

## LA FAMILLE DANS LES SOINS : CONTRAINTE OU RICHESSE ?

*Communications croisées du 19 mai 2016*

*dans le cadre du colloque organisé par l'IFCS et l'ANFH*

### QUELQUES MOTS POUR INTRODUIRE « LA FAMILLE DANS LE SOIN : CONTRAINTE ET/OU RICHESSE ? »

Tout d'abord, nous aurions pu également poser la problématique autrement, par exemple : Comment soigner et prendre soin d'un patient en l'absence totale de sa famille? Nous pourrions également nous interroger sur le sens de ce questionnement autour de la famille dans le soin ?

Effectivement, depuis plusieurs années, d'importants changements traversent le champ de la santé en France. Les moyens financiers consacrés au soin en général sont en diminution alors que les besoins augmentent, notamment du fait de l'accroissement de la durée de vie, du fait de l'augmentation des diagnostics de maladies chroniques et de leurs possibilités de traitement. Ces restrictions financières ont pour effet de diminuer peu à peu les pouvoirs techniques des soignants, et en corrélation d'entraîner une diminution du pouvoir symbolique qui leur est conféré par les usagers. Le patient quant à lui devient de plus en plus acteur de sa situation de maladie, comme en témoignent entre autres les lois Kouchner, Léonetti. Enfin, ce sont les familles des patients qui voient leur influence grandir dans le cadre du soin, notamment en tant que ressources bénévoles. D'après un rapport de *l'Association Française des Aidants*, publié en 2016, ce sont actuellement en France 8,3 millions de personnes qui assurent un accompagnement bénévole, à caractère régulier et non professionnel pour un proche dans la maladie ou le handicap. Et ce terme « bénévole » est crucial. En effet, nous pouvons tenter d'imaginer ce qu'il en coûterait à notre société si cet accompagnement n'était pas bénévole... Et 80 % de ces accompagnants sont des membres de la famille du patient.

Cette thématique de la famille dans le soin nous concerne donc tous, que nous soyons soignant, patient ou aidant, et bien sûr tout simplement en tant qu'être humain faisant partie d'une famille.

L'environnement affectif du patient est donc de plus en plus acteur dans la production du soin et développe un réel savoir-faire de prise en charge du fait de son investissement, du fait également des possibilités d'accès à l'information concernant les pathologies, les thérapies et leurs conséquences, et du fait de l'organisation et de l'influence des associations de familles et de proches des malades qui sont de plus en plus partie prenante dans l'organisation institutionnelle du soin (par exemple l'UNAFAM, les associations de parents d'enfants

souffrant de troubles envahissants du développement, etc.). Il apparaît donc de moins en moins envisageable de considérer le soin sans les familles.

Le soin, nous pourrions le définir comme des actes professionnels destinés à soigner en vue de guérir. Mais le soin représente également des actes de relation à l'autre, des actes de prendre soin, consistant à s'occuper du bien-être d'une personne. Ces deux sens du soin pourraient distinguer deux mondes séparés : d'une part le monde des soignants pour l'activité professionnelle, pour le soin en tant que tel, et d'autre part le monde de l'entourage du patient pour la relation à l'autre, pour le prendre soin. Or ces deux mondes ont tendance à s'interpénétrer : un soignant peut difficilement soigner sans être en relation, parfois même en relation très intime, par exemple lorsqu'il accueille confidences et secrets de la part du patient, ou lorsqu'il réalise des soins corporels où la pudeur est concernée, et parfois lorsqu'il accompagne les derniers instants de vie d'une personne. Quant à la famille du patient, qui peut assurer le prendre soin en dehors des épisodes d'hospitalisation, elle est également parfois sollicitée au niveau de certains soins dans les institutions (par exemple : les parents d'enfants hospitalisés, très présents et qui déchargent volontiers le personnel hospitalier de certaines tâches)

On assiste donc à une nouvelle dynamique du lien en ces trois dimensions : le patient, sa famille, et le soignant. Or, chacun de ces acteurs pense et œuvre selon ses propres valeurs, son propre point de vue, et sa propre expertise sur la situation de maladie, ce qui peut entraîner une majoration du risque de tension autour du soin, autour des décisions de soin et de leurs conséquences. Cette tension, voire cette conflictualité, peut être particulièrement active lorsque le patient n'est pas en mesure de faire entendre son propre avis, parce qu'il est trop jeune, trop âgé, en perte de capacités, inconscient, en état de grande vulnérabilité, ou tout simplement lorsqu'il préfère s'en remettre à ses proches pour toute décision le concernant. Quoiqu'il en soit, c'est donc avec ceux-ci que le soignant peut être amené à faire.

Dans l'idéal, il s'agirait de procéder à une négociation du soin entre patient, soignant et famille, à des échanges concernant l'information par rapport à la maladie, aux traitements et aux modalités de prise en charge. Alors cette négociation fera sans doute émerger des émotions, des croyances, des enjeux de pouvoir, de savoirs, des débats de légitimité, de compétences, d'expertise. Cette négociation peut également amener les différents acteurs à confronter et explorer la richesse de leurs points de vue, de leurs représentations, de leurs valeurs. Cette négociation pourra les conduire à envisager sous un autre angle celui dont il est question, c'est-à-dire ce patient-là, dans cette situation-là, et faisant partie de cette famille-là. Cette négociation pourrait ouvrir sur des compromis autour des pratiques du soin ET autour du prendre soin. Et cette négociation pourrait gagner à s'appuyer par exemple sur la méthodologie de la pratique de l'éthique en situation.

C'est effectivement cette prise de distance apportée par le regard éthique, qui permet d'entendre la parole de tous, qui nous aide à penser l'être humain en relation, et qui nous aiderait ici à co-construire des pratiques de soin et de prendre soin dans une triangulation patient/soignant/famille, où chacun serait reconnu par l'autre, notamment dans ses compétences, dans ses savoirs, dans ses souhaits, et dans sa liberté.

## REGARDS CROISES DU CÔTE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE, DU CÔTE DU SERVICE DE SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE

Peut-on être acteur de soin sans prendre en compte la dimension familiale du soin ?

