

## **La relation soignant-soigné**

Colette Montet-Aubrée – Psychologue (Hôpital Tenon)

**La relation** : liens tissés entre deux ou plusieurs personnes. Il y a un émetteur et un récepteur, et ce ne sont pas toujours les mêmes, il y a des allers et retours de l'un à l'autre.

Toute relation à l'autre, quel qu'il soit, nous est très personnelle car elle fait référence à des liens tissés dans notre enfance.

**Le soignant** : C'est celui qui tente de guérir ou tout du moins, de soulager des souffrances physiques et morales. Le soignant idéal serait bien évidemment celui dont l'intervention permettrait de guérir définitivement, malheureusement le soignant ne peut qu'aider le patient à préserver son capital santé et à vivre au mieux. Il s'agit donc d'être, pour le soignant, dans une relation d'aide.

**Le soigné, ou patient** : c'est celui qui souffre ou qui est malade. Si le soignant est principalement celui qui sait, le patient est avant tout celui qui ressent. Pourtant, le ressenti du soignant est également très important, parce que c'est en fonction de son ressenti qu'il réagit.

Avec leurs capacités de communication et leurs fonctions mentales entravées ou étouffées par la maladie, le stress et d'autres facteurs, les patients peuvent se retrouver dans des situations de très grande vulnérabilité.

Selon Martine Ruzsniewski, il existe plusieurs mécanismes de défenses chez le patient et chez le soignant (Face à la maladie grave – Martine Ruzsniewski, éd. Dunod)

Les défenses mises en place sont adaptatives et tout à fait normales. Elles permettent, à la personne, de moins souffrir.

### **Les défenses mises en place par le patient :**

La structure psychologique du patient et sa capacité antérieure à avoir affronté des pertes est très importante.

#### **L'anxiété :**

Les patients hospitalisés et ayant des problèmes de santé sont généralement anxieux : ils ne savent pas trop ce qu'ils ont, est-ce grave, pas grave ??? En tout cas, il y a une perte : perte de la santé, parfois de l'autonomie, perte des repères.

L'anxiété est très contagieuse, elle peut se transmettre du patient au soignant, du soignant au patient, du patient aux autres patients et inversement. Et l'anxiété génère très souvent un comportement agressif ou de demandes incessantes.

### La projection :

Il faut toujours se rappeler que l'agressivité que décroche les patients au soignants ne leur est pas destinée. Le patient projette en réalité sur le soignant des sentiments déjà éprouvés dans sa vie, il les transfère sur ce soignant : la position de soigné, d'assisté favorise la régression, le retour au passé et la répétition des expériences bonnes ou mauvaises déjà vécues.

Par exemple pour se revaloriser, certains patients peuvent utiliser les « failles » des soignants (surtout auprès des infirmiers débutants et moins sûrs d'eux) ; parfois, ils vont juger le personnel incompetent. Par ce biais, ils projettent sur l'autre leur propre sentiment d'impuissance et leur angoisse.

Comme on ne peut pas se mettre en colère contre la maladie, on se met en colère contre ses représentants, c'est-à-dire les soignants. Le sentiment de révolte et d'injustice lié à la maladie est dévié sur le soignant (cf la blouse blanche), le soignant qu'on ne peut pas s'imaginer malade. Cela peut être très violent « vous, vous n'allez pas crever !! ».

### L'annulation ou déni :

Le patient annule la représentation insupportable de la réalité de sa maladie qui se trouve niée et démentie.

C'est le patient à qui on annonce un diagnostic de cancer et qui ne l'entend pas, ou qui va dire « je sais pas ce que j'ai » et qui va demander à l'infirmier, par exemple « qu'est-ce que j'ai, on m'a rien dit », ce qui peut créer des tensions entre les membres d'une équipe, car on pense que l'autre n'a pas fait son travail d'annonce. Mais ne pas oublier que le patient se protège là d'une réalité insupportable.

