

Faut-il que le soignant évite de se projeter sur le patient, de s'identifier à sa souffrance pour bien le soigner ? Ou au contraire, faut-il qu'il s'identifie à lui – mais alors jusqu'où ? – pour pouvoir le comprendre et donc mieux prendre soin de lui ? Toute relation de soins doit trouver sa juste mesure, son point d'équilibre entre ces deux pentes glissantes : l'identification et la mise à distance.

Une trop grande proximité avec le patient, une trop grande implication émotionnelle ou affective expose inévitablement le soignant à un manque de lucidité et de sang-froid dans les décisions à prendre. Comme le rappelle B. Hanson, il en va ainsi avec les membres de sa propre famille – et c'est pourquoi la sagesse recommande aux soignants de ne pas traiter leurs proches. J. Desert constate les mêmes complications avec des collègues ou des supérieurs devenus eux-mêmes des patients dont on a la charge. On ne les soigne pas avec la neutralité bienveillante habituelle, tant on projette des attentes supposées, tant on imagine des jugements impitoyables. On pourrait évoquer d'autres cas, où l'on ne peut s'empêcher de projeter ses propres émotions, comme celui des enfants souffrants – qui peuvent susciter une émotivité paralysante ou un sentiment de révolte chez certains – ou encore celui des délinquants (sexuels), des toxicomanes et des ivrognes – qui suscitent quant à eux un rejet, voire un dégoût. Il n'appartient à personne de juger : nous avons chacun nos limites. Mais il importe de rappeler que là où une certaine distance ou neutralité n'est plus tenable, il convient de passer le relais. Ce n'est ni une démission ni même un échec ; au contraire, c'est là encore avoir un geste professionnel.

Il est intéressant de noter, à la suite des Drs Mallet, Jadouille et Tebourski, que le savoir médical, objectivant par définition, se révèle merveilleusement ambigu. Certes, il fait violence au patient puisque projeté sur lui, il le réduit au statut de malade et, mieux encore, au statut de maladie, de pathologie quand ce n'est pas à celui d'un simple organe défaillant (cfr *Ethica Clinica* n° 26). Et pourtant, en même temps, cette projection ouvre un espace qui, quoi qu'on en dise, permet aussi la relation soignante. Elle protège en effet le médecin de toute identification émotionnelle paralysante : le malade, parce qu'identifié à ce seul statut de malade, est du coup un autre (que lui, qui soigne), il diffère de lui par sa maladie clairement diagnostiquée ou, du moins, suspectée. En d'autres termes, si le savoir médical menace toujours de réduire l'autre à l'état d'objet, il peut – positivement cette fois – contribuer à faire de l'autre un sujet différent de soi par ce seul critère de santé, permettant dès lors, grâce à cette mise à distance, une authentique relation de soins. L'étude du docteur Tebourski relative aux attitudes des soignants tunisiens face aux patients atteints du sida est d'ailleurs révélatrice à ce sujet : le phénomène d'exclusion et de rejet de ces patients se vérifie davantage du côté de ceux qui ne « connaissent » pas la maladie, et qui donc s'enferment plus facilement dans des préjugés.

Si une certaine mise à distance semble donc indispensable, il ne faudrait pas que celle-ci devienne un fossé ou un mur d'indifférence. Une certaine empathie, voire une certaine identification au patient, semble également indispensable pour entrer en communication avec lui. C'est en rejoignant l'autre dans ses véritables souffrances, dans ses doutes et ses attentes, plutôt que dans celles qu'on lui suppose (à moins qu'on ne les nie toutes) que le soin devient humain. Comme le note le Dr Kremer, le fait d'avoir été soi-même hospitalisé, en tant que médecin, aide incontestablement à mieux comprendre le vécu des patients.

Il revient cependant à M. Barréa d'attirer notre attention sur le fait que cette empathie indispensable est parfois rendue impossible dans le corps-à-corps de la relation soignante : les odeurs nauséabondes, les bruits disgracieux, les plaies béantes peuvent rebuter et empêcher tout contact. Mais ce n'est pas tout. Rejoindre l'autre dans ces souffrances se révèle ambigu. D'un côté, comme le montre D. Zucker, mais aussi E. Feldman, vibrer à la souffrance de l'autre, faire résonance, permet non seulement de mieux comprendre et d'ajuster les soins prodigués, mais permet aussi, en particulier dans le travail psychothérapeutique, d'aider le patient à comprendre lui-même ce qu'il est en train de vivre. Entrer ainsi en résonance avec le patient pour qu'il puisse s'aider à vivre ce qu'il a à vivre, exige de la part du soignant un travail sur soi, par lequel il apprend à distinguer ses propres émotions de celles qui appartiennent à celui qu'il écoute. Le texte de C. Bolly illustre ce point, en attirant l'attention sur la nécessité d'apprendre à distinguer le temps du soignant de celui du soigné. Mais précisément, c'est là l'ambiguïté : comment être sûr que la souffrance et les besoins que l'on dit être ceux de l'autre ne sont pas encore les nôtres, que nous projetons sur lui ? Car il reste vrai que c'est encore et toujours le soignant qui dit « ressentir » ou « deviner » ou « comprendre » ce qu'il attribue à l'autre. La réponse est ici déconcertante par sa simplicité, et c'est peut-être pourquoi on n'y pense jamais : il suffit de poser la question au patient, « est-ce bien cela que vous voulez me dire ? ». Faute de quoi, on risque effectivement de retomber très rapidement dans des projections.

Toute relation articule en même temps une mise à distance et une identification ou empathie. En d'autres termes, les relations de soins, en hôpital général comme en maison de repos ou en institution psychiatrique, voire à domicile, ne sauraient se réduire à un contrat passé entre deux sujets ou, pour le dire selon le célèbre mot du Dr Portes, un contrat passé entre une confiance et une conscience ou encore, entre une demande limpide d'un côté et une compétence réelle de l'autre. En effet, aucune relation ne peut être comprise comme un simple commerce entre deux sujets autonomes et rationnels, absolument au clair sur leurs motivations et leurs demandes conscientes. S'il en va ainsi, pour les relations de soins comme pour les relations hiérarchiques ou entre collègues, c'est parce qu'elles sont toujours faites de projections parfois illusives et d'attentes qui ne s'avouent pas. Elles sont faites aussi de désirs et de craintes à propos de ce que l'autre est, de ce qu'il pourrait penser. Il y a aussi les insinuations, les non-dits, etc. Une relation ne met donc jamais en présence deux êtres se réduisant à ce qu'ils montrent ou croient montrer d'eux dans l'instant : elle met en présence deux histoires faites de joies et de souffrances, ayant leurs propres conceptions des choses, leurs propres langages, leurs propres désirs, leurs propres problèmes, leur propre façon aussi d'interpréter ce qu'ils sont en train de vivre. On croit s'adresser à l'autre comme à un être rationnel : en réalité on s'adresse toujours à lui comme à une histoire qui vient d'un passé qu'on ignore et qu'il veut le plus souvent nous voiler. On croit aussi s'adresser à lui en tant qu'on est soi-même un être rationnel : malgré tous nos efforts, on s'adresse à lui à partir de notre histoire qui vient, elle aussi, d'un passé qu'on ignore le plus souvent et qu'on ne veut surtout pas dévoiler à l'autre. On mesure ainsi l'écart qu'il y a entre la réalité concrète de toute relation d'un côté et ce que certains prétendent qu'elle doit être sur un plan strictement professionnel de l'autre. On devine aussi la complexité de l'acte de soigner qui, pour les raisons qu'on vient d'évoquer, ne saura jamais être simplement « technique ».

Jean-Michel Longneaux