stratégie soignante

Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance

Florence Michon

Être dans la juste distance dans les soins requiert de la part du professionnel une connaissance de soi. Celui-ci doit développer une intelligence émotionnelle et des compétences relationnelles pour instaurer une relation chaleureuse, authentique et bienveillante à l'égard du patient.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

The interpersonal relationship with the patient and the notion of right distance. Finding the right distance to establish when caring for a patient requires self-knowledge on the part of the professional. The latter must develop the emotional intelligence and interpersonal skills needed to establish a warm, authentic and benevolent relationship with the patient.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Mots clés

- Authenticité
- Connaissance de soi
- Compétence relationnelle
- Distance relationnelle
- Émotion
- Empathie
- Proxémie

Keywords

- Authenticity
- Emotions
- Empathy
- Interpersonal skills
- Proxemics
- Relational space
- Self-knowledge

La juste distance dans les soins est une notion parfois complexe pour les soignants. Elle paraît tellement évidente que ses contours peuvent devenir flous quand il s'agit de la définir et de la caractériser. Être dans la juste distance requiert de la part du soignant une bonne connaissance de soi. Comment dois-je réagir face à la détresse et la douleur ? Développer des compétences relationnelles en s'impliquant de manière adéquate, ni trop ni trop peu, dans le processus de la relation interpersonnelle avec le patient et sa famille est primordial. Le savoir être du professionnel prend alors tout son sens. Communiquer par la parole semble naturel et aisé. Cependant, à travers les pratiques et les expériences, des dysfonctionnements et des incompréhensions mutuelles apparaissent. Savoir communiquer et soigner, tout en étant dans une juste distance professionnelle, est particulièrement indispensable au soignant. Il s'agit d'un art qui s'apprend, s'entretient et se cultive.

pourquoi ?

La proxémie

Le terme "proxémie" a été créé par Edward T. Hall, anthropologue américain, pour décrire et comprendre les variations de distance existant dans les relations interpersonnelles. La proxémie se construit lors des processus de socialisation. L'être humain apprend dès son enfance à mettre de la distance et à la préserver. Chacun possède une bulle protectrice qui règle inconsciemment ses interactions. Quatre catégories de distance sont ainsi décrites par Edward T. Hall [1] :

- **la distance intime concerne les sens** tels que l'ouïe, l'odorat et le toucher. Elle est évaluée à 45 cm. Le soignant s'approche du corps de l'autre, par exemple, pour réaliser une toilette au lit ou lors d'un transfert lit-fauteuil. Dans ce cas, cette distance peut être vécue comme une intrusion car "imposée" par le soignant parfois guère plus à l'aise dans cette situation où l'intimité et la pudeur sont alors mises à rude épreuve. Il est nécessaire de demander au patient la permission de réaliser les soins, le plus naturellement possible avec tact et subtilité ;
- **la distance personnelle se situe entre 0,45 m et 1,20 cm.** Elle intervient notamment lors d'un entretien avec le patient. Dans cette distance, le soignant développe la confiance nécessaire aux échanges, à la verbalisation du ressenti et aux confidences livrées par le patient ;
- **la distance sociale se situe entre 3,60 et 1,20 m.** Elle favorise la communication entre deux personnes au timbre de voix plus élevé. Elle constitue la limite de l'emprise sur l'autre ;
- **la distance publique** est impersonnelle, supérieure à 3,60 m.

Ces distances ne sont bien évidemment pas suffisantes pour interpréter les modalités relationnelles. Les mimiques, la gestuelle, la posture du corps ainsi que le ton de la voix sont des éléments à

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2013.01.009

considérer pour évaluer ce qui se joue dans la relation à l'autre et avec l'autre. Connaître ces quatre distances et savoir les repérer contribuent à établir une relation de confiance authentique avec le patient, et ainsi favorisent la communication lors du soin, tout en intégrant la notion de juste distance. En effet, le soignant peut être très proche physiquement du patient et ne manifester que peu d'intérêt à son égard, et inversement, se situer dans une distance personnelle en adoptant une attitude d'écoute et d'empathie.