### La dénégation :

Façon d'intégrer la réalité par le négatif. Le mot difficile est prononcé, mais de manière négative. « je n'ai pas le cancer, c'est pas possible »

N'importe qu'elle hésitation de la part du corps médical ou soignant dans sa prise en charge permet la négation.

Cet espace de protection du patient lui permet aussi de l'espoir.

### L'isolation :

Il y a intégration intellectuelle de la réalité, mais mise à distance des affects.

Par exemple, un patient peut parler de sa mort de manière très froide. L'interlocuteur peut ressentir un vide affectif immense par rapport à ce discours. Cette défense est à la mesure de l'impact de l'émotion mise sous chape.

### Le déplacement :

Un patient atteint d'un cancer du poumon dit qu'il va mourir d'un rhume. Ici, l'angoisse est déplacée du cancer sur le rhume. Le patient choisit une cible moins angoissante. Comme si mourir d'un rhume c'était moins grave que de mourir d'un cancer.

### La maîtrise :

Il est impossible pour le patient de subir son traitement (de sujet devenir objet). La maîtrise lui permettra d'agir et de contrôler ce qui lui arrive. Ces patients posent beaucoup de questions sur ce qu'on leur fait et vérifient ce qu'on leur fait, ce qui peut générer des tensions chez les soignants.

La maîtrise permet de mettre à distance l'idée de mort. L'attention est focalisée sur le traitement que les patients prennent en charge.

On peut trouver dans la maîtrise la rationalisation, c'est-à-dire chercher à comprendre l'origine de la maladie ou les rituels qui rassurent.

### La régression :

Le patient se laisse entièrement porter par le soignant. Par exemple, un patient qui ne prend aucune initiative même les plus basiques. Le patient subit. Ces patients peuvent ne poser aucune question sur ce qui leur arrive.

### La combativité, la sublimation :

C'est donner un sens à sa maladie.

C'est la patiente qui dit « si j'avais pas eu mon cancer, j'aurais jamais pu reconstruire ma vie ». La maladie s'intègre dans le cours de l'histoire de la personne et celle-ci en tire des points positifs, après tout un travail psychique.

Cette position est un aboutissement. La personne est souvent passée par des défenses citées plus haut au préalable.

Nous devons respecter les défenses du patient qui sont toujours à réinsérer dans son histoire.

### La personnalité du patient est également un élément à repérer :

Nous retrouvons souvent des personnalités à tendance paranoïaque : ces patients sont agressifs, méfiants envers leur entourage et les soignants. Souvent, on retrouve chez eux des mécanismes de défense comme la maîtrise, l'isolation ou la rationalisation.

D'autres patients ont une tendance obsessionnelle et ont une angoisse permanente de la moindre erreur. Ils sont très tatillons et si l'heure de distribution du médicament n'est pas respectée, cela les perturbe. Ces patients peuvent être dans la régression ou dans la maîtrise.

Les personnalités hystéro-anxieuses : patients déprimés, qui dramatisent tout. Selon le caractère du soignant celui-ci réagira soit par agacement, soit par maternage. Souvent, sont dépendant affectivement.

Certains patients n'ont aucune limite. Il est dans ces cas là nécessaire de leur poser un cadre. Ce sont des patients qui vont tutoyer facilement. Ils instaurent un rapprochement en pensant qu'ils auront

ainsi un traitement de faveur. Ils ne respectent pas la distance, très souvent parce qu'on n'a pas respecté la leur et ont fréquemment souffert de carence affective.

Ici, les soignants ont le sentiment de se sentir manipulés car le patient personnalise à outrance la relation. « Il est difficile de s'affirmer et de tenir sa place de soignant quand un patient est aussi culotté » dira le soignant.

Ce sont des patients qui utilisent la projection : « c'est pas moi, c'est l'autre ». Et l'autre n'existe pas en tant que tel.

Ce sont des personnes qui ont une telle fragilité de l'image de soi qu'ils en font trop. Ils ont besoin d'être valorisés sans cesse, d'être cautionnés.

