



ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE : RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ, LA BONNE DISTANCE

Laure SCHREDER, oncopsychologue , CHU, Dijon

LA BONNE DISTANCE? LA JUSTE DISTANCE? PARLONS PLUTÔT DE LA RELATION

- La distance physique: « l'espace intime », « l'intimité »
- La relation: « la posture », « la communication non verbale » « le toucher » « l'alliance thérapeutique »

Le soin « met au contact deux corps vivants, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent. »

MAIS

Technicisation des soins, surcharge de travail, modèle de la « bonne distance » nous invite à « maîtriser nos affects » afin de pouvoir accompagner le patient dans l'épreuve, qui est la sienne, sans en être touché pour autant. Walter HESBEEN en fait également le constat, il parle « d'une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité ».



- **la neutralité émotionnelle est tout simplement impossible**

accueillir nos émotions en sachant de les comprendre semblerait bien plus judicieux que de vouloir les neutraliser à tout prix.

« On est soignant mais on fait des soins », la juste distance professionnelle (personnelle)
soignante= **mettre en avant sa présence mais pas sa propre existence**

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ: UNE RELATION ASYMÉTRIQUE

- La relation soignant–soigné est une rencontre singulière, imprévisible, asymétrique et inégale.
- Un soignant sachant, valide, en bonne santé, VS une malade dépendant, vulnérable, inquiet, impuissant
- l'asymétrie de la relation de soin s'impose au regard : l'un est debout, l'autre allongé ou assis. L'un est en blouse blanche, indice d'une fonction ; l'autre est dénudé, ou vêtu d'une chose informe, il est exposé aux regards.
- Et pourtant: une rencontre de deux Humanités: Face à « l'infini » d'autrui (Levinas), le savoir, le savoir-faire et le pouvoir apparaissent parfois limités. La vulnérabilité du soignant consiste alors en l'expérience de sa *non toute-puissance* : il ne comprend pas tout, il ne peut pas tout.

DÉPENDANCE ET AUTONOMIE

- besoin du soignant pour l'aider à prendre soin de son corps
 - - maladie qui peut rendre vulnérable, fragile et dépendant
 - - certaines indications thérapeutiques
 - - limites organisationnelles entraînant des atteintes à l'autonomie du patient.
-
- Zoom sur le « maternage »

LE « CURE » VS « LE CARE »

• « cure » → Soins de réparation-soigner

« care » → « prendre soin »

LA RELATION

- Transfert et contre-transfert

- **Transfert**

- - Processus par lequel la relation du sujet aux figures parentales
- est revécue dans la relation au soignant : déplacement des affects sur le
- soignant.
- - Transfert positif ou négatif : sentiments tendres ou hostiles

- **Contre-Transfert**

- - Réactions inconscientes du soignant à la personne du soigné, ou au transfert du soigné
- Le soignant doit - rester vigilant aux mécanismes transférentiels
- - maintenir des frontières nettes dans sa relation d'aide.

ATTITUDE ET CONTRE-ATTITUDE

- Comportements qui aboutissent à l'acceptation, ou au rejet de l'autre

- exemple: le dégoût 

« Ce qui fait enlever le dégoût, c'est de se rapprocher de la personne [...] Quand je me sens un petit maux de cœur, je ne le vois pas : je regarde la personne. »

Du côté des patients : « attitude-réponse » du patient à celle qui lui est présentée par le soignant. Peut être vécue sur le même mode d'expression, ou sur un mode différent voire opposé.

Du côté des soignants : réactions inconscientes du soignant à la personne du patient, à ce qu'il lui fait vivre et éprouver.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

- « Identifier ses défenses, c'est aussi se révéler plus apte à reconnaître celles du patient » écrivait Martine Ruszniewski

LE PATIENT FACE AU CANCER

- Annonce= rupture, « coup de massue »
- Le cancer: un processus qui fait vaciller les certitudes et les équilibres
- Renvoi la mort, la finitude, le temps (attentisme, urgences, « combien de temps ? », chronicité, crise aiguë)
- Le patient doit composer: avec les inconforts, les traitements, la « dégradation » physique, une perte de l'image de soi et de l'estime de soi
- Sur le plan psychique, c'est toute l'identité de la personne, sa cohésion interne, son équilibre homéostatique qui sont ébranlés par la violence de l'irruption de l'impensable maladie
- Au regard de cette vulnérabilité, le soignant = l'étranger qui va venir mettre sa patte au sens propre et figuré dans son intimité
- altérité (l'autre qui peut me blesser et/ou l'autre dont j'ai besoin)

LECORPS COMME « MOI INCARNÉ »