La connaissance de soi

Dans la relation à l'autre, les manifestations de la personnalité émergent à travers des émotions et des sentiments que chaque personne possède depuis l'enfance. Ces émotions ont très souvent été ensevelies voire modifiées car elles sont parfois difficiles à accepter par les parents et propices à diverses interprétations en société, guère élogieuses [2]. En effet, les individus sont tous conditionnés par des clichés sociaux, culturellement omniprésents et lourds de sens. La tristesse peut être assimilée à un manque de courage, la colère à un caprice, la peur à de la lâcheté et la joie intense à une légèreté, un manque de sérieux dans notre société régie par des codes. Le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait alors preuve « *d'intelligence émotionnelle* » [3] en reconnaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant.

Il ne s'agit surtout pas de se "blinder", ni de se constituer une "carapace" mais d'être soi. Ces expressions sont encore trop souvent reprises par certains soignants auprès de collègues débutants [4] ou d'étudiants. Ceux-ci, avec une intention bienveillante, tentent ainsi de protéger les jeunes recrues pour leur éviter de "se brûler les ailes" et de souffrir. Cependant, ces conseils peuvent être réducteurs lorsqu'ils s'adressent à celui qui découvre et qui souhaite s'impliquer dans la relation à l'autre. Les émotions « *servent de moteur à nos comportements et [...] elles sont essentielles à la vie* » [5]. En effet, grâce à elles, le soignant peut d'autant mieux recevoir, comprendre et agir sur celles du patient, l'incitant à les reconnaître et à les exprimer. Le langage devient alors un acte de soins. « *Connais-toi toi-même* » [1] : cette maxime prend sens auprès des soignants. Le professionnel doit s'interroger lui-même, interroger l'autre et réfléchir à ses actes qui engagent son éthique de la responsabilité et requièrent, de surcroît, une certaine compétence et des aptitudes personnelles.

Des compétences relationnelles indéniables

« *La compétence professionnelle* *est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle* »[2]. Elle est composée de quatre grands domaines :

- **le savoir théorique ou les connaissances** en lien avec la démarche relationnelle (la communication, le langage, la proxémie, les émotions, la relation d'aide, etc.) ;
- **le savoir-faire :** la façon dont le soignant mène l'entretien et gagne la confiance du patient. Les aptitudes personnelles, c'est-à-dire les qualités propres à chaque individu, permettent les échanges menés avec plus ou moins d'aisance et de réussite ;
- **l'expérience du professionnel** que ce dernier doit rendre réflexive pour qu'elle ait du sens et qu'elle soit réutilisable, et ainsi qu'elle constitue un savoir expérientiel. En effet, « *l'expérience n'est pas un art brut. Pour être formatrice, elle mérite d'être construite et réfléchie [...] ce qui nécessite une prise de distance vis-à-vis des situations rencontrées, une rupture* » [6]. Le professionnel doit alors se remettre en question pour repérer ses forces et ses faiblesses et ainsi créer un espace potentiel de développement des compétences ;
- **le comportement et les attitudes communément appelés le savoir être :** la façon dont le soignant se comporte avec le patient, dont il s'adresse à lui avec courtoisie et politesse. Ce savoir être fait inéluctablement référence au système de valeurs et à l'éducation reçue.

Ces domaines sont en interaction les uns avec les autres, et indissociables. Si l'un des composants est absent, c'est-à-dire manque au soignant alors celui-ci ne peut prétendre être compétent. Il ne suffit pas de savoir parler et de posséder de solides connaissances. Encore faut-il avoir l'envie de s'impliquer dans la relation à l'autre et de témoigner au patient toute son attention et son authenticité. Ces aptitudes personnelles relèvent à la fois de l'inné et de l'acquis. Elles existent en chacun de nous mais elles se travaillent aussi, s'acquièrent et se façonnent grâce à un processus de formation auprès de collègues compétents qui possèdent des habiletés à communiquer et surtout lors de rencontres avec

Notes

[1] Maxime gravée à Delphes sur le temple d'Apollon en Grèce antique, reprise par Socrate (470-399 avant JC).

