

Le toucher relationnel au cœur des soins

Le toucher relationnel au cœur des soins

Carine Blanchon



ELSEVIER

Carine Blanchon
Infirmière diplômée d'État
Foyer d'accueil médicalisé Myosotis
7, rue de l'Ermitage, 91410 Dourdan

Le toucher relationnel au cœur des soins

Responsable éditoriale : Marie-José Rouquette
Éditeur : Mathieu Gousse
Chef de projet : Muriel Chabert
Conception graphique et maquette de couverture : Véronique Lentaigne

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés
23, rue Linois, 75724 Paris cedex 15
<http://france.elsevier.com>

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1er juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Imprimé en Italie par Printer Trento, 38100 Trento
Dépôt légal : Juin 2006

ISBN : 2-84299-768-9

Ce livre est dédié à Nathan qui,
après chaque bain, venait me rejoindre
avec l'huile de massage en me disant :
« Un tit massage, maman, te plaît ».

Remerciements

Un grand merci à mon mari et à mes enfants, qui ont participé activement à l'élaboration de ce livre.


Un remerciement particulier à Alain Ramé, sans qui ce travail serait resté dans un placard.

Une pensée profonde pour toutes les personnes malades que j'ai rencontrées au cours de ma carrière, qui m'ont tant appris et qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui en tant qu'infirmière.

Beaucoup de reconnaissance pour les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce livre, et sans qui il ne serait pas publié.

Note pour le lecteur

Les mots indiqués en bleu au cours du texte renvoient au lexique, page 15.

Le symbole  qui suit certains noms propres renvoie à la bibliographie, page 123.

Avant-propos

Si les besoins pouvaient parler,
Ils diraient
À celui qui les porte
« Ne me jette pas dans les bras
De n'importe qui,
Respecte-moi,
Écoute-moi avant. »
Jacques Salomé

Il existe de nombreux ouvrages traitant du massage, du toucher massage. Beaucoup sont rédigés par des kinésithérapeutes, des spécialistes du massage.

Je ne veux pas parler dans cet ouvrage du massage médical réservé aux kinésithérapeutes, mais bien du toucher relationnel que les soignants peuvent mettre en pratique tous les jours au cours d'un soin ou lors d'un moment d'échange privilégié avec le patient.

Les infirmières, les aides-soignantes au cœur des soins, au corps à corps avec les malades, ne s'autorisent que rarement la pratique du toucher massage, car il est usuel de dire que cela dépasse leurs compétences.

Qui, plus que cette catégorie de professionnels, se trouve quotidiennement au corps à corps avec les personnes hospitalisées, que ce soient des adultes, des enfants ou des personnes âgées ?

Certains étudiants disent fréquemment qu'il n'est pas possible dans les services de prendre le temps de masser un patient et que, de toute façon, cela ne relève pas de leurs compétences.

Or, chaque soin amène les infirmières, les aides-soignantes à toucher l'autre et donc à être touchées.

Les infirmières ont un **rôle propre**, qui leur permet de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour l'entretien et la continuité de la vie.

Les soins relevant de ce rôle propre et définissant la spécificité et le savoir de l'infirmière sont dévalorisés, ignorés au profit des soins techniques, alors qu'ils conditionnent la réussite des autres soins.

Ces soins ne sont pas quantifiés, évalués...

Actuellement, on juge la qualité infirmière par rapport à une collection de résultats. Il est dommage de constater que l'ensemble des soins infirmiers effectués au quotidien ne sont pas retenus comme étant nécessaires car ils ne répondent pas à des complications.

Les soins relevant du rôle propre sont le support d'une construction, d'un accompagnement de projet de vie pour la personne malade. Ils ne peuvent pas être dissociés des soins techniques et, bien associés, ils peuvent même permettre une diminution du temps d'hospitalisation.

Le toucher relationnel fait partie de ces soins relevant de notre rôle propre infirmier.

Chaque infirmière a le devoir de connaître parfaitement le décret de compétence du 29 juillet 2004 qui abroge celui du 11 février 2002. Ce nouveau décret réaffirme le rôle central de l'infirmière dans le cadre d'une prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire, ainsi que les nombreux actes et soins relevant de son rôle propre.

L'objectif de cet ouvrage est de partager avec les professionnels et futurs professionnels mon expérience d'infirmière pour laquelle je mets tous les jours en pratique des techniques simples de toucher, de relaxation, associées à la **relation d'aide**.

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.

Lexique

CARING : Fait de faciliter, de soutenir en respectant les valeurs, croyances, mode de vie et culture des personnes.

CONGRUENT : Se dit de deux parties articulées ou en contact, parfaitement adaptées l'une à l'autre.

CULTURE* : Ensemble des connaissances acquises par un individu, qui enrichissent son esprit et contribuent à la formation de sa personnalité.

ESSENCE* : Ce qui constitue la nature même d'un être ou d'une chose. Ce qui constitue la nature fondamentale d'un être, d'une chose, par opposition à accident, qui est une modification superficielle ou momentanée. Ensemble des caractères qui définissent un être ou une chose spécialement, caractère ou attribut sans lequel un être ou un objet ne serait pas ce qu'il est.

ETHNIE* : Groupe humain, important ou non, dont l'unité repose principalement sur la communauté de langue et de culture.

ÊTRE* : Ce qui est vivant et animé, qui est doué d'une existence et d'une essence : l'être humain.

ÊTRE HUMAIN* : Le plus dévoué des êtres vivants, appartenant à la classe des mammifères, à l'ordre des primates, à la famille des hominidés, au genre Homo et à l'espèce Homo sapiens. L'homme est doué de conscience, d'intelligence.

HOLISTIQUE : Qui concerne une approche globale du patient.

MALADIE D'ALZHEIMER** : Perte irréversible des fonctions supérieures, de cause inconnue, d'évolution insidieuse et progressive, se traduisant au début par de simples troubles mnésiques pour évoluer vers une démence présénile.

* Définitions issues du *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Bordas ; 1994.

** Définition issue du *Dictionnaire médical à l'usage des infirmières*. Paris : Lamarre Éditions (2^e édition) ; 2005.

PERSONNE* : Individu, être humain de l'un ou l'autre sexe. Être humain considéré dans sa réalité, son aspect physique. Être humain ou être moral auquel est reconnue une existence juridique.

PERSONNALITÉ* : Ensemble de traits de caractère dont l'organisation constitue l'individualité consciente et volontaire.

RELATION D'AIDE : Ensemble de capacités (respect, écoute attentive, congruence, empathie) que l'aidant doit posséder pour apporter une aide à une personne. La relation d'aide permet à l'infirmière d'offrir à son patient et sans les lui imposer, des moyens complémentaires lui permettant de découvrir ou de reconnaître ses ressources personnelles, qu'il utilisera à sa façon dans un processus de résolution de problème.

« Si tu rencontres un homme qui à faim, ne lui donne pas un poisson, mais apprends-lui à pêcher. » Confucius

RELAXATION : Méthode qui sert à favoriser le relâchement physique, psychologique et physiologique du patient. Cet état de relaxation thérapeutique s'obtient par l'apprentissage actif et régulier d'une méthode de relaxation.

RÔLE PROPRE INFIRMIER : Fonction de l'infirmière qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Elle assume la responsabilité. Les actes relevant du rôle propre sont les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie qui visent à compenser en totalité ou partiellement un manque ou une diminution de l'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Les actes infirmiers relevant du rôle propre sont issus d'une démarche scientifique, d'une méthodologie de résolution de problème, appelée démarche de soins infirmiers.

VALEURS* : Ensemble des principes, des idéaux, auxquels se réfère une société donnée, à une époque donnée, pour fonder sa morale, son comportement.

Introduction

Les soins infirmiers ont évolué parallèlement à la science et à la médecine.

La médecine, considérée comme « magique » à l'aube de l'humanité, est devenue « sacerdotale », puis « empirique » pour devenir scientifique au XIX^e siècle.

Les soins infirmiers ont suivi cette évolution. Au départ dispensés par des religieuses aux personnes pauvres et/ou mourantes, ils ont évolué avec l'acquisition des connaissances.

Le savoir infirmier transmis essentiellement oralement s'est développé pour aboutir à un programme de formation (première formation élaborée par le Dr Bourneville [1840-1909] en 1878 : école municipale de la Salpêtrière), puis à une reconnaissance professionnelle des compétences infirmières au travers de lois et de décrets.

La profession infirmière a été marquée dans son évolution par des infirmières telles que Florence Nightingale (1820-1910), Léonie Chaptal ou encore Virginia Henderson (1897-1996) qui, par leurs écrits, ont participé à l'élaboration de cadres conceptuels, de théories de soins infirmiers, de textes législatifs, contribuant ainsi à définir la profession.

En tant que soignants, nous ne devons pas oublier, comme le disait Virginia Henderson, que la personne soignée est notre premier expert.

Être soignant, c'est donc soigner et se soigner, prendre soin, de soi et/ou 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.

« On peut souvent vivre toute sa vie sans avoir besoin de traitement ou de réparation, mais on ne peut pas vivre sans soin : soigner est différent de traiter. »

Marie-Françoise Collière 

« Au niveau professionnel, tous ceux qui ont choisi d'exercer un métier en rapport avec la santé ne peuvent pas d'emblée être qualifiés de soignants. En effet, être soignant relève d'une intention humaine et consiste à se rendre proche. Encore faut-il réussir cette rencontre... ! »

Walter Hesbeen

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 ».

* Walter Hesbeen est directeur de l'institut La Source et vice-président du conseil d'administration du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

La rencontre de deux individus

Lorsque deux personnes se rencontrent, chacune a un ressenti qui lui est propre. Chacune de ces deux personnes gardera une certaine impression de cette rencontre et de la communication qui aura pu se développer.

L'une peut avoir éprouvé un sentiment de sympathie ou d'irritation, l'autre plus ou moins confusément une sensation de malaise, d'inquiétude ou encore de plaisir.

Il existe une communication non verbale entre les êtres humains, dont ils n'ont souvent pas conscience et qui dépasse, à leur insu, les informations qu'ils ont voulu transmettre par leurs paroles.

- *Le regard* perçoit la justesse ou l'hésitation du geste.
- *L'odorat* réagit (le parfum très agréable que vous mettez le matin pour aller travailler ou une odeur de tabac que vous portez, mais que vous-même ne percevez pas, peuvent se révéler insupportables pour le malade au réveil...).
- *L'oreille*, qui perçoit le timbre et le débit de la voix, a une grande importance. Tout comme le regard, elle permet de percevoir la peur, l'anxiété...

Tous les sens contribuent à enrichir nos relations.

Les émotions (peur, tristesse, joie, colère) représentent une véritable communication émotionnelle : toute rencontre confronte chacun à ses propres émotions, en résonance à celles d'autrui.

Dans la relation soignant/soigné, deux individus se rencontrent à travers le regard, la voix, le geste.

On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même.

La rencontre tactile a donc cette particularité de concerner aussi bien l'approchant que l'approché.

Toucher, c'est instaurer un lien concret, palpable, entre le malade et soi-même.

Nous devons savoir ce que nous voulons faire passer à travers nos gestes. Si nous sommes clairs avec nous-mêmes, nous ne nous trouverons pas dans des situations ambiguës.

Nous devons avoir conscience que chaque geste quotidien, ainsi que la manière de le faire, va conditionner notre relation à l'autre et les liens qui vont en découler.

Ces liens pourront être vécus dans la dépendance, la crainte. Ils pourront réveiller la peur (de l'infection par exemple) ; une réaction de recul pourra même s'installer (peur du virus du sida).

De cette relation et de ces liens pourront naître une grande souffrance morale, en plus d'une douleur physique.

S'approcher du corps souffrant, abîmé par la maladie, fait peur et renvoie le soignant à lui-même... et à la maladie, à la mort que chacun s'évertue à chasser de son esprit.

Très souvent, le soignant se protège en ne voyant le patient que comme une maladie et non comme une personne. Cela lui évite certainement de se laisser toucher émotionnellement au détriment de la relation thérapeutique elle-même.

Tout comme le malade, le soignant est une personne unique, avec son histoire, son savoir-faire et son savoir-être.

Chaque jour, il est confronté à la douleur, la souffrance, la maladie, la mort de l'autre. Ces différentes situations peuvent parfois faire écho à son histoire personnelle et le mettre en difficulté.

Il est alors nécessaire de savoir rester humble et d'être capable de dire que ce soin, cette rencontre aujourd'hui est difficile pour nous.

Nous avons face à nous des personnes à part entière, capables d'entendre et d'être acteurs de leurs soins.

Un soin réussi passe par l'authenticité de la relation et donc par une attitude **congruente**.

La maladie, l'hospitalisation s'accompagnent d'une régression plus ou moins consciente qui réveille le petit enfant qui sommeille en chaque adulte. C'est à ce niveau qu'intervient le toucher ; il faudra donc être très prudent, très respectueux, afin de ne pas susciter la peur, l'angoisse.

Le toucher ne s'impose pas, ne s'exige pas et se propose en respectant l'autre dans toutes ses dimensions.

Il favorise l'écoute, ainsi que la communication verbale et non verbale et fait prendre conscience de son corps et de son image.

Pour cela, il faut que l'auteur du geste ait dépassé sa propre culpabilité, qu'il ne reste pas dans l'attente de la reconnaissance du malade, ou d'une manifestation immédiate du bien-être qu'il aura pu apporter ; il ne doit pas se croire coupable en cas d'échec.

Le soignant, comme le malade, est avant tout une personne qu'il me semble important de définir à présent.

Comment définir une personne ?

La personne est un être humain unique, avec sa propre essence, qui fait de lui ce qu'il est. C'est un être biopsychosocial en interaction avec son environnement, qui doit constamment faire face aux changements.

Mais elle se caractérise également par sa **culture**, son **ethnie**.

La culture et l'ethnie propres à chaque individu enrichissent l'essence même de la personne pour lui donner sa **personnalité**, mais aussi des **valeurs**, qui changent en fonction de l'époque et de l'évolution de la pensée.

L'histoire individuelle de chacun représente également un facteur d'importance dans le modelage de la personnalité ; en effet, le vécu propre à chaque personne influe sur ce qu'elle est et sur sa façon de réagir.

Dès la plus petite enfance, l'être humain est marqué par son expérience de vie et aussi par le milieu dans lequel il est élevé.

En Afrique, par exemple, le petit enfant est dès la naissance enveloppé par sa mère. La façon de le toucher, qui s'apparente au toucher relationnel, est ethnique. Dans la culture même de ces femmes africaines, toucher son bébé est inné ; elles le portent contre elles, l'enfant ne les quitte que très peu au cours des premières années. Le corps à corps entre la mère et l'enfant fait partie de la culture et ne laisse pas de place aux tabous liés à la sexualité.

Chaque personne est reliée à une autre par un état physique, émotionnel, philosophique et spirituel.

Cela implique pour chacun, et encore plus pour le soignant, un réel respect des différences, en adoptant des attitudes telles que :

- ne pas juger ;
- admettre, comprendre, tolérer ;
- et, parfois, favoriser l'expression de sentiments ou d'opinions que le soignant peut réprover.

Respecter l'autre, c'est croire intimement qu'il est unique et qu'il est le seul à posséder tout le potentiel spécifique pour apprendre à vivre de la façon la plus satisfaisante pour lui.

Toute personne est responsable de sa vie et de ses actions, même si l'on croit pouvoir en juger autrement. Chacun apprend au travers de ce qu'il vit et des rencontres qu'il fait et personne n'assume jamais sa vie avec la même responsabilité que l'autre, en fonction du stade de sa vie, de la réflexion qu'il s'accorde au sujet de cette dernière et des valeurs personnelles et professionnelles qu'il suit et qui lui permettent de jalonner son quotidien. Ce respect doit être le pilier des soins.

Il faut tenir compte dans notre pratique de la perception des soins et du soignant par la personne. En effet, en fonction de sa culture, de son vécu, une personne pourra vivre un soin comme une violence, alors qu'une autre l'acceptera et le vivra comme quelque chose de normal. Les sciences humaines permettent cette connaissance des individus et donc une prise en charge adaptée.

Tout cela implique que le soignant ait une parfaite connaissance des textes et articles régissant sa profession et que son diplôme ne reste pas en soi un aboutissement, mais le début d'un apprentissage qu'il enrichira tout au long de ses années de pratique au contact des malades et d'autres professionnels. Il est donc nécessaire que chaque personne qui s'implique dans un soin avec une autre personne sache ce que cela signifie d'être un soignant.

