



# Communication thérapeutique – Relation d'aide – Psychothérapie

Article de Thierry Tournebise

Thèmes : « Accompagnement thérapeutique, Communication et relation, Fondements de la maïeusthésie, Pédagogie et transmission, Posture d'accompagnement »

Date : avril 2004

## Sommaire de l'article

### Place de l'aide dans le soin

Très évoquée et pourtant méconnue  
Un soin à découvrir

### Approche préalable

Importance du projet initial  
Accompagner simplement  
Remonter du symptôme à sa source  
Ni distance, ni empathie

### Réaliser l'aide

Non pouvoir, non savoir et confiance  
Le guidage non directif  
L'art de poser une question juste  
Respecter résistances et confidences  
Le toucher  
Relation, Communication, Aide et Thérapie  
Quelques cas  
Pour conclure

Cet article (ou publication), est destiné à mieux comprendre ce qui fait l'efficacité d'une aide psychologique. Le but est de pouvoir accomplir une telle aide en augmentant sa capacité à développer l'humanisation, mais avec moins de vulnérabilité, être plus proche des patients, mais en restant distincts, à en être distinct, mais sans en être distant, à savoir aider autrui, mais sans oublier de s'aider soi-même.

Vous pouvez, en complément, consulter les documents [Ne plus induire de culpabilisation](#) (2004) et [Reformulation](#) (2002), qui sont des documents majeurs. Pour situer ce qui est écrit ici parmi d'autres approches existantes en psychologie, psychanalyse et psychothérapie, [L'ouvrage « L'écoute thérapeutique » a été réédité en novembre 2005 - ESF](#)

## Place de l'aide dans le soin

### Très évoquée et pourtant méconnue

#### De plus en plus présente

La médecine réussit à sauver de plus en plus de vies grâce à de prodigieuses avancées. Mais, la nécessaire hypertrophie technique, a malencontreusement eu tendance à éloigner le soignant du patient.

L'humanisation des soins est alors apparue comme un indispensable complément. D'autant plus que l'état psychologique du patient influe sur son acceptation et son investissement dans les traitements qu'il reçoit...donc influe sur leur efficacité.

Le développement de la relation d'aide est donc arrivé comme une incontournable évolution dans la qualité et l'efficacité de la médecine. Il ne s'agit pas ici de considérations psychiatriques, ni de psychopathologies à guérir, mais d'une qualité des comportements face à la souffrance humaine. La relation d'aide est un immense progrès à l'hôpital. Elle y est aujourd'hui reconnue comme un soin à part entière.

Même si la relation d'aide fait avant tout partie du rôle propre de l'infirmière, elle concerne tous les agents : aides soignantes (AS) et agents de service hospitalier (ASH), ainsi que médecins, secrétaires médicales, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes, conseillères conjugales, assistantes sociales, éducateurs... Elle concerne tous les acteurs du soin et naturellement, également les praticiens en profession libérale.

Nous remarquons pourtant un étonnant paradoxe :

D'un côté la relation d'aide est reconnue comme un soin à part entière, d'un autre les protocoles ne prévoient aucun temps pour la réaliser. Dans le flou, un peu abandonnée à l'appréciation de chacun, elle sera néanmoins mise en œuvre par les soignants. Des formations sont réalisées à leur intention pour les éclairer dans cette tâche si subtile et nuancée.

#### La délicate mesure du temps

Une piqûre, une toilette, un recueil de données, préparer et distribuer des médicaments, prendre une tension, changer un pansement, distribuer des repas, nettoyer et changer un lit ... il est admis que ces soins directs et indirects consomment du temps. Ce temps est mesuré et connu. Même si la mesure en est parfois discutable, elle a le mérite d'exister.

Pour la relation d'aide, il n'est même pas possible de contester le temps évalué... simplement parce qu'il n'y a généralement pas de temps évalué. Parfois des agents ou des cadres pensent même qu'on peut aider

tout en faisant un autre soin, par exemple tout en faisant une toilette. Cela est parfois vrai, mais l'importance de ce qui est évoqué par le malade ne souffre pas toujours qu'on l'écoute tout en faisant autre chose, d'une part par respect pour lui, d'autre part pour apporter la qualité de soutien requise. Même s'il ne s'agit que de marquer une pause de quelques minutes (deux ou trois), celle-ci est souvent indispensable. Bien sûr il arrive aussi que le temps nécessaire soit plus important.

Il est curieux de croire que l'aide puisse se réaliser en même temps que les autres soins ou à temps perdu, d'une part parce que les autres soins requièrent toute l'attention du soignant, et d'autre part parce que « le temps perdu » est une denrée de plus en plus rare dans le milieu hospitalier.

En notre époque, où le fait de tout mesurer devient quasi obsessionnel, la situation est étonnante. Hors des mesures du temps, la relation d'aide se retrouve alors trop souvent comme une sorte de soin fantôme.

Il y a pourtant un rapport entre la relation d'aide et le temps : une bonne qualité d'écoute et d'aide raccourcit de nombreuses situations conflictuelles, améliore l'autonomie et la participation du patient, puis facilite le travail des soignants qui sont alors moins sollicités à tort. Le bilan final en sera généralement un gain de temps, un plus grand confort professionnel et une réelle gratification pour l'agent.

## Un soin à découvrir

### Tout en nuances

Même si tout le monde parle de la relation d'aide, trop peu savent dire avec précision de quoi il s'agit vraiment. Il en découle que bien que reconnue et souvent évoquée, elle ne bénéficie d'aucun temps prévu pour être accomplie.

Il est vrai que pour mesurer le temps nécessaire à la relation d'aide il faudrait déjà savoir quand elle commence, quand elle finit... et de quoi elle est faite. Il est rare que l'on sache préciser la différence entre une aide véritable et une simple conversation. Il est rare aussi que la différence soit claire entre un vrai moment de chaleur humaine et une situation d'affectivité (pourtant, la [chaleur humaine](#) sécurise, [l'affectivité](#) étouffe).

Le plus souvent le concept d'aide sera associé à une certaine gentillesse ou à la réalisation de quelques souhaits ou projets du malade ou au respect de ses besoins fondamentaux... sans toutefois penser suffisamment au plus important : être reconnu.

Les chartes et droits des malades « tapissent » les murs des services hospitaliers et sont un progrès, mais qu'en est-il sur le terrain, dans les faits, dans la réalité ? Que vit et que ressent le malade ?

## Aider sans être vulnérable

La volonté d'aider et d'être humain est réelle et sincère chez les soignants. Mais les repères leur manquent pour mettre en œuvre ce qu'ils souhaitent. Ils se trouvent alors fréquemment en situation d'épuisement ou même parfois de [burn out](#).

Le manque de temps, le manque de personnel et la charge de travail sont généralement évoqués comme raisons majeures. Certes, ce sont là des éléments plus que défavorables, mais la difficulté la plus importante, concernant la relation d'aide, ne se situe pas là.

Même quand il y a suffisamment de temps et de personnel, l'aide qui est apportée est trop insatisfaisante. Piégés entre les préceptes contradictoires « d'empathie » (se mettre à la place) et de « distance professionnelle » (ne pas trop s'impliquer), les soignants peinent à se positionner. Soit ils se rapprochent et se trouvent dans une éprouvante affectivité, soit ils mettent de la distance et se désinvestissent. Comme aucune des deux situations n'est satisfaisante, ils oscillent entre les deux... jusqu'au moment du découragement.

Les quelques notions de psychopathologie qu'ils reçoivent ne les éclairent pas beaucoup non plus. Si ces dernières renseignent sur l'existence de certains troubles du comportement, elles n'indiquent pas comment aider.

Il va s'agir dans cet article de comprendre :

- Comment différencier la relation, la communication, l'aide, la psychothérapie
- Comment on peut être proche, sans être vulnérable,
- Comment être distinct du patient, sans en être distant,
- Comment être chaleureux, sans être dans l'affectivité,
- Comment prendre soin de l'autre, sans oublier de prendre soin de soi.

En effet, la qualité de l'aide aux patients doit s'accompagner d'un plus grand confort professionnel pour les soignants, avec moins de stress, moins de fatigue, moins de temps perdu, des résultats gratifiants et une relance de ses motivations professionnelles.

## Approche préalable

### Importance du projet initial

#### La première pensée qui vient à l'esprit

Face à une personne en souffrance psychologique, tout commence par la première pensée qui nous vient à

l'esprit. Avant même d'envisager une attitude, une phrase ou un acte d'aide... tout débute par une première pensée.

Trop souvent, quand il s'agit d'aider, le soignant s'occupe plus de la technique d'aide à utiliser que de sa pensée initiale. Cette pensée initiale semble dérisoire par rapport aux multiples approches de soutien psychologique. Or c'est surtout ce positionnement du début qui va déterminer l'efficacité de ce qui va suivre.

Ce point de départ est prioritaire pour aider un patient. Les techniques verbales ou non verbales qui seront utilisées ne viennent qu'en second plan. Sans ce point de départ correct, toute approche, même la plus élaborée, au mieux ne sert à rien, au pire risque d'être nuisible.

La pensée initiale donnera tout naturellement l'impulsion à la suite. Quand le démarrage se fait dans une mauvaise direction, il y a risque d'inefficacité, voire de nuisance, et ce, quelles que soient les compétences intellectuelles et techniques mises en jeu.

C'est ce point de départ qui définira l'innocuité et l'efficacité de l'aide ainsi que l'énergie nécessaire. Plus l'aide demande de l'énergie au soignant, plus cela montre que ce n'est pas de l'aide, plus cela montre que le projet initial est erroné et donc que la direction est incorrecte.

Cette pensée initiale est générée par le regard que nous portons sur le symptôme du patient (troubles psychologiques, troubles émotionnels ou troubles du comportement).

### **« Spécialement pour » et non « à cause de »**

Les symptômes sont par exemple : une simple gêne, une inquiétude, une opposition, une peur, une angoisse, une dépression, de la violence, des phobies, des tocs, des dépendances et addictions, des pulsions, des états suicidaires, de la prostration, des hallucinations, des désorientations... etc.

Pour bien positionner l'état d'esprit initial, il est fondamental de bien comprendre que, dans le domaine psychologique, un symptôme ne se manifeste pas « à cause de » mais « spécialement pour ».

Cet état d'esprit initial peine généralement à se positionner car il y a une confusion entre le mécanisme des causes psychologiques et celui des causes physiologiques.

Certains symptômes ont une origine physiologique. Ils apparaissent, eux, « à cause de » la source physique. Par exemple un manque de fer produit un état dépressif et beaucoup de larmes... à cause du manque de fer. Dans le cas de cette situation somato-psychique, le patient a plus besoin d'une approche médicale que d'une approche psychologique. Notons tout de même que ça n'enlève rien au fait que le patient a besoin d'être entendu et compris dans ce qu'il ressent.

C'est ce « à cause de », dans les causes physiologiques, qui entretient le mauvais positionnement des soignants dans les cas de causes psychiques. C'est ce qui a amené celui-ci à vouloir combattre la cause pour guérir le symptôme plutôt que d'entendre et valider ce que celui-ci exprime. La difficulté est que certains symptômes sont identiques dans les cas de sources physiologiques ou de sources psychiques (comme dans l'exemple des larmes ci-dessus). La manifestation est la même, mais le soin devra être différent selon la nature de la source..

Quand les symptômes ont une origine psychique, ils ne se produisent plus « à cause de », mais « spécialement pour ». A travers ce symptôme, le patient exprime alors quelque chose d'important, vers autrui (il a besoin qu'on l'entende), ou vers lui-même (il a besoin « d'entendre » quelque chose en lui).

Quand l'origine est psychique, avoir pour projet d'enlever ce symptôme, revient involontairement à éloigner le patient de lui-même. Cela revient à un déni de ce qu'il a besoin que nous comprenions ou de ce qu'il a besoin lui-même de comprendre en lui.

Hélas, le réflexe culturel nous porte fréquemment à vouloir enlever le symptôme (et à en combattre la cause), alors qu'il faudrait plutôt chercher à entendre ce que le patient exprime à travers lui.

C'est sans doute là la plus grande remise en cause à réaliser pour celui qui veut améliorer la qualité de l'aide qu'il prodigue à ses patients : comprendre qu'un symptôme psychologique ne se produit pas « à cause de » mais « spécialement pour ».

## **Exemples simples**

### **Violence**

Un patient insulte et menace. En vérité il cherche à dire sa détresse. Mais comme on veut le calmer, ce déni provoque l'effet inverse et il s'énerve davantage. Il était en colère « spécialement pour » qu'on entende sa douleur. Seul le fait de l'entendre peut le calmer vraiment.

### **Désorientation (apparente)**

Une dame de 95 ans réclame sa mère. En vérité elle cherche à exprimer combien celle-ci lui manque. Comme on veut la ramener dans le présent (la ramener au fait que sa mère n'est pas là et que c'est ridicule de l'appeler)... la dame s'énerve... ou s'éteint... car personne n'entend son manque. Elle réclamait sa mère « spécialement pour » qu'on entende à quel point elle lui manque. Elle revient mieux dans le présent quand on sait entendre à quel point, dans ce présent, elle lui manque.

### **Peur**

Un patient redoute d'aller faire un examen, soit par peur de l'examen, soit par peur du résultat. Il l'exprime, il a besoin qu'on entende sa peur. Or les soignants chercheront souvent à calmer sa peur... mais pas à l'entendre et à la reconnaître. Le patient se sentira nié dans ses propos et dans ses ressentis. Il peut même

finir par se trouver ridicule d'avoir peur (se culpabiliser). Il disait sa peur « spécialement pour » qu'on reconnaisse sa peur et pour ne pas se sentir seul avec ce qu'il ressent... En reconnaissant sa peur, on ne la lui aurait pas enlevée, mais il se serait senti compris, moins seul et sécurisé.