[2] Définition de la compétence du Conseil national du patronat français (CNPF) reprise par Damien Brochier, chercheur au Centre d'études et de recherche sur les qualifications (Cereq).

le patient à condition qu'elles fassent l'objet d'une analyse de pratique et d'une introspection.

Des concepts à intégrer

Certains concepts sont considérés comme prévalents. Le respect, les valeurs, l'empathie, l'authenticité, la congruence, la compréhension, la bienveillance, etc., constituent la clé de voûte de la juste distance dans les soins.

Soigner nécessite de considérer le patient et de lui manifester du respect. Pour respecter autrui, il est nécessaire de connaître son propre système de valeurs. Le professionnel a des obligations sociales envers le patient. S'installe, en tout premier lieu, une relation de civilité (courtoisie, politesse) qui donne le ton, légitime le soignant et favorise l'interaction [7]. Le respect demande également de l'écoute. Celle demandée au professionnel est empathique, compréhensive et exempte de tout jugement de valeurs. À l'inverse, une écoute sympathique se caractérise essentiellement par du présentéisme, une disponibilité sans limites et démesurée dont les dangers sont connus. Le professionnel doit donc se montrer bienveillant et congruent, c'est-à-dire sincère et authentique à l'égard du patient.

Être dans la juste distance, une dimension à intégrer

Être dans la juste distance est avant tout une question de dosage, ni trop ni trop peu. En effet, le risque serait de basculer dans une distance hyperdéfensive [8] : *« une certaine froideur relationnelle domine l'interaction »* pouvant, dans les milieux soignants, être aisément comparée à une *« asepsie relationnelle »*. Dans ce cas, le professionnel se situe dans la banalisation de la maladie et de la souffrance au risque d'en oublier l'attitude humaniste nécessaire dans son métier. Ces comportements et réactions se retrouvent dans des situations d'épuisement professionnel : le soignant a trop donné, sans limites, sans se protéger et sans avoir pris et mis cette distance si précieuse dans les soins.

Pascal Prayez, psychologue, clinicien et formateur en milieu hospitalier, évoque la distance *« injuste »*, celle qui est froide, injuste pour le patient en situation de vulnérabilité et parfois de dépendance [8]. Le soignant est en position de force et réaffirme son pouvoir sur le corps de l'autre, sur sa vie et sa mort. Quand un professionnel adopte une *« distance juste »* [8], il fait preuve d'une intelligence émotionnelle et ne se laisse pas envahir par ses affects. Le cadre est posé. L'écoute et l'échange en seront d'autant plus pertinents et authentiques.

Le langage dans les soins et les propos sont à adapter et doivent marquer la distance soignant-soigné. Le langage familier et le jargon professionnel sont à bannir. Il est crucial de choisir les mots justes et d'ajuster le ton de sa voix. Adapter son langage constitue une distance de sécurité : je mesure mes propos, mes paroles, je m'adresse au patient avec respect et civilité. J'utilise le "je", ce qui me permet de m'impliquer avec sincérité dans la relation. Le professionnel doit utiliser le vouvoiement pour s'adresser au patient, se positionner et se légitimer. Cependant, dans certaines cultures, le tutoiement est systématique. Il s'agit dans ce cas de ne pas s'en offusquer, d'être souple, de s'adapter et d'expliquer au patient que nous soignant, dans notre culture professionnelle, nous avons pour habitude de vouvoyer les patients. Le message est donc clair et explicite et lève tout malentendu. Le tutoiement peut être périlleux et infantilisant : des situations dans lesquelles des personnes âgées ont été tutoyées ou affublées de surnoms par certains soignants, instaurant des relations ambiguës de pseudo-camaraderie, peuvent être remémorées. Il est alors complexe pour le soignant de conserver sa place et sa crédibilité.

Mais le langage est aussi silence quand seule la présence chaleureuse est nécessaire : savoir se taire pour écouter l'autre et laisser le patient exprimer ses émotions. Le soignant se fait alors discret mais toujours présent par son attitude bienveillante et humble.