F. Worms, philosophe, nous rappelle que le *soin*, dans son acception première, fait référence au *prendre soin* qui accompagne l'arrivée au monde de tout être vivant, en particulier les soins apportés par la mère à son enfant dès la naissance. Winnicott, dans une conférence prononcée en 1970, notait déjà une tendance à glisser d'un terme à l'autre, entre *care* et *cure*. Le premier (*care*) renvoie à l'attention, l'intérêt, le soin porté à autrui, tandis que le second (*cure*) correspond à une vision plus technique de la pratique médicale, au sens de traitement, « éradication de la maladie ». Winnicott utilisera le terme de *care-cure* (soin-traitement) pour réorienter la pratique médicale vers sa fonction universelle : non seulement acte technique mais également soin relationnel, à l'origine de notre être-même, dans la santé et non pas seulement dans la maladie. Tout soignant, dans cette perspective, est ainsi invité à favoriser la croissance individuelle, non seulement en réponse à une dépendance liée à l'état de vulnérabilité du sujet immature, malade ou vieillissant, mais également pour soutenir la créativité à l'origine-même de la subjectivité. Winnicott développe le concept de *holding*, pour caractériser « l'environnement facilitant le processus de croissance et de maturation », ne pouvons-nous pas ainsi apparenter le soin à la fonction familiale. Quelles conséquences dans une perspective éthique ?

Comment, dans une organisation des soins, qui vise par définition des groupes de patients et de professionnels, créer les conditions favorables à des relations vraiment humaines et vraiment soignantes ? Paul RICOEUR, dans son texte de 1954, intitulé « *le socius et le prochain* », avait déjà compris que « *ce qui échappe à la science des groupes organisés (...), c'est précisément la relation que je noue avec un autrui, qu'il nomme prochain* » (M. Dupuis, p. 80). Dans son commentaire de ce texte, Michel Dupuis développe comme alternative à une organisation fondée sur l'ordre et la régularité, une *éthique du care*, fondée sur le souci de l'autre, sur la sollicitude, ou encore une forme de savoir être : « être attentionné ». Cette éthique demande au soignant de s'engager dans son acte, au-delà du socius, au sens de son rôle et de sa fonction, de s'engager en tant qu'être humain. Le soigné, non plus, ne peut se réduire à une dimension d'objet de soin, mais doit apparaître en tant que personne en chair et en os, telle qu'elle est rendue présente dans la rencontre. Michel Dupuis propose ainsi de « dématerniser » le *care*, en ouvrant le soin à l'authenticité de l'expérience individuelle.

Dans cette conception du soin, comment ne pas ouvrir l'accueil du sujet souffrant à son histoire, à son environnement familial, à son parcours de sujet dans sa singularité ? Le soin en psychiatrie tout particulièrement ne peut ignorer la dimension environnementale et familiale du sujet.

L'évolution de la prise en charge des troubles psychiques dans un contexte de désinstitutionalisation, où l'hospitalisation ne représente qu'un moment ponctuel dans la vie du patient, et dans son parcours de soin, oblige à repenser la place des soignants dans le parcours de vie des sujets en proie à la souffrance psychique. Les familles, par le biais d'associations telles que l'UNAFAM, expriment leur souhait d'être d'avantage partenaires des soins et font remarquer qu'elles jouent un rôle déterminant lors de l'arrivée des troubles chez

leur proche, mais aussi dans les moments de crise et d'urgence, lors des demandes de soin sans consentement, et également dans l'accompagnement et le parcours de rétablissement du patient dès lors que son autonomie est en jeu. La famille, premier lieu de socialisation, est naturellement concernée par le maintien du lien au monde du sujet. Cela m'a amenée à l'idée pour cette intervention de travailler avec une collègue de pédopsychiatrie dont l'approche est d'emblée axée sur le travail avec la famille.

Les attentes des familles sont-elles différentes selon l'âge du sujet malade ? Les résistances des soignants à associer les membres de la famille aux décisions concernant le patient suivi sont-elles différentes ? En quoi une approche peut-elle s'enrichir d'une autre ?

## **PLACE DE LA FAMILLE EN PEDOPSYCHIATRIE, PLACE DE LA FAMILLE DANS LE SOIN EN PEDOPSYCHIATRIE**

Je me ferai ici l'écho d'un partage d'expérience avec mes collègues, qui toutes travaillent depuis de longues années au CMP enfants et adolescents de Saint-Nicolas-de-Port. C'est donc plus un témoignage élaboré ensemble, à la fois dans notre travail commun au fil des années et à la fois de façon neuve, mis en mots pour cette occasion, pour nous aujourd'hui.

Il a été intéressant pour moi de constater que lorsque je sollicite l'équipe sur cette question, d'emblée la question résonne. Elle est juste.

Oui dans le travail avec les enfants, le travail avec la famille a une place incontournable, et oui, parfois nous avons le sentiment de travailler avec la famille, parfois nous avons le sentiment de travailler avec un sentiment comme de lutte avec elle, comme en contre, et nous sentons que nous sommes dans une sorte de lutte énergétivore et parfois peu constructive. Cela étant, ce « dérangement » que nous causons est souvent incontournable, et relève de notre fonction.

L'évidence d'emblée est l'essentiel de ce travail avec les parents, et souvent plus globalement avec la famille. C'est pour nous incontournable, indispensable, on ne peut faire sans. L'enfant arrive amené par un ou les parents, ou un parent responsable de lui, et la demande est dans la majorité des cas portée, soutenue par les parents. Et si la demande n'est pas la leur, ce n'est que s'ils s'en approprient une réellement qu'un travail pourra s'entreprendre pour leur enfant. C'est avec eux que nous définirons un cadre de travail, pour lequel leur accord est requis, accord sans lequel on sait qu'il deviendra acrobatique voire impossible de travailler pour l'enfant. La relation aux parents, et à la famille, fait partie intégrante du soin, si elle n'en est pas la condition nécessaire et non suffisante.

L'enfant vit et se construit dans ses liens à ses parents. Une souffrance psychique d'un enfant, c'est une souffrance pour ses parents, pour sa famille. Cela peut être aussi un signe d'une souffrance non résolue dans la famille, ou de la famille. La famille est donc le terreau de développement, de croissance, et de construction de l'enfant. Les parents, ces grands arbres autour de lui, vont chercher à ajuster, à situer, à mettre du sens ou des réglages... et c'est à cela que nous devons les accompagner, en construisant avec eux un espace d'échange et de réflexion pouvant ouvrir un chemin de transformation pour l'enfant et pour eux avec lui.

La rencontre est essentielle. C'est sur la base de cette rencontre qu'une alliance va pouvoir se mettre en place. Alliance est un terme fort usité ces années-ci, mais je l'apprécie pour l'esprit de lien d'équipe qui l'habite. S'allier, c'est être force alliée, et c'est s'allier pour l'enfant, pour ses besoins, son développement, son accompagnement. L'alliance, c'est un dialogue, un partage, dans lequel la personne est, et se sent, respectée dans sa place de sujet. Nous différencions cette forme d'alliance des relations plus de l'ordre d'un rapport d'autorité, qui peut aller jusqu'à évoquer une forme d'emprise, quand le soignant en vient à dire ce qu'il faut faire, et à s'exprimer et dire comme si il savait lui ce qui est bien ou mal...

