

« CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »

ATELIER DE REFLEXION ET DE FORMATION



GUIDE PARTICIPANTS

COMPILATION DE FICHES TECHNIQUES SUR LES COMPETENCES
ET LES FACTEURS ASSOCIES A LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Mars 2016

Réalisé par :

Etienne Guillard et Natalie Barsacq

Avec les contributions de :

Sanata Diallo, Sophie Ouvrard et des équipes Solthis

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	2
1.1 CONTEXTE	2
1.2 PRESENTATION DE L'ATELIER	3
1.2.1 <i>Approche</i>	3
1.2.2 <i>Objectifs</i>	4
1.2.3 <i>A qui se destine cet atelier ?</i>	4
1.2.4 <i>Dans quelles situations ?</i>	4
1.2.5 <i>Quelles compétences développées dans cet atelier</i>	5
1.2.6 <i>Quels facteurs associés à la relation essentiels à prendre en compte</i>	5
1.2.7 <i>Programme synthétique de l'atelier</i>	6
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	7
DROITS DE REPRODUCTION	7
1. LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE	8
2. LA « BONNE » DISTANCE RELATIONNELLE	10
3. LES REPRESENTATIONS DU MALADE.....	12
4. CONFIANCE, EMPATHIE ET ECOUTE	15
5. LE POIDS DES MOTS.....	18
6. FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT	20
7. MODES DE DEFENSE DES SOIGNANTS.....	23
8. LES ATTITUDES DE DEFENSE DES PATIENTS.....	27
9. LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN	32
SYNTHESE – DEVELOPPER LA RELATION AVEC LE PATIENT : CULTIVER SES COMPETENCES RELATIONNELLES ET TENIR COMPTE DES FACTEURS ASSOCIES	35

INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Très souvent lorsque l'on demande à un patient ce qu'est pour lui un « bon » soignant, il souligne généralement l'importance de l'expertise technique de celui-ci mais il mentionne également très souvent l'importance de l'écoute, de l'attention qu'a eu le soignant, des explications qu'il a su donner.

Plusieurs études et documents^{1 2} font par ailleurs le constat d'une mauvaise qualité de l'accueil et des soins, d'un déficit de communication avec les patients, mais également d'attitudes discriminatoires, de la corruption et du racket³ et les conséquences que cela a sur la qualité de la prise en charge.

Dans une pathologie comme le VIH/sida, la qualité de la relation de soin et de la communication développées par les soignants peut influencer sur l'observance et le maintien des patients dans le circuit de soin, ce qui est parfois accentué par des comportements stigmatisants liés à cette pathologie.

Or la plupart des formations tant initiales que continues des personnels soignants n'abordent pas ces enjeux relationnels, de savoir-être, vis-à-vis du patient, alors même qu'ils constituent un levier essentiel de la qualité des soins, a fortiori dans le cadre de la gestion d'une maladie chronique. L'amélioration de la relation entre les usagers et l'équipe soignante fait également partie des éléments essentiels évalués par l'OMS dans le cadre de la « réactivité du système de santé »⁴.

Consciente de ces enjeux essentiels pour la qualité de la prise en charge, Solthis a souhaité développer un atelier visant à **l'amélioration des compétences relationnelles du personnel soignant**, ce qui a été possible au Niger en parallèle d'un projet de renforcement des capacités des paramédicaux dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge du VIH/Sida. Ce projet a été rendu possible grâce aux financements de Sidaction et de la Fondation Bettencourt Schueller qu'il est important de remercier ici.

Si cet atelier était initialement destiné à des paramédicaux ciblés dans le cadre du projet, le contenu de l'atelier a été développé pour être polyvalent et pouvoir être réutilisé avec d'autres professionnels de santé et dans d'autres situations.

1.2 PRESENTATION DE L'ATELIER

1.2.1 APPROCHE

Améliorer les compétences relationnelles, le savoir être est un exercice particulièrement délicat car ces sujets touchent l'individu dans ce qu'il est et sur comment il se comporte, sujets sur lequel on peut rapidement se retrouver en position de donneur de leçons, d'autant plus dans des contextes culturels qui ne sont pas toujours les nôtres.

Pour cela, nous n'avons pas voulu faire un module de formation mais au contraire nous avons souhaité favoriser l'échange, la réflexion collective ou individuelle afin d'aider à une prise de conscience individuelle des participants des points forts de leurs compétences relationnelles et des résistances. Des apports théoriques viennent alimenter la réflexion et plusieurs activités sont prévues pour mettre en application.

Si l'atelier aborde le fond et la forme de la relation, il ne traite pas du contenu médical, ni des messages que le soignant doit communiquer au patient ni au travail technique de la consultation, lui-même variable selon les professionnels concernés.

¹ Beach MC, Keruly J & Moore RD. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med*; 2006; 21:661–665

² Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S; Li W, Wilson I. Physician-Patient Relationships and Adherence Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *J Gen Intern Med* 2004;19:1096 – 1103

³ Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés ») 2003.

⁴ L'OMS définit comme la « **réactivité du système de santé** », la capacité d'un système à répondre aux attentes légitimes de la population pour les **aspects non médicaux de son interaction avec le système de santé**. Elle distingue deux composantes à cette « réactivité » : le respect de la personne (confidentialité, autonomie, respect de la dignité), et son orientation en faveur de l'utilisateur (prise en charge rapide, présence d'équipements minimums, accès possible à un accompagnement social)

L'atelier que nous avons développé est prévu sur 2 jours. Néanmoins, en 2 jours, difficile d'être exhaustif sur ces thématiques et de permettre une réelle appropriation des concepts et compétences. Aussi cet atelier doit-il être vu comme un 1^{er} niveau qui devra être complété et approfondi ultérieurement. Par ailleurs, c'est notre « métier d'être humain », au-delà d'une formation, c'est avant tout quelque chose qui se cultive en continu dans la pratique au quotidien. Raison pour laquelle nous l'avons intitulé ainsi : « Cultiver l'humanisme dans la relation au patient »

1.2.2 OBJECTIFS

Permettre une prise en charge optimale du VIH/Sida en améliorant les relations entre le personnel soignant et les patients

Pour cela :

- Sensibiliser et faire réfléchir les soignants sur l'importance de la relation avec les patients
- Développer les compétences relationnelles et de communication des soignants et favoriser l'appropriation et la mise en pratique
(ces compétences seront précisées ci-dessous)

1.2.3 A QUI SE DESTINE CET ATELIER ?

Le contexte dans lequel ce module a vu le jour est le contexte nigérien en zone décentralisée dans lequel de nombreuses tâches sont déléguées à des acteurs paramédicaux.

Néanmoins les enjeux dans les relations avec les patients concernent l'ensemble des soignants en contact avec des patients, qu'ils soient médicaux (médecins, sage femmes, dentiste, pharmacien) ou paramédicaux.

Aussi avons-nous souhaité que le contenu et le programme de cet atelier soit polyvalent et puisse-t-être une base générique pouvant être utilisées avec les différents profils dans diverses situations.

1.2.4 DANS QUELLES SITUATIONS ?

La relation entre le soignant et le soigné trouve avant tout sa place au cours de la consultation ou de l'entretien

1.2.4.1 La consultation ou l'entretien comme cadre du développement de la relation

La relation entre le soignant et le soigné se développe en lien avec les objectifs de la consultation, soit principalement :

- Mettre en place une relation de confiance avec le patient
- Collecter des informations : Rechercher les représentations des patients, identifier les difficultés ou problèmes
- Partager de l'information médicale et thérapeutique, valider la compréhension et motiver le patient

1.2.4.2 Le continuum de soin comme un tout dans lequel la qualité de relation est essentielle en continu

Des moments particulièrement importants dans ce continuum :

- Réalisation du test et annonce
- Initiation du traitement & retour sur l'annonce et la compréhension par les patients de leur maladie et de ce qu'elle entraîne
- Suivi au long court, avec notamment le retour de patients perdus de vue, non observants, non adhérents aux soins

1.2.4.3 Un contenu générique qui s'applique à tous les patients

Le contenu de cet atelier est générique, il s'applique à la relation d'un soignant avec tout patient, quel que soit son âge, son sexe, ses particularités, ses orientations sexuelles, ses pratiques.

Néanmoins des situations particulières liées à des profils spécifiques pourraient faire l'objet de développements ultérieurs, par exemple une consultation avec un enfant, un adolescent ou un couple

1.2.4.4 Des situations spécifiques

Certaines consultations peuvent être particulièrement complexes : violence d'un patient, colère, tristesse, pauvreté. Ces situations peuvent être évoquées dans cet atelier mais ne seront pas approfondies ici.

1.2.5 QUELLES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CET ATELIER

L'ensemble des compétences suivantes est abordé dans ce module. Cependant, étant donné la durée du module (2 jours), il n'est pas possible d'approfondir l'ensemble et il est évident qu'un perfectionnement pourra être ultérieurement nécessaire.

La figure 1 ci-dessous résume les compétences relationnelles développées dans ce module et un ensemble de facteurs à prendre en compte

1.2.5.1 Compétences relationnelles et de communication

- Construire une relation de confiance
 - ✓ S'assurer que cette relation se fait avec Non jugement / respect / non stigmatisation
- Développer l'empathie
 - ✓ Entretenir une congruence gestuelle & une communication non verbale
- Pratiquer l'écoute active et le questionnement
 - ✓ Savoir questionner & maîtriser les styles de questions
 - ✓ Reformuler et valider la compréhension
 - ✓ Savoir utiliser les silences
- Echanger et informer
 - ✓ Mesurer le poids des mots
 - ✓ Utiliser des signes de reconnaissance

1.2.5.2 Compétences liées à la consultation ou aux situations spécifiques

- Dérouter / structurer l'entretien
- Expliquer et partager ce que l'on fait
- Maintenir la relation au cours de l'entretien, malgré l'utilisation des outils (registre, ordinateur)
- Savoir recadrer l'entretien dans des situations complexes
- Faire face à une charge affective importante : détecter / comprendre / accompagner

1.2.6 QUELS FACTEURS ASSOCIES A LA RELATION ESSENTIELS A PRENDRE EN COMPTE

Certains facteurs peuvent être essentiels pour permettre le développement d'une bonne relation :

- Les représentations des patients
- Les attitudes de défenses des patients
- Les modes de défense des soignants
- Le poids des mots

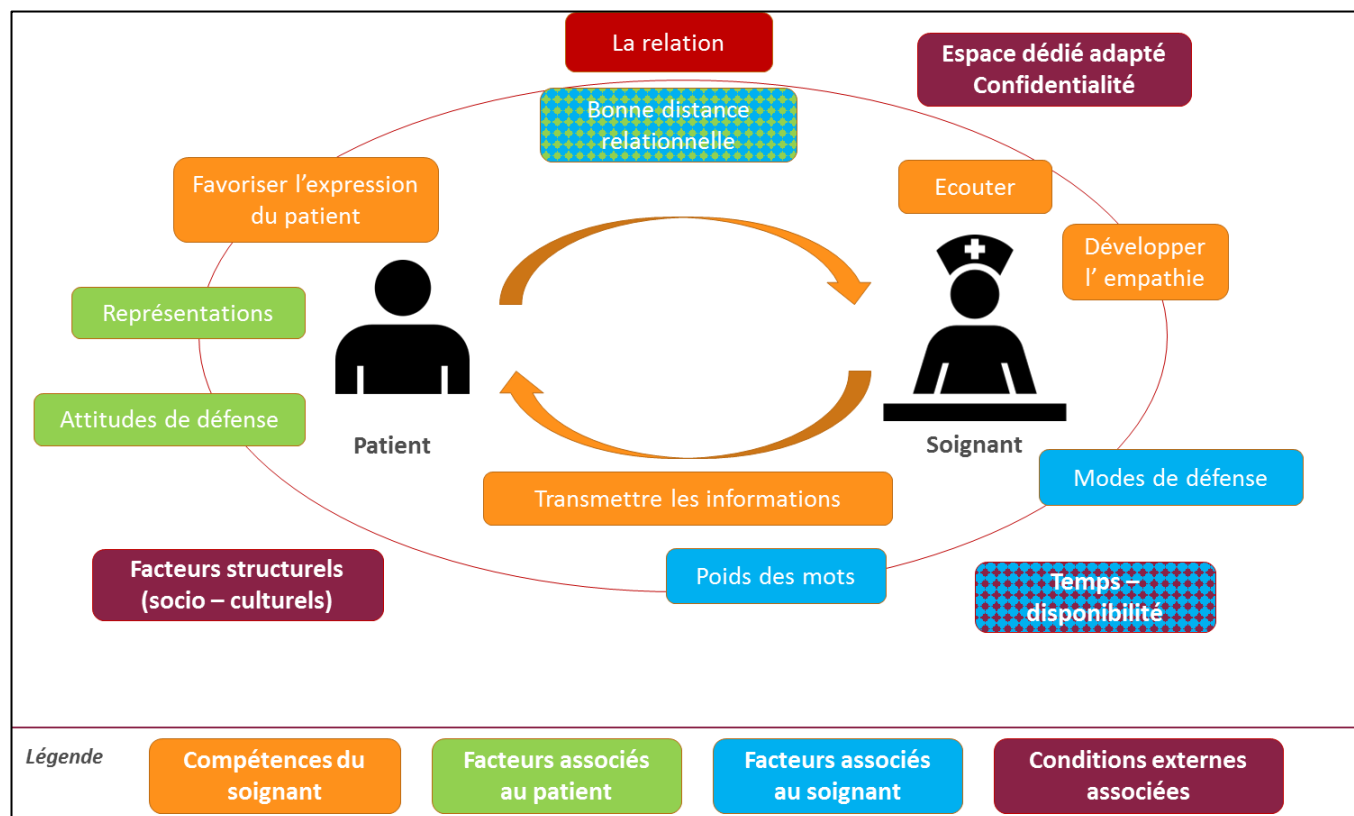


Figure 1 - Représentation schématique des facteurs et compétences associés à la relation soignant soigné