Les points à retenir

- **Le soignant doit faire preuve d'intelligence émotionnelle.**
- **La notion de juste distance** renvoie aux attitudes, aux comportements, au langage qui doivent être adaptés et bienveillants
- **Être dans la juste distance** c'est développer l'art du compromis.

Conclusion

« La juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places » [9]. Il s'agit d'être responsable de ses actes et de ses paroles, agir avec notre conscience professionnelle et développer l'art du compromis et de la bienveillance. ■

Références

[1] Martineau Chevrier H. De la proxémie aux territoires du moi. Santé mentale 2005;100:72-6.
[2] Prahin JJ. Emotions de soignant, émotions de soigné. Soins 1999;634:13-7.
[3] Goleman D. L'intelligence émotionnelle, comment transformer ses émotions en intelligence. Paris: Laffont, 1997.
[4] Benner P. De novice à expert. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2003.
[5] Chalifour J. Enseigner la relation d'aide. Montréal (Québec): Éditions Gaëtan Morin; 1998.
[6] Dominice P. La formation expérientielle : un concept importé pour penser la formation. In: Courtois B, Pineau G. La formation expérientielle des adultes. Paris: La documentation française; 2001. p. 53-65.
[7] Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers 2007;89:32-42.
[8] Prayez P. Julie ou l'aventure de la juste distance. Une soignante en formation. Paris: Éditions Lamarre; 2006. p. 220
[9] Prayez P. Julie ou l'aventure de la juste distance. Une soignante en formation. Paris: Éditions Lamarre; 2006. p. 213.

Pour en savoir plus

- Pitard L, Peruzza E, Claret N et al. Soins de confort et de bien-être, relationnels, palliatifs et fin de vie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Florence Michon,
cadre de santé,
centre de soins et de rééducation pep 92,
131, avenue de la Celle Saint-Cloud, 92420 Vaucresson, France,
Flo.michon.kossmann@free.fr

réflexion

Dialogue et soins

Établir un dialogue avec la personne soignée nécessite, pour le professionnel de santé, de se mettre à l'écoute de celle-ci dans sa singularité et son cheminement La clinique soignante, qui repose sur le dialogue, permet au soignant d'utiliser des savoirs et des techniques adaptés à chaque situation.

Walter Hesbeen

Mots clés

- Clinique soignante
- Dialogue
- Écoute
- Professionnel de santé
- Soin

Le dialogue est au cœur du soin, de l'attention portée à la personne. Le dialogue ne se confond pas avec un discours sur quelque chose ou sur quelqu'un, ni avec l'envie, parfois très forte, de parler à l'un ou à l'autre pour leur dire ce que nous pensons devoir leur dire ou leur livrer les informations que nous devons leur donner. Ce n'est pas non plus seulement communiquer et déployer des moyens de communication. Le dialogue procède d'une intention et d'une possibilité, celles de mettre en partage des mots et des silences qui permettent de mettre en discussion ce qui nous concerne. Dialoguer, c'est débattre de ce qui est important pour une personne ou pour un groupe afin de nourrir le cheminement, d'atténuer parfois le sentiment de solitude et de contribuer à une quête très personnelle de sens.

© BSIP/Furgolle

La nécessité du dialogue repose, à nos yeux, sur deux convictions :

- **chaque humain, quel qu'il soit, sans exception aucune, est un être unique**, exceptionnel et irremplaçable qui va seul son chemin qui le conduit irrémédiablement à la mort. Nous sommes ainsi chacun seul sur notre parcours de vie et nous essayons d'aller, du mieux que nous pouvons sur ce chemin en essayant parfois, souvent, d'en modifier la trajectoire mais finalement jamais la destination ;
- **la santé d'une personne en l'existence qui est la sienne est bien la santé de cette personne-là, nécessairement singulière** qui mène une existence qui lui est particulière, à nulle autre pareille. La santé d'une personne n'est donc pas réductible aux règles, aux savoirs et aux définitions des professionnels, même ceux que l'on nomme dans notre société les professionnels de la santé. C'est ainsi que le biologiste français René Dubos exposait que « *chacun veut faire quelque chose de sa vie et a besoin pour cela d'une santé qui lui soit particulière* »[1].