- **La maladie opère un changement de repère, un grand vertige: perte de l'équilibre interne et relationnel : du face à face au côte à côte**
- **Il faudrait reconquérir une « portance » (par l'autre, comme autre corps (d'où grande fatigue chez les soignants qui « prêtent leurs corps, leurs énergies »**
- **Silence des organes comme santé VS étrangeté dans son propre corps douleurs**

LE SOIGNANT FACE AU CANCER

- **Illusion de la toute-puissance scientifique, de la médecine miraculeuse**
- **Devoir de guérir et faire reculer les frontières de la mort**
- **Fantasme inconscient d'immortalité**
- **Hôpital = mise en scène de la puissance du pouvoir médical sur la maladie et sur la mort → sentiment d'échec, déception, culpabilité**
- **Illusion d'une mort douce, apprivoisée à l'hôpital → sentiment d'insatisfaction et d'impuissance**
- **L'accompagnement de fin de vie confronte le soignant à des sentiments d'échec et d'impuissance → remise en question du sens de son rôle et reconsidération de la notion de soins**
- **Réactivation des angoisses de perte, séparation, peur du manque, de deuils... de notre propre angoisse de mort**
- **Prendre soin VS rentabilité efficacité**

- 
- « L'épuisement professionnel des soignants est une maladie de l'âme en deuil de son idéal »

Freudenberger

- **Accueillir un patient, c'est aussi accueillir une famille** et l'accompagnement de cette famille participera à la prise en charge du patient.
- **« le proche c'est celui qui va rester... ».** peut aussi témoigner d'un sentiment d'impuissance, de culpabilité, de crainte « de ne pas être à la hauteur » des attentes du malade ;angoisse de perdre l'être aimé et pertes multiples
- certains d'entre eux hésitent à l'exprimer par pudeur, par honte (comme s'ils ne se reconnaissent pas le droit de souffrir, de se plaindre), par peur de déranger ; ces proches-là ne s'exprimeront que s'ils perçoivent une **disponibilité suffisante** des soignants à les écouter.
- **Qu'en est-il de la place du proche dans un système dyadique soignant-soigné ? Dans des prises en charges qui se veulent centrée sur le patient ?**

- 
- Les proches attendent des soignants et thérapeutes de guérir leur proche malade
 - **MAIS**
 - Ils renvoient quelque chose de difficile douloureux une espèce de pression, une attente pressante pour le soignant,
 - Confrontent les soignants à leurs limites, leurs propres angoisses
 - **INVERSEMENT**
 - Les soignants attendent de l'accompagnant une « présence idéale » « facilitante » (pression pour le proche)
 - **CONFIANCE jamais constante**: mise à mal en cancérologie (rechutes, aggravation, effets secondaires, complications: facteurs qui réactivent angoisses et doutes !!!!!)



Etudes de cas:



Nous pouvons vivre tous ces rôles mais l'un d'entre-eux est notre tendance dominante

- « C'est comme ça... Je n'y peux rien... Je n'ai pas de chance... »
- Se plaint, s'apitoie sur son sort
- Subit les choses et les autres
- Attire l'attention sur soi, l'empathie, si le rôle est bien joué
- Peut devenir bourreau ou sauveur après un passé de victime

- « C'est de ta faute... Je sais mieux que toi... C'est pour ton bien... »
- Libère ses pulsions agressives
- Domine, harcèle, critique, dévalorise sa victime
- Ironise, manipule, peut faire preuve d'agressivité
- Peut persécuter ou justifier ses violences par un ancien vécu de victime

- « Tu as besoin de... Je sais ce qu'il te faut... »
- Joue un rôle qui flatte son égo
- Intervient même si rien ne lui est demandé
- Infantilise, place la victime en incapacité
- Peut devenir persécuteur ou victime s'il est déçu ou n'a pas de reconnaissance

La dialectique Victime - Sauveur - Persécuteur



Penser pour panser la relation

la triade patient-famille-soignant :cette rencontre est toujours singulière

il y a autant de patients, autant de familles, autant d'histoires de vie, qui impliquent autant d'accompagnements.

Ainsi nous le rappellent P. Belaud et C. Herniotte (1998) : « Point n'est recette en la matière et heureusement, sinon aurions-nous le désagréable sentiment de tout savoir, tout gérer, tout comprendre, tout anticiper... »



Il semble alors que prendre en compte les difficultés et la souffrance de l'équipe est nécessaire pour que celles-ci ne se transfèrent pas sur le patient et que la souffrance des soignants ne soit traitée en lieu et place de la souffrance du patient.

Il est alors indispensable d'identifier aussi nos représentations, de les nommer puis s'en distancer pour que le patient reste au centre de la prise en soin.