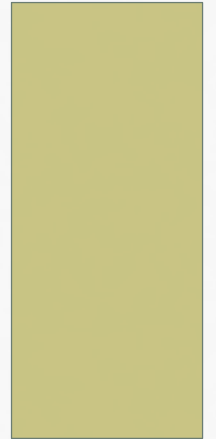


LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

TEXTE : MARION BEYDON (PSYCHOLOGUE)
DIAPORAMA : FABIEN ANTONI (PSYCHOLOGUE)



I) RÔLE DU SOIGNANT DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

- Le soignant : élément primordial liant entre le patient et les autres intervenants
 - Traducteur (corps médical \leftrightarrow patient)
- La qualité de la relation apparaît essentiel pour que le patient puisse construire du sens autour de son atteinte somatique et/ou psychique et s'en trouver apaisé.
- Le soignant doit prendre conscience de son rôle et de sa fonction tierce primordiale dans le dispositif hospitalier.

II) LE TRIANGLE SOIGNANT/FAMILLE/SOIGNÉ

- Relation triangulaire qui nécessite des compétences relationnelles et communicationnelles
- 3 partenaires autour de préoccupations partagées
 - ⇒ mouvance de jeux relationnels que sont **l'alliance** et **l'opposition**
 - **Alliance** : stratégies qui poussent à s'entendre, partager un avis, s'attacher à un même objectif, partager les mêmes sentiments
 - **Opposition** : stratégies où s'exercent les dissensions, les rivalités, les jalousies

ALLIANCE ENTRE PATIENT ET FAMILLE CONTRE LE SOIGNANT

1^{ER} EXEMPLE

*UN ADOLESCENT AYANT UN CANCER REFUSE AVEC SA FAMILLE
L'AMPUTATION QUE LES SOIGNANTS PROPOSENT COMME SEUL
TRAITEMENT : LES RELATIONS DEVIENNENT DE PLUS EN PLUS
TENDUES*

Analyse

- **Soignant** identifié comme intrus/persécuteur
 - Position inconfortable
 - Gène
 - Sentiment d'être agresseur
- **Patient** : oppressé /
- **Famille** : redresseur de tort
 - Sentiment de révolte et de désespoir !

Bon questionnement ?

- Comment leur a été annoncée cette solution ?
- A-t-on inscrit cette solution dans un projet plus global ?
- Ont-ils été soutenus dans cette épreuve ?
- **Le soignant pourra alors proposer des solutions à ces questions.**

ALLIANCE ENTRE PATIENT ET SOIGNANT CONTRE LA FAMILLE

2^{IÈME} EXEMPLE

LE SERVICE DÉCIDE D'ISOLER UNE ADOLESCENTE ANOREXIQUE DE SA FAMILLE LE TEMPS DU TRAITEMENT

Analyse

- **Soignants** : tiers castrateur qui isole et protège le soigné d'une relation conflictuelle
- **Famille** : rôle de persécuteur
 - Retrait chargée d'amertume
 - Revendications déplorant l'injustice faite...

Bon questionnement ?

- S'interroger sur le rôle tenu ?
 - afin de trouver une attitude adéquate pour trouver des compromis
- **L'idéal serait que les trois protagonistes se considère comme des partenaires, animés par une même motivation.**
- **Mais la réalité est toujours plus complexe !**

ALLIANCE ENTRE SOIGNANT ET FAMILLE CONTRE LE SOIGNÉ

3^{IÈME} EXEMPLE

UNE FEMME MARIÉE DE 35 ANS, QUI A DEUX ENFANTS, A FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE AUX MÉDICAMENTS. ELLE EST HOSPITALISÉE.

Compléments à la situation

- Les soignants ne comprennent pas le geste de cette femme
- Alliance avec l'époux qui partage ses plaintes
- Il demande aux soignants de faire la morale à son épouse car lui n'est pas écouté.

Analyse

- Réaction possible de la patiente :
 - Soumission apeurée
 - Déprime coupable
 - Révolte
- Risque pour la patiente
 - Perte de confiance
 - Abandon dans la participation aux soins...
 - Inefficacité des soins...