Avec ces patients, il faut rétablir la distance et maintenir un cadre et une limite.

### **Concernant le soignant :**

*Le soignant détient un savoir* et une technique. Il est dans une relation d'aide. Il peut parfois se réfugier derrière cette technicité.

Le soignant peut avoir un sentiment d'impuissance ou d'être un mauvais soignant puisqu'il ne guérit pas. Par exemple lorsqu'un patient confie son angoisse face à la mort, cela renforce souvent le sentiment d'impuissance du soignant et cela peut engendrer de mutuelles rancunes : le patient disant « vous êtes impuissant à me guérir » et le soignant disant « vous ne pouvez (ou voulez) pas guérir ».

Pour se prémunir de cela, le soignant peut se dire qu'il doit maîtriser ses émotions. Les maîtriser, c'est souvent vouloir les bâillonner, parce qu'on ne sait pas comment les gérer.

### **Les mécanismes de défenses des soignants :**

#### *Le mensonge :*

C'est le patient qui demande : « est-ce que je vais mourir ? » et le soignant qui répond « non ». Le soignant protège ce qu'il pense devoir protéger, c'est-à-dire le moral du patient.

Le patient ne veut pas forcément une réponse. En fait il dépose son angoisse. Et le soignant pense qu'il doit absolument répondre à la demande.

#### *La banalisation :*

C'est la patiente qui dit « j'ai peur de perdre mes cheveux », le soignant répond « c'est pas grave, ils repousseront ».

Derrière cela, la patiente vit les effets secondaires qui sont des effets premiers pour elle. Et le soignant, au-delà des effets secondaires, voit le bénéfice du traitement sur la maladie. Pour supporter tous ces gens qui perdent leur cheveux, il est obligé de se focaliser sur les bénéfices et pour lui, ça devient normal de perdre ses cheveux.

### L'esquive :

C'est le soignant qui élude la question, il change de sujet. Il fait comme s'il n'entendait pas. Il ne reste jamais très longtemps avec le patient.

Par exemple, si le patient dit que c'est trop dur pour lui, le soignant change de sujet, il peut demander « et comment va votre chat ».

Ici, le soignant est submergé par la détresse du patient et par sa propre anxiété qu'il n'assume pas.

### La fausse réassurance :

C'est le patient qui se décourage et qui va de plus en plus mal, et le soignant qui dit « mais non, vous allez voir, ça va aller mieux, on vous donne des traitements efficaces. Gardez le moral ! ». Ici, c'est lui-même que le soignant rassure. Le patient reste dans l'ignorance partielle de son état. Ici, le soignant pourrait dire « vous savez, on fait ce qu'on peut pour vous guérir, on espère comme vous que ça ira mieux ».

### La rationalisation :

C'est utiliser un langage médical hermétique pour le patient. Ici le soignant se protège en sidérant le patient.

La rationalisation, au sens large, c'est trouver une explication logique, mais artificielle : c'est se trouver (à soi ou à l'autre) une bonne excuse. Par exemple, passer moins de temps avec un malade parce que celui-ci a une canule et ne peut parler en se disant que ça ne sert à rien. Or peut-être que la vraie raison, c'est que c'est difficile à supporter. On trouve une bonne raison à notre comportement.

### L'évitement :

C'est le soignant qui sait, par exemple, qu'un patient va mourir et qui entre dans la chambre sans un regard pour lui.

### La dérision :

Un patient qui a de l'œdème se plaint d'avoir les jambes pleines d'eau et le soignant lui répond « allons, ce n'est pas la mer à boire ».

### La fuite en avant :

C'est dire tout, tout de suite. Cela se passe quand on surestime la maturité psychique des patients et qu'on attend même pas leur question pour leur asséner une vérité.

