage-femme pouvez-vous évaluer ces impacts ?
- 4) Que pouvez-vous mettre en place en réaction à ces impacts (positifs ou négatifs) ?

GESTES RELATIONNELS

- 1) Gestes relationnels en salle de naissance, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- 2) Selon vous quels impacts éventuels ces gestes relationnels peuvent avoir sur la patiente ?
- 3) Comment, en tant que sage-femme pouvez-vous évaluer ces impacts ?
- 4) Que pouvez-vous mettre en place, en réaction à ces impacts (positifs ou négatifs) ?

GRILLE D'OBSERVATION

1) L'ENTRÉE EN RELATION

-Paramètres :...

-Couleur des téguments :

-Sudation :

-Origines de la patiente :

-Origines de la SF ou ESF :

-Le temps de l'observation :

Contexte d'urgence

Installation en SDN Pose de l'APD TV, amniotomie, sondage Autre

-Interactions TACTILES

Fréquence des contacts :

Réservés aux soins Neutre Échanges multiples

• Manipulations par la SF dans le cadre d'un soin (geste technique) :

-Réalisation du geste TECHNIQUE par la SF :

Type de contact :

Mécanique Neutre Contenant/réconfortant

Brusque, directif Neutre Doux

-Expression faciale :

SF : Préoccupée Neutre Souriante

Patiente : Dououreuse Neutre Souriante

-Interactions VISUELLES :

La SF ne recherche pas d'emblée le regard de la patiente

Regard de la SF : Fuyant Soucieux Neutre Bienveillant

Regard de la patiente : Fuyant Angoissé Neutre Confiant

Accrochage visuel se met en place

-Interactions VOCALES

Explications associées au geste technique : Oui Non

Questions posées par la patiente : Pas Peu sollicite vivement la SF

Ton de la voix - de la SF : Très directif Neutre Rassurant

- de la patiente : Agressif Neutre Confiant

-Interactions POSTURALES

Position de la SF : Debout Assise Penchée en avant Autre
 Neutre
 Penchée en arrière

Position de la patiente : Assise Allongée DLG/DLD Autre (position d'accouchement...)

-Interactions PROXEMISTES (distance SF/patiente)

Loin Proche Intime

Face à face De $\frac{3}{4}$ Autre

• Geste relationnel

-Réalisation d'un geste RELATIONNEL accompagnant le soin : Oui Non

Type de contact :

Main posée Caresse Massage Aide au repositionnement Autre

Ferme/contenant Neutre Hésitant

Zone de contact :

Main, bras Épaule Visage Jambe Ventre Dos
Autre

2) L'ACCORDAGE : Ajustement tonique et postural

-Réalisation du geste TECHNIQUE par la SF :

D'emblée Après explications En accord avec la patiente

-Participation active de la patiente : Oui Non

-Réponse de la patiente (semble être) :

Douloureuse Surprise Neutre Confiante

-Comportement de la SF en réponse à la réaction de la patiente :

Inchangé Réadapté

-Réalisation du geste RELATIONNEL :

D'emblée En accord avec la patiente ABSENT

-Réponse de la patiente :

- Verbale : Exprime oralement son bien-être : Oui Non
 Ou mal-être : Oui Non

- Non verbale : semble être :

Gênée Détendue Neutre Confiante

- Paramètres : ...