III) LE VÉCU DE LA RELATION DU CÔTÉ DU SOIGNANT

INTRODUCTION

- Milieu médical : source de stress compensée, heureusement, par certaines satisfactions
- Repérer dans ce vécu un ensemble de sentiments et d'émotions
 - **Sentiment** : disposition affective spécifique éprouvé par un sujet pour un objet, vécu sur le registre du plaisir ou déplaisir
 - **Emotion** : renvoie davantage à une sensation physique
- Le soignant doit avoir une bonne connaissance de soi
 - Épanouissement dans son travail
 - Recul vis-à-vis de certaines de ses réactions
 - Saisir la problématique
 - Adapter sa réponse (attitude, comportement, paroles...)

1. SENTIMENT DE SUPÉRIORITÉ

- Action auprès du malade assis ou alité
 - Port de la blouse marquant une fonction valorisée
 - Savoir paramédical
 - Autorité professionnelle
 - Exécution de gestes techniques
- ⇒ **Sentiment de confiance en soi nécessaire à la relation de soins et à l'exécution des tâches qui en découlent.**
- Risque d'abus auprès des patients / famille
 - Face à la maladie et la douleur
 - Face aux interrogations avouées ou tues...
- ⇒ **La relation de confiance exige que le patient se sentent entre « des mains compétentes », mais demande aussi un partage des connaissances, pour établir une collaboration active.**

2. SENTIMENT DE TENDRESSE

- Tendresse : expérience intime partagée, expérience de proximité physique et psychique de sécurité, contact agréable et apaisant.
- C'est de rester centrée sur les besoins de l'autre.
- La réciprocité est nécessaire : c'est un partage émotionnel engageant
- **Le soignant est donc confronté à sa propre capacité à faire confiance, à vivre le rapproché intime**
 - **comment a-t-il été porté lui-même, lavé, comment est-il soutenu aujourd'hui par son entourage qu'il s'est constitué ?**
- Risque à adopter cette attitude douce et attentive de peur d'être débordé par des manques, des défauts de sécurité, par leur propre besoin de sécurité...

3. SÉDUCTION ET ÉROTISATION

- Freud : « *dans la tendresse les pulsions sexuelles sont inhibées quant au but* »
 - Ceci permet de refouler les désirs et les pulsions.
- Toute rencontre est séxuéée !
 - **L'idée qu'il faut être clair n'est qu'un vœux pieux, une illusion défensive aveuglante, car toute rencontre intersubjective est complexe et plonge ses racines dans l'inconscient**
- Aborder ce thème en équipe / beaucoup de situations évoquées / mise à distance par l'humour / dédramatisation de situation difficile à vivre...
- S'interroger sur ce qui résonne en nous dans ses situation !

4. SENTIMENT D'IMPUISSANCE

- Pathologie incurable / non évolutive / mortelle
- S'accompagne d'un sentiment d'infériorité / tristesse / colère.
 - Soit lassitude, désespoir, nécessitant un soutien de l'équipe ou d'un professionnels pour s'en soulager. L'idée est ici de redéfinir les objectifs de soins !
 - Soit hyperactivité : trop en faire ou fuite en avant pour compenser l'impuissance et éviter de souffrir.

5. UN SENTIMENT DE RESPONSABILITÉ

- Prendre trop à cœur la situation d'un patient
- Implication personnelle > conscience professionnelle
- **Se protéger d'un trop grand investissement !**
 - *Comment ne rien ressentir ? Ne rien éprouver ? Peut-on éviter ces émotions ? en sommes nous maitre ? Cette maitrise est-elle souhaitable ?*
- Apprendre à vivre avec (travail personnel / supervision)
- Equipe lieu contenant

6. UN SENTIMENT DE DÉCOURAGEMENT

- **Burn out** / syndrome d'épuisement professionnel
 - Fatigue chronique, parfois dépression, désintérêt et désinvestissement → épuisement
- Causes : stress, situation dramatiques des patients, manque de gratifications, surcharge de travail sentiment d'inutilité (parfois associés à des problèmes personnels)

7. UN SENTIMENT DE CULPABILITÉ

- Déculpabilisation pour aider le soignant...
 - Est-ce si simple et souhaitable ?
- Culpabilité profondément ancrée dans la psyché
- Elle organise la relation à autrui
- **Elle est à l'origine de la préoccupation pour autrui**
 - Signal qui endigue nos pulsions agressive envers autrui
 - Garde fou qui évite nos passage à l'acte
- Il faut déculpabiliser la culpabilité...
- **Se sentir coupable c'est entrer dans la prise en compte de l'existence d'autrui comme sujet qui souffre, qui ressent**

8. UN SENTIMENT DE SATISFACTION

- Mille façons de la ressentir
 - **Gratifications personnelles**
 - **De l'équipe**
 - **Succès thérapeutiques**
 - **Reconnaissance par autrui (patient, famille, hiérarchie)**
- Provoque de la joie / apaisement / dynamisme / curiosité / générosité / ...