Au-delà de la dimension psychiatrique, il y a toujours le quelqu'un, la personne ; le considérer entièrement comme la personne qu'il est, et redonner aux personnes, y compris la famille, leur pouvoir de poser leur propre décision, leur propre choix, c'est aussi se rappeler que tout n'est pas pathologique, même en psychiatrie.

La rencontre peut se heurter à des écueils récurrents, comme un bateau rentrant au port doit connaître les rochers à l'approche de la rive. Nous les détaillerons tout à l'heure, dans le vécu des parents, et dans ceux du soignant, dont on parle souvent moins, mais qui compte tout autant. C'est sur la base de cette rencontre que pourra se construire une ouverture de perspective potentiellement opérante pour eux et pour l'enfant, c'est-à-dire conduisant à une respiration différente dans les échanges et dans la croissance psychique de l'enfant.

## PLACE DE LA FAMILLE DANS LE SOIN EN PSYCHIATRIE ADULTE

En psychiatrie adulte, les acteurs de soin psychique ont plutôt pris le parti de recevoir le sujet en tant qu'individu autonome, et parfois de le couper de son milieu familial pour lui permettre d'exprimer librement sa demande de changement. Certaines orientations théoriques, mal interprétées, ont pu conduire à l'idée que la cause du problème de santé pouvait être la famille elle-même.

La conflictualité, au cœur du fonctionnement psychique lui-même, a ainsi été déplacée vers l'environnement familial et par conséquent dirigée vers et parfois contre les proches du patient.

Ainsi, pour illustrer le type d'interactions famille-soignants qui peut créer du malentendu, je vais évoquer un extrait d'une séance de groupe avec des familles de patients. Une mère vient, ce soir-là, à la réunion avec un lourd chagrin, et sur invitation du groupe explique que la veille, elle a trouvé son fils de 40 ans errant dans la rue, pieds nus, alors qu'elle venait lui rendre visite dans la structure d'hébergement collectif où il habite et bénéficie d'un accompagnement éducatif. Nous étions la veille de Noël et la famille devait se retrouver le lendemain à la montagne pour un dîner de réveillon avec les deux enfants de Mme et ses petits-enfants. Après avoir pris le temps de convaincre son fils d'accepter de souper avec elle, puis de le raccompagner chez lui, elle appelle l'équipe soignante référente pour leur signaler la situation et demander de l'aide. « *On me dit que je dois laisser mon fils, que je dois prendre de la distance* ». Elle évoque la violence pour elle de cette proposition alors qu'elle perçoit « *que tout peut arriver* » à son fils. Elle décrit également sa souffrance et sa difficulté à « choisir » entre ses deux fils : rester auprès de son fils malade pour ne pas le laisser seul à Noël, ou se rendre auprès de son autre fils pour ne pas décevoir ses petits enfants qui comptent sur elle ? La recommandation des soignants qui ont perçu la détresse de cette mère

et qui l'encouragent à lâcher prise sur la surveillance de son fils, puisque celui-ci est déjà encadré, est vécue comme « non-assistance » par cette femme qui dit : « *on me demande de souffrir encore plus, plutôt que d'apaiser ma douleur* », mais elle dit aussi « *je sais bien que je ne peux agir contre la maladie, je dois le laisser faire sa vie* ».

L'évaluation des soignants et la tentative de réduire le processus de dépendance pathologique, qui peut s'instaurer au sein d'une famille lorsque la maladie psychique trouble les interactions familiales, ne peut être opérante sans prendre en compte le vécu de la famille.

De son côté, le sujet malade peut légitimement espérer que sa famille connaisse ses problèmes, le comprenne et lui vienne en aide. Une mère qui répèterait à son fils : « tu es malade » ne pourrait pas être perçue par lui comme soutenante. Il est primordial qu'elle puisse également exprimer ses émotions : la peur face à son incohérence, l'inquiétude de ce qui peut arriver à son enfant, l'angoisse de vide ou d'abandon face à l'idée de le laisser partir... Par ailleurs, l'expression des troubles psychiques au sein d'une famille peut conduire le sujet malade à un sentiment d'exclusion, d'incompréhension par ses proches. Ainsi certains patients expriment à quel point leur lien à la famille est questionné « *ça me rendait complètement cinglé que mon frère me coupe la parole* », « *j'ai toujours pensé que j'allais devenir folle, je faisais des crises, je cassais tout...* » Le vécu d'exclusion au sein même de la famille n'est pas rare. La « folie » est pourtant présente dans toutes les familles, au sens de ce qui est refoulé : désirs interdits, fantasmes de meurtre, d'inceste.

## LE SYMPTÔME EN PEDOPSYCHIATRIE

### **...et d'abord en psychiatrie,**

La psychiatrie est une branche de la médecine. Elle fonctionne de ce fait en terme de normal et de pathologique, en terme de maladie et de santé. Les parents et les enfants arrivent avec un symptôme, perçu alors comme un dysfonctionnement par rapport à l'attendu de la normalité, qui gagerait d'une bonne santé, ils demandent une réduction, voire une disparition du symptôme gênant. A cette perspective s'allie l'idée que le symptôme est signe d'une potentielle maladie : vécu d'anormalité, questionnement sur la possibilité ou non de « guérir ». En psychiatrie, une maladie peut aussi être pensée comme un état de fait, structurel, donc établi, qu'on ne peut pas réellement changer, mais avec lequel on va chercher à exister. C'est dire à quel point il est d'emblée difficile de solliciter une demande de consultation au CMP pour son enfant, avec cette perspective en tête. Penser l'anormalité ou la maladie de son enfant, c'est déjà affronter un impensable, c'est déjà toucher un point de grande douleur. Ou c'est déjà contenir toutes ces idées difficiles et ces questions pour ouvrir un espace d'échange pour aller mieux, et les mettre au travail. C'est en tout cas délicatement difficile.

### **...en psychanalyse,**

Le symptôme est un dire, une expression en vérité issu d'une autre scène, celle de l'inconscient, qui est comme les coulisses au théâtre : là où tout se travaille, se prépare, se construit, se parle, mais qu'on ne voit pas, qui n'est pas dans la lumière. Dans une dimension psychanalytique, ce dire est au service du sujet, il est donc important, nécessaire à être

écouté, entendu, et si possible, compris. Comprendre c'est « prendre avec », intégrer en s'appropriant non pas le symptôme tel quel, mais son sens, sa nécessité, soit ce qu'il amène d'un pan de vie intérieure porteuse de ses signifiants, ses signifiés, ses nœuds, ses complexes, bref sa richesse vivante et expressive. Ainsi en psychanalyse, ce qui est recherché ce n'est pas la disparition du symptôme, c'est l'expression et le déploiement du sujet, le développement de la personne en lien avec son propre désir et la richesse de ce qu'elle porte et qui a à se déployer.