1.2.7 PROGRAMME SYNTHETIQUE DE L'ATELIER

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »	
PARTIE 1 - INTRODUCTION / OUVERTURE DE L'ATELIER	
	1.1. Courte introduction sur la thématique relation au patient, logique de l'atelier : échanges, réflexions communes
	1.2. Présentation des participants
	1.3. Donner du sens à cet atelier
	1.4. Présentation de l'atelier
PARTIE 2 - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNES. COMPETENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
	2.1. Continuum de soins et communication
	2.2. S'approprier les grandes questions de la relation
	2.3. S'approprier les grandes questions de la relation - Confiance empathie écoute
	2.4. Développer les compétences relationnelles essentielles - l'écoute et l'empathie
	2.5. Développer les compétences relationnelles essentielles - capacité au silence, questionnement, écoute active
PARTIE 3 – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE ET DES COMPETENCES RELATIONNELLES NECESSAIRES	
	3.1. Introduction
	3.2. Approfondir les enjeux relationnels - modes de défense des soignants
	3.3. Approfondir les enjeux relationnels - attitudes de défense des patients
	3.4. Approfondir les enjeux relationnels - déroulement de l'entretien
	3.5. Approfondir les enjeux relationnels - mettre en pratique avec des jeux de rôles
PARTIE 4 - CLOTURE DU MODULE	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ce document a été réalisé en s'inspirant des principaux documents suivants :

1. Richard C., Lussier MT., *La communication professionnelle en santé*. ERPI, Saint Laurent, Québec, 2005
2. Deccache A. et al. Projet 'Communicating Health/AIDS', *Careful communication, Manuels de formation sur la communication destiné aux médecins et infirmiers traitant des personnes séropositives ou sidéennes*. UCL, Bruxelles/Londres Juin 1995
3. Moley-Massol I., *Relation Médecin – Malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques*. Editions DaTeBe, Courbevois, 2007.
4. Liégeois M., *Former à l'entretien de soutien psychologique*. Editions Lamarre, Rueil Malmaison, 2007

DROITS DE REPRODUCTION

Certains droits réservés

Le contenu de cet atelier a été développé par l'ONG Solthis

Il fait l'objet d'une licence libre de *Creative Commons* : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage des Conditions Initiales à l'Identique 2.0 France (CC BY-NC-SA 2.0) <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr/>



L'utilisation et la copie sont libres dans la mesure où :

Paternité — Vous devez citer le nom de Solthis à chaque utilisation ou reproduction

Pas d'Utilisation Commerciale — Vous n'avez pas le droit d'utiliser le contenu de cet atelier à des fins commerciales.

Partage des Conditions Initiales à l'Identique — Si vous modifiez, transformez ou adaptez cette création, vous n'avez le droit de distribuer la création qui en résulte que sous un contrat identique à celui-ci.

Pour toute question, contactez Solthis : contact@solthis.org.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

1. LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE

La relation soignant – soigné est une rencontre **singulière et imprévisible** qui a le plus souvent le corps pour objet et qui met en présence deux sujets en position fondamentalement **asymétrique et inégale**, l'un doté d'un savoir et d'un savoir-faire, et l'autre, en souffrance et en questionnement. La relation soignant – soigné constitue le socle de l'exercice médical, mais comment s'instaure une relation de confiance, base de toute démarche thérapeutique, entre un soignant et un soigné ?

Le patient s'en remet au soignant pour qu'il décrypte son mal, l'éradique et restaure son équilibre vital. Il est amené à dévoiler quelque chose de son intimité physique et psychique **que seule la règle absolue du secret médical rend acceptable**.

Dans les pathologies chroniques, la relation soignant – soigné s'installe et évolue dans le temps. Elle nécessite une implication réciproque qui s'ouvre vers une relation où patient et soignant agissent en partenariat, avec, pour objectif, **la meilleure autonomie possible du patient**.

La notion très importante **d'autonomie du patient** ne doit pas être confondue avec une recherche de symétrie dans la relation. **C'est la réciprocité des échanges** entre deux individus en situation complémentaire qui permet de construire **une véritable relation**, chacun recevant de l'autre **à partir de sa place spécifique**.

La relation soignant – soigné opère dans le soin à condition que la place et le rôle du soignant et du patient restent clairement identifiés, chacun assumant la responsabilité qui le concerne : **celle qui incombe** à la fonction du soignant, et celle que le patient **choisit d'assumer**.

DES REPRESENTATIONS IDEALISEES DU PATIENT ET DU SOIGNANT

La rencontre soignant – soigné se construit autour **d'un double langage particulièrement complexe, celui du corps, du symptôme, et celui de la parole**. La malade adresse au soignant une plainte et une demande. Mais de quelle plainte est-il question ? Le sens de la demande ne va pas toujours de soi !

Les attentes du patient vis-à-vis du soignant sont multiples et complexes. Elles dépendent de sa personnalité, de son histoire, de la période de vie qu'il traverse, et avant tout de la pathologie en cause et de la représentation qu'il en a.

Le patient n'est pas le seul à avoir des représentations ! La relation soignant – patient s'inscrit dans un système complexe d'attentes mutuelles fondées sur des représentations idéalisées, celle du *soignant idéal* pour le malade, et celle du *patient idéal* pour le soignant.

Le patient est en attente d'un technicien d'excellence, doté du pouvoir de guérir, soulager, réparer son corps et/ou son psychisme blessés. Il veut que le soignant décrypte son mal, donne un sens, repousse ses limites. Il veut être perçu dans sa globalité et non être réduit à un organe malade. **Le sujet malade veut être entendu et reconnu dans toutes les dimensions de son être et de ses contradictions**. Le soignant « attendu » par le patient est une image idéalisée d'un maître de sa discipline, un chaman, un sorcier, un confident, un père, une mère, un demi-dieu...

Soigner fait partie de ces métiers impossibles désignés par Freud : « *Il semble que soigner soit le troisième des métiers impossibles, dans lesquels on peut d'emblée être sûr d'un succès insuffisant. Les deux autres, connus depuis beaucoup plus longtemps, sont éduquer et gouverner.* »⁵

Le soignant aussi est en attente d'un *patient idéal*, c'est à dire gratifiant pour sa personne et sa fonction. **Le patient idéal est incarné par le « bon malade », observant et guérissable...** Il est celui qui rassure le soignant sur son pouvoir et ses compétences, celui qui le confirme dans le choix de sa profession ou de sa vocation.

Les situations d'urgence sont celles qui mettent le plus clairement en scène des attentes réciproques qui se trouvent le plus souvent satisfaites. En revanche, les maladies chroniques, les maladies graves et incurables confrontent le soignant à ses limites et à un sentiment d'impuissance qui peut lui infliger de véritables blessures psychologiques. Il se croit défaillant dans sa capacité à être un « bon soignant » s'il n'est pas parvenu à faire le deuil de sa toute-puissance sur la vie et sur la mort et à renoncer à une certaine vision idéalisée de la médecine et de ses pouvoirs.

LES FONCTIONS DU SOIGNANT

Il est sans doute indispensable à tout soignant de garder l'espoir d'une guérison, ou tout au moins d'une réparation de l'autre, toujours possibles, mais cette relation d'aide ne saurait se limiter à une démarche technique visant strictement à supprimer des symptômes. La médecine ne se limite pas à l'art de guérir. Etre soignant, c'est aussi l'art de rester présent à l'autre, dans **cette part d'humanité inaliénable**, et plus encore quand il n'y a plus rien à attendre de la science et de la technique, quand il n'y a plus de guérison possible.

On peut décrire trois fonctions attachées au statut de soignant, une fonction technique et scientifique, une fonction charismatique, c'est à dire la faculté de susciter chez le patient la croyance en une capacité de guérison, et une fonction d'accompagnement.

« **Accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois !** » disait Hippocrate. Les progrès et avancées majeures réalisés par la médecine moderne auraient-ils brouillé la perception de la fonction médicale ? **La fonction d'accompagnement est plus que jamais essentielle dans l'exercice de la médecine actuelle. C'est sa part d'humanité.** Elle est la contrepartie indispensable d'une médecine de plus en plus scientifique et spécialisée. Elle s'ancre dans La relation soignant - soigné qui se construit et se transforme au fil du temps.

CONCLUSION

Il n'existe pas deux types de médecines, l'une scientifique et performante et l'autre humaine et relationnelle (*l'auteure fait ici référence aux thérapies psychologiques ou psychanalytiques*). Il existe en revanche de bonne et de moins bonnes médecines.

L'enjeu pour la médecine d'aujourd'hui est à la fois d'intégrer toutes les avancées scientifiques et de redéployer la part d'humain dans la relation médicale. « Aucune théorie de la médecine qui ne fait sa part à la vie secrète de l'homme malade et de son entourage de vie et de mort n'est viable, et réciproquement, une théorie qui ne fait pas leur part aux acquisitions des sciences biologiques positives et des effets objectifs des produits des laboratoires ne peut apparaître que comme une aberration »⁶

⁵ Sigmund Freud, *L'analyse sans fin, l'analyse avec fin*. Fayard, Paris, 1994

⁶ Pierre Benoît, *Chroniques médicales d'un psychanalyste*. Payot, Paris, 1988

SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS		
1	La relation soignant – soigné	6 Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7 Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8 Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9 Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots	Synthèse - cultiver ses compétences

2. LA « BONNE » DISTANCE RELATIONNELLE

BENEFICES ET RISQUES DE L'ÉVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE

Depuis le siècle dernier, la relation soignant - soigné s'est profondément modifiée, le modèle paternaliste qui prévalait depuis Hippocrate a été remplacé par un modèle plus égalitaire qui valorise l'autonomie du patient devenu partenaire de son soin. L'information du patient est apparue comme un contre-pouvoir nécessaire pour tendre vers l'équilibre des savoirs. Elle est aussi le moyen de donner un sens à ce que vivent le malade et son entourage, et de permettre ainsi au soigné de rester lui-même dans l'épreuve.

Savoir permet de s'affranchir d'une totale dépendance vis-à-vis des soignants. Informer permet de reconnaître l'autre dans son aptitude à juger et à disposer de lui-même.

Mais comment concilier l'obligation d'informer et le droit des malades d'ignorer (*par exemple, ignorer une échéance fatale*) tout aussi respectable et légitime ? Qu'en est-il par ailleurs des malades qui préfèrent s'en remettre totalement aux décisions des soignants et préfère ne pas avoir à prendre part à d'éventuels choix thérapeutiques ?