### La projection :

C'est attribuer à l'autre des traits de soi-même. Par exemple lorsqu'on parle de greffe à un patient, certains soignants hésite à évoquer le mot cadavre (greffe de rein de cadavre), en disant « c'est trop violent pour lui, il ne pourra pas l'entendre ». Alors que c'est trop violent pour le soignant qui ne peut le dire. On attribue un sentiment à l'autre qui est le sien.

Ce qu'on peut dire pour conclure sur les mécanismes de défenses des soignants, c'est que les différentes personnalités présentes dans une équipe sont une vraie richesse car il n'y a pas de défense typiquement bonne ou typiquement mauvaise. Le tout est de pouvoir jongler avec tous ses mécanismes de défenses et de les reconnaître chez soi, peut-être pas tout de suite, mais dans l'après coup et surtout de pouvoir les reconnaître chez le patient en se disant que c'est comme cela qu'il contient son angoisse.

### **Le modèle de la relation «soignant-soigné»**

#### **Relation asymétrique :**

C'est une relation où le soignant est actif (il soigne) et le malade est passif (il est soigné). Cette relation peut être comparée à la relation «mère-enfant» où la mère est active, directive et protectrice, et l'enfant est totalement dépendant ou soumis et obéissant.

Il s'agit donc d'une relation asymétrique : un demande, l'autre donne. Il y a bien une dépendance, une soumission de l'un envers l'autre. Cela aura forcément des conséquences sur la relation. *La relation ne sera pas la même que si l'un ou l'autre s'était connu avec un statut différent.*

Le soignant pour le soigné est extrêmement important. La relation qui va s'instaurer entre eux dépend de l'un et de l'autre. Dans la plupart des cas cela se passe très bien.

#### **Il s'agit également d'une relation à trois :**

Le soignant, le soigné et la maladie, qui est forcément porteuse d'une angoisse de mort.

Les manières de réagir des uns et des autres est fonction de leur propre personnalité mais également de la manière dont l'un perçoit l'autre. Chacun module et adapte ses propres réactions en fonction de son interlocuteur.

#### **La relation s'articule autour de la demande du malade et de l'écho qu'elle suscite chez le soignant.**

Si le patient est dans le registre de la plainte incessante, de la demande toujours inassouvie etc...il laisse le soignant accablé et épuisé par cette insatiabilité et cette insatisfaction parfois dévorantes. Le soignant, lassé de se retrouver toujours en situation d'échec se protège en mettant en place ses propres défenses tels que la banalisation ou l'évitement, allant parfois jusqu'au rejet.

**L'empathie** : c'est pouvoir se mettre mentalement à la place de l'autre, pouvoir se représenter ce qu'il pense et ce qu'il ressent, sans pour cela partager ses croyances et ses sentiments.

C'est être sensible aux valeurs et aux émotions de l'autre : «C'est difficile ce que vous vivez».

Souvent on dit, « moi à sa place, je n'aurai pas fait ça, j'aurais fait ceci, ou cela etc... ». On ne comprend pas l'autre. Là, il n'y a pas d'empathie ; soi et l'autre ne sont pas vraiment différenciés, puisque l'autre aurait dû faire comme moi. Et souvent on entend, « si moi je peux, lui ou elle peut ».

Si telle personne a agi de telle manière, c'est qu'elle avait ses raisons, qu'on ne connaît pas.

L'empathie, c'est être à l'écoute et ne pas juger l'autre. Quand on est dans le jugement, on ne peut pas aider les autres. L'écoute, la compréhension sont aussi nécessaires que les compétences techniques.

Les capacités d'empathie sont différentes suivant les gens.

### **Pour une bonne communication :**

#### **Etre à l'écoute du patient :**

Pour pouvoir écouter l'autre, il faut pouvoir s'écouter soi-même. Et ne pas se dire qu'il faut répondre à toutes les demandes. Le sentiment d'être agressé est très souvent lié à une demande à laquelle on ne peut pas répondre.