Ceci nous conduit à constater que les professionnels de santé, quelle que soit l'étendue de leur savoir et de leurs modalités d'actions, doivent nécessairement faire preuve d'une grande modestie. En effet, quels que soient l'étendue des savoirs, la longévité de l'expérience professionnelle ou les diplômes acquis, rien de cela n'autorise à imaginer pouvoir maîtriser l'autre ou à vouloir, par la force du statut, du savoir et de la technique, exercer un pouvoir sur l'autre dans son rapport aux ►

Note

1. **Dubos R.** Chercher des médecins, cité par J. Boireau, In *Pour*, mai-juin 1991.

professionnels de santé. Rien de cela ne devrait déboucher sur un manque de simplicité dans les rapports humains. En effet, le professionnel a beau savoir ce qui serait bon pour le corps de cet autre, il a beau imaginer ce qu'il ferait à la place de cet autre, la personne n'est pas réductible à son corps, à ses affections, et sa situation n'est pas et ne deviendra pas celle d'un professionnel, si performant soit-il. Nous pouvons donc désirer ce qui nous semble bien et bon, mais ce désir est le nôtre et n'est pas celui de cet autre. Ce qui est désirable pour l'un dans une trajectoire singulière de vie est parfois éloigné de ce qui est désirable pour d'autres, même lorsque ces derniers ont le statut de professionnels des soins et de la santé.

De la médecine de la personne à celle du corps

Un élément majeur du contexte consiste en l'orientation de la médecine contemporaine et son incidence sur la représentation

ENCADRÉ 1

Adeline

« Aurais-tu le temps de venir voir une petite dame de 92 ans ? Elle est déprimée, elle ne veut plus prendre ses médicaments, elle refuse tout… Elle est ici pour une décompensation cardiaque. »

J'aime faire plaisir à Catherine, notre gériatre. Elle a un réel bon sens "psy" et fait toujours des demandes adéquates. Et puis, c'est Catherine, quoi !

« Ok, j'ai un quart d'heure, j'arrive ».

Un quart d'heure, c'est suffisant, c'est ce qu'il faut pour poser un diagnostic de dépression et prescrire le médicament… enfin… en gériatrie !

Adeline m'interpelle sitôt que je me présente à elle : *« Vous êtes le psychiatre qui doit me convaincre de reprendre mes médicaments ! »*

Et Adeline m'explique pourquoi elle ne veut plus ses médicaments. La vie est devenue trop longue, trop lourde pour elle, elle ne comprend plus la vie. Non que celle-ci lui fasse offense, oh que non ! Sa santé est encore très bonne, si ce n'est son cœur qui tracasse tant le médecin. Ses enfants l'entourent, ses petits-enfants la comblent. Mais voilà : *« Il faut bien que cela s'arrête un jour… et c'est le moment… je veux dire que c'est mon moment ! ».*

Elle me jette un regard malicieux : *« Vous êtes encore trop jeune, vous, pour y penser… »*

Je me sens subitement inquiet : Adeline a bien toute sa tête, je le constate, et, de plus, elle n'est pas déprimée du tout ! Je me sens un peu honteux de le regretter, qu'elle ne soit pas un tantinet déprimée. Au moins, j'aurais pu alors confirmer à Catherine qu'Adeline avait bien besoin d'un traitement, et qu'après quelques jours, tout rentrerait dans l'ordre ! Je sens confusément que je vais prendre du retard dans ma consultation…

Alors je négocie avec Adeline, je lui rappelle qu'elle a sans doute encore devant elle de bons moments, avec ses enfants et ses petits-enfants, pourvu qu'elle accepte de reprendre ses médicaments pour son cœur.

« Je ne vous demande pas l'euthanasie, docteur, je vous demande simplement d'accepter que je vous dise au-revoir et que je continue mon petit chemin toute seule ».

Mais je suis médecin, bon dieu, et psychiatre en plus ! Je me dois de la convaincre de prendre ses médicaments. Certes, elle n'est pas déprimée ! Certes, elle a toute sa tête… Voilà mon joker !

