

Observation :

1. Déterminer vos critères de qualité de la relation soignant-soigné, au vu de ce qui a été abordé lors de cette session :

« **Pour moi, la relation sera de qualité si...** »

2. Relater une situation vécue ou observée en tant que soignant ou soigné (accueil d'un patient, arrivée à l'hôpital, consultation, vécu personnel...)
3. Etudier cette situation au regard des critères précédemment déterminés.



Pour moi la relation soignant-soigné sera de qualité si elle est :

Claire = Il s'agit dans l'idéal d'une relation entre deux êtres humains, où le client cherche librement une aide auprès d'un professionnel de santé (PS) pour l'aider à résoudre des difficultés diverses, le plus souvent en rapport avec la santé et la maladie.

Elle doit donc être libre, c'est à dire qu'elle ne doit pas être imposée par une autorité familiale ou administrative.

C'est une demande d'aide. Donc elle ne doit pas déboucher sur l'exercice imposé de soins qui ne soient pas dans l'intérêt du client, aussi bien sur le plan objectif (traitements potentiellement nuisibles pour le patient, dangereux ou abusifs) que subjectif (traitements non conformes au désir du client).

Bien entendu il existe de nombreuses situations où ces pré-requis ne sont pas conformes. Il appartient donc au soignant de s'efforcer de rendre la situation aussi "conforme" que possible ou au moins d'informer et de demander l'accord du client si elle ne peut pas l'être.

Par exemple pour des soins à des enfants, demandés par l'autorité parentale, le soignant devra s'assurer de l'accord de l'enfant, si possible hors de la présence des parents. Il pourra "meta-communiquer" sur la nécessité, pour lui et pour l'enfant, d'obéir aux parents. Mais il insistera sur la notion, que dans le cadre des relations d'autorité que la société exerce sur le client, il entend être avant tout au service de la personne soignée.

Il en est de même par exemple pour des toxicomanes, faisant l'objet d'une obligation de soins ou de pressions familiales, ou de prisonniers venant consulter.

Dans ce dernier cas, il est possible que certains désirs du soigné soient incompatibles avec l'éthique du soignant, et de la société en général. Dans ce cas, il faudra définir précisément et explicitement, avec le soigné, ce qui peut rentrer dans la relation "conforme à la déontologie" et ce qui doit en être exclu (= la tolérance ne doit pas être confondue avec la complicité).

Respectueuse = La relation devra respecter non seulement les intérêts objectifs du soigné (droit à la confidentialité, à la sécurité) mais aussi sa personne, tant dans son image sociale que dans celle qu'il se forge de lui-même. Notamment le soignant devra respecter les aspects intimes de la personne, corporels et affectifs, dont l'abord n'est pas strictement indispensable aux soins (touchers rectaux ou vaginaux, curiosité déplacée sur la vie amoureuse par exemple).

Inversement il est raisonnable de demander au soigné les mêmes principes de respect à l'égard du soignant. Lorsque le soigné le refuse, il est nécessaire de définir une relation "minimale" qui preserve les intérêts objectifs du soigné.

Dans certains cas, il peut s'agir d'un refus de soins, mais, comme le prévoit le code médical de déontologie, le soignant a l'obligation de rechercher une alternative, dans l'intérêt du soigné.

Efficace = La relation soignant-soigné doit, dans la mesure du possible, répondre aux demandes du soigné. Le soignant a l'obligation d'utiliser au mieux les moyens qui sont à sa disposition.

Extrait du code déontologie médicale

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution

Confiante = Le soigné doit percevoir que la relation est "conforme", respectueuse et aussi efficace que possible. Il en sera d'autant plus assuré quand le soignant apparaît congruent, manifeste une Considération positive inconditionnelle et une compréhension empathique :

Pour que la thérapie aboutisse, il apparaît nécessaire que le thérapeute soit, dans ces rapports, une personne unifiée, intégrée ou congruente. Je veux dire ainsi que, dans la relation thérapeutique, il doit être exactement ce qu'il est et non pas une façade, un rôle ou une prétention.....