Ce qui est difficile à concevoir, c'est que la validation de la peur est plus apaisante pour le patient que toute tentative de la lui enlever. C'est vraiment le problème du projet initial.

### Opposition

Une vieille dame refuse une toilette. En la refusant elle dit, en réalité, quelque chose d'autre que le refus de toilette. Avec un peu de chance elle ajoutera « je suis pudique ». Le projet de la soignante est alors souvent de la rassurer plutôt que de l'entendre. La soignante lui répond ainsi parfois gentiment « ne vous inquiétez pas, j'ai l'habitude ». La patiente se sent alors niée dans ce qu'elle ressent et cela provoque des tensions. En fait, elle refuse la toilette « spécialement pour » qu'on reconnaisse sa pudeur et non pour savoir si le soignant a l'habitude. Si l'on reconnaît sa pudeur et si on lui accorde que celle-ci est certainement fondée en elle, elle n'aura pas de peine à réfléchir avec le soignant à la meilleure solution pour vivre ce soin sans être trop gênée.

Le « spécialement pour » peut mener plus loin

Si on reconnaît la pudeur de la patiente, elle ajoutera, par exemple, facilement « vous savez, quand on a vécu ce que j'ai vécu...! ». Si le soignant valide pudiquement par « vous avez vécu des choses difficiles ? », la patiente peut continuer « oui ». La soignante « cela rend la toilette trop pénible pour vous ? », la patiente « je n'aime pas qu'on me touche ». La soignante « c'est vraiment insupportable qu'on vous touche ? », la patiente « vous savez, un jour on m'a fait des trucs que je n'oublierai jamais ! » la soignante, pudiquement, « Si vous avez vécu de telles choses, je comprends que vous n'aimiez pas qu'on vous touche » puis la soignante poursuit par « comment pourrions nous faire pour que votre toilette soit moins pénible ? », sollicitant ainsi la ressource de la patiente.

Dans ce dernier exemple, nous découvrons que la patiente, non seulement veut qu'on entende sa pudeur, mais en plus espère qu'on lui accordera que cette pudeur a une raison... et même qu'on l'aidera pudiquement à évoquer cette raison afin de la reconnaître et d'en valider l'importance (sans toutefois insister sur le détail des circonstances).

Nous découvrons ainsi que le malaise qui conduit la patiente à être pudique existe « spécialement pour » ne jamais oublier l'être douloureux qu'elle a été « quand on lui a fait ces trucs ». Il ne s'agit pas de la débarrasser de ce malaise, mais de réhabiliter celle qu'elle était dans ce moment de vie auquel il est relié (la circonstance vécue est dramatique, mais l'être qu'elle était dans cette circonstance reste précieux). Ceci étant fait, le malaise diminue non pas parce qu'il est guéri, mais parce qu'il n'est plus nécessaire : il n'y a plus besoin de ce lien avec cette part de soi qui vient d'être validée (car elle cesse d'être niée et oubliée).

C'est cette reconnaissance de l'être qu'elle a été, et de son ressenti, qui sera source d'apaisement et qui, en

plus, conduira la patiente à mettre en œuvre sa propre ressource pour que l'on puisse tout de même réaliser le soin.

Pour de tels exemples plus complexes, lire l'article de novembre 2003 [résilience](#) et l'article de novembre 2002 [reformulation](#)

## **Accompagner simplement**

Il s'agit plus d'accompagner une émergence précieuse que de livrer un combat.

### **Aucune énergie contre**

Apparaissant « spécialement pour », le symptôme conduit à la raison (à la raison du patient). La raison, c'est la cause, la source, l'origine, la circonstance (actuelle, récente ou ancienne) vers laquelle ce symptôme nous renvoie. Comprendre cela permet d'adopter une attitude qui n'investit jamais « d'énergie contre » le symptôme... ni « contre la raison » de ce symptôme.

En effet il ne s'agit pas de trouver la cause pour s'en débarrasser, mais pour la reconnaître. Il ne s'agit pas de quelque chose de néfaste à enlever, mais de quelqu'un de précieux à réhabiliter dans un moment de sa vie (actuel, récent ou ancien) où il a ressenti quelque chose de majeur.

Une des sources d'épuisement dans le soin est de croire qu'il faut éradiquer, combattre, débarrasser, enlever, libérer, évacuer, décharger...

Ce gaspillage d'énergie cesse aussitôt quand on comprend qu'il s'agit plus de reconnaître que de combattre. Le patient porte en lui le sens de ce qui se passe. Il a d'abord besoin d'être entendu et reconnu dans son ressenti.

Il importe ainsi d'apprendre à naviguer dans le sens du courant (de la pensée du patient) et cela épargne beaucoup de fatigue tout en produisant plus de résultats.

### **Médiation plutôt que solution**

Chercher à identifier le problème dans le but d'apporter une solution n'est pas adapté au domaine de l'aide psychologique. La notion « problème – solution – résultat – mesure du résultat » ne peut s'appliquer telle quelle dans ce cas. C'est même un piège source d'épuisement, d'inefficacité et de risques.

Quand une personne exprime un ressenti si l'on choisit de commencer par chercher une solution, cela revient à commencer par un déni.

La « solutionniste aigüe » est l'ennemi de l'aide psy, tant pour le patient qui se sent alors nié que pour le

soignant qui alors se vide de son énergie tout en produisant l'inverse de ce qu'il espère... avec pourtant de bonnes intentions.

Curieusement, le mot « solution » signifie même « rupture ». Le radiologue désigne la fracture d'un segment osseux par l'expression « solution de continuité du segment osseux » pour dire que la continuité a été rompue.

L'aide ne consiste pas en une solution, mais en une médiation (média, remédier, remettre en contact, rapprocher, réduire la fracture).

Un symptôme est généralement l'expression d'une fracture intérieure que le patient manifeste dans l'espoir (inconscient) qu'on saura l'aider à se réconcilier avec lui-même... et non qu'on le coupera davantage de lui-même. Voir l'article de novembre 2003 sur la « [Résilience](#) ».

### **Juste accompagner l'émergence de ce qui est en cours**

Aider semble souvent délicat. Les stagiaires me disent quelquefois « saurai-je aider quand je serai seul face au patient ? ».

Il faut comprendre que si on se croit seul face au patient, effectivement, on ne pourra pas l'aider. Le soignant n'est jamais seul face au patient : il est avec le patient (voilà une évidence trop souvent oubliée). Le patient et le soignant forment déjà une équipe. Le soignant qui se croit seul n'a pas suffisamment considéré l'importance du patient et ne pourra pas lui apporter une aide réelle.

Il s'agit pour le soignant de comprendre, avec l'aide du patient, ce que celui-ci cherche à exprimer.

Le soignant va bien regarder dans quel sens va le patient, ce qu'il tente de faire émerger de lui. Quand le soignant ne voit pas bien, il doit simplement se faire aider par son patient. Cette attitude d'humilité, de confiance, de partenariat et même de « non savoir » est source d'efficacité et de moindre fatigue. Lire sur ce site l'article d'avril 2001 « [Le non savoir source de compétence](#) »

En réalité, le symptôme est le jaillissement d'une source précieuse, d'avec laquelle le patient est coupé. C'est un peu comme s'il essayait de « mettre au monde » une part de lui-même que l'on a oublié de valider. C'est un peu comme s'il tentait de rétablir une circulation de vie là où, en lui, elle a été interrompue.

### **Remonter du symptôme à sa source**

Qu'il s'agisse d'une psychopathologie, d'un simple trouble du comportement ou juste d'une situation émotionnelle, apporter de l'aide consiste d'abord à accorder au patient que ce qu'il exprime est pertinent.

Il y a d'une part la manifestation (symptôme psychologique) et d'autre part sa source (ce que le patient a ressenti dans une situation actuelle, ancienne, ou très ancienne).

Il convient de respecter la manifestation (symptôme) qui, en fait, ouvre un chemin vers sa source. Puis il convient aussi de respecter cette source car elle contient un élément infiniment précieux : une part de l'individu qu'est le patient, en attente d'écoute et reconnaissance. Pour y parvenir il importe de ne pas confondre le patient avec les événements qu'il a vécus.

### **Bien différencier l'événement et celui qui l'a vécu**

En réalité, la raison du symptôme n'est pas ce qui s'est passé autrefois, ce n'est pas « l'événementiel ».

En psychologie, on sait depuis longtemps qu'il y a un lien entre les symptômes présents et des circonstances passées. Mais la nature de ce lien, souvent, n'est pas claire.

Le symptôme résulte, non pas des événements antérieurs, mais d'une fracture intérieure entre le patient tel qu'il est aujourd'hui et celui qu'il était au moment de ces événements. Même quand les circonstances furent terribles, l'individu qu'il était à ce moment-là reste tout de même infiniment précieux, et fait partie de lui. Il importera donc de ne pas mélanger la circonstance (terrible) avec celui qui l'a vécu (précieux) – voir article de novembre 2003 sur la « [Résilience](#) ».

La circonstance est passée et n'existe plus, mais celui qu'il était lors de cette circonstance est encore très présent en lui. On peut même dire qu'il le constitue, qu'il fait partie de sa structure psychique.

Aider ne consiste pas à évoquer, ni à faire évoquer les circonstances passées. Il n'y a pas à « retourner vers les événements ». Cela risquerait même parfois de réactiver inutilement des douleurs. Il y a juste à entendre le ressenti de celui qui les a vécus. Ce ressenti est bien plus important que les circonstances dans lesquelles il est survenu.

Le but n'est pas d'éliminer quoi que ce soit, mais de réparer une fracture entre celui qu'est le patient aujourd'hui et celui qu'il était lors de ces circonstances. Celui qu'il était n'est pas dans le passé. Il est avec lui, dans le présent, et n'a jamais cessé d'y être depuis que c'est arrivé. Il fait partie de sa structure psychique. Cependant il y est avec cette fracture. C'est ce qui engendre sa pesanteur et son mal-être.

Par le symptôme, le patient réclame (inconsciemment) qu'on entende cette fracture et qu'on l'aide à se rapprocher de lui-même.

### **Confiance et reconnaissance**

Le projet est donc juste un projet de reconnaissance du patient et de son ressenti, tout en lui accordant inconditionnellement qu'il y a une raison pertinente à ce ressenti, même si nous ne la voyons pas, même si

le patient lui-même n'en est pas encore conscient.

Aider, c'est d'abord se positionner avec cet état d'esprit. C'est la confiance que nous accorderons au patient qui amènera le patient à avoir confiance en nous. La confiance que nous avons en lui est même plus importante que la confiance que nous avons en nous-mêmes.

Cette confiance amènera naturellement l'aidant à ne jamais se fourvoyer dans une attitude de déni. Sans tout ce que j'ai évoqué précédemment, il arrive trop souvent que l'aidant, croyant aider, n'ait en fait qu'une attitude de déni du ressenti du patient... augmentant alors la douleur qu'il croit soulager !

## **Le déni dévastateur**

Pensant aider, trop souvent celui qui soigne ne fait que se positionner en déni. Il arrive même que le soignant reproche au patient d'être dans le déni alors que c'est le soignant qui est dans le déni de l'expression et du ressenti du patient.

Quand par exemple une personne est alcoolique, souvent le projet maladroit est de vouloir la débarrasser de l'alcool. Puis remarquant que l'alcoolique ne coopère pas et nie son alcoolisme... le soignant dira que l'alcoolique a tendance à nier sa pathologie. Mais le soignant ne remarquera pas que le déni de l'alcoolique pour son alcoolisme n'a d'égal que le déni du soignant sur le fait que l'alcoolique a une raison de boire. En effet, le projet de le débarrasser de l'alcool prend le pas sur le projet de reconnaître sa raison de boire. Le soignant ne voit pas que c'est son propre déni de la raison qui favorise chez le patient le déni de sa pathologie. Si vous souhaitez plus de détails sur ce cas, vous pouvez lire l'article de mars 2003 « [Aider le malade alcoolique](#) »

En pédopsychiatrie, une infirmière me dit un jour en stage : notre difficulté pour la prise en charge des enfants, c'est que les mères sont souvent dans le déni de la pathologie de leur enfant. Je lui demande alors : « Avez-vous pu entendre ce que la mère exprime de sa détresse à travers son déni ? »... et elle me répond : « Mais nous soignons les enfants, pas les mères... pour ça il y a des thérapies systémiques ». Puis elle se rend compte que le déni de la mère est augmenté par le déni des soignants qui n'écoutent pas son angoisse. Ils essaient plutôt de la convaincre de l'importance d'hospitaliser son fils... mais sans l'entendre elle. Or, comment prendre soin d'un enfant sans donner existence à sa mère ? Lire l'article de Décembre 2001 « [La mère et l'enfant](#) »

La situation n'est guère plus brillante avec les suicidaires. Quand quelqu'un veut mourir, le soignant tentera souvent de l'en décourager. Ce qui, en soi, est bien. Mais, c'est la façon de s'y prendre, qui est fréquemment inadaptée. Quand un patient a fait une TS, le soignant qui s'occupera de lui aura tendance à lui demander « pourquoi vous avez fait ça ? »...puis « vos enfants ont besoin de vous ! ».