Dans un fonctionnement médical de type paternaliste, la régression du patient est favorisée. Le soignant, médecin notamment, se place en position « haute » par rapport au malade placé en position « basse ». Le soignant sait et décide « pour le bien du malade » qui est maintenu dans une passivité et une soumission infantile. Il n'y a pas de réciprocité dans l'échange.

Il existe cependant des situations où le mouvement de régression peut-être un temps nécessaire au patient. Il demande protection au soignant, il s'en remet à lui, se réfugie dans un cocon médical qui le sécurise et dont il a momentanément besoin pour se réparer.

L'autonomisation du patient est un estimable projet de soin dont on connaît l'importance dans les pathologies chroniques notamment. Elle affranchit l'individu et lui permet de s'approprier sa maladie, de mieux vivre avec elle. Mais l'autonomie du patient ne doit pas devenir une idéologie médicale, elle peut en effet culpabiliser le patient et lui renvoyer une image dévalorisante de lui-même s'il ne se sent pas encore prêt à s'autonomiser.

Ni enfant irresponsable, ni adulte spécialiste de lui-même, le malade est un être en attente d'une présence qui l'aide à comprendre et à affronter les épreuves. **Il a besoin d'être soutenu, sans être dépossédé de lui-même.**

La relation soignant – patient doit permettre une mise à disposition du malade de moyens qui l'aident à s'autonomiser, à son rythme, à sa mesure. Elle doit rester flexible, s'adapter aux besoins du malade **qui ne cesse d'évoluer entre régression et autonomisation.**

Il s'agit en définitive de concilier le principe d'autonomie et celui de bienfaisance.

LES PLACES SPECIFIQUES DU SOIGNANT ET DU SOIGNE

La « bonne » distance soignant – soigné impose de se sentir proche l'un de l'autre, mais pas trop. Elle doit permettre un climat de confiance qui autorise le malade à s'exprimer librement tout en maintenant un écart permettant à chacun de ne pas se sentir envahi par l'autre. **C'est au soignant qu'il revient de garder la maîtrise de cette « bonne » distance, laquelle permet à la relation de jouer pleinement son rôle thérapeutique.**

A « bonne » distance, chacun accepte de recevoir de l'autre, depuis sa place spécifique. Le malade peut alors se sentir reconnu dans sa souffrance et soutenu, et le soignant s'en trouver enrichi.

La tentation est grande de confondre qualité de communication et relation sur le mode amical. Cette dernière ne résout rien dans le cadre thérapeutique, bien au contraire, elle peut même entraîner des effets funestes. De même le tutoiement ou dans certaines situations la gratuité des soins (*comme cadeau*) risquent d'abolir la distance indispensable à la relation thérapeutique. Les soins donnés à ses proches, à sa famille présentent les mêmes écueils. Le soignant n'est plus dans la « bienveillance objective » et le soigné se trouve soumis à **des affects qui peuvent entraver le processus thérapeutique.**

Une relation médicale qui sort du cadre et des règles généralement établies peut mettre le patient en situation de **dette** vis à vis du soignant. L'acte médical est reçu psychiquement comme un service rendu appelant un **don** en retour, le patient est alors redevable au soignant, avec tous les **effets pervers** que cela peut impliquer, **lesquels peuvent se jouer au niveau même des capacités de rétablissement du soigné.** Le cadeau, « le contre-don », instaure une **dépendance** soit pour le soignant qui le reçoit, soit pour le malade qui le donne, **ce qui perturbe l'équilibre de la relation.**

La relation thérapeutique n'a rien à voir non plus avec l'apitoiement. Le malade attend du soignant de la compréhension et une certaine **empathie**, qualité centrale du thérapeute qui désigne l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. L'empathie est différente de la compassion, qui se définit comme une souffrance partagée. Le soigné n'attend pas que le soignant souffre avec lui, comme lui, ce qui risquerait d'aggraver son angoisse et son sentiment d'insécurité, **il a besoin que sa souffrance soit reconnue, qu'elle soit nommée.**

L'identification du soignant au malade comporte des risques pour la relation thérapeutique. Le patient a besoin de préserver une image rassurante de son soignant, il n'apprécie pas forcément que le soignant fasse référence à son histoire : « *Moi aussi j'ai hésité quand j'ai dû décider de mettre des préservatifs...* » Les patients n'ont pas forcément envie d'imaginer le soignant comme semblable à eux, ils ne souhaitent pas entrer dans sa vie intime, de l'imaginer malade ou faible. Ils ont besoin qu'une **distance relationnelle et affective soit maintenue. C'est elle qui permet d'installer la position réconfortante du thérapeute à laquelle le malade peut s'ancrer.**

En revanche, il est important que le soignant personnalise la relation et montre au patient toute la valeur qui lui est accordée : « *C'est le meilleur traitement pour vous, de mon point de vue !* » est préférable à : « *C'est le traitement qu'on a l'habitude de donner dans le service.* » Cette deuxième formulation banalise et dépersonnalise la prescription. **Elle affaiblit la relation et sa vertu thérapeutique.**

CONCLUSION

Le principe de bienveillance, qui doit toujours prévaloir dans la relation médicale, fait entrer en jeu **une dimension affective.** Celle-ci n'est pas synonyme d'amour. Il serait en effet tout à fait inadapté de faire de « l'amour » du malade un devoir médical. Le soignant doit montrer son implication auprès du patient, exprimer une position réfléchie, adaptée au patient et **non plaquée** comme une simple application impersonnelle d'un savoir théorique.

Ni intrusion dans l'intime de la vie privée, ni repli frileux sur le geste technique, la « bonne » distance soignant-soigné est celle qui fait exister les aspects affectifs de la relation, dans le respect des places et rôles de chacun. L'important pour le soignant est de préserver l'authenticité de sa relation au patient, de garder sa spontanéité d'approche tout en restant attentif aux réactions du patient pour pouvoir s'y adapter.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »		
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS		
1	La relation soignant – soigné	6 Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7 Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8 Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9 Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots	Synthèse - cultiver ses compétences

3. LES REPRÉSENTATIONS DU MALADE

LE CORPS DU MALADE N'EST PAS REDUCTIBLE A SA SEULE DIMENSION BIOLOGIQUE

L'objet de la médecine est le corps biologique. Le sujet de la médecine est un être parlant et désirant (avec sa part d'inconscient), qui imagine et symbolise son corps, un corps investi par une histoire singulière, une culture, un corps porteur d'une identité.

La maladie fait voler en éclat les points de repère du sujet sur son être et le sens de sa vie. Elle le renvoie violemment à ses limites et à ses manques et soumet le malade à la question de sa capacité à être, à son histoire, à son désir, à sa vie et à sa mort.

La relation soignant – soigné fonctionne dans le soin lorsqu'il existe une concordance entre le corps objectif examiné par le soignant et le corps subjectif vécu par le patient. La discordance entre ces deux dimensions peut-être porteuse de malentendus, voire de conflits. Elle peut conduire à des attitudes médicales regrettables telles que le rapport de force, le rejet, ou le vagabondage thérapeutique du malade.

Le patient a besoin des paroles de l'autre pour se parler à lui-même, dépasser ses peurs, donner du sens et se reconstruire.

La demande du malade n'est pas seulement une demande de guérison mais aussi de savoir sur lui-même.
« Guérissez-moi docteur, et dites-moi aussi comment y faire avec ça, donnez-moi des repères qui donne du sens à ce que je vis et que je dois traverser ! »

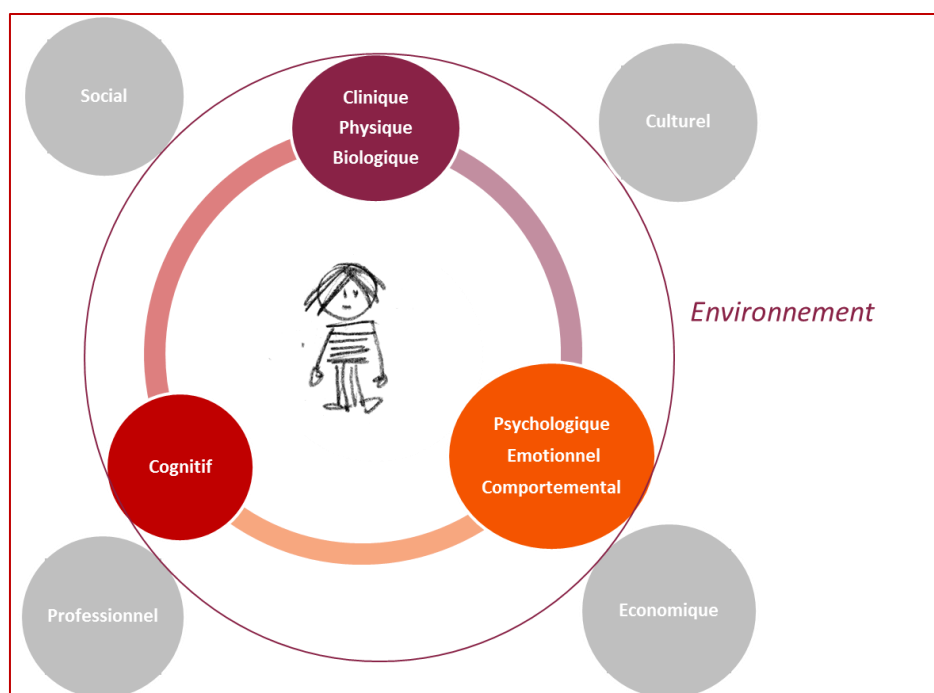


Figure 2 : le patient, un ensemble de dimensions et d'interactions

LES REPRÉSENTATIONS CONSCIENTES ET INCONSCIENTES

Les malades possèdent une représentation de leur corps, des organes, des maladies, des traitements, souvent très éloignées des définitions médicales. Ces représentations font appel à un imaginaire collectif, culturel, et à un imaginaire individuel. Elles sont à la fois conscientes et inconscientes.

Dans certains contextes culturels par exemple, le sein, très fortement investi, représente la femme et la mère. Le retentissement d'une maladie du sein y est toujours très important et dépend de l'histoire de chaque femme, de son âge, de sa vie amoureuse et sexuelle, de ses maternités éventuelles, des antécédents maternels... Le cœur, quant à lui, est associé au courage, à l'âme, le foie au caractère, la peau, au « soi », et l'utérus est fantasmé comme une « chambre invisible et immense » (S. Simoun). Le sang est riche en évocations, très différentes chez l'homme et la femme. A la fois noble et sacré, le sang figure la lignée familiale, la transmission des générations, il incarne aussi « la valeur » de la personne (dans certaines sociétés anciennes, le guerrier buvait le sang de l'ennemi tué pour acquérir sa bravoure.) Dans certaines religions, le sang est impur, une salissure quand il évoque les menstrues de la femme qui est déclarée tabou durant la période de ses règles.

Chaque culture possède ainsi une mythologie du corps et des maladies, revisitée par l'histoire de chaque individu.

A l'annonce d'une maladie, à l'évocation d'un traitement, le patient est d'emblée renvoyé à ses représentations imaginaires, qui viennent recouvrir les explications rationnelles du soignant.