Être soignant

Métier rétribué s'exerçant dans un cadre légal, défini, ce rôle doit avant tout respecter les règles, les décrets, les directives et les lois du pays dans lequel il agit.

Être soignant en France n'est pas la même chose qu'être soignant dans un pays qui n'est pas gouverné par une république démocratique constitutionnelle.

Agissant dans un pays tel que la France, le soignant se doit de respecter l'article 1 de la déclaration universelle des Droits de l'homme qui s'impose en 1789 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »

Cela pour avoir à l'esprit qu'il est normalement naturel que le malade en institution garde ses droits de citoyen, qu'il est l'égal du soignant, que les règlements intérieurs ne peuvent nier ces droits fondamentaux.

Être hospitalisé ne doit pas signifier perdre son pouvoir, son identité, son libre arbitre.

Le règlement intérieur définit le cadre légal du rôle de chacun en fonction du diplôme obtenu.

Le travail s'exerce donc dans un cadre philosophique (Droits de l'homme), législatif et réglementaire qu'il est indispensable de connaître pour ne pas faire n'importe quoi.

Le soignant s'occupe d'une personne, mais d'une personne en perte de santé.

Il est maintenant indispensable de définir ce que l'on entend par santé.

La santé

Il existe différentes définitions du terme « santé » :

- définition du Larousse : du latin « sanitas », état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien ;
- définition du Robert : de « sanus », qui veut dire sain : bon état physiologique. Fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales) ;
- d'après René Leriche, « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (1937).

En 1946, puis en 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait la santé comme telle :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États. »

L'Unicef en 1989 :

« La santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés ».

Cette définition de l'Unicef, qui fait suite 11 ans plus tard à celle de l'OMS, met l'accent sur l'état de bien-être qui dépend de l'individu lui-même et de son environnement.

Dans ce sens, la définition de Marie-Françoise Collière^[1] est également intéressante :

« Santé et vie sont intimement liées, en ce sens que la santé représente l'ensemble des possibilités qui permettent à la vie de se maintenir et de se développer. »

À travers ces différentes définitions, on sent bien la nécessité d'une prise en charge **holistique** du patient par les soignants, ces derniers devant se centrer sur la notion de qualité de vie définie par l'OMS en 1993 :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Parler de qualité de vie, c'est donner la possibilité à la personne prise en charge d'être acteur de ses soins et de se recentrer sur la personne elle-même, plus que sur sa pathologie, en n'omettant pas que la santé varie selon :

- le secteur : biologique, social et psychologique ;
- le moment ;
- la perspective : comment l'individu se perçoit et s'analyse ;
- l'environnement : la notion de santé étant différente en Europe ou dans les pays du tiers monde.

« Le soignant est, à chaque fois, face à une personne qui souffre ou qui présente des inquiétudes, dont la santé est altérée ou fragilisée et qui nécessite de l'aide.

Les inquiétudes ne concernent pas toujours l'hospitalisation, d'où l'importance de considérer les préoccupations personnelles des gens et de leur histoire. »

Walter Hesbeen

Autrement dit, comme le souligne Rosette Poletti^[4], il est nécessaire de tenir compte de « la manière d'être au monde » de l'individu, afin de lui proposer des soins personnalisés.

Le toucher

Définition

« L'un des cinq sens, celui de la sensibilité cutanée ou profonde.

Le sens du toucher est exercé par deux groupes de récepteurs :

– les corpuscules de la peau, qui sont à l'origine de la sensibilité générale ;

– les terminaisons nerveuses situées dans les muscles et les articulations, responsables de la sensibilité profonde. »

(Dictionnaire Bordas).

Les corpuscules de la peau, logés dans le derme, sont différenciés et, suivant leur spécialisation, réagissent au contact, à la pression, au froid, au chaud, à la douleur.

Les terminaisons nerveuses musculaires (fibres sensitives) sont abondantes au voisinage des tendons. Elles sont excitées par l'état de tension du muscle.

La sensibilité générale nous protège contre les agressions venues de l'extérieur ; au contraire, la sensibilité profonde nous renseigne sur la position relative des différentes parties du corps et nous indique la limite de l'effort musculaire possible.

Les organes du toucher, comme tous les organes des sens, ne sont que des récepteurs. C'est dans le cerveau que s'élabore la sensation (figures 1 et 2).

La peau est un organe sensoriel qui recouvre l'ensemble du corps. Elle met l'être en prise directe avec son prochain et l'environnement. Par son aspect, elle fournit à l'individu un élément essentiel de son « image ».

Didier Anzieu¹ a introduit, il y a quelques années, la notion de « moi-peau ». Il souligne que l'enveloppe corporelle contient

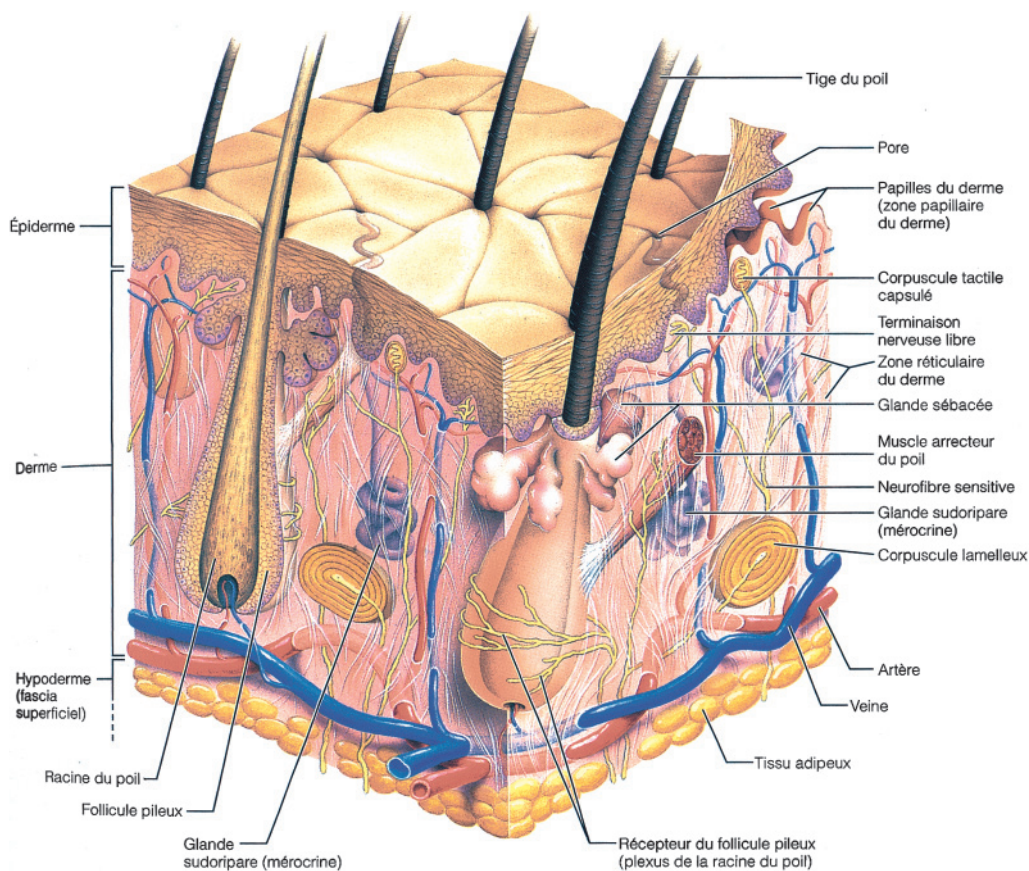


Figure 1. La peau. (D'après Marieb EN. *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc. ; 2005. © Pearson Education.)

des organes, délimite le corps (dedans, dehors), protège des agressions (mécaniques, thermiques, virales...) et met au contact le sujet et son environnement.

Par ce « moi-peau », Didier Anzieu explique que les communications primaires tactiles vont former le socle sur lequel viendront ultérieurement s'étayer le « moi » et les fonctions psychiques secondaires.

La main, très sensible et faite d'une multitude de récepteurs sensitifs, est l'organe primordial du toucher.

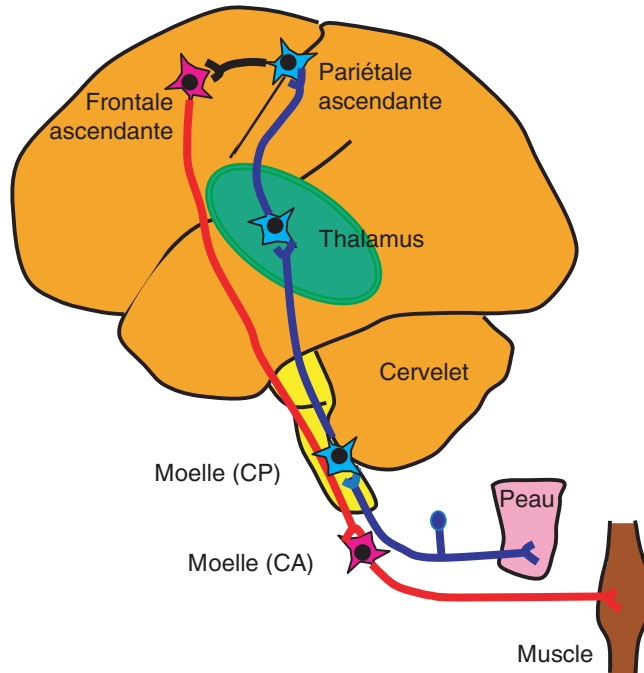


Figure 2. La relation entre peau et cerveau.

Réticences et toucher

À tout moment, infirmières et aides-soignantes sont amenées à toucher l'autre. Cela, au cours des soins techniques (prélèvements sanguins, pose d'une perfusion, toilette...), mais aussi au cours de toute relation (accueil, installation, accompagnement).

La façon d'aborder l'autre (par le verbal et le non-verbal), de prendre contact (physiquement : prendre la main, le bras...) va conditionner la relation qui va s'ensuivre. Comment aborder l'autre ? Comment initier ce premier contact si important pour l'avenir, pour la suite de l'hospitalisation, la poursuite des traitements ?

Il faut d'abord probablement prendre conscience qu'en touchant l'autre nous ne pouvons pas éviter d'être touchés nous-mêmes. Cela nécessite un travail de soi sur soi, une réflexion, un questionnement sur le sens du toucher pour soi, sur ce que cela représente. Accepte-t-on d'être touché, de quelle

façon, dans quelles circonstances ? Et, si être touchés nous est insupportable, alors, comment touchons-nous l'autre ?

Tout cela est primordial, car le plus souvent les réticences que nous ressentons face au toucher proviennent d'une multitude de choses, dont :

- l'éducation imposée dès la petite enfance ;
- l'association toucher/sexualité, qui contribue à véhiculer les interdits ;
- bien entendu, le fait qu'on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même.

Ce dernier point est très important dans notre profession, car s'approcher du corps souffrant, traumatisé, abîmé, fait peur et renvoie chaque professionnel à lui-même.

Chaque histoire, chaque traumatisme rencontrés peuvent renvoyer le professionnel à une blessure intime. D'où la nécessité de s'interroger sur soi-même, sur le pourquoi de nos difficultés...

Par le toucher, nous instaurons un lien concret, palpable, entre le malade et nous-mêmes.

Mais comment peut-on savoir ce que nous faisons passer comme sensation (bien-être ou douleur) si nous ne sommes pas nous-mêmes massés ?

Certains groupes d'étudiants infirmiers déclarent que faire la toilette à des inconnus, les masser ne leur posent pas de problème, mais ils refusent de se laisser masser les mains ou les pieds lorsque nous abordons les techniques de massage.

Il est indispensable de mesurer, de percevoir quel bien-être nous sommes capables de transmettre, car nous ne touchons pas qu'avec nos mains, nos doigts, mais avec tout notre corps. Lorsque nous massons, nous faisons passer ce que nous sommes au travers de nos gestes.

Alors, si nous n'avons pas pris conscience de cela en ressentant par nous-mêmes ce phénomène, nous ne saurons pas si telle pression, tel effleurement est agréable ou s'il provoque une gêne, une douleur.

Le toucher : une approche relationnelle

Le toucher est le premier sens de la communication, du bien-être. Le toucher, comme tous les autres sens, s'il n'est pas suffisamment stimulé, perd de sa sensibilité. Plus la peau est touchée, plus elle devient sensible et réceptive.

Notre société se caractérise par un manque de caresses, de contacts corporels chaleureux, car le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens.

Dans notre profession, de même que notre présence, nos gestes chaleureux, faits d'attention, de disponibilité, de tendresse seront dans bien des cas non un luxe, mais de l'énergie nécessaire qui permettra à la personne de mieux lutter contre sa maladie et sa souffrance.

Pour aborder le toucher et notamment le massage, il faut savoir établir une réelle relation soignant-soigné.

Il est nécessaire de développer ses qualités humaines, d'être capable de disponibilité, de chaleur.

Il est également important que le soignant développe sa capacité empathique, afin d'être capable de prendre du recul par rapport à ses préoccupations personnelles, ses expériences similaires pour faire preuve de flexibilité et laisser de côté son cadre de référence habituel pour intégrer celui de l'autre afin de trouver la bonne distance.

Pour initier le toucher, il faut d'abord prendre contact par la main et ne plus rompre ce contact, il faut ressentir ce qui se passe en nous tout en étant à l'écoute de ce qui se passe chez la personne que nous massons. Il faut également s'adapter et ne pas dispenser des gestes systématiques qui ne seraient pas

agréables ; n'oublions pas que chaque personne est unique et que son ressenti sera donc lui aussi unique.

L'expérience est la source même de ce savoir, qui pourra se compléter par l'acquisition de techniques et par des formations plus théoriques.

La communication par le toucher est totalement intemporelle. C'est au cours du soin lui-même que l'on peut avoir ce contact direct ; cela ne demande que quelques minutes de plus lors d'une toilette par exemple. Pourquoi ne pas laver le dos, les pieds... avec nos mains en se laissant guider par la simplicité du geste, en n'ayant à l'esprit que l'intention de détendre, d'apporter une sensation agréable. Le massage est un échange ; il faut rester réceptif, ne pas chercher à imposer quoi que ce soit.

Le contact doit être doux et respectueux. On masse avec toute la main, le corps accompagnant chaque mouvement, chaque geste.

Les quelques minutes supplémentaires que nous aura demandées le massage ne seront pas du temps perdu. Bien au contraire, car la détente et le calme que le massage aura procurés à la personne ne fera qu'améliorer la relation et la communication qui s'ensuivra dans la prise en charge quotidienne.

Le toucher a une implication importante dans notre prise en charge au quotidien, et cela à différents niveaux, comme dans la prise en charge de la douleur d'une personne handicapée ou d'une personne en fin de vie.

Cela est également vrai dans les services tels que la chirurgie, où il est plus usuel de penser que le toucher relationnel n'est pas envisageable par manque de temps et parce qu'on le pense inutile.

Or, une intervention chirurgicale, qu'elle soit considérée comme « banale » ou comme engageant le pronostic vital, n'est jamais anodine pour la personne qui va la subir.

Très souvent source d'angoisse, l'arrivée dans un milieu inconnu et qui peut sembler hostile ne favorise pas la communication.

Lorsque l'on prend en charge des personnes la veille des interventions par exemple, on peut constater à quel point un massage fait en corrélation avec un travail sur la respiration

améliore la détente et la communication entre les patients et le soignant. Bien entendu, on ne propose pas un massage n'importe comment. Il ne s'agit pas d'aller toucher l'autre, d'entrer dans son intimité et de risquer de le heurter pour masser à tout prix. Se mettre en position d'écoute et de disponibilité, créer un climat de confiance en étant congruent et empathique permet d'approcher l'autre sans susciter de craintes.

Lorsque l'on ne connaît pas la personne en face de nous, la façon de lui prendre la main sera un élément qui permettra par la suite de proposer des massages sans ambiguïté. En effet, à notre façon de saisir la main, nous indiquons ce que nous sommes et l'état d'esprit dans lequel nous nous trouvons.

La nuit l'angoisse est majorée : peu de monde, des bruits qui sont amplifiés et que chacun interprète, du personnel qui passe, mais qui ne s'arrête pas toujours très longtemps... Et pourtant, la nuit, nous pouvons plus que jamais organiser notre temps et développer des prises en charge spécifiques directement liées à notre rôle propre.

La prise en charge de la douleur postopératoire est également possible par le toucher relationnel.