Je ne parle même pas des situations où (encore actuellement) il arrive qu'on lui fasse un soin pénible pour

le décourager de recommencer... même avec en prime, pendant le soin, la phrase « comme ça il ne recommencera pas ! »

Le déni de sa raison de vouloir mourir ne découragera pas le patient de recommencer. Cela lui indique simplement qu'il est définitivement seul et qu'il n'a vraiment rien à attendre de cette vie. Quand quelqu'un veut mettre fin à ses jours malgré le fait qu'il ait des enfants, ce n'est pas qu'il ne les aime pas ! C'est simplement que sa douleur est encore plus grande que cet amour. Nier cette douleur est une maladroite invitation à la récidive ! Pour plus de détails sur ce sujet, lire l'article de juin 2001 « [Dépression et suicide](#) »

Nous aurons aussi de nombreux exemples de déni auprès des personnes âgées. J'ai cité plus haut le cas de la vieille femme qui pleure en réclamant sa mère, l'exemple de celle qui refuse la toilette. Pour plus de détails au sujet de l'aide des personnes âgées, lire l'article de mai 2001 « [Personnes âgées](#) »

## **Ramener à la raison**

Trop souvent, nous croyons que ramener l'autre à la raison, c'est le ramener à notre logique à nous. Quand quelqu'un est agressif, par exemple, nous sommes tentés de lui expliquer que cela ne sert à rien et que nous le comprendrons mieux s'il se calme. Quand quelqu'un pense à un mauvais souvenir, nous aimons lui dire qu'il ferait mieux de penser à autre chose, car il se fait du mal. Même quand un enfant a peur du loup, nous aimons lui expliquer qu'il n'a pas à avoir peur, car il n'y a pas de loup. Chacune de ces attitudes est néfaste car chacune est un déni du ressenti de l'autre et de son fondement.

Il faut vraiment comprendre que ramener l'autre à la raison, ce n'est certainement pas le ramener à notre raison à nous, mais plutôt le rapprocher de sa raison à lui. Pour celui qui est agressif, il s'agit de l'aider à dire ce qui, en lui, justifie cette colère. Pour celui qui pense à de mauvais souvenirs, il s'agit de lui demander en quoi cela est important d'y penser encore. Pour l'enfant qui a peur du loup, il s'agit de lui demander comment est ce loup qui l'effraie tant.

Dans chacun de ces cas l'aboutissement doit être une validation de la raison de l'autre : « s'il vous est arrivé ceci je comprends que vous soyez en colère », « si ce moment est tellement important, et vous a tant marqué, je comprends que vous y pensiez encore », « si ce loup que tu imagines est si terrifiant je comprends que tu aies peur ». Ce n'est qu'ensuite que nous donnerons notre information ou notre point de vue. Pour mieux comprendre ce danger du déni, je vous recommande de lire mon article de Juin 2002 « [Le danger de convaincre](#) ».

La validation de la raison du patient sera généralement source d'apaisement. Dans le pire des cas, même si la personne ne se sent pas apaisée, elle se sentira comprise et moins seule.

## Ni distance, ni empathie

Distinguer la raison de l'autre, de sa raison à soi, est fondamental. Pour y parvenir, il convient de ne jamais se mettre à la place de son interlocuteur. Il convient de rester distinct de la personne qu'on écoute et qu'on aide, mais sans ne jamais prendre de distance.

Hélas, le soignant se trouve actuellement sous le joug de deux injonctions contradictoires : pour être chaleureux soyez empathiques, et pour ne pas être vulnérable, gardez la bonne distance, soyez surtout professionnel.

## Se mettre à la place de l'autre nous éloigne de lui

Même quand il est précisé que l'empathie c'est « écouter l'autre avec soin afin de pouvoir se mettre à sa place, comme si on était lui, tout en restant soi-même » la situation reste hasardeuse. Carl ROGERS, à l'origine du succès de ce concept est, par ailleurs, un psy remarquable qui nous a proposé une approche particulièrement respectueuse et humaniste. Il nous a livré d'excellents principes sur l'aide : la confiance inconditionnelle en le patient et l'authenticité (congruence) de l'aidant. Mais l'empathie, qui constitue son troisième principe de base, est lui, assez ambiguë.

Peut-être s'agit-il d'une mauvaise compréhension de ce qu'il a voulu nous transmettre ? « En-pathês » aurait-il trop été compris comme « sentir ce qu'il y a en l'autre » (en se mettant à sa place) plutôt que « être dans la reconnaissance de ce que ressent l'autre en lui après l'avoir aidé à l'exprimer » ?

Pourquoi devrais-je m'imaginer à la place de l'autre pour accéder à son ressenti ? Si je me mets à sa place, je ne ferai que contacter ce que j'imagine, même si je l'ai écouté avec soin. Se mettre à la place de l'autre revient plus à rencontrer son propre imaginaire à soi, qu'à vraiment comprendre ce qu'il vit. Se mettre à sa place conduit en réalité à s'éloigner de lui, de celui qu'il est et de ce qu'il ressent vraiment.

Cela ne peut produire de chaleur humaine. Cela risque plutôt de ne produire que de l'affectivité. Rappelons-nous que la chaleur humaine reconforte et sécurise, alors que l'affectivité étouffe. Je préciserai cette notion un peu plus loin.

Pour plus de détails sur l'empathie, lire mon article de novembre 2000 sur « [Les pièges de l'empathie](#) »

## Etre distinct sans être distant

Quand l'aidant a intégré qu'il n'est pas souhaitable de se mettre à la place de celui qu'il aide, il lui reste maintenant à intégrer qu'il est souhaitable de ne pas en être distant.

Trop souvent les notions de « distinct » et de « distant » ont été confondues. Or il semble impossible d'aider convenablement quelqu'un en restant à distance. C'est comme une sorte d'ergonomie de la

communication. De même qu'on ne peut mobiliser (physiquement) un patient en le tenant à bout de bras sans risquer d'être inefficace et en plus de s'abîmer le dos, on ne peut aider quelqu'un en restant loin de lui (psychiquement).

Le mythe de « la bonne distance » entretient une mauvaise attitude. Une stagiaire me parlait récemment des canadiens qui préfèrent parler de « bonne proximité ». La notion de « bonne proximité » est infiniment préférable à celle de « bonne distance ». Mais il reste à intégrer que la « bonne proximité », c'est « pas de distance du tout ».

Se sentir proche du patient, attentif, ouvert, sans jamais se mettre à sa place, permet de l'encourager, de l'accompagner et de le sécuriser réellement.

L'attitude juste peut se définir ainsi : être distinct sans être distant. La bonne distance (proximité) c'est « pas de distance du tout », mais en restant parfaitement distinct.

### **Etre proche sans être vulnérable**

L'idée d'être proche amène souvent la crainte d'accroître sa vulnérabilité et son affectivité.

Il faut bien comprendre que la vulnérabilité ne vient pas de l'absence de distance. Elle vient du fait que l'on se met à la place de l'autre et surtout qu'on adopte une « attitude contre » ses problèmes ou contre la source de ses problèmes (revoir le chapitre [Importance du projet initial](#)). La vulnérabilité et l'épuisement viennent de ce combat que l'aidant tend à vouloir livrer pour « libérer » son patient.

La vulnérabilité vient aussi des [transferts et projections](#) du soignant sur son patient. Le transfert, chez le soignant, c'est quand celui-ci associe involontairement des proches qui lui ont posé problème aux attitudes de son patient. Une projection c'est quand le soignant se voit à travers le patient.

### **La chaleur humaine sans l'affectivité**

Être distinct sans être distant permet à l'aidant de donner de la chaleur humaine sans tomber dans l'affectivité.

La chaleur humaine, c'est quand je fais ce que je fais pour l'autre et juste pour lui. C'est vraiment quelque chose qu'on ne fait que proposer et dans lequel l'autre garde toute sa liberté. Cela permet à l'aidé de ne pas se sentir envahi. A chaque instant il peut choisir de se positionner comme « souhaitant ou ne souhaitant pas ce qu'on lui propose ». Chacun de ses ressentis peut être exprimé et sera reconnu et validé sans que l'aidant en prenne ombrage. Cela procure beaucoup de sécurité et de confort tant pour l'aidé que pour l'aidant.

L'affectivité c'est quand je fais ce que je fais, apparemment pour l'autre, mais en réalité pour moi. Cela

sert à compenser une fragilité ou un inconfort personnel. Si par exemple, on nous a souvent dit qu'on était bon à rien, aider l'autre devient alors un moyen de se prouver qu'on vaut quelque chose. Dans ce cas, il devient difficile d'accepter un refus de la part de l'aidé sans le prendre comme une attaque personnelle. Cela rend l'aidant vulnérable et asphyxie l'aidé. Toutes les approches d'aide ont déjà remarqué ce côté nuisible de l'affectivité et l'ont bannie. Mais sans la distinguer de la chaleur humaine, celle-ci disparaît souvent avec ! Or absence d'affectivité ne veut en aucun cas dire froideur !

## Réaliser l'aide

### Non pouvoir, non savoir et confiance

#### Hors du champ de tout pouvoir

Il est souhaitable de n'envisager aucun pouvoir, ni « pour le bien » du patient, ni contre ses symptômes, ni contre la raison de ces symptômes, ni contre ses « résistances ». Il est souhaitable aussi de ne pas inciter le patient à avoir lui-même un pouvoir sur tout cela. Les injonctions du genre « il ne faut pas vous laisser aller », « il faut vous ressaisir », ou « ne vous laissez pas faire par untel » sont déplacées.

Nous venons de voir que l'aide se réalise avec beaucoup de considération pour le patient, en lui accordant beaucoup de liberté et de confiance (être distinct sans être distant et chaleureux mais sans affectivité).

L'état d'esprit initial nous a montré qu'il ne s'agit pas de résoudre un symptôme, mais de reconnaître le patient dans ses ressentis. Il s'agit de l'accompagner dans ce qui se passe déjà en lui et non de le combattre. Le symptôme est l'indice d'une émergence qui peine à faire surface. Donc le soignant aidera son patient à formuler, à reconnaître, à donner sa juste place à cette émergence. Souvent, il s'agira d'un moment de sa vie que le patient avait délaissé par trop de douleur, mais qui, en lui, réclame toujours l'écoute et la reconnaissance qui ne lui ont jamais été accordées.

Quand des fractures intérieures peuvent être réconciliées l'aide peut aller jusque là, mais l'aidant ne fera qu'accompagner ce qui se produisait déjà. Il ne lui appartient pas d'en décider. Il devra donc être très attentif au patient qui seul « a les clés de chez lui ».

L'aidant saura ne jamais rien forcer ni imposer. Nous verrons plus loin qu'il y a plusieurs niveaux d'aide selon le temps disponible, la capacité de l'aidant et le souhait de l'aidé.

#### « Non pouvoir » ne signifie pas « abandon »

Se positionner en non pouvoir ne signifie pas « ne tellement rien faire que le patient se sente abandonné ». L'absence de pouvoir ne signifie pas l'absence d'action. L'état initial compte énormément,

mais il doit généralement conduire à une action.

Certes il n'y a que le patient qui sache ce qui est juste en lui, mais souvent il n'en est pas clairement conscient... parfois même il en est totalement inconscient. Pour s'y retrouver il a besoin d'aide. L'aidant n'est surtout pas interventionniste, mais il n'hésitera cependant pas activement à poser des questions pour aider le patient à accéder à ce qu'il y a en lui.

Le principe de l'aide est assez curieux :

Le patient est le seul à pouvoir accéder à ce qu'il y a en lui car il est le seul à le connaître (même si c'est encore inconscient). Cependant, pour y accéder, il a besoin des questions et de la présence de l'aidant, qui lui ne sait rien. C'est justement parce que l'aidant accepte de ne jamais savoir à la place du patient, qu'il sera un bon accompagnant. C'est le principe majeur du guidage non directif que je développerai un peu plus loin. Accepter d'être « aveugle » et de ne jamais voir à la place du patient permet de bien le guider vers ce qu'il y a en lui et qu'il est le seul à pouvoir « voir » (l'aidant est donc invité à ne jamais interpréter).

## **Non savoir, confiance et respect**

Le savoir concernant le malade est chez le malade. L'aidant, lui, ne fera qu'accompagner le patient vers lui-même, avec une confiance absolue dans le fait que ce qui est en train d'émerger de celui-ci est précieux.

Ce qui émerge de lui, ce ne sont pas les circonstances antérieures malheureuses qu'il a vécues, mais celui qu'il était dans ces circonstances qui réclame considération et reconnaissance (revoir le paragraphe « [Bien différencier l'évènement de celui qui l'a vécu](#) » ou, pour plus de précisions, l'article de novembre 2003 sur la « [résilience](#) »).

Le guidage non directif sera alors un mode de communication permettant d'accompagner le patient dans ce sens. Le guidage non directif est une manière de l'accompagner en le respectant, de l'accompagner sans jamais altérer sa liberté, sans jamais dévaloriser ce qui se trouve en lui, de l'accompagner dans le respect de ce qui s'accomplit déjà en lui.

Le guidage non directif permet d'accéder rapidement à ce qui est important sans jamais aller plus vite que le patient ne le souhaite ou ne le peut. Ce guidage non directif n'a bien sûr de sens que si le projet initial est bien posé, tel que je le décris au début de cet article.

## **Le guidage non directif**

### **La communication**

Pour comprendre le guidage non directif, il importe d'abord de comprendre ce qu'est la communication. La

communication, c'est quand l'individu (le quelqu'un) compte plus à nos yeux que l'information échangée (le quelque chose). Il s'agit de ne pas confondre la communication avec la relation. Une situation relationnelle est au contraire une situation où l'information compte plus que l'individu.

Être communicant signifie être ouvert. Être relationnel signifie être relié.

La communication génère de la chaleur humaine, du respect et de la liberté. La relation génère de l'affectivité, de l'attachement et de la vulnérabilité. Pour avoir des précisions lire l'article de septembre 2002 sur [l'assertivité](#). Vous y trouverez un tableau récapitulatif détaillé des différences entre la relation et la communication. Des précisions seront aussi données plus loin, à ce sujet, dans le chapitre « [Relation, communication, aide, thérapie](#) ». Vous pouvez aussi visiter sur ce site le dossier [communication](#)

L'état communicant initial (état d'ouverture) engendre naturellement les 5 validations qui en découlent (décrites plus loin dans cet article).