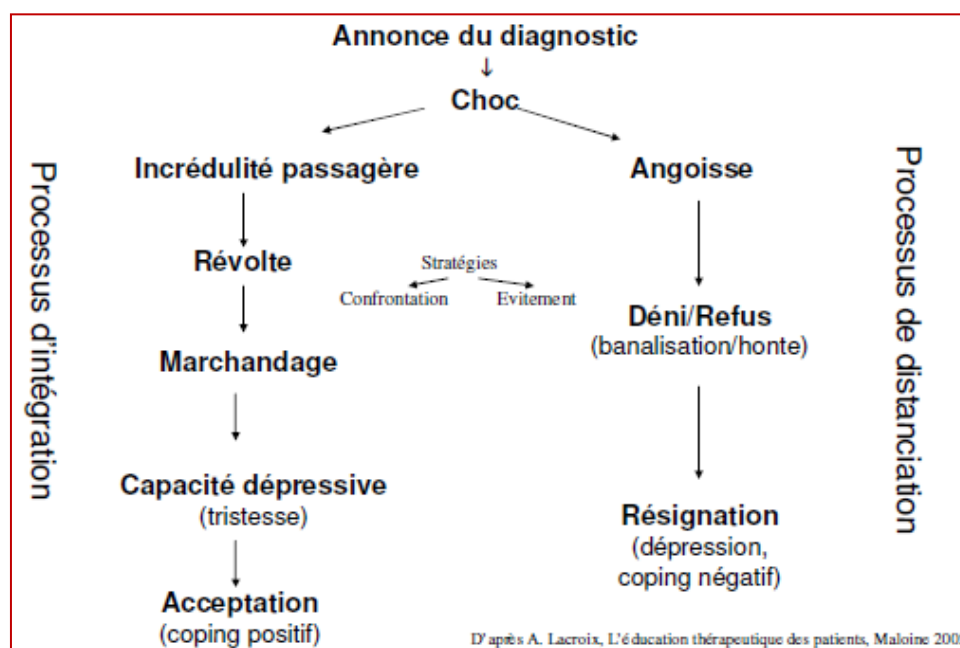


Figure 3 : Réactions des patients à l'annonce d'un diagnostic

Le décalage entre les représentations imaginaires des patients et le savoir médical explique sans doute de nombreux malentendus entre soignants et soignés, de même que certains échecs de la communication, de la relation thérapeutique.

C'est en interrogeant le malade sur ses représentations, en partant de son point de vue, que le soignant peut accéder au sens que le malade donne à une maladie, à un symptôme, à une thérapeutique. « Qu'est-ce que signifie pour vous un test sanguin ? Comment vous représentez-vous le VIH ? Comment voyez-vous les choses pour l'avenir ? Que savez-vous de la trithérapie ? »

Le soignant peut ainsi construire avec le patient un langage commun, et donner une information plus adaptée, plus pertinente, donc plus efficace.



MODELE DES CROYANCES DE SANTE (Health Belief Model)

Rosenstock - Social Learning Theory and the Health Belief Model - Health Educ Q. - June 1988 vol. 15 no. 2 175-183

Pour que le patient soit en mesure de suivre le traitement, 4 conditions sont nécessaires :

1. être persuadé d'être atteint par la maladie
2. croire que la maladie et ses conséquences sont graves
3. croire que le traitement est bénéfique
4. croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts ...)

L'ACCOMPAGNEMENT ET « L'EDUCATION » DU PATIENT IMPLIQUENT LA PRISE EN COMPTE DE SA PART D'IRRATIONALITE

Le soignant voudrait guérir, soulager le patient, le convaincre de ce qui est « bien » et ce qui est « mal » pour sa santé, lui faire entendre raison. Il espère un patient « raisonnable » et prêt à tout mettre en œuvre pour réussir.

Pourtant l'expérience quotidienne atteste des attitudes paradoxales du patient qui écoute, comprend, acquiesce et... résiste.

Que penser du malade qui vient de subir un pontage cardiaque et se remet à fumer, de cet autre qui n'est pas observant alors que son traitement commençait à donner des résultats très encourageants ?

Dans un même temps, ces patients demandent de l'aide et refusent de se soumettre à la norme de santé.

Ainsi, le soignant est souvent confronté à des patients pris dans leurs propres contradictions. Le malade tente de se soumettre aux règles médicales par la raison, tandis que sa part d'irrationnel ou d'inconscient se rebelle face à ce qui lui est « imposé ». Sujet vivant et complexe, il ne veut pas nécessairement son propre bien.

C'est dans la réciprocité de la relation soignant – soigné que le soignant peut jouer son rôle d'accompagnement, d'éducateur, en commençant par renoncer à façonner l'autre à son image et à le convertir à la norme de santé. Ceci peut demander au soignant un effort important, une grande prise de recul par rapport à ses propres aspirations à être « le bon » soignant, celui qui a le « pouvoir de réussir ».

CONCLUSION

L'éducation du patient se pense à travers un « tissage » relationnel entre le sujet soignant et le sujet malade. Chacun accepte de recevoir de l'autre, depuis sa place, et avec ses représentations, conscientes et inconscientes.

Pour le soignant, penser l'éducation, c'est accepter le patient avec ce qu'il amène de personnel et d'irrationnel. C'est l'accompagner pas à pas dans un effort pour se réapproprier la vie, que la souffrance et la maladie ont momentanément ou pour toujours perturbée. C'est la patient, dans son aveuglement même qui est le guide, car lui seul est à même d'indiquer le chemin, de donner du sens.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

4. CONFIANCE, EMPATHIE ET ECOUTE

3 fondements essentiels de la relation

Dans le contexte du VIH, la confidentialité, la fiabilité et l'honnêteté dans la relation de soin sont d'une grande importance dans l'établissement et le maintien de **la confiance** entre la personne séropositive et le professionnel de santé.

L'attitude de confiance est **basée sur l'expérience passée**. Certaines personnes ont connu des expériences qui leur ont appris à ne plus faire confiance. Parfois les patients font confiance au soignant mais ils ont un sentiment de méfiance à l'égard des systèmes de soins médicaux et sociaux.

Il est important de réaliser qu'aucune personne n'est en confiance totale dans une nouvelle situation face à une nouvelle personne. Il est donc nécessaire de **faire naître** la confiance, **puis de la faire grandir**, pas à pas, avec le patient et avec sa famille.

Il faut également se rappeler que **la confiance est réciproque**. Ainsi, le professionnel de santé apprend aussi à faire confiance au patient tout au long de la relation.

L'empathie est la capacité à ressentir et à comprendre les émotions et le point de vue de l'autre. Elle permet d'engager une relation d'échange à partir du ressenti et des croyances du patient. C'est une manifestation **de compréhension** à l'égard du patient, ce qui va l'aider à s'exprimer, à s'apercevoir qu'il écouté, compris, soutenu, et donc à se sentir en confiance avec la soignant.

L'empathie consiste à **percevoir avec précision** les références d'autrui, les émotions et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais **sans jamais perdre de vue le comme si**.

Le soignant essaye d'**imaginer** ce que vit le patient au moment présent, il tente de **saisir intuitivement** la douleur ou le plaisir de l'autre, comme l'autre les ressent, il tente d'en percevoir les causes comme le patient les perçoit, mais sans jamais perdre de vue que c'est **comme si** j'étais affligé ou réjoui... Si jamais l'on perd le sens du comme si, on tombe alors dans l'état d'identification.

L'empathie permet de se mettre à la place du patient, mais **pas de vivre à sa place**. Elle suppose de :

- ne pas faire passer ses propres sentiments en premier,
- ne pas juger la personne,
- ne pas se laisser envahir par nos sentiments personnels devant ce qui est dit,
- ne pas minimiser les sentiments de la personne.

Il est essentiel de remettre en question son aptitude à décoder les attentes et les difficultés du patient et à se faire comprendre de lui, en particulier face à des patients que l'on connaît bien. Cela ne signifie pas qu'il faille sans cesse vivre le doute, mais seulement rester vigilant pour ne pas se figer dans des certitudes ou de fausses évidences (« *Je le connais depuis tellement longtemps, je sais exactement comment il va réagir !* »)

MANIFESTER DE L'ÉCOUTE ET DE L'EMPATHIE

Un mot, un sourire, parfois un geste, signifient au patient qu'il est le bienvenu.

Pour manifester de l'empathie, il faut avant tout **être à l'écoute**, c'est à dire :

- avoir une **expression du visage attentive et bienveillante**,
- être en **contact visuel** lorsque le patient s'exprime, sans le fixer ou avoir l'air intrusif,
- **éviter de l'interrompre** fréquemment.

MANIFESTER DE L'EMPATHIE PAR LA PAROLE

L'empathie se traduit par **des commentaires** du soignant qui indiquent de l'intérêt et de la compréhension, par exemple : « **Je vois...** » (*Je vois combien c'est difficile pour vous !*) ou « **Je comprends...** » (« *Je comprends que vous soyez en colère !* »)

Le ton de la voix est évidemment très important pour maintenir la confiance, puisqu'il en dit aussi long que les mots eux-mêmes...

Reformuler les sentiments, les émotions du patient est une façon de montrer de l'empathie, par exemple : « *Je vois combien c'est difficile pour vous !* » ou « *Je comprends que vous êtes très en colère !* »

Les émotions, les façons de penser, doivent être **reconnues et acceptées ouvertement**, ne les **jugez pas**, dites plutôt : « *Je comprends que cette nouvelle thérapie vous effraie. Parlons-en...* » au lieu de : « *Il n'y a pas de raison d'être effrayé* » ou encore « *Vous devez faire face à beaucoup de difficultés, ce n'est pas étonnant que vous vous sentiez triste et découragé* » au lieu de « *Allons, allons, soyez un peu courageuse.* »

« **Remercier** » le patient d'avoir révélé des faits particulièrement pénibles peut lui démontrer non seulement une absence de jugement, mais également l'aider à approfondir le sujet, par exemple : « *La situation dont vous me parlez semble vraiment difficile, je suis content que vous m'ayez raconté ça, je comprends mieux ce que vous ressentez* ».

Révéler ses propres sentiments ou expérience au patient doit être évité, car cela risquerait de déboucher sur un manque de distance, sur une **perte du comme si**, sur une **identification**. Il faut s'efforcer **d'éviter de projeter ses sentiments**, par exemple : « *Il n'y a pas de raison d'avoir peur* » ou **ses expériences** : « *Moi aussi j'ai hésité quand il a fallu que je mette un préservatif.* »

MANIFESTER DE L'ÉCOUTE ET DE L'EMPATHIE PAR L'ATTITUDE NON VERBALE

Le choix des places pour parler est très important : privilégier un face à face à même hauteur (à égalité), et confortable dans toute la mesure du possible, sans écran entre les visages.

Il faut s'efforcer de maintenir une attitude d'écoute **avant tout**, par exemple éviter d'écrire lorsque le patient parle ou pose une question. Si toutefois une activité doit être faite en parallèle (écrire, utiliser un ordinateur, un livre), informer alors le patient de ce qui doit être fait pour qu'il soit en mesure de comprendre.

Lorsque les mots et les expressions du visage sont en contradiction, le soigné a tendance à donner la priorité aux expressions non-verbales... Par exemple, un ton doux mais des sourcils froncés peuvent laisser entendre que le soignant s'impatiente.

Le fait **d'être sensible aux expressions du visage du patient** peut permettre d'identifier des émotions, des sujets de discussion à approfondir, par exemple : « *Je constate que vous froncez les sourcils quand je parle de sexe sans risque* », ou « *Vous semblez être plus heureux aujourd'hui* ».

Des gestes ou attitudes corporelles sont des marques d'attention et d'écoute, par exemple le fait de se pencher en avant pour manifester son intérêt, de hocher la tête avec approbation. A l'inverse, le fait de se pencher en arrière et de croiser les bras peut être interprété de manière négative par le patient.

Le contact corporel est un signe non-verbal très puissant. Le toucher peut être utilisé de nombreuses façons différentes, principalement pour communiquer de la chaleur et de la compréhension, mais il faut **l'utiliser avec prudence** selon les personnes et les contextes culturels. Dans le contexte du VIH, la manière par laquelle la personne est touchée et l'attitude du professionnel de santé qui pratique le toucher peuvent véhiculer un message d'attention. A contrario dans d'autres situations certaines personnes peuvent être choquées par de tels signes.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

5. LE POIDS DES MOTS

Les patients peuvent se demander si leurs réactions à la maladie et au stress sont normales. Ils craignent qu'en révélant leurs sentiments ou ce qu'ils pensent, les autres les jugent et considèrent qu'ils réagissent de manière faible, excessive ou étrange.

Il s'agit donc d'accepter la personne, même si vous n'approuvez pas toutes ses idées ou comportements. Soyez attentif à ne pas formuler d'opinions négatives, à ne pas juger le patient, ou lui faire la morale, et à ne pas lui imposer de grandes vérités écrasantes.

Donner du sens au parcours thérapeutique de chaque patient, cela suppose de **prendre en compte sa vie particulière**, avec ses contraintes, ses joies, ses difficultés, en partant des représentations que le patient se fait de sa situation, de sa maladie.