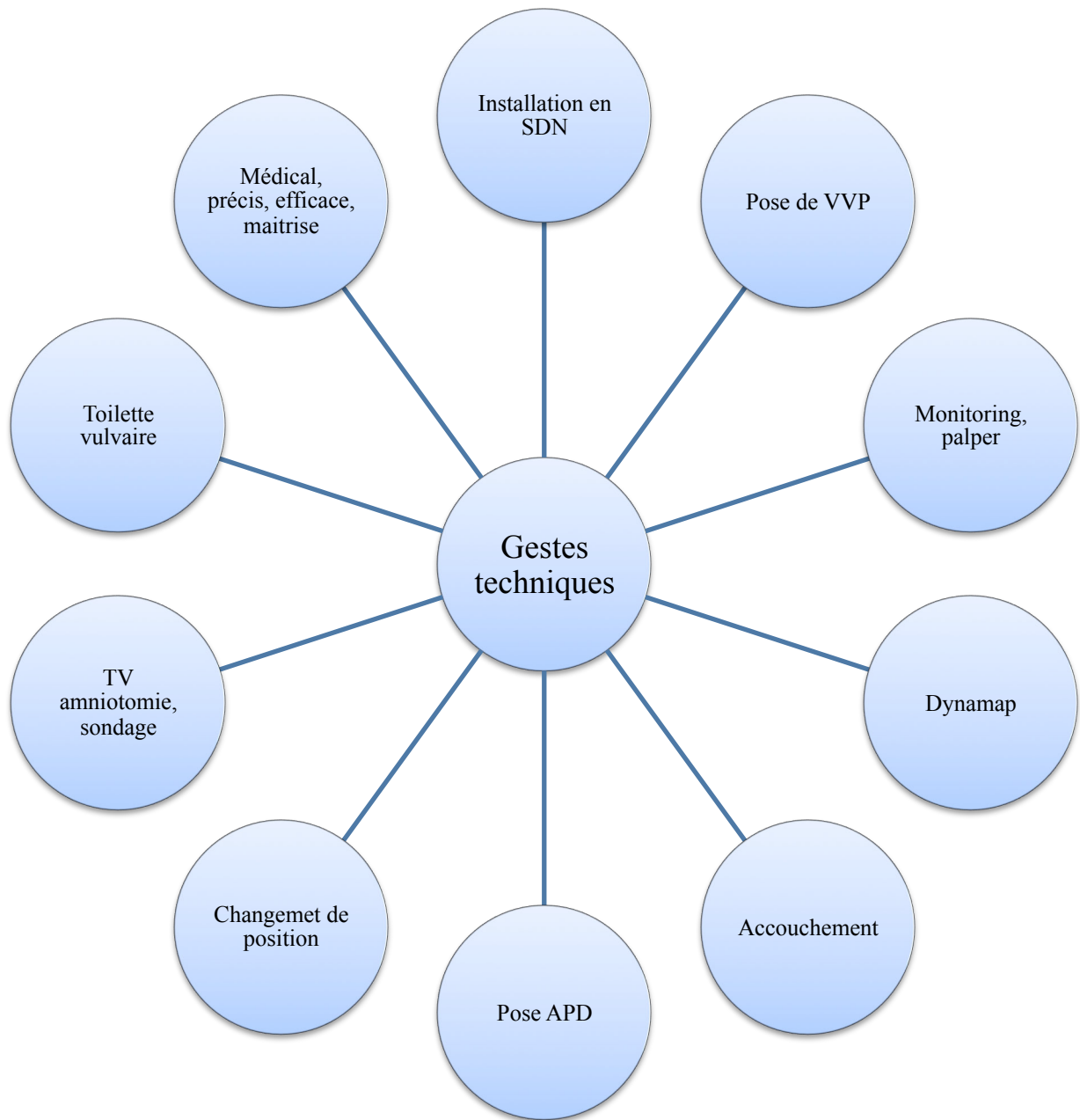
-Couleur des téguments :