L'état relationnel (état d'attachement) ne produit, au mieux, que les deux premiers points de validation.

A ce titre, le mot « relation d'aide » est très inapproprié. Le seul fait de l'existence de ce mot montre que le sujet demeure souvent confus. On ne peut aider avec un état relationnel. On n'aide qu'avec un état communicant. L'aide consiste plus en une ouverture d'esprit à autrui que dans un attachement à lui ! Utiliser le mot « relation » pour parler d'ouverture est étymologiquement inadapté.

Quand j'anime une formation sur la *qualité de l'aide* (quand je le peux, j'évite le mot *relation d'aide*), je propose toujours un développement important sur la communication, car il n'y a pas d'aide sérieuse sans avoir compris et expérimenté de quoi il s'agit.

L'état communicant engendre naturellement les cinq points de validation suivants :

## Les 5 validations

- 1. Recevoir (1<sup>ère</sup> phase)

La première phase consiste à recevoir l'information venant de l'autre. Recevoir, c'est juste disposer de l'information. Si vous recevez une lettre en langue étrangère, vous avez la lettre, mais pas forcément la signification de celle-ci. « Recevoir » est une étape qui précède « comprendre », qu'il s'agisse d'informations verbales ou d'informations non verbales. C'est l'oeuvre des sens. Quand l'aidant reçoit l'information émanant de l'aidé, il lui adresse un accusé de réception (verbal ou non verbal). C'est la 1<sup>ère</sup> validation.

- 2. Comprendre (2<sup>e</sup> phase)

L'accès à la signification se fait dans une deuxième étape, suite à la réception. C'est l'oeuvre de l'intellect. Si l'aidant comprend ce que l'aidé lui exprime, il lui adresse alors un message de compréhension (verbal ou non verbal). C'est la 2<sup>e</sup> validation.

- 3. Accueillir (3<sup>e</sup> phase)

Commence ici ce qui différencie la communication de la relation. L'information est reçue, comprise... puis l'aidant accorde inconditionnellement à l'aidé que si tel est ce qu'il exprime, il a une raison juste de l'exprimer. Il lui accorde que si tels sont son point de vue, sa pensée et son ressenti c'est qu'il en porte en lui le fondement pertinent. Cela ne signifie pas que l'aidant pense comme l'aidé ! Il lui accorde simplement que telle est sa pensée et que cela a un sens pertinent au plus profond de lui. L'aidant adresse alors à l'aidé un message d'accueil (verbal ou non verbal). C'est la 3<sup>e</sup> validation.

Naturellement, c'est ce sens pertinent, cette raison, qui devient le sujet du guidage non directif. L'aidant n'est pas autorisé à poser la moindre question à l'aidé si ce point de l'accueil n'est pas respecté, car il risquerait de faire mauvais usage de ce qu'il fera émerger et porter préjudice au patient.

Les trois premiers points de validation signifient séparément :

- 1- j'ai bien entendu (accusé de réception)
- 2-je comprends tout à fait ce que tu veux dire (message de compréhension)
- 3-je conçois que tu penses ainsi (message d'accueil)

Le plus souvent, un simple mot résume tout cela. Ce peut être « d'accord », « ok », « bien » ou « très bien » et le non verbal fait le reste. Parfois il n'y aura même que le non verbal (un sourire, un regard) pour témoigner de ces trois premiers points de validation.

Généralement ces trois points n'ont pas été différenciés quand on parle de communication. C'est simplement parce qu'ils voyagent ensemble ! C'est un peu comme la lumière blanche : il n'y a qu'un faisceau lumineux, mais si vous supprimez une des couleurs qui le constitue ... il n'est plus blanc (la lumière blanche résulte de l'assemblage du rouge du bleu et du vert et n'est blanche que s'il y a les trois, en juste proportion).

- 4. Remercier (4<sup>e</sup> phase)

L'accueil étant réalisé, l'aidant peut poser une question à l'aidé pour lui faire préciser ce qu'il vient d'exprimer. Pour « sonner juste », la question ne doit quasiment jamais porter sur des faits ou des détails, mais presque toujours sur le ressenti du patient. Quand par exemple le patient dit « j'aimerais voir mes enfants », on ne lui demande pas « quand les avez-vous vu la dernière fois ? ». La bonne question sera « ils vous manquent beaucoup ? » Le patient a plus besoin de parler de son manque que de son carnet de rendez-vous ! Quand le patient répond « oui, beaucoup » le soignant lui donnera la validation suivante :

le Message de gratitude (verbal ou non verbal). C'est le 4<sup>e</sup> point de validation.

En effet, il ne s'agit pas ici simplement de valider l'accueil, mais aussi de manifester à l'aidé qu'il ne nous était pas dû qu'il nous réponde, que sa réponse est précieuse et que nous lui sommes reconnaissant de nous avoir accordé le privilège de nous la révéler.

L'aidant doit recevoir chaque réponse comme un don précieux qui ne lui est pas dû. Cela peut paraître beaucoup ? N'oubliez pas qu'il s'agit de la vie intime du patient et qu'il serait plus qu'inconvenant de trouver cela ordinaire. Il importe aussi que l'aidant ait conscience que chaque réponse offerte par l'aidé nous rapproche de sa raison... pour ne pas dire de son « trésor ».

Le soignant donne de son temps au patient. Le patient livre des bouts précieux de sa vie au soignant. La transaction est quitte car les deux sont de valeur inestimable. Vous pouvez avoir des précisions sur ce site dans l'article de août 2000 [Le mythe de la transaction](#).

- 5. Valider la raison (5<sup>e</sup> phase)

Le projet, c'est l'accès à la raison. Souvent une question ne suffit pas et il s'en succédera ainsi deux, trois, quatre (ou plus) pour arriver à un point où il devient évident que s'il y a eu ceci (ce qui vient d'être révélé) nous comprenons bien qu'il y ait aujourd'hui ce mal être. Cette 5<sup>e</sup> validation est le message de cohérence. C'est le 5<sup>e</sup> point de validation. Il est rare qu'il ne soit que non verbal. Il s'accompagnera presque toujours de mots, mais pas forcément. Celui-ci valide la raison et donne tout le sens à ce que le patient exprimait initialement. Il se passe ici deux phénomènes :

1-La validation de l'importance de ce qui est révélé. Par exemple l'aidé dit « quand j'étais enfant mon père rentrait tard et je devais toujours me coucher avant qu'il arrive » L'aidant valide : « c'était vraiment dur pour l'enfant que vous étiez de ne pas avoir le droit de rester à l'attendre ? » Pour bien comprendre ce principe de validation par une reformulation, lire l'article de novembre 2002 « [Reformulation](#) ». Si le patient confirme par un « oui », suit l'éclairage du lien entre la raison et le symptôme.

2-Par exemple, le patient s'était plaint initialement du fait que les proches doivent sortir lors d'un soin. Au lieu de simplement lui expliquer pourquoi on fait sortir le proche, le soignant lui aura demandé ce qu'il lui était si insupportable quand on le fait sortir. Par deux ou trois questions, le patient en est arrivé à révéler ce qui le touche. Le soignant peut alors lui accorder ce lien : « Si quand je demande à vos proches de sortir ça vous rappelle ce moment pénible je comprends que ça vous soit tellement insupportable. »

A l'issue de cela le soignant pourra, soit accorder au proche de rester quand cela est possible, soit expliquer pour quelle raison le proche ne peut rester. Un patient qui s'est senti reconnu peut mieux entendre ce qu'on lui dit qu'un patient qui s'est senti nié pas une simple explication.

Paragraphe ajouté en septembre 2008 :

- 6e point de validation :

La 5e validation est une « validation cognitive » (une validation de la raison, de la source, de la cause, de l'origine du mécanisme de pensée par lequel « ceci implique naturellement cela ». A cette cinquième validation s'en est toujours ajouté une sixième implicitement : la validation de l'individu lui-même. Celle-ci est devenue explicite en 2008 et je l'ai nommée « validation existentielle ». Elle est si importante dans l'écoute, dans l'aide et surtout dans la psychothérapie, que je lui ai consacré une publication en septembre 2008 [« Validation existentielle »](#), que je vous invite à consulter en complément.

### **Le facteur temps (rapidité)**

La crainte, découvrant ce cheminement, est souvent que cela prenne trop de temps. Or comme le temps est une denrée rare dans les milieux de soins, cette crainte est légitime.

Il est vrai que certaines situations consommeront du temps. N'oubliez pas cependant que le fait de vouloir convaincre un patient récalcitrant qui sonne tout le temps et râle sans arrêt en consomme beaucoup aussi (mais sans résultat).

S'il est légitime de craindre que l'aide nécessite trop de temps, il faut pourtant se rendre à l'évidence que, non seulement souvent ce n'est pas plus long qu'avec les « mauvaises attitudes habituelles », mais même que souvent, c'est très court. La longueur de l'explication du paragraphe précédent doit être replacée dans son contexte.

1 - Une ASH que j'avais en stage avait vécu la situation suivante avec une patiente. « Je veux mourir » dit la patiente qui est une dame âgée. L'ASH lui demande avec beaucoup de respect et de considération « Ce serait mieux pour vous si vous étiez morte ? » La patiente répond « Je pourrais retrouver mon mari » Remarquant les yeux de la patiente quand elle dit cela, l'ASH lui dit « Vous aimez beaucoup votre mari ? », en signe de reconnaissance de ce qu'elle vient d'exprimer. L'échange de sourire et de regard a montré à cette patiente qu'elle existe aux yeux de la soignante et son mari aussi. De ce fait elle s'est apaisée et a bien dormi. L'ASH avait mis en oeuvre les 5 points de validation (en non verbal) et n'avait posé que deux questions. En moins de trente seconde elle venait de réaliser une aide majeure.

2 - Il y a aussi l'exemple de ce monsieur qui ne mange plus et se laisse mourir. Alors que l'équipe envisage un lourd protocole de stimulation, le malade s'obstine. Lorsqu'une infirmière, se met à le comprendre vraiment et à le reconnaître... elle vient vers lui et lui dit avec considération, reconnaissance et respect : « Vous ne voulez plus... ? » (Sous-entendu « vous ne voulez plus vivre ? »). Ce monsieur s'est remis à manger grâce à ce discret mais profond moment de reconnaissance qui lui a redonné dignité et existence. Il n'y a eu qu'une phrase, plus performante que les protocoles qui étaient envisagés (et en fait niaient le

patient dans son ressenti). Par cette simple phrase (et surtout son attitude) la soignante a mis en œuvre tous les points de validation et de reconnaissance du patient, de son ressenti et de sa raison.

## L'art de poser une question juste

Qu'il n'y ait qu'une question ou des dizaines, il importe que celles-ci répondent à certains critères. Naturellement, je rappelle une nouvelle fois quela qualité de la question viendra avant tout du projet initial, donc de la disposition d'esprit du soignant envers le patient, son symptôme et la cause de celui-ci.

## L'importance du non verbal

Il est bon de savoir que la qualité d'un échange réside plus dans le non verbal que dans le verbal. Le verbal, c'est le mot. Le non verbal, c'est tout ce qu'on y ajoute (gestuelle, mimiques, intonation de la voix).

Le non verbal est si important que la même phrase peut signifier une chose ou son contraire selon le non verbal qui l'accompagne. La même question peut être une invitation à s'exprimer ou bien un reproche déguisé.

Par exemple « Vous n'avez pas pris vos médicaments ? » n'aura pas le même sens selon la pensée qui l'accompagne, dans l'esprit de celui qui la pose. Si cette pensée est « je vous accorde que si vous ne les avez pas pris, vous devez avoir une raison pertinente et je veux bien l'entendre » le patient aura envie de s'exprimer. Si la pensée est « il faudrait peut être que vous fassiez ce qu'on vous dit ! », le patient va plutôt se mettre sur la défensive ou se fermer. Naturellement, il ne s'agit pas de transmission de pensée, mais de tous les messages non verbaux que cette pensée engendre à l'insu de son émetteur.

Le paradoxe est que plus il est important que le patient prenne ses médicaments plus il est souhaitable d'entendre pour quelle raison il ne les veut pas. Il ne vous entendra que si vous acceptez de l'entendre. Pour vous entendre il faut d'abord qu'il existe et pour qu'il existe, il faut d'abord qu'il se sente reconnu.

Le non verbal ne se contrôle que très partiellement. Il reflète naturellement notre pensée. Ce qui ne va pas, généralement, ce n'est pas notre non verbal, mais notre pensée et notre projet initial incorrects qui l'ont engendré. Le recentrage à opérer se situe plus là que dans notre expression.

## Critères d'une vraie question

Poser une question est un acte d'humilité. C'est reconnaître qu'on ne fait pas face à quelqu'un qui, lui, sait. Cela suppose un minimum d'affirmation de soi (sans ego) et nécessite d'abandonner tout pouvoir par le savoir (c'est-à-dire de ne plus en avoir besoin). Pour plus de détails sur l'affirmation de soi, vous pouvez lire l'article de mars 2001 « [Un quelqu'un en habit de personne](#) »

La confiance en l'autre nous conduit à lui poser une question sans crainte de sa réponse, parfaitement assuré du fait que cette réponse a un fondement juste (en lui). Naturellement il ne répond jamais une vérité absolue, mais sa vérité à lui, compte tenu de son histoire et de son vécu personnel.

Une vraie question doit répondre à deux critères premiers et incontournables.

- Être sans condition de réponse
- Être sans obligation de réponse

Sans ces deux critères, la question ne mérite plus le nom de « question ». Ce n'est plus qu'un acte de pouvoir déguisé.

Quand on demande du pain à notre voisin de table on lui demande « s'il te plaît ». Demander son avis, sa pensée ou son ressenti à quelqu'un devrait procéder du même respect car une pensée intime, c'est bien plus précieux, plus personnel et encore moins dû au demandeur, qu'un simple bout de pain pour pousser sa salade.