Il est important de trouver, **pour chaque patient là où il en est**, un équilibre entre **son besoin d'information et celui de ne pas tout savoir**, il s'agit donc de donner de l'information de façon progressive, **adaptée au patient**, à ce qu'il souhaite entendre, à son niveau de connaissance, à son état du moment.

Lorsque le moment est venu de parler des aspects médicaux, il faut éviter de donner des conseils de professionnel, il vaut mieux donner des conseils du point de vue du patient. Il faut donc **être simple** dans ses explications, veiller à **ne pas utiliser de jargon médical**, à s'adapter au niveau du patient : savoir répéter si c'est nécessaire, sans lassitude et s'assurer de la bonne compréhension des informations.

Bien dire, c'est d'abord savoir écouter.

Parfois, plutôt que de dire ce qu'il faut faire, il est plus utile de questionner (par exemple : « *Que pensez-vous que vous devriez faire ?* ») et d'essayer d'utiliser les réponses du patient, par exemple : « *Oui, je suis d'accord avec vous, je crois aussi que cela vous ferait du bien* » ou « *Si c'est ce que souhaitez faire, c'est une bonne idée, comment pensez-vous y arriver ?* » ou « *Si vous faites ce que vous avez suggéré, quels problèmes pensez-vous devoir affronter ?* ».

Les patients ont bien souvent des sentiments et une attitude **plus positifs** à l'égard de ce que **leur maladie signifie pour eux** qu'à l'égard de ce que le soignant attend d'eux. Il est donc plus important de comprendre ce que ressent et envisage le patient, plutôt que d'affirmer ce qu'on pense que le patient devrait ressentir, penser, ou faire.

DONNER DE L'INFORMATION DE FAÇON PROGRESSIVE ET DELICATE

Après avoir questionné le patient, vous serez en mesure de prendre en compte son niveau d'information, ses points de vue et ses émotions. Vos explications doivent, dans toute la mesure du possible, être courtes et compréhensibles.

Reprendre les mots employés par le patient favorise la communication. La reformulation est une marque de reconnaissance, elle indique que l'on écoute vraiment, que l'on s'intéresse à la personne.

Avancez au rythme du patient, en fonction de ses éventuelles réactions et questions. Soyez **vigilant et attentif au choix des mots** que vous utilisez, certains peuvent renvoyer le patient à des images angoissantes, dévalorisantes ou culpabilisantes, par exemple : « *C'est une sale maladie !* » ou : « *Il fallait y penser plus tôt* » ou encore : « *Le mal est fait !* »

Soyez **particulièrement attentif aux mots** qui suggèrent un **jugement de valeur** : bien/mal ; grave ou pas ; normal ou pas ... Ces mots nous viennent naturellement et on ne peut pas s'en passer, il faut cependant être attentif à leur utilisation car ils peuvent être la première manifestation d'une position de domination, celle à partir de laquelle on se croit autorisé à dire à l'autre « La vérité ».

Evitez de valoriser = Formuler un **jugement de valeur global** sur la personne, ou sur ce qu'elle dit ou fait. Par exemple : « *Vous êtes en pleine forme* » ou « *Vos connaissances sont bonnes.* »

Donnez plutôt des signes de reconnaissance = Formuler un **jugement de valeur précis** à partir de ce que la personne dit ou fait. Par exemple : « *Je vois que vous avez repris du poids, c'est une très bonne chose, vous êtes sur la bonne voie* » ou « *C'est ça, tout à fait, c'est bien un virus.* » Donner des signes de reconnaissance nécessite de savoir écouter et observer pour pouvoir s'exprimer en utilisant les mots ou les actes du patient.

De façon à ne pas être abrupte en formulant des "**vérités**" **absolues**, introduisez vos idées personnelles plutôt sous la forme d'hypothèses, par exemple : « Je me demande si... »

Soyez **cohérent** dans ce que vous dites pour ne pas mettre le patient dans la confusion, par exemple, plutôt que de dire : « *Ce n'est pas grave, mais nous allons vous surveiller tous les mois* » dites plutôt : « *Prenons rendez-vous pour le mois prochain, c'est le rythme qu'il nous faut pour un bon suivi et pour la délivrance de vos médicaments* » soyez donc **précis, simple et autant que possible positif**, même si c'est un peu plus long à formuler.

Si, par une réaction du patient, il vous arrive de constater que vous avez commis une maladresse, de façon à **maintenir la confiance**, sachez reconnaître que vous vous êtes trompé, que vous vous êtes mal fait comprendre et **rectifiez vos propos**, sans ambiguïté.

Nommer la maladie ne doit pas rester un tabou quand le patient est prêt à entendre le diagnostic. Il faut savoir dire la vérité de façon délicate et éviter à tout prix :

- le mensonge (même pour rassurer),
- de donner de faux espoirs, par exemple : « *Tout finira par s'arranger* »,
- d'amoindrir, par exemple : « *Je pense que vous dramatisez. Les choses ne vont pas aussi mal que vous semblez vouloir le croire.* »

Dites la **vérité** quand le patient est prêt à l'entendre, et ménagez lui une **marge d'espoir**.

Révéler rapidement les solutions thérapeutiques possibles, donner des informations cliniques et thérapeutiques simples et précises.

Assurez-vous de la bonne compréhension, en particulier en fin de consultation. Même si vous pensez avoir donné des informations claires, posez des questions comme, par exemple : « *quelles sont vos questions ?* » ou « *qu'est-ce que vous aimeriez que je précise ?* » ou « *qu'est-ce que vous reprenez de cette consultation ?* »

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

6. FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT

Le patient est **davantage qu'un simple malade**. Il est le seul à connaître ses sentiments, ses croyances, ses difficultés, et leur influence sur son mode de vie ; il est le seul à pouvoir éventuellement accepter ses symptômes et leurs conséquences personnelles, familiales, professionnelles... à être capable de vivre avec.

Un soignant qui ne mettrait l'accent que sur la partie scientifique de son rôle et donc **sur les symptômes**, et qui ne considérerait **le patient que comme malade**, oublierait que le patient est **également une personne**. Les effets thérapeutiques du traitement, dans un tel cas, risqueraient d'être considérablement amoindris, ils pourraient même être nuls et pousser le patient à se mettre en danger.

Cependant, il est impossible de préconiser des techniques de relation ou de communication. Chacun de nous a ses propres réserves d'humanité et ses propres faiblesses, qui sont liées à notre vécu. Ces forces et faiblesse ont évidemment une influence sur notre façon de communiquer, mais prétendre faire de la communication une technique efficace serait une façon de réduire nos relations à des procédés « scientifiquement » établis, ce qui ne ferait que renforcer le caractère impersonnel de la rencontre et amoindrirait donc sa portée thérapeutique.

La communication comme technique pure est une façon de nier que, soignant, comme soigné, nous sommes des personnes, **des êtres plus complexes** que ce que peuvent décrire des procédés.

L'application stricte de techniques de communication, en admettant qu'elle soit possible (ce qui, heureusement, n'est pas certain) est donc à éviter absolument, cependant, prendre du recul par rapport à ses pratiques personnelles, les interroger, et s'efforcer de les faire évoluer si nécessaire, semble être une voie souhaitable pour tout soignant qui a à cœur d'aider ses patients à vivre au mieux les situations difficiles qu'ils ont à traverser, de les aider à se rétablir au mieux.

Permettre au patient d'engager la discussion, puis, **savoir favoriser son expression**, sont les principales façons de lui montrer l'intérêt qu'on lui porte, et si **l'écoute est attentive**, de trouver comment s'adapter aux besoins et aux freins du patient, de le considérer tel il est, en tant que personne.

Pour cela, il s'agira :

- d'aider le patient à exprimer ses émotions, ses sentiments, ses difficultés (personnelles, familiales, sociales etc.), et ses capacités, ses ressources pour y faire face,
- d'aider le patient à exprimer ses représentations, ses croyances, ses connaissances acquises sur la maladie,
- d'être à l'écoute et d'être attentif aux mimiques, aux expressions corporelles, elles vous aideront à repérer des freins, des résistances du patient, et éventuellement d'en approfondir la compréhension
- d'encourager le patient à poser des questions,
- de reformuler quand nécessaire, pour marquer votre compréhension, ou pour aider le patient à aller plus loin dans ce qu'il exprime.

Bien dire, c'est d'abord savoir écouter.

CONCRETEMENT, COMMENT S'Y PRENDRE ?

Le soignant peut **introduire** en posant des questions telles que : « *Que puis-je faire pour vous ?* » ou « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* ». Il est probable que le patient ait plus d'un problème et ce qu'il va dire initialement **peut ne pas être le problème essentiel**.

Ne pas interrompre brusquement les longues litanies de paroles, ou ce qui peut sembler futile, dire par exemple : " *Oui, je comprends, je comprends, mais... ?*",

LE QUESTIONNEMENT

L'utilisation de **questions ouvertes** telles que : « *Que ressentez-vous par rapport à... ?* », indiqueront au patient de l'empathie et de la chaleur, les questions ouvertes donnent au patient une **liberté de réponse**.

Les questions ouvertes larges commencent par : Que / Qu' / Quel / Comment / Pourquoi

Elles peuvent aussi, dans des domaines plus précis, commencer par : Qui / Quand / Combien / Où

Attention cependant aux questions ouvertes trop directes, par exemple : « *Pourquoi vous sentez-vous si déprimée à l'idée d'entrer à l'hôpital ?* ». Parfois, il vaut mieux poser des **questions indirectes**, par exemple : « *Si vous deviez malgré tout entrer à l'hôpital, qu'est-ce qui vous semblerait le plus difficile ?* ». La première question décide de façon abrupte des sentiments du patient, ce qui va l'obliger à se justifier et le conduire à se refermer ; la seconde question explore les sentiments du patient, cela va permettre au soignant d'apporter une réponse plus empathique, par exemple : « *Je comprends que vous ne puissiez pas vous résoudre à laisser vos enfants, c'est vraiment difficile, mais ils vous rendront visite pendant que vous serez ici, donc vous allez continuer à les voir. Par qui pourriez-vous vous faire aider pour les faire garder et qui pourrait les accompagner pour vous rendre visite à l'hôpital ?* »

Il faut aussi veiller à ne pas commencer ses phrases par : « *Comme vous le savez* », le patient peut ne pas savoir et se sentir placé en position d'infériorité.

Les questions fermées, c'est-à-dire les questions auxquelles on ne peut répondre que par oui ou non sont, en général, à éviter, sauf **pour vérifier une information précise**.

Les questions fermées commencent par un verbe, par exemple : « *Est-ce que... ?* » ou « *Souhaitez-vous que... ?* » ou « *Avez-vous... ?* »...

Attention aux questions orientées, qui sont elles aussi fermées et obligent presque à répondre ce que le soignant veut entendre. Les questions orientées commencent par une affirmation (« *Vous êtes sûre que... ?* ») ou une infirmation (« *Ne pensez-vous pas que... ?* ») La simple formule : « *Ça va ?* » est une question orientée ! (sous-entendu : "je préfère que vous me disiez que ça va.")

LA REFORMULATION

Lorsque quelque chose vous semble fragile ou confus, résumez ce que le patient vient d'exprimer en utilisant ses mots à lui et efforcez-vous de les relier à des motivations ou à des craintes qu'il n'a pas exprimées, par exemple : « *Vous m'avez dit que vous étiez tranquille par rapport à votre femme pour lui annoncer le résultat de votre test, mais vous êtes quand même un peu tendu de devoir lui parler, n'est-ce pas ?* ».

Vous pouvez aussi **reformuler en écho**, c'est à dire reprendre au mot près les derniers mots utilisés par le patient et les laisser en suspens, cela l'incitera à en dire plus. Par exemple : le patient « *En fait je trouve que c'est injuste* », vous : « *Que c'est injuste... ?* », le patient : « *Oui, vous vous rendez compte...* »

Vous pouvez aussi reformuler ce que dit le patient simplement par ce que ce qu'il vient de dire est important, cela le mettra en confiance en lui montrant que vous êtes attentif à ce qu'il dit, que sa parole a du poids.