Une nuit, une personne opérée d'une hernie discale pleurait et vomissait, tellement des céphalées lui faisaient mal. Bien sûr, un protocole antalgique avait été prescrit par l'anesthésiste et l'infirmière lui administrait son traitement, mais sans résultat, malgré la réadaptation des doses par le médecin.

Bien que réticente à ma façon de travailler, ma collègue m'a demandé de venir voir cette patiente.

Je suis entrée dans sa chambre, je me suis présentée et je lui ai saisi la main. Je lui ai proposé d'écouter ma voix et de faire un exercice de respiration. Elle a accepté et nous avons commencé. Elle a fermé les yeux, m'a écoutée et a commencé à respirer.

En même temps, j'ai commencé un massage du cuir chevelu qu'elle avait accepté. Très vite, elle s'est détendue et les nausées ont cessé. Lorsqu'elle a ouvert les yeux, elle était souriante et m'a demandé un massage des pieds, chose qu'elle ne pouvait envisager 20 minutes plus tôt.

L'hôpital manque parfois d'humanité et il est difficile d'imaginer le parcours que les patients, les familles doivent subir. Le fait de passer d'un service à un autre sans beaucoup de considération, en n'étant plus qu'un objet de soins, dépersonnalise. Il est donc nécessaire de mesurer l'importance du toucher relationnel au quotidien, non seulement au cours d'un soin, mais aussi dans une prise en charge thérapeutique spécifique, notamment pour toutes ces personnes qui arrivent au terme de leur vie avec un corps parfois extrêmement abîmé par la maladie.

Ce temps accordé n'est pas une perte de temps, mais un gain pour la relation entre le soignant et le soigné. Ce temps redonne un peu de dignité et d'humanité.

Les unités de soins palliatifs ont développé leur spécificité autour de cette prise en charge holistique.

Lorsque les personnes arrivent dans ces unités après des mois passés dans les services hospitaliers traditionnels, leur corps est souvent si fatigué et si abîmé qu'elles n'étaient touchées que lors des soins planifiés (toilette, perfusion).

Or, être touché sans prétexte, sans motif thérapeutique, revêt une grande valeur pour tout malade.

Sentir dans le contact, voir dans le regard de l'autre que l'on est encore vivant et digne d'être touché, regardé, est une aide précieuse pour « se dire » ou exprimer ses craintes ou ses angoisses à l'approche de la mort.

Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur non seulement physique, mais morale, et crée une relation privilégiée et un climat favorable à l'expression du vécu de la personne hospitalisée.

Sans le toucher, la relation de soin ne pourrait exister. Chaque soignant devrait chaque jour s'interroger sur sa façon de toucher l'autre. Ne plus se cacher derrière un acte technique, dépasser le savoir-faire pour le savoir-être. Être dans une relation pour permettre au malade d'être et non de subir. C'est parfois difficile, mais tellement riche. On y gagne en humanité et en sagesse...

Histoires de vies...

Il n'est pas facile de partager par écrit ce que l'on vit au quotidien, tout ce que l'on peut ressentir lorsque l'on est démuni face au malade, parce que l'on pense qu'il n'y a plus rien à lui apporter, quand tout d'un coup par un geste, un mot, la situation se renverse et vous sentez que vous avez entre vos mains la possibilité d'apporter quelque chose d'autre, pas un médicament, mais du bien-être par votre présence, votre écoute et par ce contact physique qu'est le toucher relationnel.

Comment l'expliquer en couchant des mots sur une page blanche ?

Ce qui se dit si facilement à l'oral est plus laborieux à l'écrit ; aussi, il m'a semblé préférable de livrer ici quelques témoignages.

« Quand il n'y a plus rien à faire, ce qui reste à entreprendre est peut-être l'essentiel ».

*Christiane Jomain**

Mme C.

Mme C., atteinte de la maladie d'Alzheimer, est hospitalisée avec son mari dans le service de long séjour dans lequel je travaille. C'est un centre qui vient d'ouvrir ; chaque personne a sa chambre, qu'elle peut aménager comme elle le souhaite.

M. C. pourrait vivre chez lui, mais il n'a pas souhaité laisser son épouse.

Ils ont une grande chambre et leurs enfants sont très présents.

M. C. se fait difficilement à la vie en institution ; sa femme demande de nombreux soins (toilette complète, changes fréquents, aide aux repas...) et ils sont très souvent dérangés.

À cette époque, comme encore souvent aujourd'hui, les soignants avaient du mal à intégrer que cette chambre était leur lieu de vie et donc qu'ils devaient frapper et attendre pour entrer.

* Jomain C. *Mourir dans la tendresse*. Paris : Bayard Éditions-Centurion ; 1984.

Cela peut paraître sans importance, mais cela a été source de nombreux conflits avec M. C., et a eu des répercussions sur la prise en charge de sa femme.

Une grande partie du personnel ne le supportait pas et craignait toutes les récriminations qu'il pouvait faire : plus il critiquait, plus le personnel était irrité, et moins ce dernier faisait attention à ce qui avait de l'importance pour M. C. dans la prise en charge de son épouse !

Sachant que j'entretenais de très bons rapports avec cette famille, il fut décidé en équipe que lorsque je serais présente je m'occuperai de la toilette et des soins de Mme C. en binôme avec une aide-soignante.

Mme C. était une ancienne professeur de sport. Quand elle est arrivée chez nous, elle était mutique et incapable de faire quelques pas avec la kinésithérapeute.

Lors des premières toilettes, j'ai demandé à M. C. de nous laisser seules avec sa femme. Cela n'a pas été simple pour lui, qui ne faisait confiance à personne. Il pensait être le seul à pouvoir prendre soin d'elle correctement. Nous avons longuement dialogué, je lui ai expliqué que sa présence ne me posait pas de problème, mais que ce moment de la toilette pouvait devenir un moment privilégié entre sa femme et les soignants. Il a entendu et compris, je pense, ce que je tentais de lui dire ; il m'a fait confiance et nous a confié sa femme.

Après quelques temps de fonctionnement, nous avons reparlé ensemble de ce moment qu'est la toilette. Il m'a parlé de sa femme avec beaucoup de respect en me confiant combien cette dernière était fière de maintenir son corps en forme. En me racontant cela, il s'est mis à pleurer et m'a dit : « elle n'aurait jamais voulu se retrouver dans cet état de dépendance et que je la voie ainsi... ». Un grand moment de silence a suivi. Par la suite, il nous a laissé faire les soins et a pu reprendre sa place de mari attentif et attentionné, et non de soignant.

Alors qu'au cours des premières toilettes Mme C. gardait les yeux fixés au plafond, petit à petit elle nous a regardées. Chaque geste initié lui était expliqué et nous recherchions à travers son regard un accord, un refus.

Peu à peu, elle s'est exprimée à travers son non-verbal jusqu'alors presque inexistant.

Les moments de soins sont devenus des moments de complicité très appréciés et les relations entre M. C. et l'équipe se sont

*beaucoup améliorées. Il ne souhaitait qu'une chose, le bien-être et le respect de son épouse.
Deux années se sont écoulées avec une vie en institution bien réglée et agréable.
Mme C. ne marchait toujours pas ; elle nous connaissait bien, avait un regard très expressif, mais nous n'avions toujours pas entendu le son de sa voix.
Un midi, alors que tout le monde se trouvait en salle à manger, le drame s'est produit : M. C. s'est effondré : accident vasculaire cérébral !
Nous l'avons accompagné dans sa chambre ; il était au plus mal ; il m'a soufflé à l'oreille de prendre soin de sa femme et il est décédé.
Nous étions sous le choc.
Je suis allée en salle à manger, je me suis installée à côté de Mme C., je lui ai pris la main et, en accord avec le médecin et l'équipe, je lui ai annoncé le décès de son époux.
Je lui ai demandé si elle souhaitait le voir, elle m'a serré la main et une larme a coulé le long de sa joue.
Je l'ai accompagnée dans la chambre et, arrivées au niveau du lit, elle m'a fait signe de m'arrêter.
Là, elle s'est levée, est allée embrasser son mari et lui a dit « je t'aime », puis elle s'est rassise dans son fauteuil et nous n'avons plus jamais entendu le son de sa voix ; elle n'a jamais remarqué et son regard est redevenu inexpressif !*

Ce moment est resté gravé dans ma mémoire et je l'ai vécu comme un cadeau.

Mme C. m'a permis d'assister à ce moment fort en émotion, très intime, parce que je crois que nous avons établi une réelle relation de confiance, de respect, de dignité au travers des soins et surtout du quotidien, lorsqu'elle se retrouvait nue face à nous.

À cette époque, je débutais ma carrière d'infirmière, j'avais des rêves, je croyais en l'humanité et dans les relations humaines. J'avais déjà commencé mes formations à la relation d'aide et aux massages et j'avais choisi de travailler avec des personnes âgées.

Alors que mes collègues trouvaient mes idées utopiques, ce jour-là, moi, j'ai su quelle infirmière je souhaitais être. J'ai su que chaque soin technique, chaque soin sur prescription doit être accompagné de notre savoir-être, de cette relation exceptionnelle que nous pouvons initier dans nos prises en charge. J'ai su que mes mains, outils indispensables dans ma profession, devaient devenir une aide à la communication, tout comme la parole.

Le petit G., que nous appellerons Gabin

Gabin est un enfant de 5 ans, africain, atteint de drépanocytose (maladie due à une anomalie génétique de l'hémoglobine), ainsi que d'autisme.

Il vit dans un grand centre de pédiatrie de la région parisienne, car il a fréquemment des crises douloureuses liées à sa maladie, celles-ci nécessitant entre autres des perfusions d'antalgiques puissants. À chaque crise, Gabin se renferme un peu plus et ne reprend contact avec le groupe qu'après des périodes de plus en plus longues.

Les enfants africains ont une peau très sèche ; aussi avons-nous commencé une prise en charge par le toucher relationnel au moment des bains (moment privilégié pour créer un climat de confiance par le contact et les jeux d'eau), puis par des massages après le bain à l'aide d'une crème hydratante sur l'ensemble du corps.

Gabin ne s'exprimait que par le non-verbal ; il nous a rapidement fait comprendre qu'il appréciait ces instants de relaxation.

Il se détendait, était attentif à chaque geste, à chaque parole, souriait.

Au moment de sa première crise (depuis le début de sa prise en charge), Gabin est recroquevillé sur lui-même dans son lit, il ne se laisse pas approcher, tout contact est douloureux.

Il est perfusé, mis sous morphine, et reste en retrait de la vie du groupe pendant plus de 1 mois.

Au cours de cette crise, nous maintenons les massages dans l'eau dès lors qu'il est suffisamment soulagé par la morphine.

Il est important de maintenir un contact par le toucher, tout en étant vigilant pour ne pas déclencher ou accentuer une douleur, afin que la confiance qui commence à s'instaurer vis-à-vis de nous au travers de ce contact corporel soit renforcée.

Lors de sa deuxième crise, Gabin accepte immédiatement les massages des pieds et me laisse lui masser les jambes afin de les détendre.

Il n'est pas recroquevillé en « chien de fusil » comme lors de la crise précédente et sa réintégration dans le groupe se fait de façon plus rapide.

C'est lors de la troisième crise que j'ai pu observer les bienfaits de cette prise en charge individuelle par le toucher. Dès les premières douleurs, Gabin est venu me chercher et a posé mes mains sur lui afin que je le masse. Il n'a pas cessé ses activités au sein du groupe. Bien entendu, les massages venaient en complément de ses traitements antalgiques.

La prise en charge de Gabin a duré 18 mois. Cet enfant devait être placé dans une famille d'accueil attachée à ce centre, afin de pouvoir gérer au plus vite ses nombreuses crises.

Il a finalement pu rentrer à son domicile avec l'aide d'une infirmière qui a accepté de continuer cette prise en charge par le toucher.

Grâce à une bonne information aux parents sur les facteurs favorisant le déclenchement des crises (changement de température, coup de froid), au dialogue qui a permis à cette maman de toucher à nouveau son enfant sans la peur de lui faire mal, à un échange de compétences avec l'infirmière libérale, les crises de Gabin sont devenues presque inexistantes.

Toute l'équipe a contribué à ce résultat en travaillant conjointement, en acceptant de se former, mais aussi de travailler autrement, afin qu'il n'y ait pas rupture dans la continuité des soins ni de relation privilégiée avec l'un ou l'autre des soignants.

Le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable ; chacun a un rôle à jouer, les soignants ne sont pas en compétition, mais doivent être capables de complémentarité, chacun avec ses compétences et ses spécificités.

Par cette situation, toute l'équipe soignante s'est sentie impliquée ; même les plus réticents ont admis que le toucher massage fait bien partie d'un soin à part entière et que, grâce à lui, on peut obtenir des résultats formidables.

Il n'y a pas de magie, juste un contact humain avec un autre humain, quel que soit son âge, qui permet d'être à l'écoute en restant authentique dans la relation à l'autre.

Mme F.

Mme F. a un peu plus de 30 ans. Hospitalisée dans un service de médecine depuis plusieurs semaines, elle est adressée à l'unité de soins palliatifs pour permettre à l'équipe de prendre un peu de recul face à sa situation et d'essayer de comprendre avec l'aide d'autres professionnels pourquoi des traitements correctement dosés et appliqués ne la soulagent pas.

« 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

Mme F. présente un cancer pulmonaire, ainsi que des douleurs dont l'étiologie n'a pas été trouvée. Elle hurle toute la journée. Ses hurlements sont si importants qu'aucune communication n'est possible ; l'équipe est épuisée.

Le jour de son arrivée, un après-midi, nous découvrons une femme d'une extrême maigreur, livide, épuisée.

Elle est jeune, elle a notre âge ; ce qu'elle nous renvoie au premier regard est difficile, presque insupportable... Lors de son installation, elle est calme, elle observe.

L'après-midi se passe sans grande difficulté mais, le soir venu, elle se met à hurler. Elle dit qu'elle a mal, mais ne situe pas sa douleur. Ce qu'elle exprime de sa douleur ne semble pas en relation avec sa pathologie, mais son corps se tord, son visage marque l'expression d'un mal-être extrême. Le simple frottement d'un drap la fait souffrir. Toute douleur est vraie ; il faut toujours en rechercher la cause. La douleur n'est pas une simple sensation ; c'est une expérience plus complexe, car à la fois physiologique et émotionnelle. Il ne faut donc pas se contenter de prendre en charge uniquement la maladie et ses symptômes, mais aussi la personne dans toute sa complexité et sa globalité.

Le temps des transmissions en soins palliatifs est un moment de partage et de réflexion avec toutes les personnes qui gravitent autour du malade.

Nous nous sommes posé beaucoup de questions par rapport à Mme F.

Comment l'aborder ? Que lui proposer ? Que changer dans son traitement ? Qu'est-ce qui nous échappe ?

J'ai alors proposé quelque chose de totalement irrationnel : une prise en charge par le toucher relationnel ! Après un moment de réflexion, l'équipe a accepté.

Je suis allée dans sa chambre ; ses hurlements étaient lancinants, on les entendait dans toute l'unité.

J'ai frappé, j'ai attendu, puis je suis entrée. Je me suis présentée sans que ses cris ne cessent.

Je lui ai alors dit que j'entendais sa douleur, son mal-être, mais que nous ne pouvions pas communiquer et tenter de comprendre ensemble ce qui se passait pour elle si elle continuait à crier comme cela.

Elle m'a regardée, a cessé de crier. Je me suis approchée d'elle et lui ai demandé la permission de m'asseoir. À ce moment-là, dans son regard qui a enfin rencontré le mien, j'ai lu de l'appréhension, mais aussi de la curiosité. Je lui ai demandé de me parler de sa douleur, afin que nous tentions de la comprendre. Je lui ai pris la main, elle ne l'a pas retirée.

Elle a commencé à parler, mais l'émotion la faisait suffoquer. Je lui ai proposé un exercice de respiration qu'elle a accepté et, pendant qu'elle respirait tranquillement, centrée sur elle, je lui massais la main et le bras.

C'est la première fois que je voyais son corps reposer entièrement sur le lit ; elle se détendait.

Après l'exercice de respiration, je lui ai proposé un massage des pieds. Elle a refusé, m'indiquant qu'elle était trop douloureuse pour être touchée. Je lui ai alors fait remarquer que je venais de lui masser les mains et les bras sans susciter de douleur.

Elle a alors accepté ; nous avons passé presque 2 h ensemble, au cours desquelles je lui ai fait un massage complet du corps pendant qu'elle me parlait d'elle et non plus de sa douleur.