### **...en systémie,**

Le symptôme d'une personne est le symptôme du système familial dont elle fait partie. Une personne peut être porteuse d'une expression souffrante qui interroge le système entier. Dans cette perspective, on comprend alors que le symptôme ne concerne pas que l'enfant, mais aussi sa famille au sens large, c'est-à-dire ceux qui comptent dans son histoire, dans son héritage, sa filiation. On comprend que la « guérison » de l'un, ou simplement son évolution, peut influencer sur le vécu en profondeur d'un ou des autres, et que c'est tout le système qui va être interrogé par une démarche de changement, soit, potentiellement, dans la démarche du soin psychique. Comme un système d'étoiles et de planètes, chaque élément est reliés aux autres par des fils subtils et non visible à l'œil nu, et pour autant très réels. On comprend là à quel point l'écoute et la compréhension humble et prudente non seulement de l'enfant mais aussi de ceux qui l'entourent est essentielle.

A cette dimension systémique j'ajouterai la dimension transgénérationnelle, qui dans notre pratique se révèle et s'exprime régulièrement. L'enjeu nodal est parfois hérité, et l'intrigue joue et rejoue parfois une question ancienne jamais mise en mots, jamais traitée, et qui œuvre via l'inconscient à se montrer, à se faire voir pour être reconnue.

Toutes ces dimensions du symptôme sont présentes dans nos esprits, et au sein de l'équipe, et se déclinent dans les soins, suivant les choix théoriques des uns et des autres, suivant le cadre de travail, suivant la fonction du thérapeute. Toutes ces dimensions sont présentes dans nos échanges et réflexions.

## **LE SYMPTOME EN PSYCHIATRIE ADULTE**

L'adulte, au contraire de l'enfant, construit un récit autour de son symptôme pour rendre compte des croyances qui l'accompagnent, mais également la plupart du temps il ressent une part énigmatique de cette souffrance. Pour exemple, j'ai reçu la semaine dernière pour une première consultation, une jeune fille, exprimant une demande de psychothérapie dans un contexte de douleurs chroniques, apparues depuis une année. Cette jeune fille, en attente de diagnostic médical de sa douleur, a pu dire qu'elle avait l'idée que celle-ci venait traduire une difficulté liée à son histoire, elle se pose la question « *pourquoi j'ai mal ?* », associe sur les événements de cette dernière année : deuils, séparation de ses parents, rupture amoureuse viennent progressivement donner sens à ce qui ne va plus dans sa vie... L'exploration de l'environnement familial est donc tout à fait centrale dans les premiers temps d'un travail d'introspection pour poser les jalons de ce qui a construit le sujet et son fonctionnement. Le patient demande spontanément à comprendre en quoi ses relations familiales ont contribué

à ce qui lui arrive. Il est tout à fait éclairant d'explorer quel enfant a été l'adulte qui souffre aujourd'hui, quel adolescent il fut, et quel projet de vie a le jeune adulte qu'il est (par exemple).

Concernant les patients psychotiques, il est relativement récent, comme je vous le disais en introduction, de se tourner vers la famille pour construire avec elle une vision de la maladie et des objectifs thérapeutiques partagés avec le patient. J'ai évoqué le dispositif mis en place depuis quelques mois, appelé « groupes multi-familiaux » et qui s'inscrit dans cette perspective. Il s'agit de proposer à des familles qui en font la demande, un espace de parole et d'échange d'expérience, concernant l'accompagnement d'un proche atteint de trouble psychique au long cours. Nous avons fait le pari, avec des membres de l'association UNAFAM, qu'il était riche d'enseignement, pour les familles mais également pour les soignants accompagnant le patient et pour le patient lui-même, que des familles rencontrant des difficultés, échangent leur point de vue sur les conséquences de la maladie sur la vie du sujet souffrant, mais aussi sur les proches, et mettent en commun leurs ressources pour trouver des solutions.

Ainsi, nous avons pu constater que la lecture du symptôme était totalement différente du côté des familles et du côté des soignants. Après avoir conduit un cycle de 6 séances avec un premier groupe, il nous est apparu que l'évaluation de l'état de santé de leur proche était souvent une problématique difficile à partager avec les soignants.

Ainsi par exemple, un patient refusant de s'alimenter va être considéré comme étant en grand danger par ses proches. Ce qui est insoutenable au sein d'une famille, apparaît aux yeux des soignants comme un trouble du comportement souvent transitoire. Le refus de s'alimenter est-il à entendre comme un caprice ou comme un décrochement d'avec la réalité aggravé par le délire ? Dans ce genre de situation, la communication avec la famille est essentielle et l'accompagnement thérapeutique nécessite une contenance cohérente de l'environnement du patient. Dans les groupes multi-familiaux, nous avons pu, en expliquant mieux les rouages institutionnels, aider les familles à trouver comment aménager des espaces de rencontre avec les soignants, libérer leurs émotions telles que la culpabilité, la honte, la colère et accompagner le soin avec plus de pertinence. Nous avons ainsi pu réinterroger l'apparente conflictualité entre les acteurs autour du patient, comme étant le reflet de la conflictualité interne : ambivalence parfois du côté des parents, réponses toutes faites du côté des soignants, ou encore, attitudes paradoxales liées au fonctionnement institutionnel (par ex., un soignant refusant l'accès au local à balais à un patient qui souhaitait ramasser le verre qu'il avait brisé, alors qu'un autre soignant l'accorde sans discuter à son parent). Comment faire avec ces contradictions ?

## **LES REPRESENTATIONS OU LE TRANSFERT/CONTRE-TRANSFERT**

Il s'agit ici de détricoter pour le dire et mieux les connaître les vécus et leurs écueils dans les relations entre les soignants, le patient et sa famille... soit quelques tapis dans lesquels nous nous prenons les pieds régulièrement et que nous apprenons à reconnaître pour éviter les chutes.

La notion de transfert est un héritage psychanalytique, et ne peut être définie que de façon singulière. Le transfert peut être défini comme une part d'histoire forte, constitutive de la



personne, qui se rejoue, et se déjoue, dans la relation à l'analyste. Le contre-transfert désigne ce qui se joue, se rejoue, et éventuellement se déjoue, pour l'analyste, du côté de l'analyste, dans le lien singulier à la personne qu'il écoute. Le transfert et le contre-transfert sont donc singuliers.