L'ECOUTE

Les **pauses** sont très utiles à la fois pour le soignant et pour le patient, elles peuvent permettre de réfléchir, de mettre de l'ordre dans ses idées, de trouver les mots justes qui permettront de mettre l'accent sur quelque chose en particulier. Un soignant qui s'autorise une pause pendant la consultation fait passer le message suivant : « *Allez-y, je suis à l'écoute, continuez à parler* ».

Une écoute attentionnée implique de **demander des clarifications** afin de s'assurer de la compréhension, par exemple : « *Je ne suis pas certain d'avoir compris, pourriez-vous être plus précis?* ».

Par une écoute attentive, le soignant peut déceler si le patient a des **représentations ou des opinions établies sur sa maladie**, de nombreuses informations incorrectes circulent à propos du VIH et du SIDA, le patient peut avoir entendu quelque chose dans son entourage qu'il associe à présent à sa propre santé, mais sans en parler de façon ouverte. « *Expliquez-moi plus en détail votre raisonnement à ce sujet* » ou « *Vous dites que ce n'est pas normal, mais pourquoi exactement ?* » Il faut laisser au patient le temps de trouver les mots justes pour s'exprimer, et s'il dit des choses inexactes, voir choquantes, s'efforcer de ne pas porter de jugement ou de laisser transparaître votre désaccord. Ce qui n'empêche évidemment pas de rectifier les inexactitudes, il est même très important de la faire, mais sans dire par exemple : « *Vous ne devriez pas dire...* » ou « *Ce n'est pas du tout ça ...* » « *Ceux qui disent ça sont des ignorants...* ». **Il faut donc toujours veiller à ne pas prononcer de jugements.**

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

7. MODES DE DEFENSE DES SOIGNANTS

Face au diagnostic de maladie grave, à une récurrence, à un échec du traitement, à l'apparition de maladies opportunistes, **le soignant est lui aussi confronté à la violence** de la mauvaise nouvelle.

La mauvaise nouvelle renvoie le soignant (qui en est plus ou moins conscient) à ses propres limites, à sa vulnérabilité, à l'angoisse de la mort, cela l'oblige à renoncer à l'illusion de la toute-puissance de la médecine sur la maladie et la mort. Dans ces circonstances, le soignant se trouve pris dans une situation contradictoire où il est à la fois celui qui soigne et celui qui inflige une mauvaise nouvelle, il peut alors redouter « le mal » qu'il va faire et craindre ses propres réactions.

Reconnaître ses modes de défense (avec lesquels on se protège de ses peurs), **les accepter comme des réponses légitimes**, accepter ses peurs, ses faiblesses, ses limites, c'est s'ouvrir à la possibilité d'instaurer une relation de confiance avec le patient. Car pour parvenir à réagir au mieux aux réactions de défense du patient (agressivité, refus du traitement...), on a besoin de connaître ses mécanismes de protection personnels pour ne pas se laisser envahir par nos émotions.

Pas à pas, le soignant s'ouvre à ses vérités difficiles, il les apprivoise, et **s'efforce de les dépasser**, c'est ainsi qu'il pourra **installer un échange authentique et équitable** avec le patient.

IDENTIFIER LES PRINCIPAUX MODES DE DEFENSE

LE MENSONGE

C'est le mécanisme de défense le plus dangereux pour l'équilibre du patient. Le soignant dissimule la vérité parce qu'elle lui semble trop grave. Par le mensonge, le soignant croit souvent « protéger » le malade. En réalité, le mensonge ne fait que protéger, temporairement, le soignant de sa propre angoisse.

Faire espérer au patient qui n'y croit plus des choses impossibles ou faire des commentaires trop optimistes sur des résultats est une forme de mensonge. En réalité, le soignant se parle à lui-même et cherche à se rassurer.

Le mensonge prive le patient de la possibilité de se représenter sa maladie. Traité comme un enfant irresponsable, il est nié en tant qu'adulte capable de donner du sens à ce qui lui arrive et d'y faire face. Le mensonge empêche tout échange authentique, donc toute possibilité réelle d'installer une relation de confiance qui permettrait au patient d'avancer sur le chemin d'un mieux-être.

LA BANALISATION

Pour le patient, sa maladie n'est jamais banale. Banaliser ses difficultés ou sous-entendre que ce n'est pas si grave, c'est lui faire violence en le niant, c'est lui faire sentir qu'il n'est pas reconnu en tant que personne. Banaliser est une façon de mettre à distance la peur d'être envahi par l'autre.

LA FUITE

Le soignant se sent démuni et impuissant, il fuit les questions délicates, il reporte la conversation sur des sujets évidents, il n'écoute pas vraiment ce que le patient amène dans l'échange et préfère appliquer des routines de communication. Il évite l'échange pour fuir son angoisse d'être remis en cause ou d'être impuissant.

LE REFUGE DANS LA SCIENCE

L'intérêt et l'attention portés aux seules dimensions cliniques et médicales est une façon de se mettre derrière un écran protecteur. Le jargon médical est alors utilisé comme une langue étrangère au malade, qui rend impossible toute communication. Le soignant tient à distance les émotions du malade et ses propres émotions auxquelles il préfère ne pas faire face, il se rassure en se mettant dans une position de toute puissance.

LA SURINFORMATION

Le soignant dit tout et tout de suite au patient. Cette forme de fuite en avant peut être d'une extrême violence pour le patient puisque ses besoins, ses ressources personnelles, son cheminement, ne sont pas pris en compte. Submergé par l'émotion ou l'angoisse, le soignant, lâche rapidement toute l'information, ainsi, il se libère d'une tension personnelle. Il peut aussi le faire en croyant respecter l'obligation qui est faite d'informer le patient.

L'IDENTIFICATION AU PATIENT

Le soignant, débordé par ses propres émotions, fait corps avec le patient, il se met à sa place, alors qu'il n'y sera jamais. Il n'est plus à l'écoute de l'autre mais de lui-même. Cette attitude peut mener vers la dépression, laquelle signifierait sans doute que quelque chose de la souffrance des patients résonne trop fort avec l'histoire personnelle du soignant.

LE REFUGE DANS LA CHARGE DE TRAVAIL

Le soignant peut être pris dans des difficultés liées à son institution ou à son rapport avec la hiérarchie, il peut aussi chercher à soigner d'une façon idéale, donc inatteignable. Dans ces circonstances, le soignant ne parvient pas à se donner le temps nécessaire pour instaurer une relation de confiance avec chacun de ses patients.

QUELQUES EMOTIONS COURANTES LORS D'UNE MAUVAISE NOUVELLE A ANNONCER :

l'impuissance	l'épuisement	l'agressivité
la tristesse	la peur	la culpabilité
les émotions positives et gratifiantes		

L'EPUISEMENT

Des recherches ont montré que les soignants travaillant avec des PVVIH estiment souvent qu'eux-mêmes possèdent de nombreuses qualités qui manquent à leurs patients : la santé, l'énergie, l'espoir et la vitalité. Des soignants considèrent alors (sans que cela soit toujours conscient), que leur rôle consiste à se charger de tout ce que le patient ne peut plus accomplir.

Cette attitude est épuisante car le soignant donne de lui-même, constamment, sans prendre le temps de **réfléchir aux limites de son rôle professionnel** et sans chercher à comprendre les attentes du patient par rapport à ce rôle

En identifiant les attentes du patient et en repérant les frontières du rôle du soignant, **les limites de l'implication** du soignant peuvent apparaître de manière plus précise, **pour le soignant et pour le patient**. Apporter des soins et de l'aide peut donc aussi signifier : **apprendre à accepter un certain degré d'impossibilité, certaines limites**.

L'IMPUISSANCE ET L'AGRESSIVITE

Les soignants peuvent éprouver de la colère à l'égard des patients dont la contamination ou la récurrence semblent être dues à un mode de vie « irresponsable ». L'agressivité peut également être un mode de réaction face à un sentiment d'impuissance, en particulier si le patient ne fait pas exactement ce que le soignant pense qu'il devrait faire !

LA CULPABILITE

La culpabilité peut se traduire par des émotions et des sentiments négatifs à l'égard des patients tels que de la colère, des préjugés ou la peur du contact.

Les soignants peuvent éprouver de la culpabilité parce qu'ils sont eux-mêmes en bonne santé. Ils peuvent aussi éprouver des sentiments négatifs et se sentir coupables parce qu'ils se disent qu'ils ne devraient pas éprouver, par exemple de la colère, à l'égard de quelqu'un qui souffre d'une maladie potentiellement mortelle.

LA PEUR

La plupart des gens ne souhaitent pas être confrontés à la réalité de la maladie ou de la mort. Pour de nombreuses personnes, la perspective de la mort ou de l'agonie inspirent la confusion, l'anxiété ou même la terreur. La façon dont nous abordons la mort et l'agonie est influencée par deux émotions contradictoires : la répulsion et la fascination.

Il est important que les soignants parviennent à parler de leurs craintes de la mort et de l'agonie, qu'ils trouvent des interlocuteurs avec qui partager leurs appréhensions et leurs expériences à ce sujet. Des échanges sereins sur ces questions permettront aux soignants de les aborder avec les patients, quand la nécessité se présente, de manière mesurée, humaine et constructive.

LES EMOTIONS POSITIVES ET GRATIFIANTES

Soigner, aider quelqu'un à aller mieux est une situation humaine à la fois la plus improbable et la plus gratifiante. La plus improbable car chacun sait bien à quel point il est rare d'influencer positivement le comportement d'un tiers, les parents et les enseignants s'y emploient par l'éducation qu'ils donnent (chacun à leur place), mais sans toujours parvenir au but ; les adultes s'entraident, mais il est rare qu'ils parviennent à se faire évoluer mutuellement. Le soin est pourtant bien une situation où un individu dont le corps et le psychisme sont en souffrance, donc toute sa personne, va évoluer vers un état différent, le plus souvent positif,

Le caractère exceptionnel de ce phénomène dans les réalités humaines fait du soin un métier particulièrement motivant. C'est cette exception même, si elle n'est pas fondée sur une volonté de toute puissance, qui donne aux soignants des possibilités de gratification rares.

Il est primordial que le soignant trouve la gratification au niveau de sa motivation profonde et non pas du côté du prestige. C'est dans la relation au patient, avec les progrès de sa santé, les échanges que cela amène, que la

gratification trouve sa place. Par le simple fait d'avoir réussi à aider un tiers, le soignant éprouve des émotions positives, elles sont en lien avec ses motivations profondes et cela les renforce tout au long de sa carrière.

La recherche de gratification ne doit pas conduire le soignant à accepter des cadeaux ou des marques de servitude, elle ne doit pas non plus le conduire à se mettre dans une posture gratifiante, une position de supériorité qui mettrait la relation avec le patient, et donc ses possibilités de guérison, en danger.

LA TRISTESSE

Face à un patient en souffrance, il est bien légitime de ressentir de la tristesse, d'être soi-même touché. De façon à se préserver d'une trop grande tristesse, il est important de se souvenir que faire corps avec le patient et avec sa souffrance (identification, voir plus haut) peut mettre la relation de soin en danger. Ainsi, prendre une certaine distance avec sa propre souffrance est une façon de se préserver soi-même et de préserver les chances de guérissons du patient, c'est donc une façon de préserver la fonction de soin elle-même. Mais comme tous les patients ne seront « pas sauvés », il est très important d'accepter que l'on n'est pas un sauveur, que la fonction de soin ne peut pas TOUT !

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

8. LES ATTITUDES DE DEFENSE DES PATIENTS

Lors d'une maladie au long cours, et en particulier au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'individu se perçoit en situation de danger. Il peut donc être débordé par l'angoisse, ou par la crainte de l'anéantissement. Pour mettre à distance cette angoisse qui le submerge, pour affronter une réalité intolérable, l'individu va mettre en place des **mécanismes de défense qui vont lui permettre d'approcher la réalité pas à pas**, à son rythme, en fonction de ses ressources intérieures.

Les réactions de défenses dépendent de la personnalité de chacun, d'une histoire personnelle, de la période de la vie qui est traversée et, bien sûr, de la gravité de la maladie et des conséquences qu'elle peut avoir sur la vie quotidienne.

Ces défenses sont des **moyens d'adaptation psychique** au traumatisme de l'annonce, elles doivent **toujours être respectées** par le soignant pour aider le patient à cheminer.