Cette femme avait un petit garçon de 5 ans qu'elle n'avait pas vu depuis son hospitalisation, car, on le sait bien, la place des enfants n'est pas dans les hôpitaux !

Sa douleur était bien réelle, elle n'était pas physique, mais émotionnelle. Elle souffrait du manque des bras de son petit bonhomme. La souffrance de l'absence est inimaginable lorsqu'on ne l'a pas vécue.

Elle était devenue au fil des jours un objet de soin, seule face à son corps tellement transformé qu'elle ne se reconnaissait plus, seule face à ses craintes et à ses angoisses devant sa mort imminente.

L'institution la privait en plus de la seule personne lui donnant encore envie de se battre, son fils.

Elle m'a autorisée à partager ce qu'elle m'avait confié avec l'équipe.

Nous avons pris contact avec son compagnon et organisé des visites avec son fils.

J'ai continué à travailler avec elle la respiration et le toucher relationnel. Elle a commencé à faire attention à elle (se laver, se lever, s'habiller, manger...). Tout n'a pas toujours été facile – parfois, elle se remettait à hurler –, mais elle a repris du poids et gagné en envie de vivre.

Elle a finalement quitté l'unité de soins palliatifs pour retourner dans son service d'origine.

Cette femme m'a beaucoup marquée et beaucoup appris. Son histoire nous démontre bien que lorsqu'on masse, que l'on prend en compte le corps de l'autre, qu'on le respecte, il se crée un échange par le non-verbal et par la communication verbale que ce moment privilégié.

« Le langage du corps ne sait pas mentir parce que le plus souvent, il est involontaire parce qu'inconscient. »

*Hélène Lazure**

Pour cette malade, comme pour d'autres, cela a pu devenir un moment de détente et d'abandon. Être touché différemment et avec respect, lorsque l'on est malade, proche ou non de la mort, avec un corps mutilé ou tellement transformé qu'il ne ressemble plus à ce qu'il a pu être, permet de se refamiliariser avec lui. Cela permet de reprendre

contact avec soi et de lire dans le regard de l'autre que ce corps, même décharné, est encore digne d'être touché, respecté. Que ce corps qui manifeste tant de souffrance est pris en compte. Lorsque cela est fait, le malade sait alors qu'il peut se permettre de verbaliser sa souffrance morale, mais aussi ses douleurs physiques et ses craintes quant à la maladie, à la mort.

* Hélène Lazure est professeur à la faculté de sciences infirmières à l'université de Montréal. Voir : *Vivre la relation d'aide*. Ville Mont-Royal (Québec) : Décarie ; 1987.

Le toucher relationnel dans la prise en charge des personnes polyhandicapées

Le polyhandicap est défini comme tel : « Association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (au sens de l'OMS : QI inférieur à 50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée » (Élisabeth Zucman^[4]).

Le rôle propre infirmier, souvent oublié dans le milieu hospitalier, est quasiment méconnu dans le secteur médicosocial. Et pourtant, depuis que je travaille dans ce secteur avec des personnes polyhandicapées, je crois essentiel de développer le rôle propre infirmier, la complémentarité avec les autres professionnels ainsi qu'avec les familles.

Les familles ont beaucoup à nous apprendre et à nous faire partager. Elles ne s'autorisent que rarement à parler des difficultés du quotidien et sont parfois au bord du précipice, de la séparation, parce que les regards portés sur elles sont insupportables. Mais, lorsque l'on prend le temps de les écouter, on apprend la tolérance, l'humilité, la dignité, et on s'enrichit d'un savoir-faire que ces familles pratiquent au quotidien avec comme seule formation l'amour.

J'ai rencontré ces personnes polyhandicapées, enfants ou jeunes adultes, et leurs familles. Elles m'ont apporté un regard autre, de la joie de vivre et un œil sur la vie ô combien différent. Pour ma rencontre avec certains, il n'aura fallu qu'un regard, un

tout petit temps pour s'apprivoiser et rester à tout jamais dans nos cœurs ; en écrivant cela, je pense tout particulièrement à Aurélie.

Aurélie, volontaire, attachante et drôle, qui a apporté beaucoup à ma famille et tout particulièrement à mes enfants. Son naturel, sa bonne humeur, son envie de vivre était contagieuse et les enfants jouaient avec elle comme avec tout autre enfant. Ils ont su dépasser la différence. Avec d'autres, il aura fallu apprivoiser les parents pour pouvoir les approcher.

Voici deux témoignages que je souhaite partager, l'un dans le cadre de ma vie personnelle, l'autre dans celui de ma vie professionnelle.

Le cas de Mégane

Je me souviens de F., que je prénommerai Florence ; elle était mère de trois enfants, dont un enfant très handicapé avec un physique très marqué.

Certaines personnes handicapées ne sont pas très marquées et leur abord est moins difficile. Pour cette petite fille, que nous prénommerons Mégane, il était évident que le regard de l'autre était une blessure quotidienne pour ses parents et ses frère et sœur.

Nous avons beaucoup partagé avec Florence, nous étions dans un groupe d'écriture et, aux travers de ses textes, elle exprimait toute sa souffrance, toutes ses blessures, sa vie entre parenthèses (elle était artiste peintre), sa difficulté à voir son enfant dans cet état et à envisager l'avenir.

Je lui ai souvent proposé des séances de relaxation et de massages pour sa fille ; elle a toujours refusé. Alors, je les lui ai proposées pour elle et elle a accepté.

Cette mère avait besoin de parler d'elle, de sa souffrance, de sa culpabilité, pour être capable de regarder son enfant autrement. Le toucher relationnel sert aussi à cela, à permettre à la personne qui en bénéficie de se recentrer sur elle-même et de se mettre en mots.

Nous nous sommes vues plusieurs fois pour des massages et de la relaxation, et c'est le dernier jour de vacances qu'elle m'a demandé de venir voir Mégane.

Je pense que cette démarche était terriblement difficile pour elle, mais qu'elle était enfin prête à partager quelque chose de différent avec cette enfant. Autre chose que les soins de nursing, que de mettre ce petit bout dans une coquille pour la maintenir droite... Cette enfant de 8 ans bavait, criait et gesticulait beaucoup. Nous l'avons allongée sur le lit et déshabillée. Je lui ai expliqué pourquoi j'étais présente et ce que j'allais faire. J'ai commencé par prendre sa main, elle m'a laissé faire. Je lui ai fait un massage complet du corps tout en expliquant à sa maman, à son papa (jusque-là très en retrait par rapport à sa fille), à son frère et sa sœur qui nous avaient rejoints ce que je faisais.

Plus j'avancais dans le massage et plus la petite était calme, avec un corps détendu. Elle ne bavait pas. J'ai proposé à sa maman de joindre ses mains aux miennes, puis je l'ai laissé faire. Mégane souriait et Florence pleurait. Elle pleurait de bonheur de pouvoir enfin rencontrer son enfant autrement.

Lorsque nous avons arrêté ce massage, nous avons assis Mégane au bord du lit, son papa s'est approché, lui a pris les mains et l'a mise debout. C'est sous le regard émerveillé de sa famille que j'ai vu Mégane faire quelques pas ! Florence m'a expliqué par la suite que sans ses attelles et sa ceinture Mégane ne pouvait tenir debout...

Les vacances ont pris fin, mais nous sommes restées quelques temps en contact.

La famille a connu un nouveau départ, Florence s'est autorisée à peindre à nouveau.

Une prise en charge par le massage a été poursuivie pour Mégane et la famille a accepté de recevoir de l'aide pour que chacun puisse s'exprimer autour de son vécu.

C'est profondément marquée par cette expérience, entre autres, que j'ai quitté le milieu hospitalier après des années de pratique pour un foyer d'accueil médicalisé.

Je n'imaginai pas à quel point le rôle propre de l'infirmière était méconnu et si peu envisageable pour des professionnels ayant une toute autre culture et un abord si différent, et pourtant si proche, de la personne.

Encore un défi : faire comprendre qu'une infirmière a sa place dans le quotidien, dans les soins du corps et dans les prises en charge individuelles.

Pour convaincre, il n'y a qu'une chose à faire : faire, écrire et démontrer que l'on obtient des résultats. L'idéal serait que ce soit les autres professionnels qui s'interrogent sur le pourquoi du mieux tel jour et qu'ils fassent la relation avec votre prise en charge.

C'est ce que je m'efforce de faire depuis un an et les résultats sont tellement flagrants pour certains qu'il est maintenant admis que l'infirmière ne sert pas simplement à donner des comprimés.

Le cas de A., que nous appellerons Anaïs

Anaïs est une jeune fille de 20 ans, infirme moteur cérébral, totalement hypotonique. Elle est jour et nuit dans une coquille moulée. Pour la toilette, un chariot-douche spécial est nécessaire, ainsi qu'un appareil permettant de l'installer aussi bien sur le chariot que sur son fauteuil roulant ou dans son lit. Comme beaucoup de personnes polyhandicapées, elle présente un surpoids. Les manipulations sont donc longues et difficiles. Chaque change, chaque soin mobilise au moins deux personnes.

J'ai proposé aux éducateurs spécialisés et aux aides médicopsychologiques de travailler avec eux autour de la toilette d'Anaïs.

Au départ, je me suis laissé guider par leur façon de faire, puis à la toilette suivante, je leur ai proposé de fonctionner autrement.

Là encore, dans un établissement qui est le lieu de vie des personnes, il est important que le quotidien ne devienne pas routine et que les moments d'intimité ne deviennent pas du travail à la chaîne.

Le respect de la pudeur, la réflexion autour de nos gestes pour une toilette donnée, à un moment donné, sont indispensables.

Les personnes que nous prenons en charge sont handicapées, mais capables de ressentir, de communiquer par le non-verbal et parfois par la parole. Ces personnes ne doivent pas devenir des objets de soins, c'est le soin qui doit être individualisé et centré sur le résident.

Lorsque je fais la toilette d'Anaïs en binôme avec un membre de l'équipe, c'est dans le cadre d'une prise en charge individualisée, centrée sur le toucher relationnel.

L'équipe, au départ réticente (les tabous quant au toucher sont très importants dans ce milieu), m'a suivie parce qu'elle a pu constater trois choses :

- tout d'abord le bien-être visible d'Anaïs ;*
- ensuite, qu'effectuer un massage complet du corps pendant la toilette ne prend que 5 minutes supplémentaires, mais que nous gagnions beaucoup plus de temps pour l'habillage ;*
- et pour finir, l'ergothérapeute du service a elle-même constaté une tonicité et une présence plus importantes lors de sa prise en charge qui suit la toilette.*

Il est important de travailler également avec un kinésithérapeute et des psychomotriciens. Nous sommes complémentaires et nous avons conscience que chacun d'entre nous apporte quelque chose de différent, mais que l'association de nos formations, de nos savoir-faire, de nos savoir-être est indispensable à la pluridisciplinarité, pour une prise en charge holistique.

Nous sommes là dans le « prendre soin » et chacun doit se sentir concerné. Le toucher est avant tout une façon de donner à l'autre dans le plus grand respect pour un plus grand bien-être. Chacun peut s'y aventurer pour ensuite se former.

« La notion de prendre soin concerne tous ceux, professionnels de santé ou non, qui se veulent soignants, c'est-à-dire attentifs à une personne en vue de lui venir en aide dans une situation de vie particulière et singulière qui est la sienne. »

Walter Hesbeen

Le conte de celui qui se laisse définir et accepte ainsi d'ignorer ses possibles

Au pays de mon enfance, il était une fois un jeune garçon qui découvrit un œuf merveilleux dans le nid d'un aigle.

Il s'en empara, redescendit au village et mit l'œuf magnifique à couver dans le poulailler de la ferme de ses parents.

Quand l'œuf vint à éclore, un petit aigle en sortit et grandit parmi les poussins, picorant sa nourriture comme ses compagnons.

Un jour, regardant en l'air, il vit un aigle qui planait au-dessus de la ferme. Il sentit ses ailes frémir et dit à un de ses frères poulets :

– « Comme j'aimerais en faire autant !

– Ne sois pas idiot, répondit le poulet, seul un aigle peut voler aussi haut. »

Honteux de son désir, le petit aigle retourna gratter la poussière et picorer son grain, le bec au sol. Il ne remit plus jamais en cause la place qu'il croyait avoir reçue sur cette terre.

Imaginez que l'aiglon de cette histoire ait refusé de se laisser définir par les autres et qu'il se soit appuyé sur son envie !

Comme l'aigle dans le ciel, il serait devenu ce qu'il est.

Inspiré d'un conte tibétain

Jacques Salomé  (*Contes à guérir, contes à grandir*)

Le massage anti-stress pour soi, pour les autres

Le self-massage

Le self-massage peut être une méthode consciente de prendre soin de soi, surtout lorsqu'il est associé à une méthode de respiration. Les massages permettent de prendre conscience de son corps et de décider d'avoir une relation saine avec lui en en prenant soin.

Lorsque l'on se sent fatigué, tendu, c'est un signal. Le signal que l'on outre passe notre limite énergétique, que l'on abuse de nos possibilités et que l'on se sert de façon excessive de certains muscles, de certains organes. Il suffit souvent de peu de chose pour permettre à son corps de récupérer. Bien sûr, tout le monde n'a pas à disposition quelqu'un pour le masser dès que le besoin s'en fait sentir ! De plus, il est plus facile de toucher l'autre que de se laisser toucher.

Aujourd'hui, nous voyons se développer les centres d'esthétique qui se spécialisent dans les massages aussi bien pour les hommes que pour les femmes ; les centres de thalassothérapie et de balnéothérapie sont de plus en plus convoités. Petit à petit, nous retrouvons le sens du toucher, mais tout le monde ne peut pas se l'offrir, car ces centres ont un coût. Alors, pourquoi ne pas commencer par s'occuper de soi soi-même avant de confier notre corps à quelqu'un d'autre ?

Le self-massage est une méthode applicable au cours des différents moments de la journée et qui peut mobiliser votre énergie avec quelques « respirations », quelques gestes

efficaces. Vous sentirez immédiatement une détente s'installer. Vous prendrez alors conscience de vos mouvements, de vos attitudes, de vos sensations... Vous vous percevrez et vous aurez conscience de votre expression corporelle.

Le self-massage peut paraître moins agréable qu'un massage pratiqué par une tierce personne, mais il a l'avantage de nous apprendre à connaître notre corps. Il peut se pratiquer sur différentes parties du corps et être appliqué sur autrui.

Le self-massage des mains

(applicable en massage deux à deux)

Les mains reflètent une grande part de nos émotions, elles agissent sur le monde. Premier instrument de notre devenir, elles sont nos antennes et nous servent tout le temps.

Les mains sont un des endroits les plus sensibles du corps ; elles contiennent des milliers de terminaisons nerveuses et concernent proportionnellement la plus grande partie du cerveau, qui enregistre les sensations obtenues par les mains

et communique à l'ensemble du corps (figure 4). Les doigts sont mus par les muscles situés dans les avant-bras, qui sont reliés aux os des doigts par des tendons très allongés qui courent sur le dos de la main. Un massage quotidien des mains peut éviter un bon nombre de troubles : maladresse, nervosité, angoisse. Qui ne s'est pas surpris en train de se frotter, de se presser les mains dans un moment d'anxiété, de stress ? De plus, passent à travers elles tous les méridiens d'acupuncture correspondant aux organes internes.