Ici nous évoquerons une dimension de vécus plus généraux, plus courants, qu'on pourrait plutôt qualifier de vécus ou de représentations, soit des grands rails connus et à reconnaître des relations entre ces 3 protagonistes de l'histoire du soin, l'enfant, les parents et le thérapeute. A chacun et chacune d'en rechercher pour chaque rencontre la déclinaison singulière, ou tout au moins d'en garder ouverte la question.

### **Du côté de la famille**

Les parents arrivent déjà très vulnérables. Le symptôme de leur enfant les met à l'épreuve à double titre : ils le vivent au quotidien, et se sentent presque toujours dans une grande culpabilité par rapport à lui. Un parent n'est-il pas en devoir d'être un « bon » parent ? Venir au CMP avec son enfant n'est-ce pas déjà un aveu de « faille », de « défaillance » ? Rien qu'à y penser on défaille et on a le vertige... Quelle sécurité vais-je trouver dans le regard de ce soignant ? Vais-je y lire les mises en question que je marine déjà en rond depuis longtemps ?

Une défense contre cette angoisse peut être : c'est lui, l'enfant qui ne va pas... et certains parents pourront prendre beaucoup de temps à nous décrire tout ce que cet enfant « leur » fait, soit à quel point cet enfant tel qui est les dérange, voire les agresse... soit une culpabilité projetée sur l'enfant.

Une autre peut être : ce soignant va savoir et guérir, il va me dire ce qu'il a, ce que je dois faire, et tout ira mieux... soit, au-delà d'une confiance dans un lien non encore établi, la recherche d'une toute-puissance du soignant, et la projection sur lui d'une figure parentale protectrice et toute-puissante, donc irréaliste, fantasmée.

Parmi les peurs humaines, logiques, très fréquentes, la peur que l'enfant n'échappe au parent par un investissement du soignant tellement meilleur... soit de se faire prendre sa place. Que pourra dire l'enfant qu'il ne puisse me dire à moi ? Pourquoi ne puis-je moi l'aider ? Que sera-t-il dit de moi et qu'en penseras le soignant ? Et finalement ? je sers à quoi moi ?

Soit une peur du jugement, un sentiment de faille, une recherche de sécurité, de recongruence, et un risque d'infantilisation à la parole et « autorité » du thérapeute.

### **Du côté du patient**

L'enfant, tout enfant qu'il est, est d'abord un sujet, et une personne. De ce point de vue il a les mêmes besoins et les mêmes questions qu'un adulte : que disent-ils de moi sans moi ? si le thérapeute fait le choix de parler de lui sans lui avec ses parents, ne serait-ce qu'au téléphone. Ce que je dis sera-t-il répété ? Et si oui avec quelles conséquences ? Souvent les enfants font des tests auprès des adultes, thérapeute et parents, avant de donner ou non leur confiance.

Comme pour n'importe lequel d'entre nous, parler à sa place, ou parler de lui devant lui, ou sans lui, fait violence. Cela rend délicat toute intervention extérieure, dans son cadre et sa formulation, comme les réunions d'école. Si travailler avec l'entourage de l'enfant peut être très important pour soutenir à la fois la compréhension et l'ajustement autour de ses besoins, cela reste très délicat à poser, à formuler, pour que l'enfant se sente respecté, et se sente acteur de son chemin de vie. Comment prendriez-vous que votre thérapeute aille parler de vous avec votre employeur ? hum... Cela est particulièrement vrai dans le cadre de la psychothérapie.

Situer l'espace de la parole de chacun et une clarté des liens doit permettre de tisser une confiance et donc un espace thérapeutique.

### **Du côté des soignants**

Se mettre à l'écoute d'un enfant, c'est nécessairement ouvrir des résonnances avec l'enfant qu'on a été. L'écoute et l'accompagnement que nous avons pu avoir et que nous gardons de cet enfant en nous sont essentiels pour ne pas tout mélanger, il faut connaître son histoire et je crois l'avoir parlée (cf « On tue un enfant », Serge Leclair).

D'autre part, l'enfant suscite en nous des désirs d'être bon pour lui, d'être protecteur, comme des imagos parentaux positifs. Nous pouvons nommer le syndrome du « pauvre » enfant : soit celui qui souffre et doit être protégé et défendu, qui nous ouvre à être des sauveteurs. Ce mouvement intérieur très fort peut nous amener à ne pas suffisamment respecter la place des parents, ne pas voir les dysfonctionnements et choix opérés par l'enfant lui-même, bref à ne pas voir en étant emberlificoté dans son costume de héros aux prises avec ses blessures anciennes, d'où la nécessité d'espace de travail pour soi, de façon à se connaître et à connaître ses propres points de vulnérabilité, afin de s'être répondu à soi-même et de ne pas trop rechercher sa propre réponse dans l'histoire de l'autre.

Dans le lien aux parents, il est parfois difficile de développer l'empathie et la compréhension quand on est face à des dysfonctionnements dont souffre l'enfant, ou quand on est face aux manifestations agressives des parents souffrants. Pour certains enfants, on vit une forme de réaction au parent, quand on perçoit qu'il souffre « de » ses parents (cf Lemay J'ai mal à ma mère).

Comment accompagner par exemple les situations de violence, verbale, psychique ou agie ? On a parfois le fantasme imaginé que dans un autre contexte l'enfant ou l'adolescent irait mieux, irait bien, quand le milieu familial semble ne pas favoriser ou entraver le développement de l'enfant. Il nous est difficile souvent de se sentir impuissant à changer cela, impuissant à poser une intervention qui garantirait mieux son développement, voir qui le protégerait.

Force est de constater que certains liens sont toxiques. Souvent c'est avec cet aspect toxique qu'il faut pouvoir travailler.

Exemple : une adolescente engage une psychothérapie ; elle exprime à sa thérapeute qu'elle se sent mieux chez ses grands-parents que chez elle, et ajoute qu'elle y a plus de liberté. La thérapeute s'interroge sur le rapport à la frustration de l'adolescente, ainsi que sur le sens

pour elle de la liberté qui lui manque. L'adolescente continue en évoquant plusieurs interdits chez elle : interdit de cuisiner, pour ne pas salir les casseroles ; ne pas ouvrir les volets, par crainte de la part de sa mère de l'extérieur...

Là la souffrance de l'adolescente apparaît en lien avec celle de sa mère. Jusqu'où peut-on parler au parent de sa problématique personnelle ? On est dans le soin pour l'adolescente. Pourtant en arriver à évoquer des questions d'ordre personnel du parent arrive très souvent.