Naturellement il serait ridicule de demander « s'il te plaît, réponds moi », mais il est fondamental d'avoir toujours à l'esprit qu'une réponse ne nous est jamais due, qu'elle est toujours un privilège que nous accorde l'écouté. Cela engendrera chez l'écoutant un non verbal excellent.

Quand l'écoutant pose une question, il ne s'attend à aucune réponse particulière. Sa page d'information est vierge. Il n'est jamais surpris par ce que l'écouté lui révèle car il ne présupposait rien.

## **Les types de question**

1. Question ouverte : la question ouverte invite à un développement. Par exemple vous venez de voir un film et quelqu'un vous demande « comment as-tu trouvé ce film ? » Vous êtes ainsi invité à détailler votre point de vue.
2. Question fermée : Elle appelle une réponse par oui ou par non. Dans ce cas la personne vous demande « As-tu aimé ce film ? »
3. Question à choix multiple : C'est le fameux QCM. Cette question propose un choix. Si nous venons de dire que nous avons aimé ce film la personne nous demande : « Qu'est-ce qui t'a plu ? C'est l'histoire, les acteurs, la musique ... ou autre chose ? » C'est le seul cas de question où l'écoutant doit impérativement s'appuyer sur son point de vue personnel pour proposer les premières possibilités... mais auxquelles il ajoute « ou autre chose ».
4. Reformulation : C'est quand la personne nous voit ressortir du cinéma avec le sourire, elle nous demande « Le film t'a plu ? » La phrase est construite grammaticalement de façon affirmative, mais le non verbal est légèrement interrogatif. L'affirmation valide ce que montre l'autre, la légère interrogation lui offre la possibilité de recentrer, dans le cas où nous aurions mal perçu. Pour plus de

précisions, il est essentiel de lire l'article de novembre 2002 [reformulation](#). La reformulation est un cas particulier de question fermée. C'est un outil majeur dans l'aide.

Cas du « Pourquoi » : Demander pourquoi (même sans condition ni obligation de réponse) est délicat. C'est une question encore plus ouverte que la question ouverte. C'est demander à quelqu'un de nous livrer directement le fondement de sa pensée (généralement inaccessible d'un coup). Nous éviterons donc le plus souvent le mot « pourquoi » qui, en plus, peut être vécu comme une petite violence.

### **Quel type de question utiliser**

La question ouverte s'adresse à un interlocuteur qui a déjà à l'esprit les informations qu'on lui demande et même qui a, au moins un peu, structuré sa pensée sur ce sujet. Quand à la sortie du cinéma on vous demande « qu'as-tu pensé du film ? » (question ouverte), si vous avez aimé, vous répondrez généralement « c'était vraiment bien ! » En fait, la question était ouverte, mais la réponse est fermée, car vous n'avez pas encore organisé votre pensée sur le sujet.

La question fermée s'adresse à une personne qui n'a pas encore organisé sa pensée sur le sujet, mais qui, en première approche peut néanmoins se positionner sur la nature de son avis. « Est-ce que tu as aimé ce film ? » est donc une meilleure question dans l'exemple ci-dessus.

La question ouverte peut alors succéder à la réponse à la question fermée. « As-tu aimé ce film ? » - « oui, beaucoup ! » - « D'accord. Qu'as-tu aimé dans ce film ? ». Dans cette deuxième étape, l'écouter a eu le temps d'accéder à sa pensée pour énoncer les précisions qu'on lui demande. On peut décrire le phénomène ainsi : d'abord il « sort » l'information (oui/non) qui était rangée dans sa conscience (voir dans son inconscient), ensuite, et ensuite seulement, quand il l'a sous ses « yeux intérieurs », il décrit ce qu'il vient de sortir. Il ne peut faire les deux en même temps.

Ce qui reste important dans tous les cas, c'est que la question (ouverte ou fermée) soit parfaitement sans condition ni obligation de réponse et que la pensée initiale de l'écouter, énoncée dans la première partie de l'article, soit correcte.

La question à choix multiple, elle, vient généralement après un échec de réponse à une question ouverte. Par exemple l'écouter pose la question ouverte « Qu'est-ce que tu as aimé dans ce film ? ». L'interlocuteur peine à trouver la réponse. L'écouter peut alors proposer une question à choix multiple « Qu'est-ce qui t'a plu le plus ? C'est l'histoire, les acteurs, la musique ... ou autre chose ? ».

Si nous classons ces types de questions de la plus douce et facile à la plus exigeante, nous aurons : reformulation - question fermée - question à choix multiple - question ouverte - demander pourquoi . Aucune d'elle n'est bonne ou mauvaise en soi. Elle doit juste correspondre à l'interlocuteur au moment où on la lui pose. Dans tous les cas elle doit d'abord répondre au deux critères « sans condition et sans

obligation de réponse »

Nous verrons plus loin le cas où l'interlocuteur ne répond pas (puisqu'il n'y est pas obligé).

## **Un outil de « réanimation »**

L'art de poser correctement ses questions, et de valider les réponses et la raison du patient, joue comme un puissant outil de remotivation, on pourrait même dire un puissant outil de « réanimation ». C'est un stimulant de première qualité. Cela réveille des personnes éteintes ou renfermées, cela redonne le goût de manger à ceux qui refusaient de s'alimenter, de marcher à ceux qui ne voulaient plus se lever, de parler à ceux qui ne disaient plus rien. Un de mes stagiaires, médecin gériatre, chef de plusieurs services s'occupant de personnes âgées, pourrait témoigner de ce type de résultat qu'il a pu observer après avoir mis en œuvre cette approche et cette attitude auprès de ses patients.

Il faut préciser que ce résultat participe plus de l'attitude de l'écoutant que de son verbe.

Chaque réponse doit être vécue par l'aidant comme un privilège, comme un cadeau qui ne lui est pas dû. Chaque réponse doit être considérée comme une précieuse révélation. Chaque réponse nous rapproche de l'incalculable raison du patient. Cette raison constitue une de ses racines de vie.

A chaque question, l'aidant est comme « suspendant son souffle » pour ne rien perturber de la perception du patient, pour ne rien altérer de sa quête, pour ne rien manquer de la moindre révélation nous rapprochant de sa raison.

Puis quand la raison surgit, il y a comme une grande bouffée d'oxygène et l'aidant ainsi que le patient « prennent leur souffle » dans une profonde « inspiration ».

Naturellement cette description n'est qu'une image. Il ne s'agit pas d'exercice de respiration ou d'apnée. J'ai tenté par ces quelques mots symboliques de vous préciser la délicatesse qui fait la profonde et rapide efficacité de cette démarche. Là où la vie est reconnue, elle se manifeste bien mieux !

## **Les non réponses**

Il arrive que le patient ne réponde pas. Il ne répond pas, soit en ne disant rien, soit en « répondant » à côté.

Par exemple : on lui demande « tu as bien déjeuné ? ». Il répond « J'ai vu des émissions où ils parlent d'excellentes recettes ». Sans condition de réponse ne veut pas dire que l'on va considérer comme une réponse ce qui n'est pas une réponse à la question. S'il « répond » « Et toi ? », ce n'est évidemment pas non plus une réponse. Il ne suffit donc pas qu'il parle pour que ce soit une réponse.

Il y a plusieurs raisons possibles à ces différentes non réponses.

1 – Pas de Question : La raison la plus fréquente est qu'il n'y a pas de question réelle. La question n'est pas sans condition ni obligation de réponse. Le patient ne répond pas parce qu'il n'y a pas de vraie demande, mais seulement une manipulation déguisée dans laquelle celui qui demande ne cherche qu'à faire dire ce qui l'arrange.

2 – Question non pertinente : Si la question est une vraie question (sans condition ni obligation de réponse) il peut arriver néanmoins que celle-ci ne soit pas pertinente. C'est à dire qu'elle demande un détail inutile ou mal centré. Par exemple une personne dit « je viens d'avoir un accident de voiture ! » l'interlocuteur lui demande (sans condition ni obligation de réponse) « A quel endroit tu as eu cet accident ? » La question a beau avoir un rapport avec ce qui vient d'être dit, elle porte sur un détail inutile. Mais même si la question est plus juste « le choc a été violent ? » elle n'est pas encore assez pertinente car elle invite à évoquer l'événement et non celui qui l'a vécu. Si la personne qui dit « J'ai eu un accident ! » a l'air troublée, la question juste pourrait être « Tu as été choqué ? ».

Il arrive souvent que l'interlocuteur ne réponde pas juste parce que la question n'est pas pertinente.

3 – Non reçue : Si la question est une vraie question et qu'elle est pertinente, il se peut aussi, simplement, que le patient ne l'ait pas entendue. Le remède est simplement de répéter la question.

4 – Non comprise : La question est vraie et pertinente, elle est reçue (entendue), mais elle n'est pas comprise. Cela peut être une raison majeure de « réponse » à côté (ou de silences interrogatifs). Le remède, ici, est simplement de vérifier ce qui n'a pas été compris et d'expliquer.

Il est à noter que de répéter à celui qui a entendu, mais pas compris, est inutile et agaçant, et que d'expliquer longuement à celui qui avait juste mal entendu peut aussi énerver beaucoup.

5 – Non accueillie : Vraie question, pertinente, entendue et comprise... néanmoins, l'interlocuteur n'accueille pas notre question, il préfère ne pas répondre. La raison est qu'il a une autre priorité. Cette autre priorité peut être de préserver son intimité (nous reviendrons plus loin sur la notion de seuil d'indiscrétion), ce peut être qu'il a autre chose à faire (aller manger, aller aux toilettes, avoir un coup de fil urgent à donner, avoir trop froid et besoin de se réchauffer...etc.) Dans ce cas il s'agit de respecter « sa raison de ne pas dire », après l'avoir validée. Mais curieusement il arrive souvent qu'après avoir validé sa raison de ne pas dire, l'interlocuteur se mette à dire... comme s'il voulait juste vérifier notre capacité à le respecter avant de nous en dire plus.

6 – Ne trouve pas la réponse : Vraie question, pertinente, entendue, comprise, accueillie (il veut bien répondre)... mais il ne trouve pas la réponse. Deux cas sont possibles :

Pas de réponse du tout : Il n'a aucune réponse et ne pourra jamais répondre quoi qu'on fasse. Il s'agit alors de ne pas insister.

Question mal choisie : l'écouté a une réponse, mais il n'y a pas accès, car l'aidant a posé une question ouverte là où il fallait une question fermée ou une reformulation. Il suffit alors de reposer sa question en la formulant dans sa juste version. Si le parent demande à l'enfant « Comment était ta journée ? » et n'obtient pas de réponse, il peut reprendre aussitôt « Est-ce que cette journée était agréable ? » Il obtiendra ainsi un « oui » ou un « non » qu'il se doit de précieusement valider par un message de gratitude. Il peut alors, si besoin, continuer par une question ouverte. Si l'enfant a répondu « non », la question ouverte sera « qu'est ce qui a été désagréable ? »

Face au silence : Face au silence très fermé de l'interlocuteur dont on sent qu'il préfère ne pas répondre (non accueil de notre question), il suffit parfois de lui reformuler ce qu'il montre « Tu préfères ne pas répondre ? » avec un ton de constat, juste très légèrement interrogatif (voir l'article [reformulation](#)). Si la personne dit, ou montre, que c'est le cas, l'écoutant valide. Si cela semble pertinent il pourra sur ce nouveau registre lui demander « en quoi est-ce mieux de ne pas dire ? ». Il arrive souvent que le patient « renfermé » dise pourquoi il craint de parler. Quand sa raison de ne pas dire est validée par l'écoutant, souvent le patient se confiera à celui qui vient de lui démontrer qu'il le respecte.

D'autres fois il préférera encore le silence...rappelez vous que toutes les questions sont sans obligation de réponse ! Il ne peut en aucun cas s'agir de la moindre manipulation. Il s'agit juste d'offrir au patient la possibilité qu'il recherche, sans ne jamais en décider pour lui, mais aussi, sans le manquer dans ce qu'il attend discrètement. C'est ce qu'on appelle « donner de l'attention à l'autre ». Dans ce domaine, rien n'est jamais prévisible à l'avance.

## Respecter résistances et confidences

Toutes les fluctuations de paroles et de non paroles de l'écouté doivent être scrupuleusement respectées.

### Rôle des résistances

Il est habituel de parler de résistance quand le patient ne veut pas dire, ne veut pas reconnaître un problème ou un ressenti, ou ne veut pas visiter une part de sa vie. Le mot « résistance » porte une connotation très péjorative. Je dirais même qu'il est très dévalorisant pour le patient de considérer qu'il a « une résistance ».

Si un patient montre la moindre « résistance », c'est qu'il nous indique quelque chose de plus pertinent que ce que nous l'invitons à rechercher.

Ce qu'on appelle abusivement « résistance », n'est que l'indication d'un itinéraire plus juste. Comme sur un

chemin de grande randonnée, la « résistance » n'est qu'un type particulier de marque indiquant qu'il faut changer de direction pour ne pas se perdre.

La « résistance » est une sorte de balisage, ou de déviation, pour ne pas s'égarer, pour éviter les « zones encore en chantier », pour passer là où c'est important, pour respecter les priorités d'exploration du « monde intérieur » du patient.

Par exemple une personne comprend que si son parent l'a fait souffrir c'est que ce parent avait lui-même des problèmes et des douleurs personnelles. Mais, même si la personne le comprend, elle peut néanmoins s'écrier aussitôt « ce n'est pas une raison pour m'avoir fait ce qu'il m'a fait ! ». Elle exprime ainsi qu'elle doit d'abord s'occuper de sa propre douleur à elle, avant d'envisager la moindre considération envers lui. En effet, si avant de faire cela elle comprend trop bien la douleur de son parent, elle n'aura plus le cœur d'évoquer sa propre souffrance (elle finira même peut être par se sentir coupable de l'avoir eue !). Quand elle refusait d'aller vers ce parent, elle signifiait simplement qu'il fallait d'abord passer par elle. Ce n'était pas une résistance, mais l'indication du chemin juste.