Le but du massage des mains est d'aligner les os, de séparer les



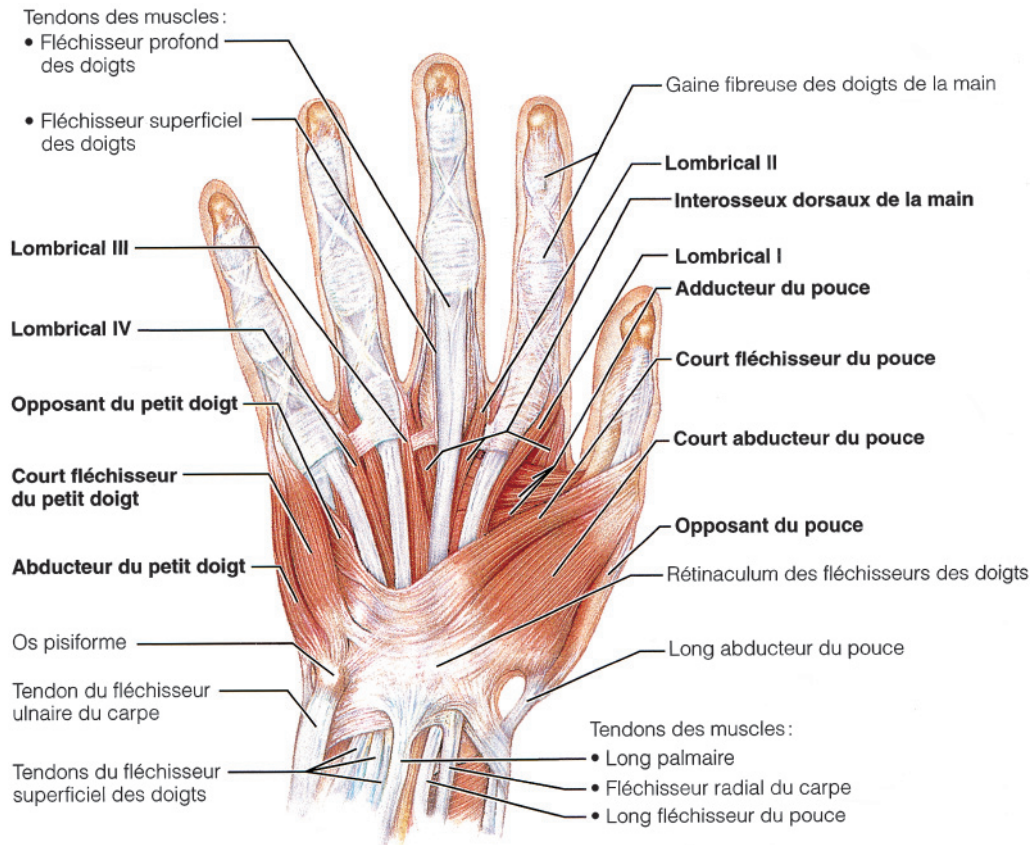


Figure 4. Muscles de la main. (D'après Marieb EN. *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc. ; 2005. © Pearson Education.)

muscles des os, afin d'assouplir les articulations et de « nettoyer » les poignets pour ouvrir les circuits de passage pour l'énergie. La main droite est habituellement la main active, le pôle de l'énergie ; la main gauche est réceptive. Le self-massage des mains peut être pratiqué n'importe où et ne prend que quelques minutes.

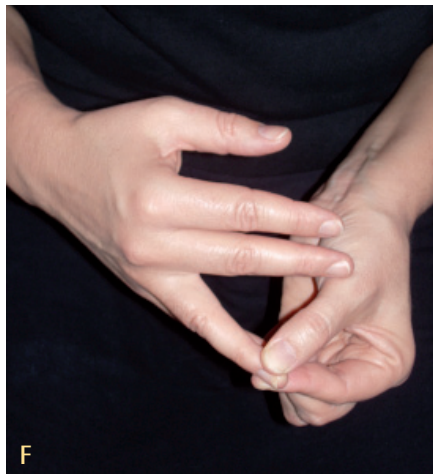
Vous êtes la personne qui vous connaît le mieux et qui peut situer sans erreurs ses tensions, ses douleurs. Voilà pourquoi le self-massage reste une méthode très appréciable qui peut être utilisée à différents moments de la journée.

Comment pratiquer ?

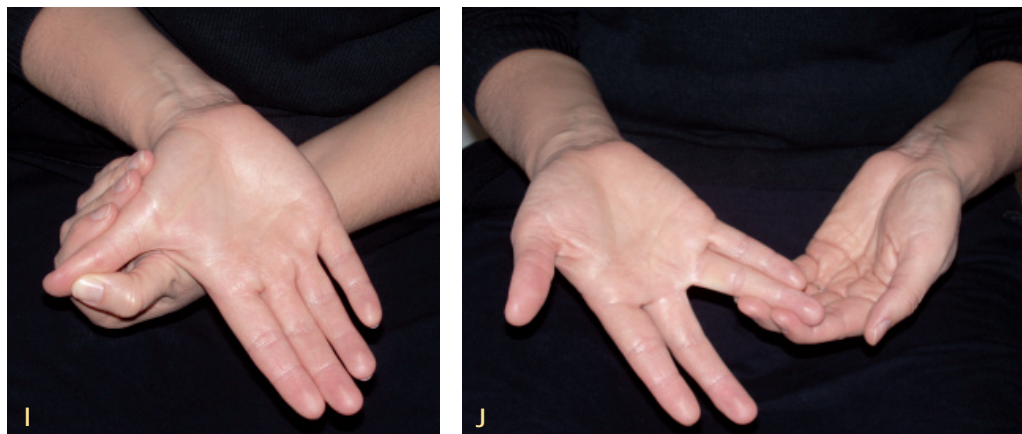
- Avant de commencer le massage, assouplir l'articulation du poignet par des mouvements de flexion et d'extension (5ABC).



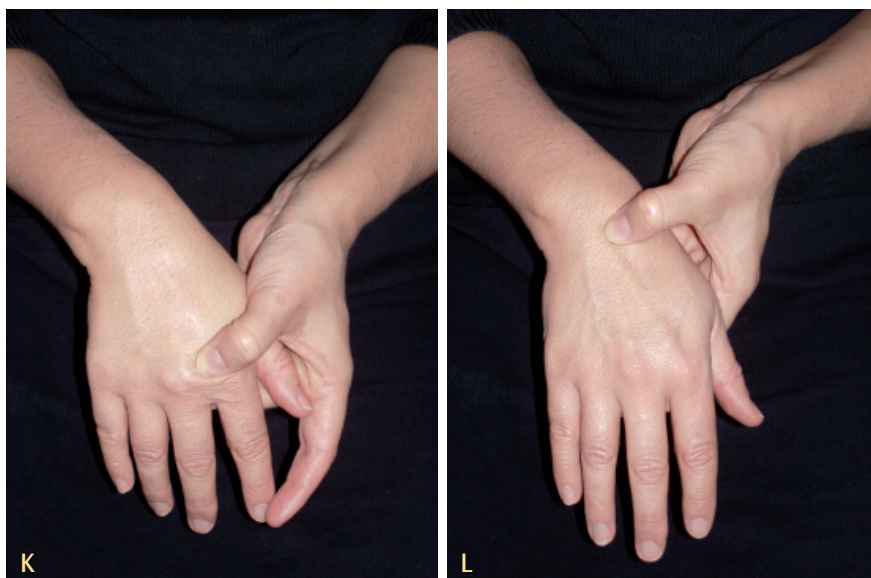
- Prendre chaque doigt à sa base et grimper jusqu'à son extrémité en le pinçant entre son pouce et son index (5DE).
- S'attarder sur chaque extrémité des doigts. Partant de l'extrémité de chaque doigt, remonter vers la main en pressant fortement (5FGH).



- Ensuite, après avoir bien ressenti chaque sensation, en pensant à respirer calmement, continuer le massage en écartant chaque doigt l'un de l'autre (5IJ).



- Partir du creux interdigital avec le pouce pour remonter jusqu'au poignet sur le dessus de la main (5KL).



- Ensuite, fermer le poing, plier l'index de la main opposée et pousser fortement entre les interstices des os de la main, tout en restant centré sur la respiration abdominale (5MN).



- Terminer en effectuant des pressions dans la paume de la main opposée (5OP).



Le massage des mains est facile à pratiquer seul et peut s'effectuer n'importe où et n'importe quand. Apprendre aux patients qui en ont la possibilité à s'automasser peut être un moment privilégié de contact et de communication, permettant aux malades de devenir acteurs de leur bien-être.

*« Les mains parviennent à exprimer ce que ne diraient pas les mots... »
Philippe Kaepelin*

Avec les mains, chacun peut s'exprimer par un geste, une pression sur l'épaule, une caresse sur la joue...

Le massage deux à deux

Pour effectuer un massage de détente deux à deux, il est indispensable de se faire confiance. L'installation, l'ambiance sont des composantes indispensables au bon déroulement du massage. Lorsque l'on commence un massage deux à deux, il est important que le contact ne soit pas rompu.

Les pieds

(applicable en self-massage)

Tout comme les mains, les pieds sont sollicités en permanence. Un massage des pieds par un tiers, tout comme le self-massage,



peut permettre un relâchement complet et une détente parfaite du corps dans sa totalité (figure 7).

Avant de débiter ce massage, demander à la personne de se mettre debout, pieds nus, et de se concentrer sur ce qu'elle ressent (position de ses pieds sur le sol, sensations que cela engendre...).

Ensuite, il est indispensable de s'installer confortablement et de se centrer sur la respiration. Par la détente qu'elle procure,

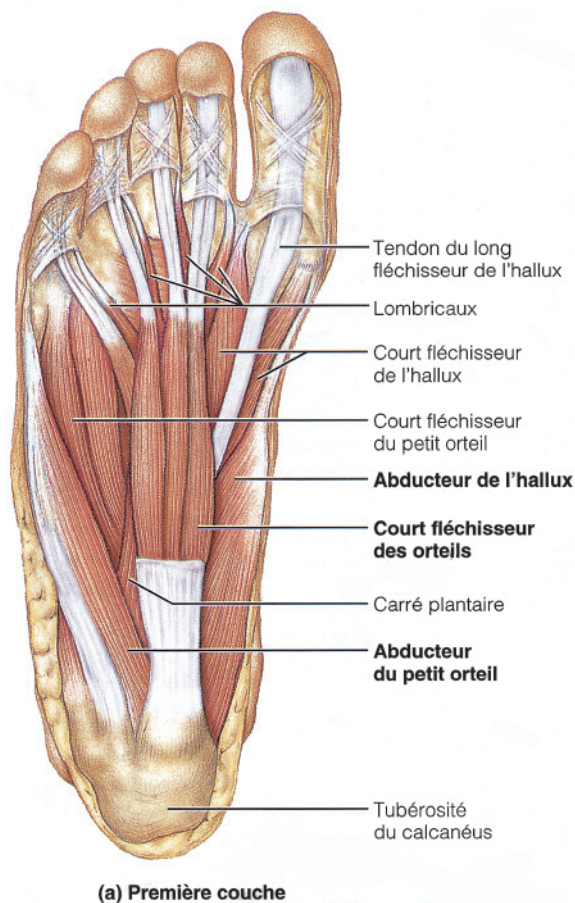


Figure 7. Muscles du pied droit.

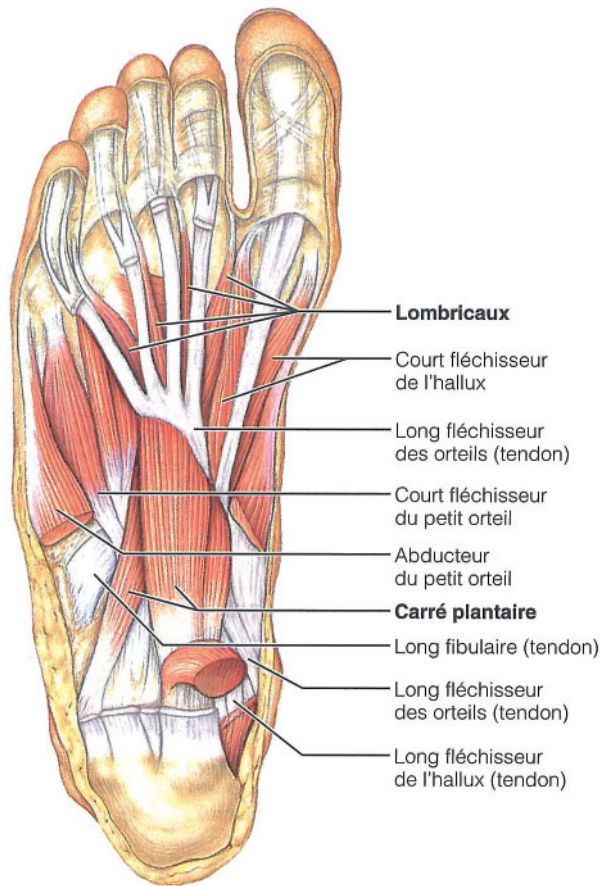
(D'après Marieb EN. *Anatomie et physiologie humaines*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc. ; 2005. © Pearson Education.)

c'est en effet un élément essentiel dans le massage. Elle doit être abdominale.

Inspirer profondément par le nez, gonfler la cage thoracique, puis l'abdomen.

Expirer profondément par la bouche en vidant l'abdomen, puis la cage thoracique.

À l'expiration, imaginer qu'une lumière blanche sort de son nombril et s'en va le long de ses bras et de ses doigts.



(b) Deuxième couche

Ce massage des pieds est destiné à détendre le corps dans son intégralité. Le massage d'un pied détend un hémicorps, d'où la nécessité de masser les deux pieds.

Commencer le massage des pieds par le pied gauche.

Une fois le massage commencé, ne pas rompre le contact tactile avec la personne massée.

Ce massage ne nécessite pas l'utilisation d'huile.



Comment pratiquer ?

- S'asseoir face-à-face.
- Saisir le pied avec les deux mains et commencer par une rotation au niveau de la cheville (8A).
- Pratiquer des flexions-extensions de chaque orteil (8B).
- Ensuite, tourner en tirant chaque orteil (dans le sens des aiguilles d'une montre) l'un après l'autre, en commençant par le gros orteil ; renouveler l'opération trois fois.
- « Traire » les orteils l'un après l'autre, trois fois également (8C).



- Continuer par une stimulation des orteils et de la plante du pied par des mouvements de reptation avec les pouces (du haut vers le bas) (8DEFG).



- Remonter du talon vers les orteils, en effectuant des lignes verticales, puis redescendre en effectuant des lignes horizontales (8HIJ).



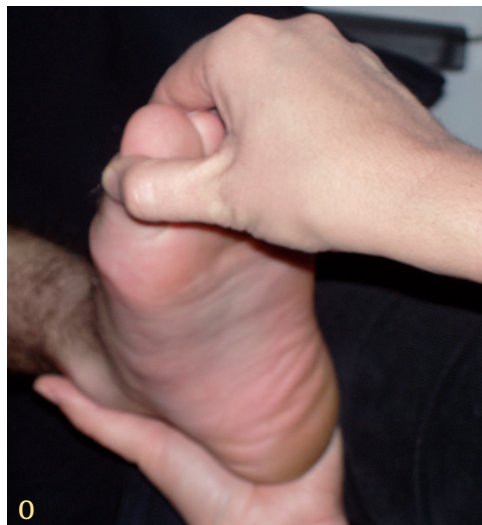
- Avec le poing, pétrir la plante du pied du haut vers le bas (8KL).



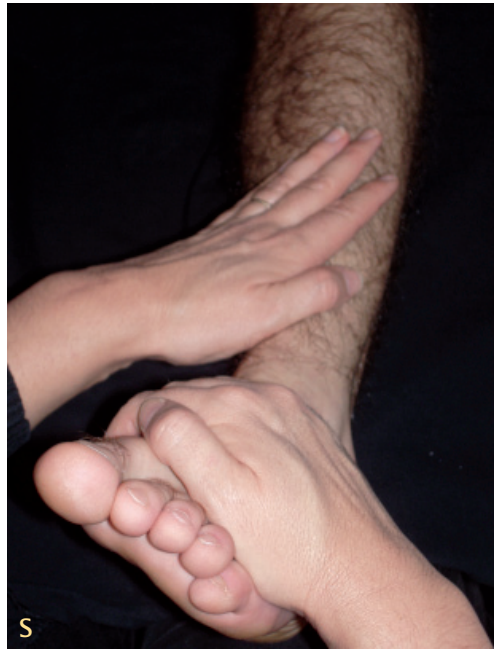
- « Ouvrir » et « fermer » le pied (8MN).



- Masser la zone interne du pied du gros orteil vers le talon, puis la zone externe du talon vers le petit orteil (8OPQ).



- Terminer par un effleurement du pied vers la jambe, en insistant au niveau des malléoles (figures 8RSTU).



Ce soin, qui procure un très grand bien-être, peut être effectué au cours de la toilette. Les pieds sont souvent oubliés ou lavés de façon rapide sans y prêter trop d'attention. S'attarder sur les pieds ne demandera que quelques minutes de plus pendant la toilette, mais sera pour le malade un bonus essentiel pour le reste de la journée. Plutôt que d'utiliser un gant, s'enduire les mains de savon et utiliser la technique de massage. Si la toilette ne permet pas ce moment, proposer un pédiluve que l'on terminera par un massage, ou alors effectuer simplement ce massage lorsque l'on sent que le malade est susceptible de l'accepter et d'en profiter.