Dans le cadre de la psychothérapie, la parole est différenciée, cela est choisi. L'adolescente doit sentir que sa parole est pour elle et non que l'attention du thérapeute se tourne vers la compréhension de sa mère. Par contre, le thérapeute peut aider à la compréhension du parent par l'enfant, et à l'élaboration de ce qui se passe pour lui, toujours dans l'intérêt de l'enfant. Il s'agit alors non de « soigner » le parent, mais d'aider l'enfant à se situer, à mettre du sens, à avoir des éléments de compréhension de ce qui se joue pour son parent, et de se situer par rapport à ces manifestations, notamment pour s'en préserver. Pour le thérapeute, cela veut dire voir les processus du lien au parent, en chercher une certaine compréhension, ne pas juger. Nous sommes forcément pris par des affects de toutes sortes, il faut en faire quelque chose. C'est humain, c'est là, il faut que cela soit exprimé et qu'on puisse y travailler pour retrouver une attitude juste envers le parent et envers l'enfant. Nous avons besoin de parler de ce que nous ressentons dans le lien à eux.

Comment être à l'écoute de l'enfant tout en travaillant avec les parents ? Souvent l'équipe va être ressource car on peut être plusieurs, sur ces différentes dimensions. Reste à construire des espaces d'échanges entre nous qui ne rejouent pas la problématique de la famille (on en arriverait à se disputer entre nous, chacun occupé à l'écoute d'une perspective difficile à concilier avec l'autre...).

Enfin, le risque de vouloir répondre et maîtriser la situation de l'autre peut amener à investir une forme de toute-puissance, en disant ce qu'il faut faire ou non, en « prenant la main » des opérations et en intervenant beaucoup dans la réalité : là encore nos fonctions peuvent être différentes mais il est important de garder un cadre et donc une limite à nos interventions, à leur domaine, sans quoi nous rendons les personnes dépendantes de notre parole, et ralliée à nous plutôt qu'à eux-mêmes, en les infantilisant.

## **DU CÔTÉ DE LA PSYCHIATRIE ADULTE**

La famille pense en général qu'elle connaît mieux le patient et que l'amour porté envers lui est la meilleure façon de l'aider à évoluer et guérir de sa souffrance.

Mais...L'amour ne suffit pas ...

De son côté, le soignant, par définition, souhaite agir pour le bien du patient. Levinas parle de « vocation médicale » de l'Homme, au sens « ne pas laisser l'autre seul avec sa souffrance ». En effet, le trouble ressenti face à la souffrance d'autrui est universel chez les humains.

Face à un adulte souffrant de troubles psychiques, le soignant peut se sentir investi d'une responsabilité particulière, d'une envie de protection par exemple, mais il peut aussi se sentir en proie à une peur de la violence, peur de l'inconnu. La pratique du soin auprès d'adultes

n'est pas sans effets relationnels et suscite des affects particuliers d'amour et de haine que la médecine n'a pu ignorer.

Freud, dès 1912, a été étonné de mesurer les conséquences de sa propre façon de se proposer comme thérapeute et les effets produits en termes de résonances avec l'histoire des sujets rencontrés. Il a pu constater, en écoutant la parole des patients qu'il recevait, à quel point les désirs infantiles peuvent s'actualiser sur des personnages de la vie adulte du sujet, ce qu'il a conceptualisé sous le terme de transfert. Il parle même d'« amour de transfert » pour caractériser l'investissement affectif dans la relation au thérapeute.

Depuis l'antiquité, Platon, dans son texte « Le Banquet » essaie de rendre compte de ce qu'est l'amour, l'amour ne se réduit pas au sens de l'*eros*, l'amour dans le couple mais entre dans une acception plus large qui serait plus proche du terme *agape*, l'amour du prochain, ou encore *caritas*, charité en latin.

Socrate est le personnage central du Banquet, dans la mesure où tous les convives sont suspendus à sa parole sur la question de l'amour. Or, Socrate est le seul philosophe de son époque qui non seulement n'a pas laissé d'écrit sur sa philosophie mais qui se revendique comme « celui qui ne sait pas ». Par son attitude vis à vis des disciples qui attendent de lui un savoir, il s'arrange pour laisser place à un questionnement personnel, à une interprétation libre de sa parole. Socrate est le philosophe précurseur de la « maïeutique », au sens de l'accouchement de la vérité présente en chacun de nous. Il ne prétend pas avoir un savoir à transmettre mais se revendique au contraire d'être celui qui ne sait pas. Par le dialogue, il invite son interlocuteur à déconstruire les vérités toutes faites et lui propose une expérience de pensée inédite. Au cours des prises de parole des différents invités du Banquet, il apparaît que Socrate est également celui qui suscite l'amour, dans le sens où on lui suppose un don particulier, un objet précieux qui serait caché en lui et que l'on nomme *agalma*.

L'advenue du transfert concerne toutes les situations dans lesquelles un sujet est en posture d'attente vis-à-vis de quelqu'un, que ce soit d'une aide ou d'un savoir. Le thérapeute est d'emblée porteur de ces deux formes d'attente que Lacan a conceptualisé en 1967 sous le terme de « sujet supposé savoir ». Ainsi, la jeune fille dont j'ai parlé tout à l'heure s'adresse à moi, en tant que psychologue avec l'idée, dans un premier temps, que j'ai des réponses à sa question : « pourquoi j'ai mal ». Elle m'attribue à priori un savoir sur ce genre de question et de même qu'elle attend les résultats d'un examen somatique interrogeant le réel de son corps, elle suppose que j'en connais un bout sur la vérité qui se cache dans son symptôme. Le contre-transfert n'est autre que l'écho du transfert dans le vécu du thérapeute. J'ai ressenti vis à vis de cette jeune fille une forme de culpabilité à lui laisser croire que j'allais la délivrer de sa question de façon magique. Il m'a fallu plusieurs séances pour entendre de sa part la confirmation qu'elle avait bien saisi que la vérité surgirait de façon impromptue et que j'étais là pour prendre acte de cet événement. Ainsi, les soignants peuvent être investis comme des figures idéales, imagos parentales parfois vécues comme « terribles » héritées de l'histoire du sujet, tout autant que chercher eux-mêmes inconsciemment à soigner les névroses familiales dont ils ont été les acteurs. La prise en compte de cette dimension transférentielle du soin est primordiale dans l'abord des maladies psychiques, d'où la nécessité d'être éclairé sur ces phénomènes, et de ne pas ignorer l'impact de l'environnement familial sur la manifestation des troubles psychiques.