L'inverse peut aussi se produire. Une personne peut « résister » à considérer la douleur de l'enfant qu'elle était pour garder la possibilité de comprendre la douleur de son parent car elle sait très bien (inconsciemment) que si elle prend d'abord la mesure de sa propre douleur (infligée par son parent), elle ne pourra plus jamais donner existence à ce parent (or elle a besoin que son parent existe).

Il arrive souvent qu'un patient oscille entre ces deux possibilités en alternant ses zones de « résistances » afin de réparer un peu d'un côté, puis un peu de l'autre pour progressivement parvenir à une réhabilitation plus juste et plus complète.

Une résistance ne se combat pas. Elle ne consiste même pas en un blocage provisoire. Elle est juste une indication du meilleur chemin possible. Il ne s'agit pas de la voir comme un mur ou un obstacle à vaincre, mais comme un panneau indicateur à respecter. La résistance nous indique le plus court chemin vers la raison.

## **Les seuils d'indiscrétion**

Le patient en vient naturellement à livrer des vécus très personnels. Il est essentiel de repérer à partir d'où l'écouter risque de devenir indiscret.

L'indiscrétion commence à partir du moment où le patient montre (verbalement ou non verbalement, même très discrètement) qu'il ne souhaite pas poursuivre. Le patient est le seul gardien légitime de ce seuil, que l'écouter doit impérativement respecter. Le franchir contre le gré du patient revient à une violation de « domicile » pour ne pas dire à un viol tout court. C'est une attitude déontologiquement inacceptable de la part d'un professionnel de soin quel qu'il soit. Or ce seuil se trouve là où il se trouve, en surface ou en

profondeur. Chaque patient a le sien, et ce seuil peut bouger en fonction des moments de la journée... ou de la vie.

L'autre source d'indiscrétion est quand l'écouter recueille une information qu'il ne sait pas recevoir sans que cela le conduise à porter un jugement. Si le patient fait une révélation sur lui-même et que cela conduise l'écouter à le juger il y a indiscrétion. Par exemple le patient révèle qu'il boit et l'écouter lui dit qu'il ne devrait pas, qu'il se fait du mal (vous voyez que ce jugement peut être apparemment délicat. Il n'en est pas moins « meurtrier »). Puis le patient explique que s'il boit, c'est parce que sa mère est toujours sur lui et qu'il ne la supporte plus. L'autre erreur de l'écouter serait alors de porter un jugement sur cette mère « elle vous est nuisible, il faudrait que vous la voyez moins ». Le patient a besoin qu'on entende sa douleur, mais pas qu'on le juge lui, ni qu'on juge sa mère. Il importe de comprendre que l'indiscrétion commence quand, suite à ce qui lui est révélé, l'écouter porte un jugement contre l'écouter, ou contre celui dont il se plaint (même quand il ne fait que penser ce jugement, car ça se verra dans le non verbal).

## **Le secret, les transmissions**

Certaines confidences sont importantes pour une bonne qualité des soins au malade. Se pose alors le problème de la confidentialité.

Par exemple, si la vieille dame, qui s'est plainte lors de la toilette, a révélé des attouchements sexuels dans l'enfance, il pourrait être tentant d'en informer l'équipe afin que tout le monde ait la délicatesse requise pour ne pas heurter sa pudeur si légitime.

Pourtant, ce n'est pas à l'équipe que la vieille dame a fait la confiance. Il importe de demander à cette dame si elle nous permet d'informer l'équipe en vue d'une plus grande qualité de soin. Mais si elle refuse, il s'agira de négocier ce qu'elle permet de transmettre. Par exemple « suite à des souffrances elle est très pudique » ou seulement « la pudeur est extrêmement importante pour elle ». Ce qui est important c'est que rien d'intime ne soit révélé derrière son dos sans sa permission. Si elle venait à l'apprendre, la confiance serait à jamais rompue... ou très difficile à restaurer. Si elle préfère que rien ne soit dit du tout, et préfère risquer des soins moins délicats... si c'est son choix, il doit être respecté.

Naturellement, ce sera différent si la révélation porte sur des éléments mettant en danger sa vie ... ou la vie ou l'intégrité d'un autre. Par exemple, si ces attouchements sont survenus dans une période récente, il en va tout autrement. C'est là un problème d'éthique plus complexe où la loi (et même la conscience) ne permet pas le silence. Mais il ne faut pas mélanger ce cas avec le précédent, où aucune vie n'est en danger.

L'interlocuteur qui reçoit la confiance doit la recevoir comme un privilège qui ne peut être répandu aux yeux de tous sans risquer de porter atteinte à l'intégrité de celui qui la lui a faite (sauf quand c'est avec son consentement).

## Le toucher

### Existence du corps

Le toucher a une grande importance car l'équilibre psychique dépend aussi de la place accordée à l'existence corporelle. Le toucher participe à ce sentiment d'existence et de valeur du corps.

Les différents touchers reçus dans la vie d'un être humain seront le toucher maternel quand il est enfant, le toucher amoureux et sexuel quand il est en couple, les divers touchers amicaux (une main sur l'épaule, une poignée de main, une embrassade...) de la part de l'entourage, puis enfin le toucher soignant quand il est malade.

Quand un être humain n'est plus enfant, quand il n'est pas (ou n'est plus) en couple, comment trouve-t-il encore existence au travers d'une expérience tactile ? Toutes les cultures n'abordent pas le toucher de la même façon. Dans les habitudes sociales courantes, en Occident, plus on va vers le sud plus le toucher fait partie de la vie, plus on va vers le nord moins il est fréquent (c'est une tendance dominante, mais on peut aussi trouver l'inverse).

Quand le toucher maternel n'est plus d'actualité, que le toucher amoureux n'est plus là non plus... il n'y a, le plus souvent, plus de toucher du tout... sauf quand la santé faiblit... il reste celui du soin médical !

Il arrive que des personnes n'aient pas bénéficié de toucher maternel dans leur enfance (abandon, maltraitance)... Il arrive aussi que des personnes aient été aussi privées de toucher amoureux dans leur vie adulte (solitude, timidité, disgrâces)... si le toucher ne fait pas partie de leur culture sociale ou de leur culture personnelle... c'est un peu comme si leur corps n'existait pas... où n'existait plus.

Le toucher dans le soin médical a évidemment beaucoup d'importance, mais il est très différent d'un « toucher communication ».

Quand le toucher est médical, il n'est que technique (s'il est seulement médical). Il est évident que le soignant n'a pas à apporter un toucher érotisant (ce serait très déplacé et déontologiquement inacceptable), ni maternant (car le patient n'est plus un enfant et ce serait infantilisant), ni amical dans le sens où il risquerait d'être emprunt d'affectivité. Néanmoins le toucher doit exister et être chaleureux.

Le canal tactile est un moyen de communication au même titre que le verbal sauf que les mots y sont remplacés par le toucher (tact). Cela procède des mêmes règles que la communication verbale, telle que je la décris dans cet article.

Il est remarquable de constater à quel point un individu garde un rapport conflictuel avec son corps. Par exemple il ne fait pas un régime pour lui donner ce qu'il y a de meilleur, ni par respect pour lui, mais plutôt pour lutter contre ses rondeurs qu'il n'aime pas (le « régime » se transforme alors souvent en auto

dictature). Réhabiliter la qualité du rapport que le patient entretient avec son corps fait partie de l'aide.

L'haptonomie est sans doute une approche du toucher qui va le plus dans ce sens de la communication. Le toucher y est considéré comme un « prolongement » permettant de percevoir l'autre et d'être perçu par lui.

## **Communication tactile**

Il ne suffit pas de poser sa main ni de maîtriser une technique de soin par le toucher. Même des professionnels du soin par le toucher, comme des kinésithérapeutes que j'ai souvent eu en stage, ont beaucoup à découvrir dans le domaine de la communication par le canal tactile.

Le projet initial y est également important. Il y est aussi important que dans le verbal : Est-ce que je touche pour soulager ou parce que je veux bien entendre, rencontrer mon interlocuteur ? Est-ce dans le projet de permettre son expression ou dans celui de le faire taire (de le calmer) ?

Un même toucher peut être vécu de différentes façons, selon le projet et la pensée de celui qui le donne. Si on compare le geste à un mot, il sera lui aussi accompagné de beaucoup de non verbal qui lui donnera son sens réel. Si, en touchant, la pensée est « n'ayez pas mal je suis là », le geste ne produira pas la même chose que si la pensée est « je veux bien entendre que c'est exactement là que vous avez mal, et à quel point vous avez mal ».

Qu'il s'agisse d'un toucher pour un réconfort physique ou un réconfort moral, cette notion de pensée initiale reste un élément majeur pour la qualité de l'aide apportée.

## **Réhabiliter la communication intérieure**

La main se pose « comme une oreille de « l'âme » » dans le projet « d'entendre » le patient. C'est un « toucher écoute », un « toucher rencontre », un « toucher validant », un toucher « reconnaissant ». Nous y trouverons potentiellement tous les points de validation énoncés plus haut. Le projet est un projet d'écoute et de reconnaissance, en aucun cas ce n'est un projet de pouvoir (même pas un pouvoir « pour le bien du patient »).

Cette reconnaissance du corps et de ce qu'il exprime permet aussi (et cela est très important) au patient d'entendre son propre corps. Cela lui permet de rétablir une communication avec son propre corps dont, du fait de la douleur, il a tendance à se couper.

## **Rôle dans la douleur**

La douleur, souvent, s'amplifie d'autant plus que le patient n'écoute pas son propre corps et qu'autour de lui on ne l'écoute pas non plus. Un des grands progrès récents de la médecine est de mieux s'occuper de la douleur. Mais si les hôpitaux ont nommé ces équipes qui s'occupent de la douleur « équipes antidouleur »

c'est que l'accent est encore plus mis sur la lutte que sur l'écoute. Bien sûr, les soignants de ces équipes écoutent quand même (ils ne pourraient faire autrement).

Des médecins de SMUR m'ont déjà dit que quand on demande à un patient de décrire sa douleur, souvent il a besoin de moins d'antalgiques. C'est qu'en fait on a amené le patient à communiquer avec son corps. Ainsi son corps s'exprime moins violemment.

La réglette utilisée par les soignants pour inviter les patients à évaluer leur douleur, ne permet pas que d'évaluer la douleur. Pour l'évaluer le patient doit écouter son corps. La douleur qu'il « voit » alors n'est plus celle qu'il ressentait, mais celle qui reste quand il recommuniqua avec son corps... et c'est celle là qu'on soulage ensuite avec un remède adapté.

### **Association verbale et tactile**

Le verbe peut s'accompagner d'un toucher et inversement. Quelque soit le canal, ce qui reste la clé, c'est le fameux projet initial énoncé au début de cet article.

Un toucher qui se pose avec l'idée de calmer est bien moins calmant qu'un toucher qui se pose pour « entendre ». Le toucher pourra accompagner les mots tels qu'ils ont été décrits dans cet article.

### **Un grand respect du patient**

Il en va pour le toucher comme pour la parole. Le respect des seuils d'indiscrétion doit y exister avec autant de délicatesse. Il y a des personnes qui préfèrent ne pas parler, il y a aussi des personnes qui ne souhaitent pas être touchées, ni toucher. Il est impératif de profondément respecter les seuils que pose le patient.

Qu'il s'agisse de parole ou de toucher une « résistance » est toujours l'expression de quelque chose d'important et ne doit jamais être considérée comme un blocage, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

### **Relation, Communication, Aide et Thérapie**

L'efficacité d'une aide n'a rien à voir avec la durée de l'échange, comme nous avons pu le voir dans le chapitre « les 5 validations » au paragraphe « [le facteur temps](#) ».

Il est souhaitable que le soignant sache affiner son positionnement. Il doit savoir distinguer quand un échange est juste une relation, ou bien si c'est une vraie communication. Il doit aussi savoir distinguer à partir d'où nous pouvons parler d'aide et à quel moment nous franchissons le seuil de la thérapie.

### **Relation**

La relation c'est quand nous sommes reliés. C'est quand l'information échangée compte plus que les

interlocuteurs (émetteurs et récepteurs). La relation est source de dépendance, d'attachement, d'affectivité et de vulnérabilité. On y est fusionnel ou distant. Néanmoins, c'est un état de fonctionnement minimal qui ne pose pas de problème majeur dans les situations anodines. Une sorte de pilotage automatique libérant la pensée pour s'occuper d'autre chose. Cependant, quand une situation requiert de l'attention, le niveau « relation » est très insuffisant et expose à de nombreux désagréments.

Il n'y aura dans la relation que les deux premiers points de validation : accusé de réception et message de compréhension. Nous n'y trouverons ni le message d'accueil, ni le message de gratitude, ni celui de cohérence.

Quand on dit « j'ai des relations », ce n'est jamais pour parler de ceux avec qui on a une qualité de communication, mais de ceux dont « on peut se servir ». Relation signifie « relié », « relatif », c'est-à-dire que l'un exerce une action sur l'autre et réciproquement. L'état de l'un influence l'état de l'autre. Il y a de la vulnérabilité.

Quand il n'y a pas de communication, la relation est la situation minimum incontournable. Il ne peut pas ne pas y avoir au moins de la relation. Il y a des relations de pouvoir, des relations de pitié, des relations conflictuelles, des relations amicales, des relations amoureuses (voir l'article de février 2001 [« Passion »](#)), des relations professionnelles (voir l'article de janvier 2001 [« La bonne distance dans le management »](#)), des relations d'indifférence (dans lesquelles on s'évite activement)... toutes sont des situations de dépendance dans lesquelles les émotions sont positives ou négatives mais entravent une réelle reconnaissance de l'autre dans ce qu'il est vraiment.