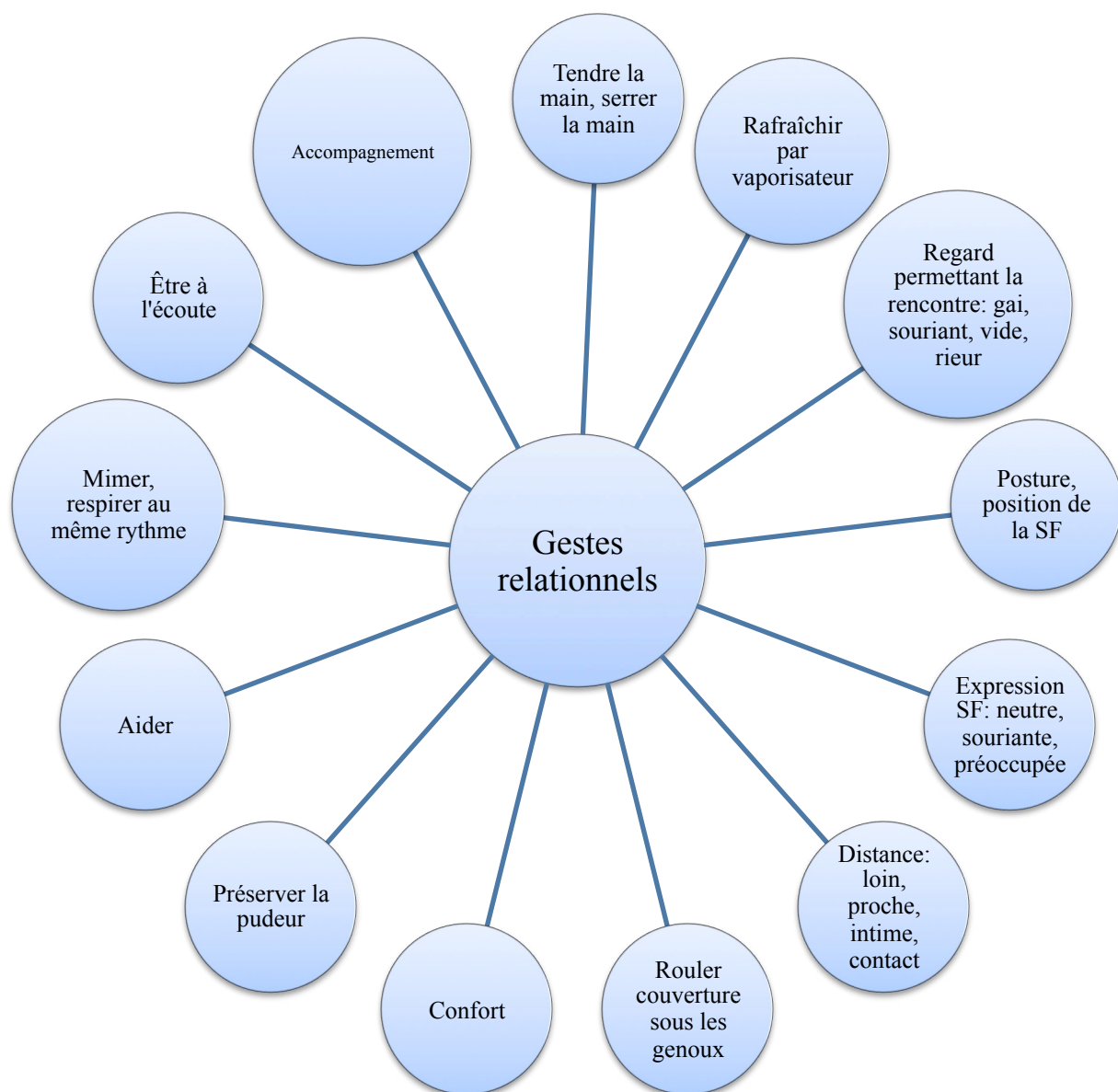
-Sudation :

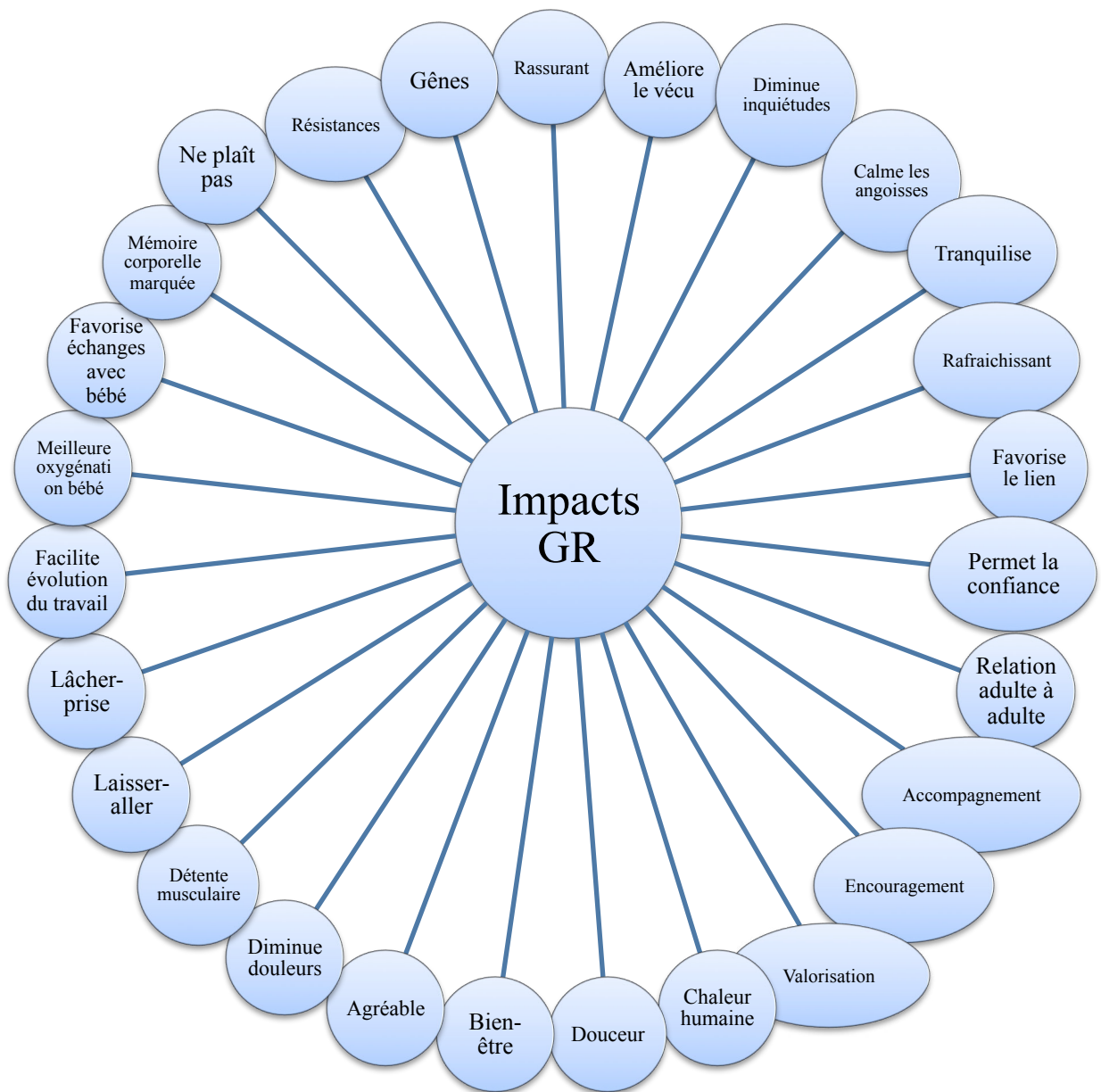
-Comportement de la SF en réponse à la réaction de la patiente :