Pour terminer, je voudrais vous inviter à changer de perspective et à ne plus être centré sur l'effort pour que le patient vous fasse confiance mais plutôt de **LUI** faire confiance. Il s'agit non plus de le considérer en tant que sujet malade mais de laisser place à tout ce qui fait son identité au-delà de la maladie. Faire la place à ce qu'il est, non pas comme malade seulement, mais à l'adulte citoyen qu'il est, au fils, au frère, au parent qu'il est ou qu'il sera peut-être un jour...

## LA CONFIANCE

La confiance est une clé. Souvent peu parlée, c'est pourtant elle qui soutient dans la relation la traversée thérapeutique de transformation. Sans elle la relation reste une partie de cache-cache et un jeu d'échec, la sincérité et l'écoute de la propre vérité de chacun n'est pas possible, pas permise.

La confiance n'est jamais donnée d'emblée, elle se tisse au fil du temps, il faut le temps de la rencontre et de l'instauration du lien. Ce temps ne se réduit pas, on ne peut faire sans, c'est le temps de la relation humaine. Pour créer une alliance il faut du temps, du temps pour se connaître, pour se faire confiance. C'est après, avec la confiance, qu'eux peuvent nous parler plus réellement, et peuvent recevoir également ce que nous pouvons souhaiter leur transmettre.

La confiance s'appuie sur

- l'absence de jugement (ce qui implique que le soignant puisse prendre conscience et parler de ses propres échos et réactions, et être autorisé à le faire...) ; il faut pouvoir ne pas juger, seule garantie pour qu'ils ne se sentent pas jugés.
- le respect de la personne (la reconnaissance de la personne et du mystère de ce qu'elle porte, sans qu'elle ne soit réduite à son symptôme, son dysfonctionnement, ou une part de son histoire même très forte),
- des espaces de paroles clairs et respectueux : ne jamais faire ou dire en cachette, les apartés sont source de malentendus et de sentiment de stratégie et de trahison, « parler de » fait violence, chosifie, « parler pour », et avec, d'un commun accord, est plus juste. Chacun doit se sentir libre dans sa parole et dans son action. Ces cadres de la parole doivent être parlés et actés. Ces notions d'espace seront toujours en résonance avec les places et les espaces vécus. Ces cadres doivent être parlés et posés, et sont différents selon le type de travail qui est décidé, et selon l'âge de l'enfant. Les adolescents ont souvent besoin davantage d'être soutenu dans une parole différenciée, et peuvent être reçus seuls, avec parfois peu de contact avec les parents. En psychothérapie on définit un cadre d'expression personnelle pour l'enfant ; un travail uniquement familial, ou un travail familial en parallèle d'un autre type peut être décidé.
- l'attention dans la durée, et aussi dans les périodes aigues (la présence et l'attention du thérapeute, même par un appel téléphonique simplement, compte...),
- le respect du rythme et du temps des personnes : parfois simplement ils ne sont pas prêts à prendre ce que nous leur proposons.
- être regardé comme quelqu'un, comme une personne.

Le thérapeute va chercher à humaniser les événements vécus, en aidant à les inscrire dans une histoire porteuse de sens partagé. Le thérapeute peut aider en nommant des processus ce qui permet de comprendre sans culpabiliser celui qui le vit.

A contrario les reproches sous-entendus, et les positions parentales infantilissantes créent la distance en blessant et objectivant la personne déjà vulnérable. Ces postures sont blessantes dans toute relation, à fortiori dans la relation thérapeutique. Pouvoir parler ensemble de ce qui se passe en ouvrant la perspective de chacun, qui de là où il est perçoit et vit les choses différemment, est éclairant. Les parents vivent la force et la difficulté du quotidien, c'est la famille qui accompagne le quotidien, qui est essentiel car constitue la vie de la personne. Dans la souffrance psychique, le quotidien est toujours à la fois problématique et source/ressource de transformation. Dans ce « faire avec », ce « faire ensemble », le long terme, l'endurance dans la durée requiert la quête d'un équilibre toujours en chemin, l'accompagner en laissant ouvert l'horizon des possibles, du changement, de la transformation relève d'un art partagé entre le thérapeute, l'enfant et la famille.

## **CONCLUSION SUR CES REGARDS CROISES DU CÔTÉ DU SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE, DU CÔTÉ DU SERVICE DE SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE**

Nous sommes souvent confrontés à ce que nous percevons du système auquel appartient l'enfant, dans lequel nous cherchons à travailler non pas seulement les postures intérieures de l'enfant, mais aussi les modalités du système dans lequel il est, et dans lequel il est en souffrance. Lorsque nous percevons une « défaillance » du système, nous nous mettons au travail dans l'échange avec les parents, nous cherchons à leur transmettre nos hypothèses, nous questionnons certaines postures, nous interrogeons une histoire. Mais les parents peuvent ne pas être prêts à cette remise en question, ils peuvent aussi ne pas partager notre analyse, analyse qui a peut-être omis des éléments essentiels, pour eux principes, et qui peut être n'ont pas pu encore se dire.

Le risque pour les soignants est d'être emporté par leur désir d'être de « bons » soignants pour un « pauvre » enfant, et de projeter l'image du « mauvais » parent. Ce clivage bon-mauvais doit toujours nous alerter car il signe un processus défensif archaïque, il clôt une question trop complexe et dérangeante, dans laquelle l'ambivalence reste difficile à penser. Le soignant est toujours et régulièrement renvoyé à sa propre histoire, à l'enfant en lui, aux images de ce qu'est un parent, de ce qu'est une famille. C'est à la fois la richesse et la difficulté de cette fonction, qui permet dans la rencontre, l'écoute et les chemins d'élaboration, d'accueillir l'autre dans sa différence, d'ouvrir à la compréhension tout en gardant une perspective ouvrant de nouvelles voix, la perspective de la fonction thérapeutique, celle d'être un tiers ouvrant la parole.

## ENFIN, ET POUR TENTER DE CONCLURE SUR LA THEMATIQUE DE LA FAMILLE DANS LE SOIN

Nous mentionnerons une citation extraite du rapport Ménard (Commission pour un plan national sur la maladie d'Alzheimer en 2007) : « L'accompagnement éthique c'est affirmer la permanence de la personne humaine en toutes circonstances même les plus dégradées. ». Je crois que cette pensée nous ramène à l'essentiel de la dimension éthique dans le soin, c'est-à-dire que quel qu'il soit, dans quelque situation et état qu'il soit, le patient est et reste une personne, qui fait partie du monde des humains, qui fait partie d'une société, et qui fait incontestablement partie d'une famille, comme chacun d'entre nous. Alors, on pourrait dire que le soin est une éthique quand le soignant entre en relation avec le patient et sa famille, en tenant compte leurs savoirs, leurs souhaits et leurs libertés. Autrement dit, on pourrait dire que le soin est une éthique lorsqu'au moment d'une prise de décision de soin avec les conséquences qu'elle implique, chacun est en capacité d'accepter de remettre en question ses propres valeurs et ses propres convictions, en les confrontant à celles d'autrui.