## **Communication**

La communication, c'est quand on est ouvert. C'est la situation où les individus comptent plus que les informations qu'ils échangent. La communication est source de liberté, de respect, de considération et de sensibilité (sans affectivité). On y est distinct sans être distant.

Il y aura dans la communication les 5 points de validation au complet. Nous y trouvons un message de cohérence qui valide les raisons immédiates, comme pour la pudeur, dans l'exemple de la vieille dame qui refuse la toilette « si vous êtes pudique, je comprends que vous soyez gênée qu'on vous fasse la toilette ».

Nous ne penserons jamais à dire que des personnes ont communiqué quand elles viennent de s'insulter. Nous dirons qu'elles viennent d'avoir une relation conflictuelle.

La communication, c'est quand l'information est proposée par l'émetteur et accueillie par le récepteur. La relation c'est quand l'information est imposée par l'émetteur et subie par le récepteur.

La communication, c'est quand les individus partagent vraiment ce qu'ils ressentent, sans crainte de

jugement ou de reproche. Il ne s'y trouve pas de pouvoir ni de manipulation. La raison de chacun y est profondément respectée et peut être facilement partagée. C'est tout ce qui vient d'être décrit ci-dessus.

Un mot, peu usité, désigne exactement cette attitude et ces comportements : c'est l'[Assertivité](#). J'y ai consacré tout un article en septembre 2001.

## Aide

L'aide, c'est quand celui qui écoute, accompagne vers une raison plus profonde (généralement par le guidage non directif). Cette raison qui cherchait à émerger est alors validée. En fait, c'est comme la communication, sauf que l'enjeu y est plus intime, plus profond, plus signifiant. Il y s'agit vraiment de la reconnaissance d'une source profonde de vie et de ressenti en l'autre.

Celui qu'était le patient dans ce moment de vie passée y est pleinement reconnu. Dans le cas de la vieille dame qui refusait la toilette « l'enfant que vous étiez à trop souffrir quand on lui a fait ces choses ? », puis « S'il y a eu tant de douleur je comprends que vous ne supportiez pas qu'on vous fasse votre toilette ».

Cette validation d'une raison profonde appartient au domaine de l'aide. Dans la communication, la raison validée se trouve plus en « surface » et est souvent d'importance plus modeste.

Passer à la thérapie, c'est encore autre chose.

## Thérapie

Le fait que l'action soit thérapeutique n'a rien à voir avec la durée de l'échange (l'échange peut être très long et n'être que de la relation ou être court et être de la thérapie). Ce qui fait que l'on passe de l'aide à la thérapie, c'est qu'après la validation de ce que l'enfant a vécu (dans l'exemple ci-dessus), le thérapeute invite la patiente à devenir une ressource pour l'enfant, douloureuse et seule, qu'elle a été.

Ce peut être une invitation à la visualisation suivante : « Vous voyez cette enfant que vous étiez ?- Vous pouvez imaginer que la femme, que vous êtes, va vers cette enfant ?- Que vous dit-elle ? Etes-vous d'accord pour l'entendre ?- Pouvez-vous lui dire que vous l'entendez - Pouvez-vous la prendre dans vos bras... ? » Toutes ces invitations, ici nommées successivement, ne se faisant chacune qu'après une validation par le patient, indiquant qu'il peut le faire.

Puis vérifier « Comment se sent l'enfant quand vous faites cela ? » puis « Comment vous sentez vous ? »

Cette description est très sommaire. Le déroulement peut se trouver émaillé de toutes sortes de nuances. Mais la description en est ici suffisante pour bien différencier une situation d'aide d'une situation de thérapie. Pour plus de détails sur ce sujet, lire l'ouvrage [l'écoute thérapeutique](#) chez ESF ou [Chaleureuse](#)

[rencontre avec soi-même](#) chez Dangles, ou l'article [Résilience](#) sur ce site.

La thérapie n'est pas ce qui est demandé au soignant s'il n'est pas psychothérapeute. Il peut arriver néanmoins quelquefois que « le pas psychothérapique » soit si minime à ajouter qu'il se fasse presque naturellement. Je repense par exemple à cette mère dont l'enfant de deux ans venait d'évoquer, lui-même, la douleur du bébé de 6 mois qu'il était, lorsque son grand père est mort. Evoquant l'enfant de 6 mois qu'il était, il dit spontanément « le bébé pleure »... la mère lui a simplement dit « Tu peux faire un bisou au bébé qui pleure ? »...c'était là une invitation thérapeutique adaptée à un enfant de deux ans. La mère ne s'est ni forcée ni retenue... ça allait de soi et c'est de ne pas le faire qui n'aurait pas été naturel !

## **D'abord ne pas nuire**

L'aide ou la thérapie se doivent d'apporter un plus, à celui qui en bénéficie.

Dans le cas contraire, il s'agit au moins de ne pas nuire. S'il est très dommageable qu'une situation d'aide ou de thérapie soit inefficace, ça l'est bien plus si elle cause une nuisance.

Pour, au minimum ne pas nuire, il importe de respecter les points suivants :

- Etre distinct sans être distant  
(chaleur sans affectivité)
- Respecter le symptôme  
L'utiliser comme un chemin à emprunter et non comme une chose à combattre ou à effacer.
- Respecter sa cause  
Comprendre qu'il s'agit de réhabiliter et non de combattre ou enlever cette inestimable racine de vie.
- Respecter les résistances  
Ajuster le cheminement en suivant leurs indications. Ne jamais tenter d'effacer ces indicateurs.  
Respecter les seuils d'indiscrétion.
- Ne pas interpréter  
Privilégier le non savoir. Seul le patient sait.  
(article d'avril 2001 [Le non savoir source de compétences](#))
- Avoir confiance en le patient  
Faire équipe avec lui – le soignant n'est pas seul.
- Ne pas porter de jugement  
Ni envers le patient ni envers ceux dont il se plaint. Chacun a sa raison  
(article de juin 2003 [« Apaiser violence et conflits »](#))

Quand, malgré cela, le soignant atteint sa limite et ne sait pas faire mieux, il se doit de déléguer vers quelqu'un dont l'expérience permettra d'apporter l'aide nécessaire au patient.

## Quelques cas

Je vais vous proposer ci-dessous quelques exemples d'entretien d'aide. Si vous le souhaitez, vous pourrez mesurer le temps réel qu'il faut pour chaque dialogue (une durée indicative figure à chaque fin de séquence).

Pour plus de détails, je vous invite à lire les articles correspondants à chaque thème ci-dessous.

S = soignant P = patient NV = non verbal

## Alcoolisme, Addictions

S : Vous consommez de l'alcool ?

P : Très peu.

S : D'accord. Ce que vous consommez vous semble peu ? (Sans jugement non verbal ni sous entendu, selon les règles de la [reformulation](#))

P : Oh oui ! Peut être juste un peu trop ?

S : Ok. En quoi est-ce important de boire, pour vous, à certains moments ?

P : Ça m'aide un peu.

S : (validation NV). Ça vous aide ?

P : Oui.

S : D'accord. En quoi cela vous aide-t-il ?

P : Depuis une vingtaine d'années, vous savez... ça n'a sûrement aucun rapport ! Mais je repense souvent à cette IVG. Je ne la voulais pas vraiment

S : (validation NV). Ça a été difficile pour vous ?

P : Beaucoup.

S : (validation NV). Vous en avez déjà parlé à quelqu'un ?

P : Non jamais !

S : Alors je vous suis d'autant plus reconnaissant de me faire cette confidence. Qu'est ce qui a été le plus dur ?

P : En fait, je voulais cet enfant. Mais je n'ai pas osé. Tout le monde était contre moi.

S : (validation NV) C'était très douloureux pour la femme que vous étiez à ce moment-là ?

Dire « la femme que vous étiez » est important. Ça lui permet de différencier celle qu'elle est aujourd'hui de celle qu'elle était au moment de l'IVG, afin qu'elle puisse « l'entendre » et la valider.

Actuellement, elle souffre toujours « comme si » elle était encore cette femme (fusion pour ne pas l'oublier - [pulsion de vie](#)), tout en essayant de l'oublier et de la maintenir au loin (rupture pour ne pas trop souffrir - [pulsion de survie](#)). Il va s'agir qu'elle en devienne distincte pour ne plus en être distante et ne plus en souffrir (se réapproprier sa vie, se reconstruire – voir article sur la résilience)

P : Enormément.

S : D'accord. J'entends vraiment que vous me parlez de quelque chose de très douloureux. L'alcool vous a un peu aidé ?

P : Au fond, ça m'a un peu aidé à vivre.

S : (Validation NV) Vous pouvez accorder à cette femme que vous avez été, que l'alcool l'a aidée ?

P : (La patiente montre que oui)

S : (Validation NV) Comment vous sentez-vous ?

P : Je me sens plus légère.

Naturellement, cette patiente a bien d'autres choses à aborder, mais ce début est très apaisant pour elle.

S : Bien. Comment pourrions nous faire pour qu'aujourd'hui vous ayez moins besoin d'alcool ?

.... La patiente vient d'être reconnue, le soignant sollicite la ressource de celle-ci, sans poser de jugement ni proposer de solution. Il peut ensuite déléguer vers un psy pour une aide plus approfondie.

L'alcool a été une béquille et ne doit pas être méprisée. Celle qui a bu était en souffrance et doit être chaleureusement reconnue et faire partie de sa structure psychique. Toute parole du genre « il ne faut pas redevenir comme ça » serait désastreuse et source de rechute (ceci est très important).

Durée 1mn 40

Voir article de mars 2003 [Aider le malade alcoolique](#)

## Dépression, Suicide

S : Vous avez souhaité mourir ?

P : Oui, vous auriez mieux fait de ne pas me tirer de là (violence).

S : D'accord...Vous regrettez qu'on vous ait sauvé ?

P : Oui.

S : (Validation NV) C'était douloureux à ce point ?

P : Je n'en peux plus(larmes).

S : (validation NV). Qu'est ce qui est si douloureux ?

P : Ça ne sert à rien de vivre quand on ne vaut rien comme moi.

S : Ok...Vous avez le sentiment que vous ne valez rien ?

P : Vraiment rien du tout. Je ne suis qu'une merde (dégoût).

S : A ce point ? Qu'est-ce qui vous donne ce sentiment que vous ne valez vraiment rien ?

P : Personne n'a jamais fait attention à moi.

S : D'accord... Il y a des personnes particulières dont vous espériez l'attention ?

P : Mon père n'a jamais vu que j'existais.

S : (validation NV) Cela vous a beaucoup manqué ?

P : Oui

S : (Validation NV) Au point de vouloir mourir ?

P : Oui

S : J'entends vraiment que ça a été terriblement douloureux. Qu'est-ce qui a pu amener l'homme qu'est votre père à ne pas vous voir ?

Là aussi nous parlerons de « l'homme qu'était son père » et non de « son père » afin qu'elle mette son attention sur l'individu et non sur le statut familial.

P : Il avait trop de soucis. Vous savez il n'a pas eu une vie facile non plus.

S : Ok. Est-ce que quelqu'un a déjà fait attention à lui ?

P : Non. Lui non plus.

S : (Validation NV) Comment l'a-t-il vécu ?

P : Mal. C'est sûrement pour ça qu'il buvait.

S : (Validation NV). Vous pensez que ça a pu l'amener à boire ?

P : Oui, je me rend compte de ça.

S : D'accord. Comment vous sentez vous en évoquant tout cela ?

P : Ça me fait du bien. Je n'avais jamais vu mon père de cette façon. J'ai l'impression de me sentir plus près de lui. Je n'avais jamais imaginé qu'il a ressenti la même chose que moi.

S : Je vous remercie vraiment d'avoir partagé cela avec moi.

... la compréhension que le soignant vient de donner au patient contribue à le réhabiliter, ainsi que son père. Il sort ainsi un peu de la solitude et trouve une petite raison de vivre alors qu'il n'en avait plus. Aussi modeste que cela semble, c'est très important.

Si au contraire le soignant lui avait dit « Il ne faut pas dire ça » « Vous comptez certainement pour votre père » « Et puis il y a des gens qui vous aiment à qui vous manquerez trop », le patient se sentant terriblement incompris aurait encore plus été tenté par la récurrence. Même si ces phrases sont justes, elles sont dangereuses quand elles viennent avant la validation du patient et de son ressenti. Elles ne peuvent être dites qu'après (si nécessaire).

Durée 1mn 40

Vois l'article de juin 2001 [Dépression et suicide](#)

## Désorientation, Personnes âgées

P : Je ne veux pas que vous vous occupiez de moi (colère).

S : D'accord. C'est mieux pour vous si je ne m'occupe pas de vous ?

P : Occupez vous plutôt de LUI. Vous m'emmerdez (violence)

S : Ok. Qui c'est « lui » ? (car il n'y a personne, la dame âgée semble délirer)

P : Mais LUI. Il est tout seul (elle s'énerve de voir qu'on ne comprend pas ce qui devrait être évident).

S : D'accord. Qui est seul ?

P : Mais le petit (elle se calme voyant qu'on commence à comprendre).

S : (validation NV) Il y a un petit ?

P : Vous savez quand on me l'a enlevé, quand mes parents me l'ont pris, il a trop souffert de ne plus me voir.

S : Qui est ce petit ?

P : Mais c'est mon enfant (larmes)

S : Mon dieu. Vous avez été séparés ?

P : Oui et personne n'a compris à quel point nous avons souffert.

S : (Validation NV) Ça a été très douloureux pour vous deux ?

P : Oh oui !