9. CONCLUSION

- Ces sentiments = repères tant individuel que collectif
- Pour être un bon soignant il faut être en capacité de demander soi même de l'aide
- C'est une marque de bonne santé psychique que de poser le problème plutôt que de l'éviter.
- 2 freins majeurs à la demande d'aide :
 - Peur du jugement d'autrui
 - Peur de ne pas être écouté

IV) LE VÉCU DE LA RELATION DU CÔTÉ DU SOIGNÉ/DE LA FAMILLE

1. CULTURE DE LA CONTESTATION

- Révolution française : berceau de la culture contestataire
- Dans la vie quotidienne : contestation de toute forme d'autorité
- L'autorité à la médecine est donc aujourd'hui remise en question
- **Il ne s'agit plus d'imposer, le public refuse ce type de rapport, mais d'expliquer.**
- **Patient et famille sont donc acteurs du soin**

2. UN MODE DE VIE INDIVIDUALISTE

- Individualisme exacerbé de la société
- A l'origine de cet individualisme des causes nobles :
 - Quête de liberté
 - D'autonomie
 - D'indépendance
- **Exigences individuelles également à l'hôpital.**
 - **Chambre individuelle**
 - **Comme si on est tout seul**

3. LA PEUR DES MALADIES

- Hospitalisation = temps à part dans la vie du patient et de sa famille
- **Malgré les progrès de la médecine, les informations circulent et les peurs subsistent**
- Ex. médiatisations des maladies nosocomiales

4. PRISE DE CONSCIENCE DE SA PROPRE FINITUDE, DE SA PROPRE MORT

- Au-delà de la maladie, peur de mourir
- La maladie renvoie le patient à sa fragilité et sa finitude
- Réactions en lien avec nos mécanismes de défense
- Émotions ressenties :
 - Indifférence
 - Révoltes ouvertes
 - Recherche de sens
 - Repli
 - Soumission
 - dépression

5. L'IMAGE DU CORPS

- Maladie / handicap / les déformations = expériences qui affectent l'image du corps, plus ou moins difficile à intégrer
- L'image du corps évolue progressivement au cours de la vie avec plus ou moins de bonheur
- Les accidents sont au contraire brutaux et demandent
 - des capacités d'adaptation,
 - des stratégies pour y faire faces,
 - des supports dans leur environnement familial ou soignant

V) LA RELATION D'AIDE

PSYCHOLOGIE HUMANISTE DE CARL ROGERS

1. ORIGINE ET DÉVELOPPEMENT

- 1970 : rôle propre IDE / psychologie humaniste
 - Approche globale de l'individu et non plus sur l'unique symptôme
- La relation d'aide se fonde sur un travail individuel où la subjectivité de chacun est mise en avant : c'est la rencontre entre 2 subjectivités
- Certains besoins sont universelles : leur expression, leur poids sont cependant variable d'un individu à un autre (facteurs personnels)
- Aujourd'hui 2 obstacles :
 - Durée raccourcie des hospitalisations
 - Pénurie des IDE dans certains service (actes techniques)

2. ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

- La relation d'aide c'est le moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelles, familiale, sociale et professionnelle.
 - développement d'une **relation de confiance entre le soignant et le soigné**
 - Respect de certaines règles comme **la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement**
- La relation d'aide vise un changement chez le patient !
- le soignant plutôt que de répondre aux questions que se pose le patient devra davantage le soutenir et l'accompagner à son rythme dans ce questionnement
 - **Il est en effet des savoirs qui doivent advenir à nous même**
 - obtention d'un soulagement émotionnel
 - le patient découvre quelque chose de lui, et avance dans la compréhension de ce qui lui arrive

3. DEUX POSTULATS DE BASES

Tout individu est unique

- Singularité
- Vécu propre
- Histoire personnel
- Personnalité
- Influences vécues
- Accidents
- Etc.