Une demande a besoin d'être entendue, pas forcément d'être satisfaite. L'écoute est déjà une réponse. D'une manière générale, les patients ont plus souvent besoin d'être écoutés que de recevoir une réponse qu'ils n'écoutent pas spécialement.

Pour optimiser les échanges, il faut profiter, voire provoquer des instants où soignant-soigné se retrouvent en tête-à-tête. Le patient se trouve alors en confiance, sans autres témoins et peut parler, faire part de ses angoisses, de ses doutes, de ses craintes. Favoriser l'instauration d'un climat de confiance est essentiel pour qu'un vrai dialogue puisse s'instaurer.

Il faut faire parler pour faire remonter les problèmes et mieux comprendre certaines réactions.

Certaines questions peuvent être dure à entendre et le soignant peut vouloir les fuir : par exemple lorsque le patient demande : « est-ce que je vais mourir ? ». Une fois la question posée, le patient n'est pas en quête d'une réponse effective, mais veut faire passer sa souffrance psychologique. Il faut l'aider à se retrouver en lui répondant par l'intermédiaire d'autres questions : « pourquoi dites-vous cela ? Avez-vous peur ? ».

#### **Etre à l'écoute de soi :**

Lorsque dans un dialogue avec un patient, le soignant se sent agressé, ce qu'il n'a aucune raison de supporter, il peut dire : « Mais ça me fait de la peine ce que vous me dites-là ». L'effet est souvent immédiat, l'agressivité tombe. Ou bien il peut dire : « vous êtes fâché contre moi, vous avez sûrement du chagrin, on vous a fait souffrir ». De cette façon, le soignant désamorce l'agressivité.

Le rôle de la parole pacifique est immense. De même que la parole agressive fait mal, la parole non agressive restaure la communication positive.

Pour débloquer la situation, il faut pouvoir reconnaître qu'il y a un problème et en parler avec le patient («Je n'arrive pas à établir le contact avec vous») pour chercher ensemble des solutions. Tout doit être mis en œuvre pour que le soignant puisse oser reconnaître et exprimer son ressenti vis-à-vis de tel ou tel patient (satisfaction, ennui, inquiétude, irritation...), car pour que le soignant puisse écouter le patient, il faut que lui aussi se sente écouté et entendu et puisse échanger.

En outre le soignant doit également pouvoir prendre en compte sa subjectivité, ses limites, ses projections... Il doit pouvoir reconnaître ses propres défenses qui sont des réponses authentiques et légitimes à ses propres blessures.

La qualité de la relation soignant-soigné a un effet déterminant dans le processus de guérison, et l'empathie est une composante centrale de cette relation.

Quelques principes fondamentaux :

- Distinguer le malade de sa maladie
- Rester dans la logique des faits, trouver une cohérence dans les comportements.
- Eviter les interprétations et les jugements.
- Distinguer l'autorité du pouvoir ou de l'influence en ne faisant pas de la relation thérapeutique une relation de dépendance
- Se rappeler constamment que ce qui compte c'est le bien-être du patient : nous sommes là pour l'accompagner dans son cheminement concernant sa maladie, ne pas le précéder ou lui indiquer la route, c'est-à-dire accueillir la personne là où elle se trouve, là où elle en est, où elle peut être, puis l'accompagner là où elle peut ou veut aller, non là où je désire qu'elle aille.

La famille :

Le vécu de la famille :

Il y a les bonnes familles : qui sont d'accord avec les soignants et les mauvaises familles, qui ne sont pas d'accord.

Le proche est témoin des doutes du patient et prend un rôle de porte-parole et de défenseur du patient, cela peut être porteur d'agressivité. L'agressivité de l'entourage se porte alors sur la fonction du soignant : « vous ne l'avez pas guéri, c'est de votre faute ».

On peut penser qu'ici, le proche reçoit l'angoisse du patient, et vient la déposer sur l'équipe ou que lui-même se sent coupable et décharge sa culpabilité sur l'équipe. Ce que la famille n'a pas pu faire pour le patient, elle le reproche au soignant (projection). La famille peut éprouver un sentiment d'être mauvaise et le projette sur l'équipe. C'est l'équipe qui devient mauvaise. C'est plus facile à gérer pour la famille.