S : Vous avez tellement souffert qu'on ne vous comprenne pas, vous et LUI ? Vous avez tellement souffert de cette séparation ?

P : Oh oui ! Vraiment vous êtes très gentil. Ça me fait tellement de bien d'en parler.

S : Je vous remercie aussi de m'avoir fait assez confiance pour me parler de cet enfant qui est si précieux pour vous.

Cette vieille femme ne perdait pas la raison. Elle était au contraire en train de « retrouver la raison de son ressenti ». Elle avait besoin qu'on l'aide à valider cette raison. Si le soignant lui avait dit « mais qui ça ? Vous voyez bien qu'il n'y a personne » ou « Mais madame, où êtes-vous ? Vous êtes à la maison de retraite » soit disant pour la ramener dans le présent... dans ces cas le soignant aurait malencontreusement contribué à lui faire perdre la raison (qu'elle était en train de retrouver) et à la conduire vers un peu plus de désespérance... et de démence.

Durée 1mn 10

Voir l'article de mai 2001 [Personnes âgées](#)

## Autonomie

S : Vous venez à l'atelier de dessin ? (s'adressant à une dame âgée en maison de retraite)

P : Je n'ai pas envie d'aller à votre atelier.

S : D'accord. Ça ne vous dit rien ?

P : Non je ne veux pas (colère).

S : Ok.... Qu'est qui ne vous plait pas dans cet atelier ?

P : Je ne sais pas dessiner.

S : (Validation NV) C'est surtout parce que vous ne savez pas dessiner ?

P : Oui. Je n'aime pas me rendre ridicule (peur).

S : Ah oui... Vous craignez d'être ridicule ?

P : Je ne supporte pas qu'on se moque de moi.

S : Ok... On s'est déjà moqué de vous ?

P : Oh ! Souvent.

S : D'accord... Il y a une fois où l'on vous a particulièrement blessée ?

P : Ça je m'en souviens.

S : C'était quand ?

P : J'avais fait un gâteau toute seule pour faire plaisir à mes parents. Ce soir là ma tante était venue manger. Sur le gâteau, avec de la farine, j'avais dessiné un lapin. Devant tout le monde, ma mère m'a dit « t'es meilleure en cuisine qu'en dessin ! Ton lapin on dirait un crapaud ! ... et tout le monde a éclaté de rire »

S : (validation NV) Ça a été très douloureux pour l'enfant que vous étiez ?

Là encore, il est essentiel de l'amener à différencier la femme qu'elle est, de l'enfant qu'elle était. D'où la formulation « pour l'enfant que vous étiez » et non « pour vous »

P : Terrible, je ne savais plus où me mettre.

S : (validation non verbale) L'enfant, que vous étiez, a pu parler à quelqu'un de sa douleur ?

P : Certainement pas ! Il n'était pas question de se plaindre.

S : (Validation NV) Vous l'avez déjà dit à quelqu'un ?

P : Jamais.

S : Je suis très touché que vous m'ayez révélé cela... Comment vous sentez vous d'en avoir parlé ?

P : Ça me fait vraiment du bien. Vous croyez que si j'y vais ils ne vont pas se moquer (car la vieille dame commence à différencier le présent d'avec son histoire ancienne)

La personne reprend une possibilité de décider car elle a été respectée dans ce qu'elle ressent. En plus elle ne mélange plus le passé et le présent. Pour retrouver son autonomie, une personne doit être reconnue dans ce qu'elle ressent et dans ce qu'elle souhaite.

Durée 1mn 30

Voir l'article de mai 2001 [Personnes âgées](#)

## Fin de vie

Après la découverte d'un diagnostic fatal et ayant passé les étapes de déni, de révolte et de compensation...

P : Je ne veux pas mourir.

S : (Validation NV) C'est terrifiant pour vous !?

Avec dans le ton une profonde reconnaissance de la dimension de ce que le patient vient de confier. Ici il est particulièrement important d'avoir intégré ce qu'est une reformulation, qui ne doit en aucun cas être trop interrogative... sous peine de devenir une agression, ou d'être vraiment ridicule.

P : Je ne peux pas accepter.

S : (validation NV) Qu'est-ce qui est le plus inacceptable ?

P : Je ne supporte pas l'idée de ne plus voir mes enfants.

S : Vous aimez beaucoup vos enfants ?

P : Oh oui ! Tellement ! Je me fais tellement de soucis pour eux. Ils ne supporteront pas. Et dire qu'ils vont tellement souffrir par ma faute. J'ai l'impression de les abandonner.

S : Oh... Vous pensez que c'est de votre faute ?

P : Eh non ! Je ne le fais pas exprès. Mais c'est quand même à cause de moi. Si je n'avais pas cette saloperie de maladie !

S : D'accord. Vous parlez avec eux de ce qu'ils ressentent ? Vous les invitez à partager avec vous ce qu'ils ont dans leur cœur ?

P : Non. Je n'ose pas. Je ne veux pas leur faire de peine.

S : D'accord. Vous pensez que c'est mieux pour eux de ne pas vous dire ce qu'ils ressentent ?

P : J'aimerais tellement qu'on puisse se prendre dans les bras, même si on doit pleurer beaucoup.

S : Ok... Vraiment... si vous le ressentez... je vous invite à ne pas manquer de le faire... pour eux autant que pour vous ! Ne manquez pas de vous rencontrer avec tendresse, même s'il y a beaucoup de larmes.

Durée 1mn 15

Vois l'article d'avril 2003 [Humaniser la fin de vie](#)

## Maternité accouchements

P : Je ne sais pas si je saurai m'occuper de mon enfant.

S : D'accord. Vous craignez de ne pas savoir vous en occuper ?

P : Oui

S : Ok. Qu'est ce qui vous fait craindre ça ?

P : Je ne suis pas sûre d'être capable.

S : D'accord. Capable de quoi ?

P : De me rendre compte de ce qu'il veut, d'être attentive comme il en aurait besoin, de savoir lui donner le sein quand il le faut, de m'y prendre de la bonne manière....

S : (Validation NV). En fait, qu'est ce que vous craignez le plus ?

P : J'ai tellement attendu ce moment, je me sens perdue maintenant qu'il (l'enfant) est là.

S : (Validation NV) Qu'est ce qui vous donne ce sentiment d'être perdue ?

P : Vous savez quand il était dans mon ventre, nous étions proches, je le sentais en moi. Maintenant je me sens vide, comme si je l'avais un peu perdu.

S : Ok. Vous avez un peu la sensation de l'avoir perdu en le mettant au monde ?

P : Oui.

S : (Validation NV) Il vous manque dans votre ventre ?

P : Oui.

S : (Validation NV) Vous pourriez le regarder, là (en lui montrant l'enfant).

P : (Elle le fait, elle se tourne vers l'enfant)

S : D'accord...Vous pouvez lui dire à quel point sa présence dans votre ventre était un merveilleux moment que vous avez partagé avec lui. Vous pouvez le remercier pour cela ?

P : (Elle le fait)

S : Comment vous sentez vous ?

P : Cela me fait du bien, je me sens plus proche de lui.

S : Validation NV) Comment sentez-vous votre peur de ne pas savoir vous en occuper ?

P : J'ai l'impression que tous les deux (elle et le bébé) on va y arriver.

S : (Validation NV) Je suis très touché d'avoir été présent à ce moment de rencontre entre vous (le bébé et vous).

Le soignant lui témoigne sa gratitude pour ce privilège qui vient de lui être accordé.

Si le soignant avait dit pour rassurer la mère « Mais si, vous allez y arriver » il aurait laissé en plan ce manque de rencontre entre l'enfant et la mère et même, ne donnant pas existence à la mère... n'aurait pas permis à l'enfant de si bien bénéficier d'elle et de sa présence.

Durée 1mn 20.

Voir l'article de décembre 2001 [La mère et l'enfant](#)

## Pour conclure

## Les composantes médicales

La qualité de l'aide psychologique ne doit naturellement jamais faire oublier les composantes médicales. Il y a même, nous l'avons vu au début de cet article, des composantes somatopsychiques dans lesquelles il faut s'occuper du corps pour apaiser l'esprit. Certains troubles psy, d'ordre psychiatrique nécessitent même une prise en charge médicamenteuse prescrite par un médecin psychiatre.

La qualité de l'aide permet de mieux mettre en œuvre les soins médicaux mais bien sûr ne les remplace jamais. Quand ces soins médicaux sont nécessaires, il ne remettent cependant pas en cause le fait qu'un accompagnement psychologique peut avantageusement leur être associé.

## Prendre soin de soi aussi

Quand on fait un métier où l'on s'occupe des autres, il importe aussi de savoir prendre soin de soi. Cette aide que l'on accorde à autrui, il importe de savoir se l'offrir à soi-même également.

Il est souhaitable de s'octroyer le droit de ne pas pouvoir ou de ne pas être dans un bon jour... le droit de ne pas être parfait ! Dans ce cas le soignant délèguera, ou fera pour le mieux, quitte à revenir plus tard auprès du patient. Il est important pour rester efficace de ne pas sombrer dans la culpabilité (ni dans la culpabilisation des autres).

Le travail d'équipe devrait être une bonne opportunité pour pallier les états variables de chacun des soignants, de chacun d'entre nous. En effet, qui que nous soyons, aucun d'entre nous ne peut prétendre être toujours au top.

Quand une circonstance traumatisante a été vécue avec un patient, il importe de pouvoir en parler à quelqu'un qui peut l'entendre (sans nous donner de solutions ou de jugements). Là l'équipe joue un rôle important. Par exemple après le décès d'un patient auprès duquel les soignants étaient particulièrement investis.

Pour mieux comprendre comment prendre soin de soi, je vous invite à lire les articles [Stress et mieux-être](#) (novembre 2001) et [Résilience](#) (novembre 2003).

## Les progrès et les regrets

A chaque fois que nous découvrons que nous pouvons faire mieux, nous nous laissons facilement envahir par le regret de ne pas avoir fait mieux plus tôt.

En lisant cet article ou en ayant suivi une formation sur ce thème, il arrive souvent que le soignant se dise « Si j'avais su ! Pourquoi n'ai-je pas eu ces informations au début de ma carrière ? Il y a des patients que je n'ai pas aidés... et même certains à qui, sans le vouloir, j'ai fait du tort ! ».

Le risque alors est de glisser vers une sorte de culpabilité. Il importe de bien considérer qu'à chaque instant de notre vie nous avons toujours fait pour le mieux avec ce dont nous disposions à l'époque.

Progresser, c'est évidemment prendre le risque de découvrir qu'avant on faisait moins bien. Si pour éviter cela nous choisissons de ne pas progresser, ce serait évidemment aberrant.

Les expériences antérieures, même mauvaises, sont fondatrices de tout ce que nous comprenons aujourd'hui et mettent en exergue toutes nos capacités actuelles. C'est ainsi qu'un être humain se construit, c'est pour cette raison que l'on devient de plus en plus humain. Le progrès consiste aussi à respecter nos imperfections antérieures afin de donner de bons fondements à nos capacités ultérieures.

## **De nombreuses autres situations**

Cet article ne peut évidemment évoquer toutes les situations possibles. Il vise juste à préciser un état d'esprit permettant de faire face aux diverses situations inattendues qui seront rencontrées.

Aucune phrase clé ne peut être retenue comme modèle. Même si je vous ai proposé de nombreux exemples, ils ne doivent surtout pas être utilisés comme stéréotypes. Chaque situation requiert un propos et une attitude adaptés. Tous les exemples de cet article ont eu pour projet de vous faire approcher l'état d'esprit nécessaire plus que de vous faire développer des détails de vocabulaire performants.

La variété des situations d'aide couvre les innombrables petits échanges, comme le simple fait de dire bonjour jusqu'à des situations d'aide demandant plus de 30 minutes, 2 heures ou plus, pour accompagner une profonde douleur morale.

## **Rien n'est à appliquer**

Il ne s'agit pas d'appliquer une technique. Dans cet article, je vous invite à ne rien considérer comme une technique à appliquer. S'il vous plaît n'appliquez rien de tout cela !

Sachez simplement mieux positionner votre attention envers le patient et clarifier votre projet initial (la première pensée) tel que je l'ai décrit au début de cet article. Le reste suit naturellement. Ce n'est plus alors qu'une question de temps et d'expérience, car vous avez en vous les ressources nécessaires... le reste est chez le patient.

Face au patient vous n'êtes pas seul... vous êtes avec lui et toutes ses ressources.

Dans les formations, le contenu théorique de ce document est complété par des expérimentations très précises. Les outils pédagogiques que représentent ces mises en situation permettent d'approcher progressivement et respectueusement la finesse et la délicatesse du projet initial. Tout ce qui fait la qualité

d'un échange d'aide y est concrètement abordé ainsi que ce qui permet de ne jamais nuire, même par inadvertance.

## Liens internes

IMPORTANT:

Pour compléter la lecture de cet article je vous invite à lire aussi sur ce site...

« [Le positionnement du praticien](#) » (décembre 2007), permettant de mieux se situer face à un patient, car toute technique, sans une attitude juste ne peut qu'être décevante.

« [Validation existentielle](#) » (septembre 2008), apportant un complément indispensable à toute communication, aide ou surtout à toute psychothérapie.

« [Psychopathologie](#) » (avril 2008), permettant de comprendre comment s'articule cette notion à travers différentes approches

« [Le ça, le moi, le surmoi et le Soi](#) » (novembre 2005), permettant de mieux cerner les subtilités de ces notions, trop souvent utilisées à mauvais escient

« [Libido amour et autres flux](#) » (mars 2005), reprenant les données psychodynamiques (psychanalyse) comportementales et cognitives (TCC), psychocorporelles et de psychologie existentielle (Rollo May, Abraham maslow, Carl Rogers, Eugène Gendlin, Karl Jaspers), pour en ressortir une synthèse.