« Madame, je vois ici beaucoup de personnes plus jeunes que vous, qui sont démentes et pour qui la vie est violence… mais vous, vous avez toute votre tête… ! ». Son sourire m'empêche d'aller plus loin dans la bêtise… *« C'est parce que j'ai toute ma tête que je peux vous dire : laissez-moi… »*

Ainsi donc, voilà une patiente qui me donne congé ! Licencié par une malade qui va mourir si je ne la convaincs pas de reprendre ses médicaments… Catherine a raison, il faut…

Mais de qui suis-je l'invité dans cette chambre ? De Catherine ou d'Adeline ? Et pourquoi la beauté de la demande d'Adeline m'insupporte-t-elle ? Et pourquoi donc je me surprends à lui en vouloir de n'être pas simplement déprimée ?

« Laissez-moi aller seule sur mon chemin… »

Alors j'ai pris la main d'Adeline et je lui ai souhaité une bonne promenade, en la remerciant de s'être un jour trouvée sur mon propre chemin : les quelques mètres que nous avions parcourus ensemble m'avaient réconforté.

Adeline a souri.

Raymond Gueibe, psychiatre de liaison, Clinique Saint-Pierre, Ottignies Louvain-la-Neuve (Belgique), formateur, Paris (75)

Extrait de Hesbeen W. Travail de fin d'études, travail d'humanitude. Se révéler l'auteur de sa pensée, Masson, 2005

PRÉCISION

Ce texte a servi de support à la conférence prononcée à Québec (Canada) à l'occasion du Congrès mondial des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (Sidiief), en mai 2006.
Pour en savoir plus : www.sidiief.org

même de ce qu'est la santé. En effet, lorsque la médecine, pour accéder au rang de science, a rompu avec l'intérêt porté au malade pour placer au cœur de ses préoccupations le traitement de la maladie, elle a bien sûr fait œuvre utile sans laquelle son efficacité actuelle ne serait qu'approximative. Cette rupture a inauguré une autre forme de médecine, qui a elle-même suscité l'espoir du plus grand nombre lorsque le corps est lésé et qu'une réparation est demandée, ne peut laisser dans l'ombre les effets moins attendus qu'elle a engendrés. D'une médecine de l'homme qui prévalait depuis Hippocrate, cette rupture intervenue au XIXe siècle nous a fait entrer dans une médecine du corps de l'homme dont les nécessités mêmes de son élaboration en savoirs scientifiquement établis ne pouvaient prendre en compte le sujet en la singularité de son existence. La médecine du corps – ou médecine de la maladie – s'est laissé aller à oublier la personne même du malade, alors que le soin nous invite à une attention particulière portée à cette même personne, qui n'est pas réductible à sa maladie, à son affection.

Il résulte de ce déplacement d'intérêt que la notion de santé concerne davantage aujourd'hui le bon fonctionnement du corps que l'allure de la personne, sa façon de cheminer dans sa vie, les désirs qui l'animent – y compris celui de mourir – et qui sont parfois différents de ceux que projettent sur elle son entourage et les professionnels de santé. L'illusion de pouvoir guérir l'autre ou la certitude que l'autre a nécessairement envie de guérir sont encore bien ancrées dans l'imaginaire collectif, et peut-être davantage encore dans celui des professionnels de santé. Ces derniers, par leurs formations, ont accès à de nombreuses connaissances qui se présentent de manière plus ou moins explicite comme autant de certitudes. Dans les pratiques, l'accueil même à la singularité d'une existence est ainsi parfois entravé par le dessein de ces "professionnels qui savent", et la mise en œuvre de leurs connaissances et de leurs techniques. Non que les professionnels de la santé ne savent pas, mais leurs connaissances scientifiques et leurs moyens techniques les conduisent parfois à oublier que ce qu'ils savent ne peut être que relativisé dès lors qu'ils se veulent authentiquement accueillants à une personne et non, d'emblée, intervenants pour orienter le décours de la vie de celle-ci.

