

Oser la relation !

La relation de soin est souvent pensée à partir de la notion de distance. Paradoxe ? Avant même la rencontre avec le patient, le « bon professionnel » doit en effet savoir garder ses distances et gérer ses émotions ! La relation apparaît ainsi comme une pratique à risque qui implique de se protéger (ou de protéger le patient). Mais peut-on soigner sans engager une part de soi-même ?

Il est courant, en psychiatrie, d'affirmer que la relation constitue notre cœur de métier. Il peut, alors, sembler paradoxal d'inviter les soignants à « oser » cette relation. Si elle va de soi, en quoi s'y engager avec un patient relèverait-il de l'audace ? Il faut oser parce que justement « ça » ne va pas de soi, parce que « ça » pose des questions dont, au quotidien, on se débarrasse un peu trop facilement. Ce n'est pas quand on a le nez dans le guidon que l'on peut se regarder pédaler.

LA DISTANCE COMME PROTECTION

Entrer en relation avec un patient qui a demandé à être hospitalisé ou qui vient de lui-même au Centre médico-psychologique (CMP) ne pose (peut-être) pas trop de problèmes aux soignants. Les choses se complexifient quand le patient est hospitalisé sous contrainte et dénie avoir le moindre problème, quand le refus de soin et l'ampleur des troubles du comportement conduisent l'équipe à lui imposer des mesures de restriction de sa liberté d'aller et venir. Comment nouer une relation avec un sujet que l'on enferme voire que l'on attache ? Comment rester en relation avec ceux qui attaquent le lien à l'autre ? Comment ne pas rejeter qui nous

rejette ? Chacun mettra un ou plusieurs visages sur ces situations malheureusement trop banales. On évoquera tel ou tel patient délirant qui entretient ses hallucinations ou sa persécution en fumant trop de « pétards ». On se souviendra d'untel qui ne supporte pas la frustration et qui « veut tout et tout de suite ». On se remémorera des injures, des coups parfois, la peur souvent. La tentation de se tenir à l'écart peut alors être grande. Nul n'a envie de s'investir dans des relations aussi périlleuses.

Les équipes s'en protègent et tentent de justifier leur éloignement du patient en mettant en avant la notion de « distance » qui peut être qualifiée de « bonne », « juste » et/ou « thérapeutique ». Appréhender la relation à partir de la distance apparaît alors paradoxal. Il y aurait quelque chose de dangereux dans la proximité avec le patient, il faudrait s'en prémunir en gardant un certain quant à soi. L'enseignement des soins infirmiers fait la part belle à cette conception qui s'exprime également sur le terrain et sert de modèle dans les pratiques quotidiennes. Le soignant trop proche mettrait ses collègues et l'équipe en péril, il risquerait d'« entrer » dans le délire du patient, il convient donc non seulement de le mettre en garde mais également de le façonner pour que l'équipe puisse parler d'une seule voix, la cohésion prenant alors le pas sur la cohérence.

DISTANCE ET PROXIMITÉ

Si le soin aborde la relation à partir de la distance, d'autres champs la pensent plutôt en se référant à la proximité.

L'anthropologue américain Edward T. Hall a développé la proxémie afin de penser « l'ensemble des observations et des théories que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique » (1) Il s'agissait pour lui de décrire la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Il a constaté que ces distances varient selon les cultures : grande proximité dans les pays latins et surtout en Afrique, éloignement dans les pays nordiques et au Japon. Ainsi, parler de « distance » ou de « proximité » dans la relation relève tout autant d'une culture que d'un habitus professionnel. Cette option a évidemment des conséquences pratiques : on n'ose pas la relation de la même façon selon que l'on appartient à une culture ou à une autre. L'audace des uns est la routine des autres. Les théories de soins émanant des pays anglo-saxons et nordiques (où l'on se touche peu) mettent en avant la notion de distance. Si la proximité avec un patient ne s'évalue pas en centimètres, il n'empêche qu'il est difficile de rassurer ou d'entendre un patient quand plus d'un mètre nous sépare de lui. Il est quasiment impossible de créer une intimité qui lui permette de s'épancher, de s'apaiser ou de simplement verbaliser ses angoisses. La distance *a contrario* autorise voire favorise les propos injurieux et les menaces. S'approcher d'un patient dans ces conditions, aller au-delà de ses représentations de la situation voire de ses peurs, relève bien de l'audace.

Dominique FRIARD

Infirmier, superviseur d'équipes.

QUELLE POSOLOGIE ?