Inchangé Réadapté

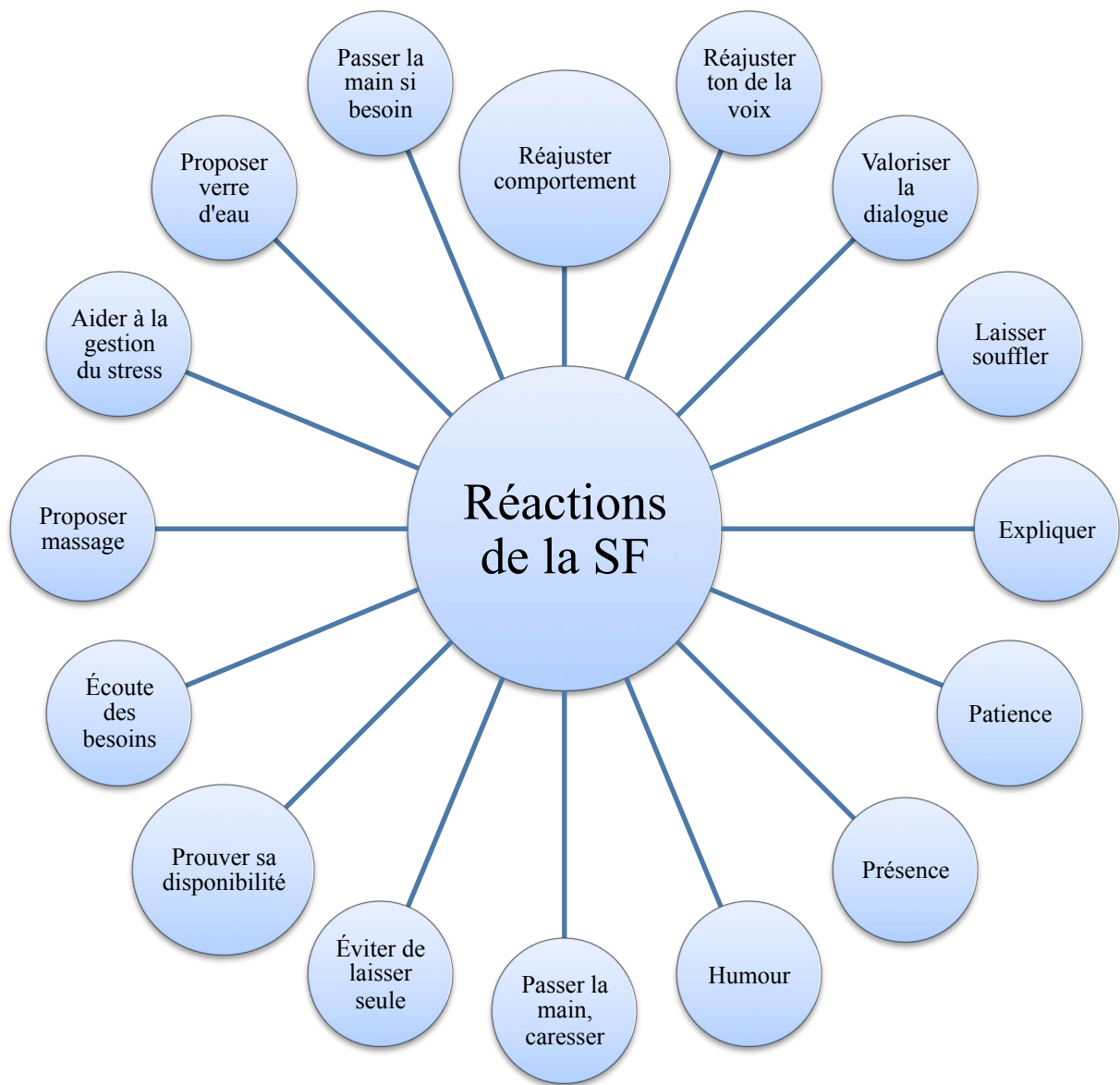
REMARQUES ÉVENTUELLES : ...