Tout individu est en évolution

- Chacun à le pouvoir de changer
- On change en permanence
- Tout un chacun à la potentialité de changer
- **Pour accepter de changer il faut déjà s'accepter tel que l'on est. Seulement après une évolution est possible.**

4. CONCEPTS DE BASE

a. La présence

- La relation est d'abord une présence à l'autre, **c'est "être là"**.
- Ce concept peut se définir comme **la capacité physique d'être là et la capacité psychologique d'être avec la personne.**
- Il symbolise à la fois la force qui suscite la confiance et qui rassure, et la douceur que suppose une approche humaine et bienveillante.
- Sa signification lui vient des richesses intérieures de l'aidant(e) qui l'assure, sans même parler, et qui laisse émaner par **sa qualité d'être**, calme, espoir et sécurité

4. CONCEPTS DE BASE

b. L'écoute

- L'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps, mais aussi de **disponibilité intérieure**.
 - **être prêt(e) à accueillir ce que dit l'autre.**
- L'écoute est à la fois silence et parole, elle est le silence, mais un silence qui parle de notre ouverture bienveillante à la demande du malade et de sa souffrance.
- Ce n'est pas le silence froid de la neutralité ou le silence vide de la distraction, mais le silence chaleureux qui laisse une place à l'autre, qui lui donne un espace de vie, un pouvoir, et qui lui communique par là son désir d'écouter

4. CONCEPTS DE BASE

c. L'acceptation positive inconditionnelle

- Il s'agit d'un **sentiment d'ouverture à l'expérience de l'autre**, à sa souffrance et à sa manière d'être sans exigence de changement, ce qui constitue la première condition à l'établissement d'une relation d'aide.
- L'aidant(e) reconnaît l'aidé dans toute sa dignité en dépit de son aspect physique, de son caractère, de ses valeurs et de sa conduite, et consent à s'en occuper de manière active et chaleureuse.
- C'est accepter le patient tel qu'il est, **sans jugement** sur ce qu'il fait ou dit.
- Ce que le soignant accepte et distingue, **c'est la personne**, non pas ses comportements, ni ses symptômes, ni sa situation

4. CONCEPTS DE BASE

d. Le respect chaleureux

- **La relation d'aide repose sur la confiance et le respect.**
- Par le respect, l'aidant(e) reconnaît dans l'autre une personne humaine investie d'une dignité et d'une valeur très grande. Elle la perçoit comme un être unique et libre capable de prendre ses propres décisions, même si c'est parfois avec de l'aide.
- La respecter, c'est lui manifester de l'estime, la traiter avec déférence et politesse, c'est l'accueillir dans sa différence et lui montrer une considération réelle pour ce qu'elle est, indépendamment de ce qu'elle dit.

4. CONCEPTS DE BASE

e. L'empathie

- **L'empathie est un profond sentiment de compréhension de l'aidant(e)** qui saisit la difficulté de l'aidé :
 - comme si elle le pénétrait dans son univers.
 - comme si elle se mettait à sa place pour se rendre compte de ce qu'il vit et de la façon dont il le vit, et qui lui apporte le réconfort dont il a besoin, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre elle-même les émotions.
- C'est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.
- La relation d'aide informelle est surtout fondée sur l'empathie et, au cours d'un entretien formel, l'aidant(e) crée un climat de compréhension empathique, source de confiance, et de connivence thérapeutique, et la base du soutien qu'elle apporte à l'aidé.

4. CONCEPTS DE BASE

f. L'authenticité

- Il s'agit de la capacité de l'aidant(e) de demeurer strictement elle-même au cours de la relation avec l'aidé. Grâce à l'authenticité, l'aidant(e) reste transparent(e), spontané(e) et ouvert(e), ne cherche pas à présenter une façade artificielle et ne se prétend pas être l'expert(e) de la situation de l'autre.
- Cette capacité est essentielle à l'établissement du climat de confiance et de simplicité nécessaire à la création d'une saine alliance thérapeutique entre l'aidant(e) et l'aidé.
- **Entrer en relation d'aide c'est s'exposer soi-même comme un outil de soin.**

4. CONCEPTS DE BASE

g. La congruence

- Il s'agit de la manière d'être de l'aidant qui manifeste une certaine adéquation **entre ce qu'il ressent**, ce qu'il pense, ce qu'il dit et ce qu'il fait, et **entre son comportement verbal et son comportement non verbal**.
- En agissant ainsi, l'aidant crée une harmonie entre ses émotions, ses pensées et ses actions.
- Cette harmonie interne lui permet d'exprimer ce qu'il pense de manière thérapeutique (avec une forte énergie positive) ou de faire ce qu'il croit approprié afin de faciliter une prise de conscience chez l'aidé ou une évolution de la perception de sa situation.