L'ANNONCE : COMMENT NE PAS RENFORCER LES MECANISMES DE DEFENSE ?

Au moment de l'annonce d'une maladie grave, pour limiter les représentations de mort ou de déchéance, il faut ouvrir un espace pour la parole, laisser le temps à la **construction d'un présent et d'un avenir** avec la maladie au lieu d'annoncer une sentence sans appel. Des affirmations telles que : "Votre état va aller en s'aggravant" ou "Si vous ne faites rien, vous allez mourir" sont d'une grande violence car elles enlèvent toute perspective d'espoir ou de vie. Le temps de l'annonce doit être celui d'**une incitation à agir**, le soignant doit aider le patient à canaliser son angoisse en lui faisant entrevoir des étapes, **des actions progressives** qui sont comme autant d'obstacles à franchir pas à pas et qui vont donner forme à un parcours de « guérisons. » Par exemple : "Commençons déjà par mettre en place le traitement, il va agir pour votre bien, et si votre grande fatigue persistait malgré tout, il sera toujours temps de voir comment on peut en venir à bout."

- L'annonce se prépare si possible : être au calme, ne pas être dérangé, être confortablement installé...
- Prendre le temps d'écouter le patient avant de délivrer l'information : Que sait-il déjà ? Que comprend-il ? Que veut-il savoir ?
- Donner une information progressive, utiliser des phrases courtes, des mots simples, ménager des pauses.
- Favoriser l'expression des émotions du patient et accepter ses réactions de défense, y compris une certaine agressivité.
- Présenter les solutions thérapeutiques possibles sans tarder, en préservant un espoir réaliste.
- Toute l'information ne peut être donnée en une fois, en particulier les éléments pratiques de la conduite du traitement qui seront à préciser rapidement, mais au cours d'une prochaine consultation.

LE DENI

C'est le rejet de la maladie, la personne empêche la réalité d'accéder à sa conscience, toute représentation insupportable est mise à distance, la personne efface du discours du soignant tout ce qui pourrait constituer une menace, elle refuse toutes les données médicales ou les explications concrètes, parfois même elle remet en cause les soins ou les soignants. Le déni se traduit souvent par le refus de soins.

Le déni est toujours une situation angoissante pour le soignant, le refus de soins l'agresse en portant atteinte à son autorité médicale, ou en le culpabilisant, comme si le fait de ne pas agir pouvait correspondre à une non-assistance à personne en danger. Cependant, ce refus doit être pris en compte car, derrière, il y a souvent un malentendu ou un non-dit, et parfois la marque d'une dépression.

L'essentiel est de **ne pas rompre la relation**, de ne pas entrer en conflit avec le patient, de ne pas vouloir à toute force lui faire entendre raison, ou, au contraire, de le laisser seul face à ses responsabilités (après tout, c'est son choix !)

Derrière le refus de traitement, derrière l'opposition à l'ordre médical, il y a souvent un très fort besoin de reconnaissance de l'être malade, dans toute sa complexité. **Un refus de traitement n'est pas un refus de soin**, il peut exprimer, au contraire, **un très grand besoin d'attention**.

Il va s'agir d'écouter le patient, de s'intéresser à sa personne en profondeur, à ses difficultés en général en élargissant à toute question (personnelle, familiale, sociale, religieuse...) qui pourrait le bloquer. Il est important de reconnaître sa souffrance, de ne pas le juger, ni de lui faire la morale, et, sans le brusquer, de l'amener à préciser ses attentes, par exemple : *"Comment voyez-vous la situation ?"* ou *"Qu'est-ce que vous envisagez, dans votre intérêt ?"*

Le patient attend de son soignant de la compréhension, et même parfois **une autorisation**, par exemple : "Je comprends tout à fait que vous vouliez privilégier le traitement traditionnel, mais revoyons nous régulièrement pour faire le point ensemble et voir comment vous allez." Une réelle confiance pourra alors s'instaurer, qui sera peut-être la condition de la future acceptation d'un traitement par le patient. Il s'agira donc de **faire alliance avec le patient**, de trouver un compromis qui parfois ira jusqu'à l'acceptation (temporaire) du refus de traitement.

Si le patient semble profondément déprimé, l'enjeu sera alors de trouver les moyens de lui faire accepter une rencontre avec un psychologue.

L'AGRESSIVITE

Par l'agressivité, la personne projette sur l'extérieur la menace qui est en elle pour tenter de l'anéantir. Son agressivité est comme une arme pour tenter d'abattre la maladie et défier la mort. Cette agressivité s'exprime par des reproches, des revendications, des accusations. La personne peut renvoyer le soignant à son incapacité à la soigner, remettre en cause ses compétences ou les bienfaits de la médecine.

Plusieurs raisons peuvent mener à l'agressivité :

Attirer l'attention : L'agressivité peut être une façon d'attirer l'attention du soignant sur un mal être.

La projection : elle consiste à attribuer à une cause extérieure une souffrance, un sentiment, ou une problématique interne à l'individu. Elle traduit généralement une angoisse, une révolte, une culpabilité, une blessure intérieure. A cet instant, « c'est ma faute » n'est pas acceptable et se traduit par « c'est ta faute ».

Il est très important que le soignant reconnaisse ce mécanisme de défense et le respecte en comprenant que sa personne n'est pas réellement mise en cause par le patient.

Le rapport au pouvoir : Du fait de leur histoire personnelle, certains patients peuvent adopter un comportement agressif face à toute forme d'autorité. Ils éprouvent le besoin de s'opposer à l'ordre médical et de le mettre en

échec. Sans être intrusif, il est important de chercher les expériences qui pourraient, dans le passé, avoir posé problème au patient dans ses relations avec le corps médical. Quoi qu'il en soit, éviter à tout prix le piège de l'affrontement qui renforcerait dangereusement l'agressivité du patient.

Le soignant se sent agressé et remis en question dans sa fonction même de soignant. L'enjeu est de **ne pas se laisser envahir par l'agression**, de ne pas se laisser embarquer dans la contre-agression, de parvenir à **établir un dialogue malgré tout** et de **comprendre le sens de l'agressivité** du patient, elle est la face visible de causes plus profondes.

Il faut éviter d'entrer dans un rapport de force qui conduirait inévitablement à une rupture dans la relation de soin. Ne pas prendre les choses pour soi, ne pas se sentir dévalorisé ou en échec, ni se justifier. **Il ne faut pas non plus se laisser insulter sans mettre de limites.**

Montrer sa stabilité rassure le patient et diminue son angoisse. Donnez au patient l'occasion d'**exprimer sa vision** de la maladie, des traitements, ses inquiétudes, ses doutes, sans vous sentir obligé d'argumenter, d'avoir de bonnes réponses à tout, de lui devoir quelque chose. **Impliquez le patient dans les décisions thérapeutiques et donnez-lui une place de partenaire de ses soins.**

Un exemple pour faire face à une agression : si un patient accuse les autorités, centre de soins compris, de ne pas avoir suffisamment informé la population, le soignant peut lui répondre : *"Vous avez manqué d'information sur les relations non protégées et je ne suis pas là pour vous juger, si vous avez eu des relations non protégées, c'est qu'à ce moment-là, de toute façon, les risques n'étaient pas présents à votre esprit. Ce qui compte à présent, c'est ce que nous allons faire ensemble pour lutter contre cette maladie."*

LE REPLI

La personne fait corps avec la maladie, elle s'y installe dans un repli total, elle se laisse porter et prendre en charge passivement, sans vouloir s'impliquer dans les discussions ou dans les décisions concrètes à prendre. La personne est passive, elle se laisse faire sans réagir, elle accepte tout sans rien dire. Ce mécanisme a une fonction réparatrice et protectrice vis-à-vis de la peur, **le malade se réfugie dans un statut d'enfant** qui s'en remet au soignant comme si c'était un père et/ou une mère bienveillants.

Il est important que les soignants accueillent le repli du malade qui n'est peut-être qu'**une étape d'adaptation à la maladie**. Si le repli dure, dans le cadre d'un suivi au long cours, il faut savoir valoriser le patient, lui exprimer en quoi **sa participation a été déterminante** pour son rétablissement et ainsi, pas à pas, l'accompagner vers une plus grande autonomie.

LE CHOC, LA SIDERATION

Confrontée à la mauvaise nouvelle, la personne est submergée par ses émotions, dans sa tête tout s'embrouille, il n'y a plus de place pour la pensée rationnelle. Souvent la personne est muette ou parle peu, parfois elle pleure ou se lamente, et si elle pose des questions, elles sont souvent incohérentes, et quand elle parle, tout ce qu'elle dit est dramatique et semble absolument sans espoir.

Il est inutile que le soignant fournisse des explications détaillées qui ne seront pas entendues, c'est le temps de **l'expression des émotions** que le soignant doit **encourager et accompagner de manière empathique**. Les explications seront reprises plus tard.

L'enjeu pour le soignant est de ménager un **espoir en lien avec le fait de se revoir** (très vite).

L'écoute et l'empathie sont essentielles dans cette situation, ce sont elles qui pourront installer les bases d'une relation à laquelle le patient repensera chez lui, qui lui permettra de trouver l'envie et la force de revenir en consultation et de s'engager dans un parcours de soins.

LE BAVARDAGE OU LA PLAINTE INCESSANTE :

Comme si sa maladie ne pouvait jamais cesser de se reporter sur un obstacle infranchissable, la personne exprime une demande éternellement insatisfaite. On peut faire l'hypothèse que cette personne **se réfugie dans un statut d'enfant** et s'adresse au soignant auquel elle demande d'occuper une place de père et/ou de mère bienveillants, mais qui ne sera **jamais à la hauteur de son rôle** puisque la souffrance ne sera jamais complètement terminée. Quel que soit le sujet, la personne semble avoir toujours quelques choses à dire sur ce qui ne va pas, sur ce qui est impossible à surmonter.

Face à ce type de plaintes répétées, et éventuellement à des symptômes qui persistent, il faut savoir les accepter et **ne pas se sentir impuissant**.

Il faut avant tout s'efforcer de comprendre le sens de la plainte ou du bavardage. Quelques causes possibles :

- La plainte ou le bavardage peuvent être **un mode d'expression habituel du patient**, ils correspondent à sa façon habituelle d'être en relation avec les autres, ils sont une façon de se mettre en scène dans la vie, de prendre généralement une position de « victime ».
- Les symptômes persistent malgré les traitements, ils sont peut-être le seul langage possible pour dire quelque chose de soi. En fait, **le patient a besoin d'être écouté**, d'être entendu, reconnu. Sa demande n'est pas la suppression des symptômes mais une demande d'écoute.
- La plainte sans fin peut être une façon de punir le soignant en le mettant constamment en échec, c'est une façon de neutraliser le pouvoir médical, **le patient reste « maître du jeu » de sa maladie**.
- Le patient est anxieux, il est constamment préoccupé par son état, le récit ininterrompu de ses maux (physique, psychiques, familiaux, financiers...) est une façon de prolonger la consultation, **le patient redoute la séparation avec le soignant**.
- La plainte répétée peut être **le signe d'un état dépressif** qu'il faut toujours rechercher et auquel il est nécessaire d'être attentif.

L'écoute possède des vertus thérapeutiques car elle renforce l'estime de soi. Donnez au patient l'autorisation de se plaindre et laissez le parler " Je comprends que c'est difficile pour vous. Je vous écoute !"

Ne minimisez pas la plainte : "*Ce n'est rien*" ou "*Ce n'est pas grave*". En pensant rassurer le patient, vous pourriez le blesser en ne reconnaissant pas sa souffrance.

Si le patient se montre trop bavard, il est nécessaire de recadrer son discours en l'interrompant par des questions, ce qui présente deux avantages : lui montrer de l'intérêt et l'aider à prendre du recul et à s'interroger sur sa plainte : "Je comprends qu'il y a beaucoup de choses qui vous préoccupent, mais je vais devoir interrompre la consultation. Voulez-vous que nous prenions un autre rendez-vous pour poursuivre notre échange?" ou " Je comprends que vous êtes inquiet. Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous actuellement ?"