M. H. est un homme âgé, en soins palliatifs depuis quelques jours lorsque je lui propose un massage des pieds. Jusqu'à ce jour, ce sont les hommes de sa famille qui lui ont fait la toilette ; il possède un réfrigérateur dans sa chambre et les femmes de la famille s'occupent de ses repas. C'est un monsieur agréable, bien qu'un peu obséquieux avec les soignantes du service. Il est de confession musulmane. Lorsque je me présente à lui pour lui proposer un massage des pieds, son état est douloureux malgré le traitement antalgique. Sa famille n'est pas présente. Il reste poli avec moi, mais me fait comprendre qu'une femme ne doit pas le toucher. Je lui explique alors que j'ai pu observer son mal-être malgré le traitement et que cela fait partie de mes compétences que de l'aider à se sentir mieux. Après avoir réfléchi et en avoir parlé avec les hommes de sa famille, M. H. sonne et me dit qu'il veut bien essayer. Ce jour-là, nous avons beaucoup échangé avec ce monsieur. Après avoir travaillé avec lui sur sa respiration, je l'ai massé, il s'est détendu. Au moment où j'ai quitté la chambre, il m'a remerciée du respect que je lui avais témoigné et m'a demandé si je pouvais continuer cette prise en charge tous les jours. Nous sommes passés du massage des pieds aux mains, puis au visage et au cuir chevelu, pour continuer presque chaque après-midi par un massage du dos. M. H. se sentait mieux dans son corps malgré sa maladie ; il a pu exprimer ses craintes quant à sa mort pendant ces prises en charge. L'équipe soignante a pu prendre sa place et la famille être accompagnée dans cette étape difficile qu'est l'approche de la mort.

Le visage (applicable en self-massage)

Les muscles du visage sont ceux que nous avons le plus de mal à détendre. Même endormis, nos muscles restent tendus. Il est donc indispensable de les détendre en fin de journée.

L'approche du visage est *plus un effleurement qu'un massage* (figure 9).

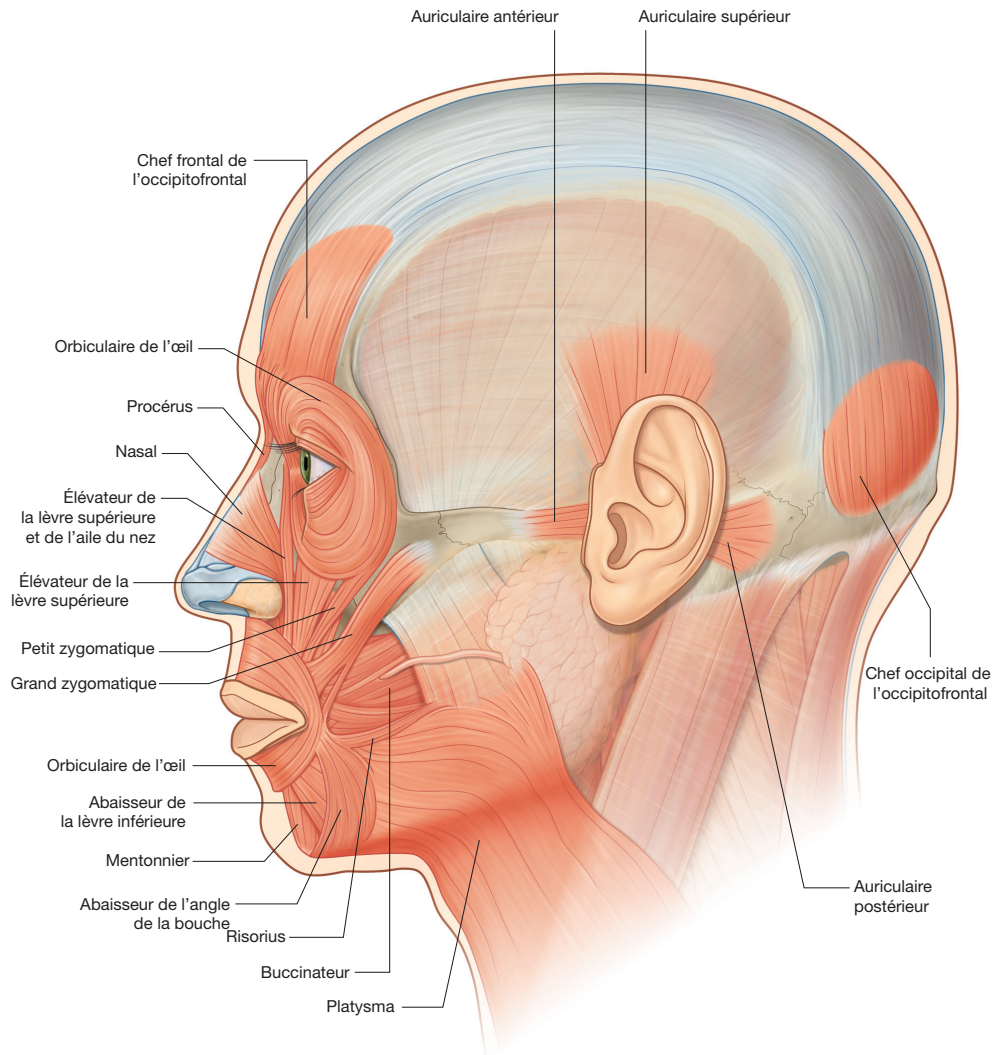


Figure 9. Muscles du visage. (D'après Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. *Gray's Anatomy for Students*. Elsevier: New York; 2005.)

- Avant de commencer, s'asseoir confortablement, dos droit, cage thoracique bien dégagée, et respirer.
 - Fermer les yeux.
 - Se centrer sur sa respiration, paumes des mains tournées vers le ciel.
- Si l'on est détendu, la bouche s'entrouvre.

Comment pratiquer ?

- Commencer par effleurer les yeux (10AB) ;



- puis le front (10c) ;



- continuer par les joues (10DE) ;



- en s'attardant sur et derrière les oreilles (10F) ;
- reprendre au niveau des joues (10G) ;



- continuer avec un effleurement du nez (10H) ;
- de la bouche (10I) ;



- du cou (10j) ;
- terminer en s'attardant sur la nuque (10κ) ;



- recommencer cet effleurage une deuxième fois ;
- après la toilette, privilégier ce moment en appliquant une crème hydratante et en terminant par un effleurage du visage.

Mme F. est âgée de 93 ans ; elle vit en long séjour. Elle ne reçoit pas de visites et est perçue comme une personne difficile : elle insulte le personnel, crache, griffe...

Un après-midi, alors qu'elle se repose, je m'assois près d'elle et lui prends une main, qu'elle ne retire pas. Je reste près d'elle un moment, puis me retire en lui signifiant que je suis disponible si elle souhaite parler, être massée...

Elle m'observe, mais ne répond pas. Le lendemain matin, je m'occupe de sa douche qui se passe tout aussi difficilement que les jours précédents jusqu'au moment où je lui applique sa crème de jour. À ce moment-là, alors que je débute un effleurage du visage, elle se détend, s'arrête de gesticuler ; elle sourit.

Au moment où je vais m'en aller, elle saisit ma main et me demande de rester. Nous sommes restées un long moment à nous observer et à parler.

Elle m'a raconté beaucoup de choses de sa vie dont nous ne connaissions rien. Les jours qui ont suivi, nous avons pris un réel plaisir à partager le moment de la toilette que nous terminions toujours par le même rituel : un effleurage du visage.

Au fil des jours, Mme F. a pu être appréciée par l'équipe, car elle a pu partager ses craintes, sa colère quant au fait d'être en long séjour, sa solitude. Elle a pu s'autoriser à être elle-même, car elle a retrouvé un contact respectueux avec son corps, une écoute et la dignité que chaque personne doit conserver.

Le dos

Un bon massage du dos procure une sensation de bien-être à l'ensemble du corps.

En effet, les nerfs partent de la colonne vertébrale en direction de toutes les régions du corps et, par une influence directe exercée sur eux, le massage du dos peut profiter à l'ensemble du système nerveux (figure 11).

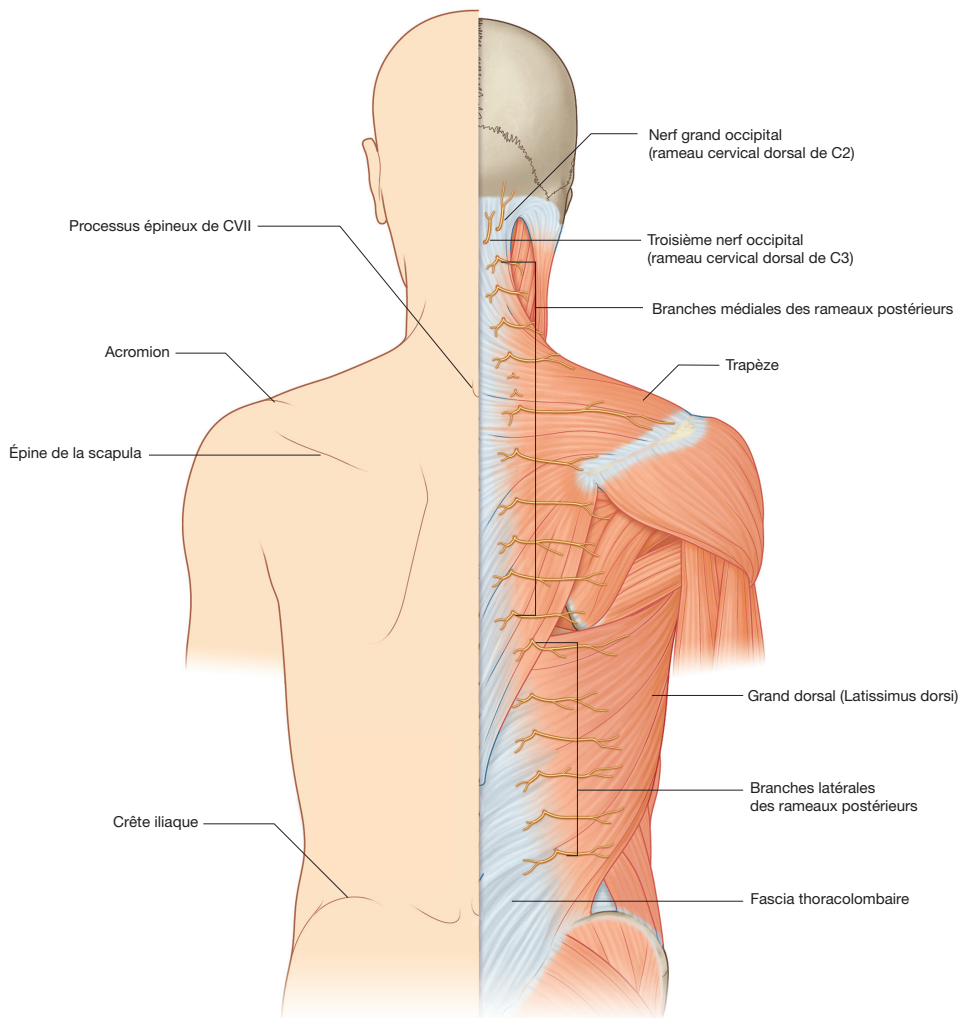
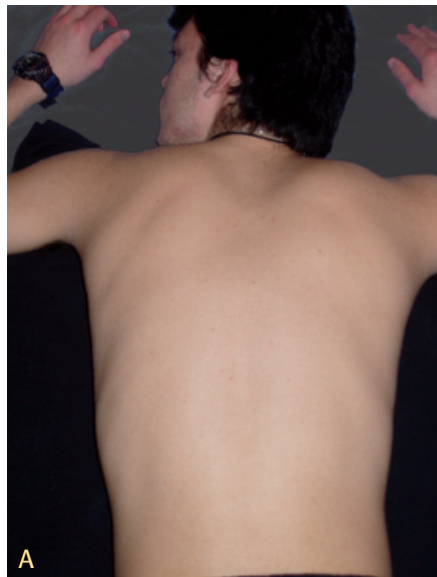


Figure 11. Muscles du dos du groupe superficiel – le muscle trapèze et le muscle grand dorsal (latissimus dorsi). (D'après Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. *Gray's Anatomy for Students*. Elsevier: New York; 2005.)

Les mouvements réguliers et fluides constituent la base du massage. Il ne faut jamais interrompre ces mouvements réguliers, ainsi que le contact tactile, comme lors de tout massage. La variété du massage vient simplement des changements de rythme et de pression lors des mouvements.



Le massage favorise la circulation, décontracte les muscles tendus et relaxe les nerfs crispés. Il est fondamental d'être soi-même très détendu pour que les gestes soient fluides.

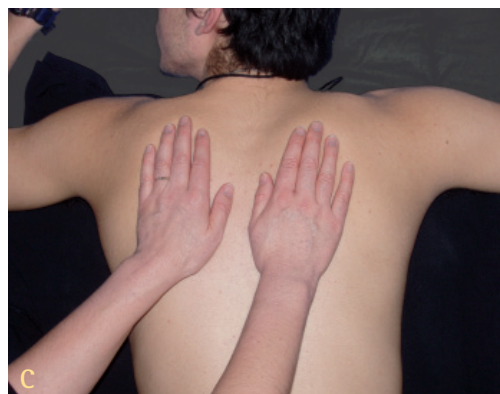
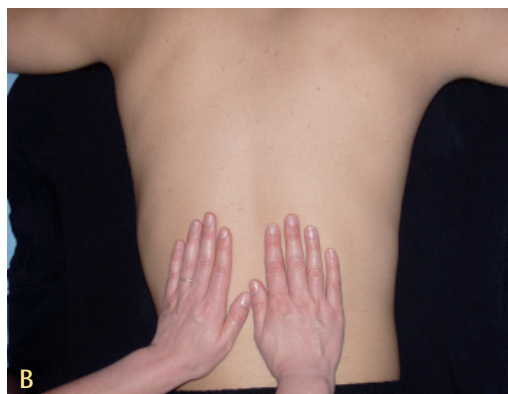
Le massage du dos nécessite l'utilisation d'huile, afin de permettre la fluidité des mouvements. Il faut masser fermement lorsque l'on remonte vers le cœur et laisser glisser les mains légèrement lorsque l'on s'en éloigne (12A).

Comment pratiquer ?

Massage en éventail

Mains côte à côte à la base du dos, on les laisse glisser lentement vers le haut en appliquant des pressions régulières.

Ensuite, écarter les mains en éventail, en réduisant les pressions, et glisser les mains sur les côtés en les gardant bien détendues et moulées aux courbes du corps (12BCDE).





Massage circulaire

Placer les deux mains d'un côté du corps, puis masser en décrivant de grandes courbes et des cercles.

Presser fermement sur les mouvements effectués vers le haut et l'extérieur du dos, et doucement en glissant vers le bas et l'intérieur du dos (12FGH).



Pétrissage

Ce type de massage est utile pour les épaules et les régions charnues comme les hanches et les cuisses.

Il étire et décontracte les muscles tendus, favorise la circulation sanguine en ramenant du sang et des nutriments dans la région massée, améliore l'absorption et l'élimination des déchets.

Il est important d'utiliser de l'huile afin que les mains puissent se déplacer avec des mouvements fluides (12IJ).



Pressions

La pression profonde et directe est extrêmement utile pour soulager la tension des muscles du dos et des épaules ; elle a une vertu relaxante.

On presse progressivement avec les extrémités des pouces en relâchant la pression après quelques secondes. Associer ces pressions à des petits mouvements pénétrants et circulaires (12KLMN).

En résumé, le massage du dos se pratique en alternant plusieurs mouvements de façon fluide.

On commence par le massage en éventail alterné avec :

- le pétrissage ;
- le massage circulaire ;
- les pressions...

Être alité est difficile ; le changement de positions est indispensable afin d'éviter les complications de décubitus. Il



faut profiter de ces moments pour pratiquer un massage du dos au moins une fois par jour.

La technique du massage du dos est une association de différents gestes que l'on peut utiliser comme on le pressent, en fonction de la position du malade et de ses tensions, l'idéal étant l'association des différents mouvements.

M. G. est un homme de 45 ans, hospitalisé en soins palliatifs pour un cancer pulmonaire.

À son arrivée, M. G. ne supporte pas le moindre mouvement ; il n'a pas quitté son lit depuis plusieurs semaines.

La toilette et les mobilisations sont une véritable épreuve, tant pour lui que pour l'équipe.

M. G. sait qu'il ne lui reste que peu de temps à vivre et souhaite rester suffisamment vigilant pour profiter de ses filles, deux jeunes adolescentes.