C'est ainsi, par exemple, que les injonctions prononcées parfois par les professionnels de santé ou les propos péremptoires tenus par eux en telle ou telle situation, témoignent de ce possible écart entre l'exercice professionnel et le souci de la personne. La parole savante prononcée du haut du statut professionnel semble ne laisser aucune place à la parole soignante qui pourrait être émise en cette situation. C'est en cela qu'une posture soignante requiert la notion de simplicité car, quelle que soit l'étendue des savoirs acquis, aucun de ceux-ci ne peut conduire le professionnel à oublier que c'est à une personne unique et particulière qu'il s'adresse tant dans sa façon de l'accueillir, que de se présenter à elle et de lui proposer une aide à vivre. Pour illustrer ceci, Raymond Gueibe nous a confié un texte relatant la situation d'une dame âgée, Adeline, qui aurait pu, si elle n'y avait veillé elle-même, devenir l'objet d'un déplacement d'intérêt, d'une confusion de désirs (*encadré 1*).

Une clinique soignante

Ces deux convictions – chaque humain est un être unique, exceptionnel et irremplaçable – et la santé d'une personne n'est pas réductible aux savoirs et règles des professionnels de santé – conduisent à préciser que la pratique des professionnels, si elle se veut explicitement respectueuse et soucieuse de la singularité du sujet et de la sensibilité de l'humain dont l'existence est à nulle autre pareille, requiert une façon d'agir qui se fonde sur la clinique, une clinique dont la perspective est explicitement soignante – non implicitement – c'est-à-dire dont la perspective et l'intention sont imprégnées de soin, marquées par la volonté du professionnel de se présenter dans sa pratique comme un sujet, une personne sensible et accueillante à la sensibilité de l'autre.

Une telle clinique soignante est elle-même fondée sur l'autonomie du professionnel et sur sa capacité non d'appliquer des savoirs, des techniques, des théories, des protocoles, des procédures, des données probantes ou des règles, mais bien de penser son agir en vue de chercher à approprier ces mêmes références à une situation particulière. La clinique soignante consiste à chercher avec l'autre ce qui convient à sa situation, ce qui équivaut à accepter de se mouvoir, de-ci, de-là, avec cet autre, au gré des manifestations, des prises de conscience et du sens qui émerge. ►

Parfois, la parole savante prononcée du haut du statut professionnel semble ne laisser aucune place à la parole soignante

ENCADRÉ 2

Les sept exigences du dialogue

L'importance de la qualité du dialogue pour des rapports humains marqués d'humanité n'est sans doute pas à démontrer. Se réunir pour débattre ensemble de ce qui nous concerne semble néanmoins parfois bien ardu, qu'il s'agisse de dialoguer à deux ou en groupe. C'est ainsi que quelques "exigences" pour entrer en dialogue, pour débattre de ce qui nous concerne dans cet espace clinique de co-création, peuvent être identifiées.

Pour qu'il y ait dialogue il faut d'abord qu'il y ait le désir de dialoguer de la part des personnes réunies. Le désir ne s'impose pas, mais il est possible de travailler à le faire advenir, à tenter de le faire émerger.

Ensuite, le dialogue ne peut avoir lieu que si chacun voit en l'autre une personne, c'est-à-dire un individu sensible, un sujet capable d'élaborer sa propre pensée et de cheminer pour opérer librement ses choix, identifier le sens de ce qui lui arrive et des orientations qui en découlent ; voir en chaque personne une personne, c'est considérer que chacun, quel qu'il soit, n'est pas réductible ni à son statut, ni à son affection, ni à ses caractéristiques. C'est pour cette raison qu'il ne peut y avoir de mensonges dans le dialogue, il ne peut y avoir de tricherie dans la relation entre les personnes.

Une autre exigence est celle de l'écoute qui consiste à accueillir la parole de l'autre. Cet accueil se caractérise par une double nécessité : d'une part, celle de se taire lorsque l'autre parle et, d'autre part, de ne pas, même en silence, déjà anticiper sur la réponse à donner ou le contre-argument à opposer. Si se taire consiste à s'échapper pour élaborer déjà la réponse à apporter, il n'y a pas d'accueil de la parole qui se dit et qui est donc perdue pour le dialogue, elle devient inutile pour celui-ci.