Pour conclure sur la plainte sans fin : Même si elle est pénible, il faut renoncer à supprimer la plainte à tout prix, au risque sinon de mettre la relation thérapeutique en danger. L'échec, ou l'impuissance que ressent le patient (qui peut même mener à des échecs thérapeutiques) ne doit pas être assumée par le soignant comme un échec personnel. Il faut savoir accepter les plaintes sans fin comme un mode de communication du patient, tenter d'en comprendre les causes, sans se sentir dévalorisé ou impuissant.

L'ENVAHISSEMENT

La personne semble ne plus faire de différence entre la relation médicale et la vie privée, elle raconte volontiers des choses intimes, pose des questions au soignant sur sa vie personnelle, elle lui amène des cadeaux... Un certain nombre de personnes ont tendance à idéaliser les soignants, à leur prêter des pouvoirs réparateurs dans tous les

domaines de leur existence. Le cadeau peut correspondre à une volonté d'honorer le soignant comme une idole à qui l'on fait des offrandes pour solliciter sa bienveillance.

Face à ce type de comportements, le soignant peut être mal à l'aise ou au contraire très satisfait. Mais ce type de relation peut déboucher sur des malentendus de plus en plus difficiles à contrôler avec le temps, et mettre en danger la relation de soin. Dans ce type de situation, le soignant risque de perdre la maîtrise de ce qu'il dit, il peut aussi avoir de brusques changements d'attitude qui seront mal perçus. Le soignant doit donc s'interroger : Qu'est-ce qui relève de ma propre attitude, de celle du patient ? Quelle est la bonne distance à maintenir avec ce patient ? Quelles sont ses attentes légitimes, acceptables ? Comment clarifier la situation sans le blesser ?

Clarifier suppose de ne pas craindre de dire non, par exemple : *"Je suis honoré par votre gentillesse, mais dans l'intérêt de la relation de soin, dans votre intérêt, je pense qu'il est préférable que..."* ou *"J'aimerais que nous parlions de cette envie de me faire un cadeau..."* Puis rassurer le patient : *"Je comprends..."* puis s'assurer qu'il a bien compris : *"Je pense qu'il vaut mieux....Qu'en pensez-vous ?"*

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

9. LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Il ne s'agit pas de proposer ici une structure d'entretien idéale qu'il faudrait absolument suivre pour être « parfait »... Voici simplement quelques grands points qu'il faut, dans toute la mesure du possible, garder à l'esprit lors de la rencontre avec un patient.

Vous pouvez présumer que le patient a de nombreuses questions en tête :

- Concernant sa situation :
 - ✓ qu'est-ce qui m'est arrivé ?
 - ✓ pourquoi ça m'est arrivé à moi ?
 - ✓ qu'est-ce qui va m'arriver ?
 - ✓ comment vais-je m'y prendre avec ma famille, mon travail... ?
- Concernant les examens médicaux, le diagnostic, le traitement :
 - ✓ qu'est-ce qu'on est en train de me faire ?
 - ✓ pourquoi est-ce qu'on me fait ça plutôt qu'autre chose ?
 - ✓ vais-je souffrir ?, à quel point vais-je souffrir ?
 - ✓ combien de temps est-ce que ça va durer ?

Bien dire, c'est d'abord savoir écouter,

Il faut donc poser des questions de manière à en savoir plus sur :

- Que sait déjà le patient ?
 - ✓ Que pense-t-il de ses symptômes ?
 - ✓ Les a-t-il déjà éprouvés ? Ont-ils déjà été traités ? Si oui, comment ?
 - ✓ Que connaît-il de sa maladie ?
- Comment se représente-t-il la maladie, ses causes, les traitements ?
 - ✓ Quelles sont ses croyances, ses opinions, ses doutes ?
 - ✓ Comment aborder ses doutes, ses résistances, comment les prendre en compte, sans le brusquer ?
- Que veut-il savoir ?
 - ✓ Qu'est-ce qu'il souhaite savoir ? Qu'est-ce qu'il est prêt à entendre ?
 - ✓ Qu'est-ce qu'il peut, qu'est-ce qu'il a besoin de comprendre ?

De façon à avoir davantage d'information sur **les représentations** qu'a le patient sur sa maladie, voici 5 dimensions à explorer au cours de l'entretien (modèle de Leventhal). Le soignant peut les explorer dans l'ordre proposé ici ou dans un autre qui lui semblerait plus approprié, ou même faire des allers retours de l'une à l'autre.

L'IDENTITE

Cette dimension renvoie aux noms donnés à la maladie et aux symptômes.

Le soignant est attentif aux noms que le patient donne à sa maladie et à ses symptômes.

Si le patient ne nomme pas ceux-ci, ou si le soignant veut donner un nom plus médical à ce que le patient a dit, il explique les noms qu'il propose et peut demander au patient si cela lui fait penser à autre chose, ce que cela évoque pour lui.

LA CAUSE

Le soignant aborde les causes de la maladie et des symptômes, c'est un moment délicat, il aborde ces questions à moment pertinent. L'accord entre le soignant et le soigné sur les causes de la maladie est important car si le patient comprend ce qui est en cause, il pourra peut-être agir et éviter de retomber à nouveau dans les mêmes difficultés. Cependant, si le patient semble résistant à les aborder, il faut veiller à ne pas lui imposer des vérités qu'il n'est pas prêt à entendre.

Le soignant explore délicatement ce que le patient a à dire des causes de sa maladie et de ses symptômes. Si le soignant pense qu'il doit apporter d'autres explications que celle proposées par le patient, il lui demande ensuite si ces nouvelles causes correspondent à des choses qu'il connaît, et si il imaginait que cela pouvait le concerner.

LA CHRONOLOGIE

Cette dimension renvoie à la durée qu'aura la maladie, à son caractère plus ou moins long en fonction de ce qu'elle est opportuniste, aigue, chronique...

Le patient se fait bien souvent une idée de la durée que devrait avoir sa maladie. Selon le cas il sera encouragé ou découragé par ce qu'il apprendra à ce sujet de la part du soignant. Il faut être explicite au sujet de la durée (il ne faut pas minimiser ou mentir), mais il faut aussi savoir questionner le patient sur ce qu'il espère, lui, comme évolution, comment se représente-t-il sa capacité à faire face aux symptômes et à la maladie ? Il faut l'encourager et lui présenter les étapes pas à pas, le laisser entrevoir un parcours progressif d'évolutions positives.

LES CONSEQUENCES

Cette dimension renvoie aux effets de la maladie sur la vie du patient tels qu'il les perçoit. Ces effets peuvent être physiques, psychiques, sociaux...

Dans les premiers temps de la relation, le soignant découvre les conséquences telles que le patient les imagine, plus tard, le soignant qui connaît son patient pourra suggérer des conséquences possibles (qui peuvent aussi être positives), puis vérifier si elles sont réalistes aux yeux du patient. Les conséquences perçues sont évidemment très importantes puisqu'elles peuvent décourager le patient et influencer très fortement son comportement par rapport à sa maladie. C'est pourquoi il est très important de les explorer, de les remettre à leur juste place si le patient les exagère, et de l'aider à envisager des solutions, sans pour autant chercher à apporter soi-même des réponses à tout.

LE TRAITEMENT ET LE CONTROLE

La maladie ou les symptômes en question peuvent-ils être contrôlés, traités, guéris ? Le patient peut-il en contrôler lui-même une part (par exemple par le repos, par la régularité dans la prise des médicaments...) ou les symptômes peuvent-ils être contrôlés par quelque chose ou quelqu'un d'autre ? (par exemple par le médecin, par les médicaments, par des proches...)

Cette dimension est fondamentale, car si le patient est convaincu qu'il n'y a rien à faire, les chances de succès thérapeutique sont très faibles, le patient peut alors devenir dépressif ou encore, s'il ne croit pas au traitement, il n'y sera pas fidèle. Le soignant ne devrait cependant pas insister coûte que coûte sur le traitement, il faut avant tout qu'il cherche à cerner la perception du patient : est-ce qu'il croit le traitement pertinent et efficace ? Comment se représente-t-il ses capacités de contrôle sur les symptômes, sur le traitement ? Comment ou par qui sent-il qu'il pourrait être aidé à contrôler ses symptômes, ses traitements et leurs effets ? Le soignant doit chercher à savoir si l'action du patient est en mesure de contrôler efficacement l'évolution de la maladie de façon à pouvoir adapter son suivi en conséquence.

CONCLUSION SUR LES REPRESENTATIONS

Dans le cas où un patient se montre réticent à parler de ses représentations, le soignant peut lui demander de parler de personnes proches ou de connaissances qui auraient des problèmes équivalents. Le soignant incite le patient à parler des explications que ces personnes donnent ou des façons qu'elles ont de faire avec leur maladie. Le patient pourra ainsi s'exprimer sans se sentir gêné par le fait d'avoir à parler de lui-même. Le soignant pourra corriger au besoin les représentations attribuées aux proches et le patient sera à même de retenir ce qui le concerne dans les propos du soignant. Cela l'amènera peut-être à s'ouvrir sur ses représentations à lui et sur les questions qu'il a envie de poser.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

SYNTHESE – DEVELOPPER LA RELATION AVEC LE PATIENT : CULTIVER SES COMPETENCES RELATIONNELLES ET TENIR COMPTE DES FACTEURS ASSOCIES

Si la relation était un jardin qu'il faudrait entretenir et cultiver ?

Se référer à la figure 1 au début du document

CULTIVER SES COMPETENCES (LE TERREAU)

DEVELOPPER LA RELATION

- La reconnaissance du patient en tant que personne
- L'instauration d'une relation de confiance sur le long terme
- La capacité à comprendre le patient, au-delà de la seule dimension médicale et scientifique
- La confidentialité
- La capacité à donner de l'espoir, à maintenir un espoir réaliste
- Savoir s'aligner sur le point de vue du patient
- Respecter les réactions de défense

LES PLANTES EN INTERACTION (LEGUMES ET FLEURS)

L'ECOUTE

- L'empathie
- Le questionnement ouvert
- L'attention aux expressions corporelles
- L'identification des représentations et des connaissances acquises
- Marquer sa compréhension par de la reformulation quand nécessaire

LE TRANSFERT D'INFORMATION

- Le respect du besoin d'information **et** du besoin de ne pas tout savoir
- La capacité à donner du sens au parcours thérapeutique
- La capacité à donner de l'information progressive, adaptée au patient, à sa demande, à ses besoins, à ses ressources du moment
- L'absence de jargon médical : l'adaptation au niveau du patient (simplicité des explications, capacité à transposer par un dessin par exemple)
- Savoir répéter, sans lassitude
- Savoir s'assurer de la bonne compréhension, faire reformuler si nécessaire

FACTEURS DE CROISSANCE OU FACTEURS D'ENSABLEMENT

FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT

- L'aider à exprimer ses émotions
- L'encourager à poser des questions
- Reformuler quand nécessaire pour l'aider à aller plus loin dans l'expression

LE POIDS DES MOTS

- L'absence de grands mots qui font peur
- L'absence de jugement de valeur
- L'absence d'infantilisation
- L'absence d'injonction contradictoire
- L'absence de mensonge
- Savoir reconnaître que l'on s'est trompé, que l'on s'est mal fait comprendre et rectifier, sans ambiguïté

DES CONDITIONS FAVORABLES A METTRE EN PLACE

LE RESPECT, LA DISPONIBILITE, LE CONFORT

- L'accueil
- Le choix des places pour parler
- La place et l'utilisation des « outils » (dossier, ordinateur)
- Le temps accordé
- L'environnement (calme, **confidentiel**)
- Dissocier le temps de l'examen clinique et celui de l'annonce d'informations importantes
- L'installation d'une relation de confiance sur le long terme

EN CAS DE TEMPETE : PERMETTRE LA PRESERVATION FACE AUX RISQUES DE MISE EN DANGER DE LA RELATION

LA CAPACITE A FAIRE FACE AUX SITUATIONS DIFFICILES

- Ne pas interrompre **brusquement** les longues litanies de paroles, ou ce qui peut sembler futile
- Ne pas s'énerver
- Ne pas juger ni faire la morale
- Faire alliance, savoir faire des compromis
- Montrer que l'on comprend
- Révéler rapidement les solutions thérapeutiques possibles, donner des objectifs cliniques et thérapeutiques
- Préserver un espoir réaliste