Nous prenons beaucoup de précautions et de temps pour mobiliser cet homme, tout en profitant de ces moments pour lui proposer des massages. Au départ un peu réfractaire, il accepte pourtant des séances de relaxation, un travail autour de la respiration et des massages. Il présente beaucoup de moments d'anxiété liés à ces difficultés respiratoires, qu'il parvient peu à peu à mieux gérer. Au fil des jours, les mobilisations deviennent moins difficiles ; nous le massons tous les jours et il va même s'asseoir dans le fauteuil. Le temps de la toilette est devenu pour lui un temps primordial d'expression.

Nous savons que, pendant ce temps déterminant où il se sent écouté et entendu, tant dans ses paroles qu'à travers l'expression de son corps, il va nous exprimer des éléments essentiels pour lui, afin d'avancer dans son propre deuil et de permettre également à sa famille d'amorcer un véritable travail de prédeuil.

M.G., qui exprimait une peur terrible de mourir étouffé et dans la douleur, est mort sereinement, entouré de ses filles et de l'équipe. Il n'était pas anxieux, respirait calmement ; nous l'avons massé juste avant qu'il ne rende son dernier souffle, au cours duquel il a dit au revoir à ses filles.

Le massage du bébé et du jeune enfant

Masser son enfant est un moment privilégié, qui doit être envisagé si l'on est décontracté et que l'on a envie de le faire. L'enfant ressent l'ambiance, l'émotivité de la personne qui s'occupe de lui.

Si l'on souhaite que le massage soit bénéfique à l'un comme à l'autre, il est important d'avoir du temps devant soi, que la pièce soit suffisamment chauffée pour que l'enfant n'ait pas froid, que le téléphone soit débranché pour ne pas être dérangé.

Le massage du bébé apporte un bien-être physique et émotionnel, joue un rôle essentiel dans la relation parents–enfant et permet au personnel soignant une prise en charge globale de l'enfant.

Le toucher permet à l'enfant de situer les limites de son corps et d'être plus à l'aise dans l'espace et dans ses mouvements. L'enfant apprend dès sa petite enfance le respect du corps et l'acceptation du bien-être apporté par le toucher ; il est indispensable de lui expliquer ce que l'on va faire.

Comment pratiquer ?

- Bien huiler ses mains et le corps de l'enfant ; les mains doivent être à plat et ne plus quitter le corps de l'enfant dès que le massage a commencé.
- Mettre l'enfant sur le dos : la main gauche part de l'épaule gauche pour descendre jusqu'à la jambe droite et inversement pour la main droite, les mains se croisant au niveau de la poitrine (figures 13ABCD).



- Continuer en reliant le dos au devant du corps en passant d'une hanche à l'autre, d'une épaule à l'autre (figures 13EFGHI).



- Poursuivre en travaillant mains à plat sur le ventre ; masser autour de l'ombilic dans le sens des aiguilles d'une montre (figures 13JK).



- Retourner ensuite l'enfant en reprenant les mêmes gestes que pour le devant du corps (figures 13LM).



- Ensuite, poser une main de chaque côté du bas du dos et remonter jusqu'aux épaules en effectuant des petites torsions (figures 13NOP).



- Continuer en plaçant une main sous les fesses de l'enfant et l'autre main dans le haut du dos, puis faire glisser la main située dans le haut du dos vers l'autre main (figures 13QR).



- Repositionner l'enfant sur le dos et continuer en massant :

Les bras

- Masser toute la longueur du bras, en enveloppant bien l'épaule ;
- effectuer des mouvements circulaires jusqu'à la main en insistant sur la paume de la main et les doigts, puis remonter par un mouvement d'effleurage léger ;
- terminer en massant l'autre bras et l'autre main (figures 13STUV).



Les jambes

- Masser sur toute la longueur de la jambe en partant des fesses vers le pied, en formant de petits bracelets, puis remonter en effectuant un effleurage doux de la jambe (figures 13wxy) ;



- terminer par le massage de la plante du pied avec le pouce (figures 13ZΔ).



Le cas de Kamélia

Kamélia est une petite fille de 2 ans, intubée, ventilée, alimentée par sonde nasogastrique et immobilisée dans son lit. Son état nécessite de nombreuses aspirations endotrachéales à cause de sécrétions épaisses et abondantes.

C'est au cours de la toilette, au fil des jours, que je me rends compte que lorsque j'utilise le toucher relationnel elle est plus attentive et ses sécrétions sont moins abondantes.

Un après-midi, en présence du médecin, nous essayons de la débrancher de son respirateur un court moment dans le cadre d'une prise en charge spécifique par le toucher relationnel. Le résultat étant satisfaisant (Kamélia ne se trouve pas en difficulté respiratoire et ne présente pas une sécrétion excessive), nous décidons de l'installer sur un tapis, afin de pouvoir la mobiliser et pratiquer un massage complet du corps.

Après quelques jours d'adaptation, nous avons pu débrancher Kamélia 20 minutes par jour. Nous avons observé que lorsque nous l'installions sur le tapis sans la masser, elle se mettait immédiatement à hypersécréter.

Massage et personnes âgées

Le vieillissement est le moment où le rythme de reproduction d'une cellule se ralentit sans cause pathologique. C'est la conséquence de phénomènes qui se manifestent à des âges différents :

- selon la personne ;
- selon le sexe ;
- selon les facteurs héréditaires.

L'évolution de notre société, tant dans le domaine technique que médical, engendre un vieillissement net de la population. Nos modes de vie ne permettent plus aux familles de faire vivre plusieurs générations sous le même toit. Lorsqu'une personne âgée est hospitalisée, elle est souvent isolée et ne reçoit que peu de visites.

Dans les hôpitaux, la personne âgée est très souvent considérée comme une charge de travail supplémentaire, car elle sonne fréquemment, a besoin d'aide pour la toilette ou pour se

« Il faut tout de même se dire qu'aucun signe du vieillissement n'est tragique, mais tous ont de l'importance : ils nous mettent en garde. Les plus graves sont les déformations du caractère, car c'est d'abord mentalement qu'on vieillit, et le vieillissement mental entraîne le vieillissement physique. »

Marcelle Auclair 

mobiliser. La perte des repères provoquée par ce changement d'univers ne fait qu'accentuer l'isolement, le sentiment de solitude, d'insécurité et de crainte que peuvent ressentir les personnes âgées.

Or, vieillir dans son corps n'est pas toujours vieillir dans sa tête. La personne âgée a souvent du mal à accepter les transformations corporelles qui la touchent, car son nouvel aspect l'éloigne de toute possibilité d'être touchée par autrui autrement que lors d'un soin.

Alors, si les équipes hospitalières ou toutes les personnes qui s'occupent des personnes âgées étaient sensibilisées au bienfait du toucher relationnel, à l'approche corporelle du corps vieillissant, avec toute l'écoute, l'attention, le respect et la tendresse demandés, cela aurait des répercussions tant au niveau psychologique que physique, et chacun y gagnerait en bien-être et en qualité de vie.

« Voyons que dis-je
Déjà je perds le fil ténu de ma pensée
Insensible déjà seul et sourd aux prodiges
Quand je croyais le seuil de l'ombre outrepassé
Le frisson d'autrefois revient dans son absence
Et comme d'une main mon front est caressé
Le jour au plus profond de moi reprend naissance »

Louis Aragon (*Le vieil homme*)

Conclusion

Cet ouvrage n'a pas la prétention de former qui que ce soit au massage, mais de faire partager une expérience professionnelle ainsi qu'un savoir-faire utilisés au quotidien quel que soit le service, afin d'apporter un mieux-être avec ces deux outils que chacun possède mais ne sait pas forcément utiliser à bon escient : les mains et les oreilles.

Tous les jours, nous entendons la même chose, quel que soit le domaine dans lequel nous travaillons : « manque de temps ! ». Il me semble que chacun peut se réapproprier son temps en fonction des priorités qu'il se donne. Avoir la sensation de perdre un peu de temps au cours d'un soin permet peut-être d'en gagner autrement au cours de la journée ; tout dépend de la façon dont on aborde le quotidien.

« Nous devons nous défaire de la conscience des jours et des heures, et prêter davantage d'attention à chaque minute...

Mais penser aux petites choses ne signifie pas penser petit. Une préoccupation exagérée finit par éliminer toute trace de joie. »

Lao Tseu

Faisons confiance aux malades, aux personnes dont nous nous occupons, à notre entourage et à nous-mêmes. En s'écouter et en écoutant les personnes concernées, on gagne beaucoup de temps et on évite l'épuisement.

« Respecter un être humain, c'est croire profondément qu'il est unique et qu'à cause de cette unicité, il est seul à posséder tout le potentiel spécifique pour apprendre à vivre de la façon la plus satisfaisante pour lui. »

Hélène Lazure

Annexes

1. Historique et cadre juridique de la profession infirmière
2. La profession d'infirmier au XX^e siècle :
historique, définition, chronologie
3. Législation
Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004
relatif aux parties IV et V : Annexe

1. Historique et cadre juridique de la profession infirmière

Les soins aux pauvres étaient dispensés par les « femmes consacrées ». Les riches étaient soignés par leurs domestiques qui n'avaient pas de rétribution pour cela.

Ces soins étaient considérés comme découlant du rôle de la femme dans la société, et étaient de transmission orale, puisqu'elle était interdite d'écriture. Ce sont les religieux, puis les médecins, qui ont rédigé une profusion d'écrits sur les « pratiques des femmes », sans les avoir eux-mêmes exercées, afin de les enseigner. Ensuite, les infirmières ont été instruites sous la tutelle des prêtres et médecins qui ont décidé des savoirs qu'elles devaient ou ne devaient pas acquérir, ainsi que du rôle attendu d'elles.

Dès la fin du XVIII^e siècle, ces soins ont fait l'objet de la formation et de la pratique des soignants mais n'ont été reconnus comme actes de soins infirmiers relevant du rôle propre seulement en 1981.

Vers une réglementation...

Après la séparation de l'Église et de l'État et suite au mouvement de laïcisation, les soins deviennent un droit pour tous, alors qu'ils étaient essentiellement fondés sur les croyances et l'altruisme. Malgré le passage des soins de la charité à l'assistance publique, qui tendait vers le développement de l'instruction des infirmières, il était encore courant de croire que le savoir empirique était suffisant pour soigner, les qualités pour être une bonne infirmière étant la bonté, le dévouement et l'obéissance.

Cette image de l'infirmière a cours aujourd'hui encore.

Depuis les années 1920, après avoir suivi une formation et obtenu leur diplôme « d'infirmière de l'État français », les infirmières occupaient tout le secteur sanitaire et social. Entre autres, elles étaient les ambassadrices de l'hygiène publique et sociale pour lutter contre les fléaux sociaux. Leur rôle était de soigner, écouter, donner des conseils d'hygiène, de santé et participer aux campagnes de prévention (tuberculose). Elles faisaient aussi des enquêtes sociales dans les milieux défavorisés.

Rapidement, face aux conditions de vie déplorables de la population, les infirmières « polyvalentes » furent submergées par les activités sociales au détriment des activités de soins, détournées alors vers les dispensaires et les hôpitaux.

La scission entre le sanitaire et le social se produisit. Les pouvoirs publics, après la sortie des lois sociales du Front Populaire, créèrent une nouvelle catégorie de travailleurs sociaux : les assistantes sociales, confinant les infirmières à un exercice très hospitalier.

Dominée par les concepts d'hygiène publique et sociale et le manque important de soignants formés, mis en exergue durant la 1^{re} Guerre mondiale, cette période donnera l'occasion aux défenseurs de la cause infirmière, comme Léonie Chaptal, considérée aujourd'hui comme la fondatrice de la profession, d'affirmer leur conviction et d'agir dans le sens d'une réglementation de la formation et de la pratique.

C'est au congrès de Montréal, le 5 octobre 1930, que la question de la responsabilité de l'infirmière fut débattue et la règle suivante adoptée : «... (l'infirmière) sa propre responsabilité ne sera pas engagée tant qu'elle se conformera rigoureusement aux instructions qu'elle a reçues ». On conçoit, dès lors, la difficulté de faire admettre aujourd'hui la responsabilité et l'autonomie des infirmières malgré la définition du rôle propre et des règles professionnelles ayant valeur de code de déontologie, qui leur ont été accordées par voie légale.

Un premier projet de réglementation des pratiques remonte à 1937. Un autre sur la formation et l'exercice professionnel infirmier apparaît à travers des lois de 1943-1946.

L'activité libérale des soins à domicile est réglementée par l'arrêté du 31/12/1947 (JO 09/01/48) codifiant les actes pouvant être réalisés par les « auxiliaires médicaux » et remboursés par la Sécurité sociale.

En 1950, l'OMS proposa que les soins aux malades (ceux dispensés par les infirmières) deviennent « des soins infirmiers ». Mais en France, il faudra encore 30 ans avant que ce concept soit reconnu et devienne une discipline à part entière, exercée et enseignée par les infirmières.

Cette amorce de professionnalisation, accompagnée d'une lente évolution du dispositif juridique, fait une distinction plus précise entre la fonction soignante et la fonction traitante, ainsi que la responsabilité propre de l'infirmière.

En mai 1968, la crise au sein de la société française n'a pas épargné les infirmières et les a confortées dans leur désir de retrouver le sens originel de leur fonction mais aussi de jeter le voile qui les assimilait à des religieuses, soumises et dévouées.

En libéral, l'explosion démographique médicale contraint les médecins à exécuter leurs propres prescriptions, obligeant les infirmières à revenir à la pratique de soins de continuité et d'entretien de la vie, ce qu'elles avaient trop délaissé.

En milieu hospitalier, le travail des infirmières est morcelé en actes essentiellement techniques, valorisants, alors que le travail ingrat des soins d'hygiène est délégué aux aides-soignantes, profession à bas revenu apparue en 1956 pour pallier la pénurie d'infirmières.

En 1972, la réforme du programme des études d'infirmières est une révolution dans la conception de la prise en charge des malades. C'est ainsi qu'apparut le concept novateur de « plan de soins infirmiers »

centré sur la santé, la personne humaine, et plus uniquement sur la maladie. Cela répondait au souhait des infirmières de considérer le malade dans sa globalité.

Le concept de santé publique fait alors sa réapparition avec la fonction « éducatrice de santé » de l'infirmière.

L'accès à une certaine autonomie de l'infirmière est en grande partie consécutive aux événements de mai 1968. Il est regrettable que les médecins n'aient pu faire des réformes de cette ampleur dans leurs études, ce qui aurait diminué leurs résistances, par incompréhension, vis-à-vis de cette autonomie infirmière pourtant guidée par le souci de mieux répondre à l'attente des populations.

Début 1993, une série de loi et décrets viennent parachever le cadre juridique de la profession infirmière.

Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Ce décret, appelé Décret de compétence, définit précisément le cadre et le contenu de l'exercice infirmier et notamment le « rôle propre » qui signe l'autonomie de l'infirmière (annexe 2).

Nouveau décret de compétence

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Les règles professionnelles tenant lieu de code de déontologie pour la protection du malade.

Au lendemain de la construction de l'Europe, les infirmières ont dû s'adapter aux progrès techniques, suivre l'évolution de la technologie au sein des « temples de la science » que sont les CHU. Cela révèle qu'aujourd'hui, pour soigner les hommes, les infirmières doivent non seulement être d'habiles et intelligentes techniciennes mais aussi d'excellentes spécialistes de la relation humaine, car soigner constitue par essence l'expression de l'art infirmier. Il ne peut ni se mesurer ni se chiffrer.

Cet art, d'une rare humanité, dispensé par une profession réglementée, avec des devoirs mais aussi des droits, est fondamentalement vecteur d'amour et de fraternité.

Marie Thérèse Planel, mémoire de D.U. : « Soins palliatifs et accompagnement » (<http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/>)

2. La profession d'infirmier au XX^e siècle : historique, définition, chronologie

Historique de la profession au XX^e siècle

Pendant toute la première moitié du XX^e siècle et jusqu'aux années

1970

– Relation d'abord de dépendance très forte à la médecine. On ne parle pas encore de soins infirmiers, mais de soins donnés par des infirmières qui ont alors un rôle purement d'exécutantes : soumission et obéissance aux médecins sont absolument requises pour exercer ce métier fortement marqué par le modèle religieux : abnégation et dévouement aux malades sont attendus sans réserve. Ce modèle rappelle d'ailleurs curieusement le modèle d'organisation patriarcale de la famille et de la société (soumission et obéissance au mari-chef de famille, abnégation et dévouement pour les enfants et la famille).

En psychiatrie, il y a d'avantage de personnel infirmier masculin et son rôle est parfois confondu avec celui de gardiens, faute de médicaments actifs pour calmer et soulager les malades mentaux.