Le doute constitue une autre exigence, qui n'est pas nécessairement confortable mais néanmoins nécessaire. En effet, la raison même du dialogue disparaît dès lors que les certitudes (c'est-à-dire l'absence de doute) sont plus importantes que les ouvertures, que la perspective d'une création, que les possibilités d'évolution.

La cinquième exigence est celle que nous nommons l'interdit de la persuasion. En effet, persuader signifie "œuvrer habilement pour que l'autre adhère à ce que je dis". De la sorte, la persuasion consiste à demander à l'autre d'adhérer, de "coller" à un propos, à un désir, à un projet. Persuader est donc manipuler, c'est-à-dire refuser à l'autre le statut de sujet capable de penser et de cheminer en vue d'identifier ce qui est bon et désirable pour lui et d'en trouver le sens. De cette exigence découle la suivante car elles s'articulent étroitement, subtilement l'une à l'autre.

En effet, s'il est interdit de persuader il est néanmoins requis d'argumenter ; le refus de l'argumentation au nom de l'interdit de la persuasion serait l'expression d'une forme de désintérêt pour l'autre, comme en témoigne l'expression "Faites ce que vous voulez", qui ne reflète pas de manière marquée l'intérêt porté à quelqu'un. Le chemin est étroit entre l'interdit de la persuasion et la nécessité de l'argumentation. L'équilibre qui peut y être trouvé réside dans l'intention, par exemple celle d'informer judicieusement tout en se montrant accueillant à ce qui est désirable et acceptable pour l'autre à ce moment-là de son cheminement.

Enfin, la dernière exigence du dialogue réside dans la notion de silence. L'acceptation du silence est parfois difficile. Celui-ci permet néanmoins de laisser place aux cheminements intérieurs et de s'extraire d'une forme d'activisme verbal bien souvent marqué par la banalité des propos, qui peuvent même se révéler insensés. Accepter les moments de silence est sans doute l'un des reflets le plus marquant de la confiance, de la "complicité" ; c'est accepter d'être au contact de l'autre tout simplement, sans artifice rhétorique.

Ces sept exigences du dialogue se conjuguent dans la clinique soignante autant que dans les rapports au sein des équipes. Il est souvent intéressant d'observer deux personnes ou un groupe qui tentent de dialoguer. Que de fois le dialogue est-il rendu impossible, en particulier par l'absence d'écoute et par les jeux de pouvoirs, notamment lorsque ce sont les statuts qui parlent et non les personnes et les manœuvres de persuasion qui en résultent.

Extrait de Hesbeen W. *Travail de fin d'études, travail d'humanitude. Se révéler l'auteur de sa pensée, Masson, 2005 : 70-2*

► C'est parce que la clinique soignante n'est pas l'application sur l'autre de nos savoirs professionnels et de nos désirs de soignants qu'elle requiert le dialogue et se fonde nécessairement sur celui-ci. Nous avons, pour notre part, identifié sept conditions ou exigences du dialogue (*encadré 2*).

Le professionnalisme du soignant se fonde sur le dialogue et a recours à une palette de connaissances, de plus en plus étendue et enrichie. Mais ces connaissances, qu'elles soient scientifiques ou non, requièrent en permanence la vigilance et l'intelligence du professionnel afin de ne pas se transformer en un applicateur insensible de savoirs et techniques, mais de rester un professionnel sujet, sensible et capable d'appropriation à une situation nécessairement particulière. Il s'agit, pour les professionnels, de faire don de leur intelligence d'humain pour atténuer le risque de se réduire eux-mêmes, ou de réduire l'autre, à l'objet des connaissances professionnelles auxquelles ils ont recours. Ces connaissances se présentent, en fin de compte, comme autant de matières à penser, ce qui veut dire, selon Hannah Arendt, maintenir vivant le dialogue avec soi-même. ■

L'AUTEUR

Walter Hesbeen, infirmier, docteur en santé publique, secrétaire général de l'Institut Perspective soignante, Paris (75), w.hesbeen@perspectivesoignante.fr