N'envisager la relation qu'à partir de la distance interdit de penser la proximité, même si nous sommes convaincus qu'il ne s'agit que faces opposées d'une même médaille. Le soignant soucieux de se rapprocher d'un patient et d'établir avec lui une relation à visée psychothérapique ne peut compter que sur les garde-fous manifestés par des équipes soignantes qui n'apprécient guère que les soignants se différencient. Téméraire, il risque

borderline, hystérique ou psychotique. La qualité et les caractéristiques du transfert diffèrent profondément. Ces patients ne suscitent pas les mêmes réactions contre-transférentielles chez le soignant et dans l'équipe. Si l'un cherche à asservir le soignant, l'autre veut maîtriser le lien en l'attaquant et le troisième vit la relation elle-même comme une menace. Cette relation n'est donc pas qu'une histoire de *feeling*, nous sommes bien d'accord qu'aucun

laisser nous pénétrer, de les transformer en les débarrassant des scories qui leur sont attachées et de les lui restituer d'une façon qui soit pour lui (et pour nous) acceptable. On ne peut pas y parvenir en se blindant, en tenant à distance nos propres affects. Nous devons savoir lâcher prise, ne pas vouloir à toute force sauver ce patient qui nous émeut parfois aux larmes, accepter d'être incomplet, impuissant parfois. Nous pouvons y perdre nos repères,

« Être présent à l'autre implique de ressentir en partie ses émotions, de les laisser nous pénétrer, de les transformer en les débarrassant des scories (...) et de les lui restituer d'une façon qui soit pour lui (et pour nous) acceptable. On ne peut pas y parvenir en se blindant, en tenant à distance nos propres affects. »

alors de mettre en danger la relation elle-même, en confrontant le patient à une proximité insupportable ou en se mettant lui-même en péril. Chacun se souviendra de situations où soucieux de rester le « bon objet » d'un patient borderline ou héboïdophène, tel soignant s'est retrouvé dans l'impossibilité de lui poser la moindre limite et a fini comme bouc émissaire, rejeté par son équipe au point de devoir changer d'unité. Le patient, dans ces cas-là, finit souvent par séjourner en chambre d'isolement. Qui ose la relation doit savoir aussi la doser. Le jeu de mots peut faire sourire. Quelle est la posologie pour une bonne relation ? Quels en sont les effets secondaires ? Existe-t-il un risque d'overdose ? La métaphore n'est pas totalement convaincante mais elle vaut d'être poussée un peu plus loin.

Dans les propos des soignants, la relation a souvent été décrite comme relevant du *feeling*, de l'ineffable, « *parce que c'était lui, parce que c'était moi* » pour reprendre une phrase de Montaigne décrivant son amitié avec La Boétie. Elle ne serait pas de l'ordre du pensable. Doser la relation implique de la considérer comme un produit, comme une réalité qui s'administre à la façon d'un traitement. On mesure tout de suite quel profit pourrait en tirer un qualicien. Des protocoles de relation seraient vite élaborés et s'imposeraient aux soignants. Il n'empêche que l'on ne « relationne » pas de la même façon avec un patient

patient n'est simplement paranoïaque ou bipolaire et que sous la blouse blanche du soignant bat un cœur compatissant. Oser la relation implique bien de la doser et d'interroger collectivement la distance/proximité établie avec le patient. Avec quels outils doser notre présence ? Comment faire en sorte qu'elle n'envahisse ni ne déborde ? Comment résister aux attaques inévitables qu'elle suscite, qu'elles proviennent du patient, de l'équipe, de l'institution ou de nous-mêmes ?

DES PHARES DANS LA TEMPÊTE

S'il n'est pas nécessaire d'avoir fait de longues études pour nouer une relation apaisante avec un patient, des aides-soignantes nous le montrent quotidiennement, il est tout de même préférable de penser notre position de soignant avec quelques outils théoriques. Les approches sont nombreuses : psychanalyse, phénoménologie, anthropologie, sociologie, hypnose... Les mots qui la décrivent également : empathie, sympathie, « relation d'aide », écoute active... Elles ont toutes en commun, outre le fait d'assigner une place à l'interaction soignant-soigné et de la penser, d'obliger le soignant à se décentrer de la définition « administrative » d'un soin protocolisable. Sa manière d'être présent à l'autre conditionne et structure le soin et lui confère ses lettres de noblesse.

Être présent à l'autre implique de ressentir en partie ses émotions, de les

nous sentir envahi par la peur ou la colère. Notre intelligence émotionnelle est constamment mobilisée. Il est probable que nous serons parfois débordés. Nous choisirons alors des positions de replis plus économiques pour nous. Les situations décrites comme des impasses thérapeutiques nous mobilisent tout particulièrement, que nous le voulions ou non. Elles suscitent soit un activisme forcené, mais stérile, soit une abstention thérapeutique qui confine au repli. La supervision, l'analyse des pratiques voire l'analyse institutionnelle, qui impliquent une mise en commun collective de nos ressentis vis-à-vis des patients est le moyen de nous retrouver nous-mêmes, de remettre du liant là où il n'y avait que sentiment d'impuissance et d'échec. Si la relation nouée avec un patient est à chaque fois unique, elle a pour cadre une institution de soin et se joue au sein d'une équipe. Dans une équipe qui fonctionne suffisamment bien, les collègues et le cadre de l'unité peuvent jouer le rôle des phares qui évitent de s'échouer sur la plage ou de se fracasser sur des rocs immergés. Nul ne peut être présent aux patients s'il n'est lui-même porté par une équipe organisée pour soutenir chaque présence soignante.

1 – Hall (E.T.), *La dimension cachée*, Trad ; A. Petita, Paris Seuil, 1971.