– La mission de l'hôpital reste encore marquée par l'accueil des pauvres et des marginaux comme aux siècles précédents, mais elle est en train de changer pour devenir mission thérapeutique grâce aux progrès de la médecine depuis la révolution pasteurienne, qui inaugure l'entrée massive du médecin à l'hôpital.

À partir des années 1970-1980

– Évolution tendant à instaurer une relation de collaboration en partenariat avec la médecine et les autres disciplines de la santé, avec un modèle de pratique professionnelle moins traditionnel, plus rationnel et scientifique.

– Évolution dans les textes de l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier (loi de 1978), puis du diagnostic infirmier comme support et témoin de la zone spécifique du rôle propre.

– Émergence des soins infirmiers comme discipline à part entière, pouvant enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifiques les sciences de la santé.

– Évolution parallèle de la psychiatrie et des soins généraux jusqu'aux années 1980, puis évolution convergente avec un tronc commun dans la formation, grâce au programme de 1979, et pour finir une unification entre les deux filières avec un programme unique d'études en 1992 conduisant à la formation et au diplôme unique.

Actuellement

– Reste le problème du statut ambigu des infirmières, avec d'une part un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmier, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique, d'où un écart important déstabilisant pour des personnes découvrant la profession, écart douloureux pour les professionnelles en place.

– La mission de l'hôpital est devenue presque exclusivement thérapeutique...

Source : IFSI de Versailles

Définitions de la profession infirmière

– Code de la santé publique, Article L4311-1

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

– Définition des soins infirmiers selon le Conseil international des infirmier(e)s (CII)

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. »

– Définition de l'infirmière par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Cela exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active

de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. »

Cette profession est protégée puisque l'article L. 474 précise : « Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1. »

Chronologie de la profession en France

1902 : (Circulaire) 1^{re} définition de l'infirmière.

1907 : 1^{re} école d'infirmières à la Salpêtrière à Paris.

1922 : (Décret) Création d'un brevet de capacité professionnelle qui permet de porter le titre d'infirmière diplômée d'État.

1938 : (Décret) Création du diplôme d'État d'infirmier

1946 : (Loi) L'obtention du diplôme d'État est obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

Des mesures dérogatoires (après examen dit de récupération) autorisent les personnes non diplômées qui assuraient des soins à exercer la profession en qualité :

- d'infirmier polyvalent ou avec activité limitée,
- d'infirmier auxiliaire polyvalent ou avec activité limitée.

1951 : (Décret) 1^{re} école de cadres infirmiers (Croix-Rouge française).

Création d'un conseil supérieur des infirmiers (CSPPM en 1973).

1958 : (Décret) Institution officielle des certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice ou d'infirmière surveillante.

1965 : Ouverture de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (EIEIS) ; cette institution n'existe plus.

1975 : Certificat cadre infirmier (CCI).

1978 : Nouvelle définition de l'infirmière. Reconnaissance d'un rôle propre.

1984 : (Décret du 17 juillet) Liste des actes professionnels.

1980 : (Loi du 12 juillet 1980) Relative à l'exercice de la profession.

1991 : Création du Service de soins infirmiers.

1992 : (Arrêté du 23 mars) Relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

1993 : (Décret du 16 février) Les règles professionnelles.

1993 : (Décret du 15 mars) Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

2002 : (Décret du 11 février) La nouvelle version du décret de compétence.

Source : <http://www.infirmiers.com>. Reproduit avec autorisation.

3. Législation

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : Annexe

JO n° 183 du 8 août 2004 page 37087

texte n° 37086

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la Santé et de la Protection sociale

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

NOR: SANP0422530D

LIVRE III. AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE I. PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre I. Exercice de la profession

Section 1. Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;

- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;

- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;

43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

1° Première injection d'une série d'allergènes ;

2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Élaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. En peropératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médicochirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un méde-

cin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Éducation à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Section 2. Personnes autorisées à exercer la profession

Sous-section 1. Titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière

Article D. 4311-16

Le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.

Article D. 4311-17

La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à trois ans. Les conditions dans lesquelles peuvent être accordées des dispenses partielles ou totales d'enseignement sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-18

L'enseignement comprend :

- 1° Un enseignement théorique ;
- 2° Un enseignement pratique ;
- 3° Des stages. Les conditions d'indemnisation des stages et de remboursement des frais de déplacement liés aux stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-19

Les instituts de formation en soins infirmiers autorisés à délivrer l'enseignement préparant au diplôme d'État sont chargés de la mise en œuvre des modalités d'admission sous le contrôle des préfets de région et de département ou du préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon. Ils ont la charge de l'organisation des épreuves et de l'affichage des résultats. La composition des jurys et la nomination de leurs membres sont arrêtées par le préfet de région.

Article D. 4311-20

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-21

Le contrôle des instituts est exercé par les fonctionnaires désignés à cet effet par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-22

Les directeurs des instituts ne relevant pas du titre IV du statut général des fonctionnaires sont agréés, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-23

Les conditions d'agrément des établissements, services et institutions où les étudiants effectuent leurs stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-24

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément et d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-20 et D. 4311-22 vaut décision de rejet.

Sous-section 2. Titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique

Article D. 4311-25

La commission prévue à l'article L. 4311-5, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, est composée de :

- 1° Deux praticiens hospitaliers, dont un exerçant dans un service de psychiatrie ;
- 2° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière et du diplôme de cadre de santé ;
- 3° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique et du diplôme de cadre de santé. Les membres de la commission sont désignés par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales parmi les professionnels de la région. Les membres prévus aux 2° et 3° ci-dessus sont désignés sur proposition des organisations syndicales représentatives des infirmiers.

Article D. 4311-26

Les infirmiers et infirmières, titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique, candidats à l'obtention du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière adressent au président de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier comportant les éléments suivants :

- 1° Copie du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ;
- 2° Curriculum vitae comportant en annexe la liste des services dans lesquels le candidat a exercé son activité, ainsi que la nature des fonctions exercées ; cette liste est certifiée exacte par le ou les chefs des établissements dans lesquels le candidat a exercé ses fonctions ;
- 3° Liste des actions de formation continue suivies par le candidat avec, pour chacune d'entre elles, une attestation du responsable de celle-ci ou du chef de l'établissement dans lequel l'intéressé exerçait ses fonctions au moment où elle a été suivie ;
- 4° Éventuellement, copie des diplômes autres que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, obtenus par le candidat. La commission peut, si elle le juge opportun, solliciter du candidat toutes informations complémentaires de nature à l'éclairer sur le contenu des formations suivies.

Article D. 4311-27

Les dossiers mentionnés à l'article D. 4311-26 sont adressés chaque année entre le 1er et le 31 janvier au président de la commission située

dans la région où le candidat exerce ses fonctions ou, s'il n'exerce aucune activité, dans la région où est situé son domicile.

Article D. 4311-28

Au vu des éléments du dossier, la commission fixe, pour chaque candidat, le contenu de la formation complémentaire préalable à l'obtention du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière, au regard notamment du contenu du programme des études conduisant au diplôme d'État. La durée globale de cette formation ne peut être inférieure à six mois.

Article D. 4311-29

L'organisation de la formation complémentaire est confiée aux directions des instituts de formation en soins infirmiers, en collaboration avec le directeur du service de soins infirmiers dans les établissements publics de santé, la personne remplissant les fonctions équivalentes dans les établissements de santé privés, et en leur absence avec le responsable infirmier du service d'accueil. La commission désigne, pour chaque candidat, l'institut de formation auquel il devra s'adresser.

Article D. 4311-30

Les objectifs de la formation complémentaire sont définis contractuellement par la personne responsable de l'encadrement du candidat sur le ou les lieux de stage, désignée par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers et le candidat lui-même. Le candidat peut informer la commission régionale de toute difficulté rencontrée lors du déroulement du ou des stages.

Article D. 4311-31

À l'issue de chacun des stages, la personne responsable de l'encadrement du stage procède avec l'équipe ayant effectivement assuré la formation du candidat et le candidat lui-même au bilan de cette formation au regard des objectifs déterminés. Ce bilan comportant une appréciation écrite précise et motivée est transmis à la commission et communiqué au candidat.

Article D. 4311-32

Au vu du bilan précité et du dossier initial, la commission décide de l'attribution au candidat du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière. Elle peut lui demander d'effectuer à nouveau tout ou partie de la formation complémentaire. Elle se prononce alors de façon définitive sur l'attribution du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière.

Article D. 4311-33

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

Sous-section 3. Ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

Paragraphe 1. Autorisation spéciale d'exercice

Article R. 4311-34

L'autorisation d'exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière prévue à l'article L. 4311-4 est délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale dont il désigne les membres sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. La commission, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, comprend :

- 1° Deux médecins ;
- 2° Deux cadres infirmiers, dont l'un exerce ses fonctions dans un établissement à caractère sanitaire ou médico-social, et l'autre dans un institut de formation en soins infirmiers ;
- 3° Un infirmier ou une infirmière exerçant dans le secteur libéral. Lorsque le demandeur est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice des fonctions soit d'infirmier anesthésiste, soit d'infirmier de bloc opératoire, soit de puéricultrice, la commission est complétée par deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'État correspondant, dont un au moins participe à la formation préparatoire à ce diplôme.

Article R. 4311-35

Les personnes qui souhaitent bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 4311-4 en formulent la demande auprès du préfet de région, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La demande est accompagnée d'un dossier permettant de connaître la nationalité du demandeur, la formation qu'il a suivie, le diplôme qu'il a obtenu et, le cas échéant, son expérience professionnelle. La liste des pièces et des informations à produire pour l'instruction de la demande est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans le cas où le préfet de région réclame, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les pièces et les informations manquantes nécessaires à l'examen de la demande, le délai d'instruction est suspendu jusqu'à ce que le dossier soit complet.

Article R. 4311-36

Le préfet de région statue sur la demande d'autorisation, après avis de la commission régionale, par une décision motivée, dans un délai de quatre mois à compter de la date du récépissé mentionné à l'article R. 4311-35. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet de la demande. L'autorisation précise, le cas échéant, qu'elle est accordée pour l'exercice de la spécialité d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire ou d'infirmière puéricultrice.

Article R. 4311-37

Dans les cas prévus au deuxième alinéa de l'article L. 4311-4, la délivrance de l'autorisation est subordonnée à la vérification de la capacité du demandeur à l'exercice de la profession en France. Cette vérification est effectuée au choix du demandeur soit par une épreuve d'aptitude, soit à l'issue d'un stage d'adaptation.

Article R. 4311-38

L'épreuve d'aptitude consiste en un contrôle des connaissances portant sur les matières pour lesquelles la formation du candidat a été jugée insuffisante. Elle peut prendre la forme d'une épreuve écrite, orale ou pratique. Le stage d'adaptation, d'une durée maximale d'un an, a pour objet de permettre aux intéressés d'acquérir les connaissances portant sur les matières pour lesquelles leur formation a été jugée insuffisante. Le préfet de région détermine, en fonction de ces matières, la nature et la durée de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation qui sont proposés au choix du candidat.

Article R. 4311-39

Sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'organisation, les modalités de notation de l'épreuve d'aptitude, la composition du jury chargé de l'évaluer ;
- 2° Les conditions d'organisation et de validation du stage d'adaptation.

Paragraphe 2. Déclaration préalable

Article R. 4311-40

L'infirmier ou l'infirmière, ressortissant d'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, étant établi et exerçant légalement dans un de ces États autres que la France des activités d'infirmier responsable des

soins généraux, veut exécuter en France des actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre sans avoir procédé à son inscription sur la liste départementale prévue à l'article L. 4311-15 effectuée, sauf cas d'urgence, préalablement une déclaration auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel il va exécuter ces actes professionnels. Cette déclaration comporte, outre l'attestation et la déclaration sur l'honneur prévues au troisième alinéa de l'article L. 4311-22, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport faisant apparaître la nationalité du demandeur. La déclaration fait l'objet d'une inscription sur un registre tenu par chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Article R. 4311-41

L'infirmier ou l'infirmière mentionné à l'article R. 4311-40 peut, en cas d'urgence, effectuer sans délai les actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre. Toutefois, il effectue la déclaration prescrite par l'article R. 4311-40 dans un délai de quinze jours à compter du début de l'accomplissement des actes en cause.

Section 3. Diplômes de spécialité

Paragraphe 1. Diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire

Article D. 4311-42

Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement. Ce diplôme peut être délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'État de sage-femme.

Article D. 4311-43

La durée totale de l'enseignement est fixée à dix-huit mois. L'enseignement comporte une partie théorique et des stages. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'agrément de l'enseignement ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° Le programme et l'organisation des études ;
- 4° Les conditions dans lesquelles des dispenses d'enseignement peuvent être attribuées à des infirmiers ou infirmières diplômés d'État justifiant d'une expérience professionnelle en bloc opératoire ;
- 5° Les modalités des épreuves qui sanctionnent cet enseignement.

Article D. 4311-44

La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 2. Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

Article D. 4311-45

Le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'État de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves contrôlant cet enseignement.

Article D. 4311-46

Les infirmiers et infirmières, titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste créé par le décret du 9 avril 1960 ou titulaires du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste peuvent faire usage du titre d'infirmier anesthésiste diplômé d'État, à l'exclusion de toute autre appellation.

Article D. 4311-47

La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est de deux années. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° Le programme et l'organisation des études ;
- 4° Les modalités d'attribution des dispenses d'études ;
- 5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-48

La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 3. Diplôme d'État de puéricultrice

Article D. 4311-49

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation agréée par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves d'évaluation de l'enseignement.

Article D. 4311-50

Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° La durée des études, le programme de la formation, l'organisation de l'enseignement ;
- 4° Les modalités de délivrance des dispenses de d'enseignement ;
- 5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-51

Les conditions dans lesquelles est délivrée une attestation d'études à la place du diplôme d'État de puéricultrice aux titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier ou de sage-femme n'autorisant pas l'exercice en France sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-52

La nomination des directeurs des instituts est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et des infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Paragraphe 4. Décisions implicites de rejet

Article R. 4311-53

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément ou d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-42, D. 4311-44, D. 4311-45, D. 4311-48, D. 4311-49 et D. 4311-52 vaut décision de rejet.

Chapitre II. Règles professionnelles

Section 1. Dispositions communes à tous les modes d'exercice

Sous-section 1. Devoirs généraux

Article R. 4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R. 4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R. 4312-8

L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Article R. 4312-9

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Article R. 4312-10

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R. 4312-11

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Article R. 4312-12

Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Article R. 4312-13

Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R. 4312-14

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Article R. 4312-15

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux

médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Article R. 4312-16

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R. 4312-17

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité. Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient. Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Article R. 4312-18

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-19

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Article R. 4312-20

L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R. 4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou

paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R. 4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Article R. 4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Sous-section 2. Devoirs envers les patients

Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

Article R. 4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R. 4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Article R. 4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Article R. 4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Article R. 4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou

des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Section 2. Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral

Sous-section 1. Devoirs généraux

Article R. 4312-33

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Article R. 4312-34

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.

Article R. 4312-35

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Article R. 4312-36

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R. 4312-37

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le

ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Article R. 4312-38

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-39

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Sous-section 2. Devoirs envers les patients

Article R. 4312-40

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement. Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués. L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Article R. 4312-41

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1. Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas

échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Sous-section 3. Devoirs envers les confrères

Article R. 4312-42

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière. L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Sous-section 4. Conditions de remplacement

Article R. 4312-43

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Article R. 4312-44

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable. L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Article R. 4312-45

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci. Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22. L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé

indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

Article R. 4312-46

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité. L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Article R. 4312-47

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

Article R. 4312-48

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

Section 3. Infirmiers et infirmières salariés

Article R. 4312-49

Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels. L'exercice habituel de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Bibliographie

Anzieu D. *Le moi-peau*. Paris : Dunod ; 2001.

Auclair M. *La jeunesse au cœur, vers une vieillesse heureuse*. Paris : Spadem ; 1970.

Collière M.-F. *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : InterÉditions ; 1996.

Poletti R. *Les soins infirmiers – Théories et concepts*. Paris : Le Centurion ; 1978.

Salomé J. *Contes à guérir, contes à grandir*. Paris : Albin Michel ; 1995.

Savatofski J, Prayez P. *Le toucher apprivoisé*. Paris : Lamarre-Poinat ; 1989.

Zucman E. *Accompagner les personnes polyhandicapées*. Paris : Édition du CTNERHI (collection Études et Recherches) ; 1998.