5. BESOIN, DÉSIR ET DEMANDE

- **Besoin** : base de la démarche de soins
 - Correspond à une situation de manque
 - Recherche d'un objet externe de satisfaction
- **Désir** : souvent caché par le besoin...
 - D'ordre psychique
 - Moteur de l'existence Irrationnel car associé au souvenir , fantasme, traumatismes, frustrations,...
- **Si le besoin peut faire espérer l'obtention d'une satisfaction, le désir quant à lui, propulse dans une quête perpétuelle. Et en ce sens il est dynamique et créateur.**

5. BESOIN, DÉSIR ET DEMANDE

- Besoin et désir peuvent s'exprimer par la **demande**.
 - Elle peut être lié à un besoin facilement identifiable
 - Elle peut aussi mettre en mot un désir
 - **Le soignant pourra se trouver dérouté s'il ne se réfère qu'à sa théorie des besoins...**
- Faire le distinguo entre besoin et désir... des demandes incessantes, difficile à satisfaire, cachent certainement un désir plus difficile à identifier
- **Double lecture nécessaire pour se prémunir d'un ras le bol, ou de l'incompréhension, voir du rejet du patient.**

VI) LA REFORMULATION

5. DÉFINITION

- La reformulation est une pratique de communication qui consiste à formuler des pensées de façon plus claire. Ce n'est pas de l'empathie. Elle ne cherche pas à faire parler davantage son interlocuteur, ni à le convaincre.
- La reformulation est définie par Carl Rogers et G. Marian Kinget avec la citation :
 - « **[la reformulation] a pour but d'extraire du contenu communiqué le sentiment inhérent à ses paroles et à le lui communiquer sans le lui imposer** ».

5. FONCTIONNEMENT

- C'est une intervention de l'aidant qui consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite ce que la personne vient d'exprimer et ce de telle sorte que l'aidant obtienne l'accord du sujet.
- L'un des atouts de la reformulation est de manifester à l'autre que ce qu'on vient d'entendre est acceptable. Sans adhérer au point de vue de l'autre, on donne le droit à son point de vue d'exister, puisqu'on peut le répéter calmement.
- Le mécanisme qui peut alors s'engager est que l'autre s'enhardit et exprime plus en avant son point de vue. Il craint moins de choquer.
- Un autre mécanisme mis en avant par Rogers est que le patient (dans le cas de thérapies) découvre ce qu'il pensait, en l'entendant dans une autre bouche. Il en prend conscience différemment.

5. PRINCIPES

- Les principaux types de reformulation sont
 - la répétition partielle (en écho),
 - la reformulation - paraphrase,
 - la reformulation originale (soit synthétique soit plus explicite),
 - la reformulation interrogative
 - la reformulation émotionnelle
- Reformuler c'est agir pour être ou rester connecté.
- La reformulation émotionnelle est particulièrement importante :
 - Reconnaître l'émotion ou les émotions de l'autre au travers de ses paroles
 - Identifier le besoin en lien avec cette – ou ces – émotions
 - Identifier alors comment agir pour répondre ou aller dans le sens de ce besoin

VII) LE SOUTIEN D'ÉQUIPE AU SOIGNANT

DIFFÉRENTS SOUTIENS POSSIBLES

- Soignant ≠ surhomme
- Celui qui aide doit également bénéficier d'aide, d'étayage dans le cadre de sa pratique professionnelle
- Nécessité d'être contenu par l'équipe
 - Une bonne équipe est un lieu d'entraide
 - Importance des échanges dans les temps informels et formalisés
- Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles et/ou supervision
- L'aide au soignant :
 - Les encourager à se questionner
 - Dans leur autonomie,
 - Dans leur responsabilité individuelle
 - Les encourager à stimuler leur réflexion critique collective

CONCLUSION

- L'apprentissage de l'autre passe par l'apprentissage de soi
- On trouve la bonne distance lorsqu'on sait trouver les limites de son propre espace vital
- Ecouter la mesure de l'autre, que l'on ne pourra entendre que lorsqu'on est capable de se distinguer de lui.
- Aucune règle mais un long apprentissage en situation :
 - Accepter de s'approcher pour sentir
 - Accepter d'être touché pour commencer à travailler à partir de l'affectif, sans craindre d'être débordé
 - Accepter d'être ému pour saisir la mesure de l'émotion de l'autre.
- **En admettant l'émotion comme partie prenante de la relation de soin, on fait l'économie d'une fausse distance, qui n'est que le refoulement plus ou moins assumé de nos propres sentiments.**