De ce fait l'agressivité peut se manifester de manière verbale ou physique auprès de l'équipe soignante.

Les maladies, et en particulier les fins de vie, font émerger différents sentiments, comme par exemple, l'amour, la haine, la colère, les vieilles rancunes, finitude et sentiment de culpabilité.

La culpabilité de la famille peut se traduire par une agressivité envers le soignant :

L'angoisse comme la culpabilité sont inhérentes à l'histoire de tout un chacun, pourtant ce sont elles aussi qui structurent l'individu (elles sont utiles et nécessaires).

Les relations patients, famille, soignants vont évoluer dans le temps.

La volonté d'aider le patient, de l'améliorer crée un lien entre le patient, la famille et le soignant. Par exemple, au début, l'espoir est porté sur le soignant : « vous allez la/le sauver ». Les espoirs sont également portés sur le patient lui-même, qui doit se battre, « il faut que tu sois fort !! ». Parfois, à ce niveau, les soignants peuvent intervenir pour protéger le patient de cette pression.

On peut décrire un parcours possible au niveau de la maladie :

Lors du diagnostic, le proche fait alliance avec le patient et l'accompagne dans le projet de soins formalisé par le soignant.

Dans une phase d'aggravation de la maladie, le traitement est remis en cause, l'entourage, se reproche d'avoir cautionné le traitement inefficace et qui, en plus, a provoqué des souffrances (douleurs etc...) au patient. Cela fait trop souffrir la famille, lui est insupportable donc elle retourne cette agressivité sur le soignant qui incarne le traitement inefficace.

Cette agressivité actuelle s'inscrit dans une plus ou moins longue histoire antérieure et le vécu d'aujourd'hui réactualise d'autres événements propres à l'histoire du patient.

On peut dire que la maladie s'inscrit dans une histoire.

Dans le cours de la maladie, l'espoir alterne avec le désespoir. Ces temps là ne sont jamais les mêmes, ni pour le patient, ni pour la famille, ni pour l'équipe. Le temps médical est différent du temps psychique. La réalité médicale est différente de la réalité psychique.

**Conclusion :**

On a pu voir que le patient «difficile» n'existe pas, pas plus que le bon patient d'ailleurs dont la docilité cache souvent une incapacité à affronter ou à exprimer des revendications.

La bonne relation avec le patient est une relation de négociation. Cataloguer le patient comme «difficile» est une solution de facilité qui a le désavantage de bloquer la situation en déplaçant tout le problème sur le malade. En fait c'est la relation qui est difficile.

Les problèmes les plus fréquents sont le manque de compréhension réciproque, des informations insuffisamment partagées, une non-reconnaissance des besoins et attentes respectifs, la négligence des croyances par rapport à la maladie («Je suis malade, c'est une punition») ou des différences culturelles entre les interlocuteurs.

Ensuite, il s'agit de comprendre la signification de la maladie pour le patient, d'autant plus si l'un de ses proches a été atteint du même mal ou qu'un handicap est associé à la maladie.

De plus, parce qu'il veut faire passer un message et obtenir un comportement de la part du patient, le soignant peut avoir inconsciemment des attitudes d'autoritarisme, d'interdiction, voire de répression ou de chantage, ce qui est de nature à favoriser la dépendance, la résignation ou la régression, plutôt que l'autonomie avec pour conséquence une attitude passive.

La compréhension est utile au soignant car, en s'intéressant en détail au vécu et aux conditions de vie du patient, il peut faire des propositions

Mais elle est également très importante car si le patient ressent cette compréhension, il s'impliquera dans le traitement.

La relation se joue dans un aller-retour. Si l'un change, l'autre changera forcément.  
C'est la relation à l'autre qui fait la grandeur et la difficulté de la profession de soignant.