Gardons à l'esprit que le but du soin c'est d'œuvrer en faveur de la vie, et non de lutter contre la mort, sinon le soin serait finalement perdant.

Œuvrer en faveur de la vie du patient c'est respecter que cette vie-là n'entre pas forcément dans des stéréotypes ou dans la « normalité », c'est accompagner ce patient-là dans l'affirmation de ses choix, de son histoire, de ce qui est important pour lui. C'est également tenir compte de l'impact de sa maladie sur son fonctionnement somatique et psychique, c'est l'entendre dans son principe d'autonomie, dans son droit à ne pas consentir au soin, même lorsque ses capacités de compréhension de la situation sont réduites. Œuvrer en faveur de la vie, c'est aussi tenir compte des liens affectifs du patient, de son entourage, de sa famille. Parfois, c'est le dialogue entre soignant et famille qui pourra permettre d'explorer comment le patient aurait réagi dans l'intégralité de sa personnalité et en possession de ses capacités psychiques et cognitives. Enfin, et paradoxalement, œuvrer en faveur de la vie c'est aussi, le cas échéant, accepter que la fin de ce patient ait lieu en accord avec ses propres valeurs et avec ses capacités à l'auto-détermination, et ce, parfois, à l'encontre des souhaits de sa famille ou à l'encontre de l'investissement des soignants... Et c'est sur ce respect de l'expression de la liberté du patient que peut se bâtir une éthique du soin.

Il existe le principe de présomption d'autonomie du patient. Pourtant, la réalité clinique témoigne de tout un continuum de compétences du patient à comprendre les informations données et tout un continuum de ses capacités de prise de décision en connaissance de leurs conséquences. La loi nous dit que le patient est soit apte à donner son consentement, soit inapte. Dans ce dernier cas, et quelque soit la façon dont il en témoigne, sa volonté est déniée et la décision du consentement aux soins revient à un tiers, souvent membre de sa famille. Comment alors le soignant et la famille peuvent-ils coopérer pour favoriser le maintien d'une interaction du patient avec son environnement ? Tous ensemble, soignant et famille, et malgré nos éventuelles divergences de points de vue sur la situation, comment nous recentrer sur ce patient et respecter sa volonté et ses choix ?

Dans un premier temps, il paraît important de savoir prendre de la distance par rapport à notre propre point de vue de soignant, savoir accepter de n'être pas forcément « ceux qui savent ce qui est bon pour le patient ». Puis prendre le temps de s'interroger et viser en priorité le meilleur intérêt du patient, tout en tenant compte des conflits de valeurs tels que l'opposition entre quantité de vie et qualité de vie, l'opposition entre les valeurs du patient,

celles de sa famille, celles du soignant. Nous pourrions aussi également envisager que la seule mesure du soin pourrait être la préférence du patient, quelle que soit la façon dont il est en capacité de l'exprimer. Et enfin, il s'agirait de respecter l'histoire du patient, au sein de celle de sa famille et respecter le sens de cette histoire. Cela se fera grâce à l'écoute du patient et de ses proches et idéalement l'écoute de tous les acteurs de la situation et pas seulement de celui qui s'est désigné ou qui a été désigné comme le principal interlocuteur.

Le défi est de taille.

Alors quelles pourraient être les ressources des soignants pour le relever ?

- Tout d'abord il s'agira d'écouter, d'entendre et surtout de tenter de comprendre l'autre dans la situation qui est la sienne (cet autre c'est le patient ou le proche du patient, ça peut être aussi un collègue soignant). Pour ce faire, il s'agira donc de pouvoir se décentrer.
- Puis nous pouvons également reconnaître que, même en tant que soignant, nous avons le droit de souffrir de certaines situations difficiles, impliquant les familles de patients. Nous pouvons nous autoriser un espace de verbalisation pour exprimer nos conflits, nos contradictions, nos émotions douloureuses, ce qui pourra contribuer d'une part à modifier notre représentation de l'acte de soin et d'autre part à apaiser l'envahissement émotionnel qui peut en découler. Faire partie d'une équipe soignante soudée et encadrée de façon adaptée favorisera bien sûr la possibilité de cet espace de verbalisation.
- Nous pouvons aussi tenter, dans la mesure de nos possibilités personnelles, de travailler notre calme et notre sérénité.
- Nous pouvons enfin garder à l'esprit que la coopération entre les êtres humains reste un des moyens les plus fructueux pour explorer des solutions permettant de traverser des situations difficiles.

En résumé, nous pourrions poser que le soin est une éthique lorsque les soignants, le patient et sa famille coopèrent pour une communication vraie, simple et ouverte, pour un partage des informations autour de la situation, pour un échange apaisé sur les valeurs qui les animent, et surtout pour entretenir les liens qui les unissent en tant qu'êtres humains partageant cette même expérience qu'est la vie.

Catherine Rouger, Hélène Spindler, Nathalie Eckert,

Psychologues cliniciennes.



## BIBLIOGRAPHIE

Association Française des Aidants. *Rapport 2016*.

Dupuis M. (2014). *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé : ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Paris, Seli Arslan.

Hazif-Thomas C. et Hanon C. (2015), *Profanes, soignants et santé mentale : quelle ingérence ?* Ed John

Hanson, B. (2005), *La prise de pouvoir par les familles*. *Ethica Clinica*, 37, p. 11 – 18.

Jacquemin D. (2005), *Prendre soin des familles : une question éthique ?* *Ethica clinica*, 37, p. 4-10.

Kapsambelis V. (2015), *Transfert et confiance en analyse*, *Revue Santé Mentale*, n° 201, octobre.

Lacan, J. (1991), *Le séminaire VIII, le transfert*. Paris, Seuil, coll. Champ freudien.

Lemay M. (1979), *J'ai mal à ma mère*. Ed Broché.

Leclair S. (1981), *On tue un enfant*. Paris, Seuil.

LIBBEY-EUROTTEXT (2015), Paris.

*Ethica Clinica* (2005). *Les familles des patients (partie 1)*. N° 37.

*Ethica Clinica* (2005). *Les familles des patients (partie 2)*. N° 38.

Worms, F. (2015), *A quel soin se fier : conversation avec Winnicott*, dir. MARIN Claire, Paris, PUF.