**Perception de leur rôle dans
L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ET DES
COUPLES EN SALLE DE NAISSANCE**

**Enquête qualitative auprès des
SAGES FEMMES DU RESEAU DE PERINATALITE
DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

FFRSP – 3 avril 2012 - PARIS

Reseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale
F. Bertschy sage femme coordinatrice coordinatrice.rpbo@wanadoo.fr

Illustrations tirées de : Sylvain-MOIZIE, L'étirement du plexus brachial, Ed. Guy Delcourt 2009

FORMATION : accompagner l'accouchement par le toucher relationnel

Durée de formation : 3 jours

Tarif : 690 €

Préambule

La gestion de la douleur de l'accouchement est au centre des préoccupations des femmes enceintes en fin de grossesse. Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose, entre autres, sur ces axes :

- la formation renforcée des professionnels de santé,
- une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

Ainsi ce plan invite-t-il à « *améliorer les modalités [...] d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité* » et à « *développer les traitements physiques et les méthodes psycho-corporelles* ». Le toucher relationnel, s'apparentant au massage dit 'de confort', entre dans ces traitements anti-douleur.

Le toucher est à la base de la communication non verbale. Il dit sans mot. Le toucher peut faire passer la bienveillance, la sécurité, le bien être ou son contraire.

Qui sommes-nous quand nous touchons ? On ne peut toucher sans être touché. Toucher, c'est entrer en relation. Nous pouvons donner, recevoir, accueillir, être accueilli. Et nous pouvons aussi nous couper de tout ressenti pour ne pas donner à voir, pour nous protéger. Que devient alors la relation ?

Comment le toucher relationnel peut-il devenir outil de soin pour la sage-femme en salle de naissance ? Comment faire avec le temps qui manque dans les services de salle de naissance ? Le père devient un acteur privilégié, comment le soutenir ?

Le rôle de la sage-femme devient alors essentiel pour rassurer, être le garant du devenir mère

et pour contenir, mobiliser la relation père-mère-bébé dans le raz de marée des contractions utérines.

Objectifs :

- Etre en capacité d'accompagner une femme qui accouche avec ou sans péridurale (par choix ou non) avec des outils tels le toucher, les postures, la qualité environnementale...
- S'entraîner au toucher comme anti douleur en salle d'accouchement
- S'entraîner au mouvement comme anti douleur en salle d'accouchement
- Ouvrir son champ de conscience sur le raz de marée psychique de la Maternité
- Comprendre l'importance du non verbal et du toucher relationnel dans la gestion de la peur et de la douleur
- Prendre conscience pour le professionnel de son implication propre dans la qualité d'un environnement propice à la physiologie
- Se positionner dans les champs du savoir faire et du savoir être
- Apprendre à faire alliance avec le père en lui transmettant les outils d'un accompagnement construit.

Orientations nationales :

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Amélioration de la prise en charge des patients

Amélioration de la relation soignant/soigné

Ce mémoire s'interroge sur le **toucher relationnel en salle de naissance**, visant dans un premier temps à exposer toutes les notions corporelles concernant ce **sens primordial** et notamment dans son impact relationnel. Ensuite, ce travail développe une observation du toucher et de ses connotations thérapeutiques en salle de naissance. Finalement, il relate ses conclusions, tenant compte avec humilité des aspects subjectifs de l'observation et de la complexité du sujet, mêlant **personnalité, psychologie** et **technicité**. L'objectif concret est de sensibiliser la profession à cet outil aussi utile que bienfaisant lors du **moment d'exception qu'est l'accouchement**, et d'une relation humaine qu'est l'accompagnement de la naissance d'un nouvel être au sein d'une famille.