Une deuxième condition est que le thérapeute porte une attention chaleureuse au client. Une attention qui ne soit pas possession, qui ne demande aucune gratification personnelle. C'est une manière d'être qui manifeste simplement "Je vous porte attention" et non pas "je vous porte attention à condition que vous vous comportiez de telle ou telle manière".....

La troisième condition nécessaire à la thérapie est que le thérapeute éprouve une compréhension exacte, "empathique", du monde de son client, comme s'il le percevait de l'intérieur...

Une quatrième condition est que le client éprouve ou perçoive quelque chose de la "congruence", de "l'acceptation" ou de "l'empathie" manifestées par le thérapeute.

Il n'est pas suffisant que ces conditions existent chez le thérapeute. Elles doivent, à quelque degré, avoir été communiquées au client.

Carl Rogers in Le développement de la personne.

Comportant une dimension d'information, d'éducation et de dialogue

L'obligation d'information est inscrite dans le code de déontologie médicale.

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Toutefois, la dimension éducative dépasse largement cette seule information. Un dialogue peut être la simultanéité de deux monologues (et malheureusement il l'est souvent dans la pratique soignante, comme ailleurs, même quand leur contenu est scientifiquement parfait) , ou , quand il est réussi, faire émerger "quelque chose de plus".

L'essence du dialogue consiste à déconstruire ces conditions peu productives afin de recréer un terreau fertile aux idées et non aux « pensées ». Bohm définit la notion de pensée comme des idées préconçues, forgées par les expériences passées et déjà programmées dans l'esprit de chacun. Rien de bien grave (!), mais surtout, rien de bien nouveau (donc pas une idée, mais seulement quelque chose d'emmagasiné, resservi dans un échange). C'est ce qu'on retrouve lorsque chacun des participants « sort sa cassette », quand ont sait déjà ce que chacun va dire...

Une idée est plutôt ce qui se trouve « entre les pensées ». Ce qu'il y a de nouveau, qui naît des échanges et qui n'existait pas avant que la réalité de chacun ait été mise « sur la table ». Le but du dialogue est fondamentalement de provoquer ce phénomène de création d'idées.

<http://www.grisvert.com/philippe/?p=633>

Chez le soigné ce "quelque chose de plus" peut être rien de moins qu'un accroissement de sa confiance en lui, en la vie et de sa confiance pour les soignants. Ce peut être aussi un sentiment de "puissance personnelle" (cf empowerment) qui l'aide à surmonter des comportements indésirables pour lui mais qu'il maintient par négligence ou par contrainte (addiction notamment).

Ce peut être plus simplement une meilleure compréhension des problèmes du soigné et des informations apportées par le soignant.

Lorsque la relation soignant-soigné comporte cette qualité émergente, elle dépasse la simple relation contractuelle (prescription, renouvellement de traitement) pour **donner** au soigné (et aussi souvent au soignant) "quelque chose de plus".

Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit abordée par ceux qui étudient la problématique du don dans l'acte de soins.

Il faut tout d'abord souligner sa temporalité spécifique : le don de soin est d'abord un don de temps. L'acte de soin ne peut en effet être réduit à un simple geste technique et ponctuel. Les Anglo-saxons distinguent ainsi le care (le soin, l'attentions aux autres, le souci des autres) et le cure (le geste curatif). En ce sens, la relation de soin se construit dans le temps. Bref soigner, c'est donner du temps et donner du temps au temps. Ce qui suppose que les soignants puissent, du moins en partie, être maîtres de ce temps. Or, justement, l'impératif gestionnaire d'optimisation du temps des patients et des équipes soignantes méconnaît et malmène cette temporalité spécifique à la relation de soin. Ce qui place par ailleurs les cadres hospitaliers, chargés d'organiser pratiquement ce temps, dans une situation évidemment délicate voire impossible. Les témoignages sont nombreux.

Je devrais même préciser : donner du temps aux temps, au pluriel. En effet, seconde caractéristique, le don de soin est d'être fondamentalement contextuel. Même des cas formellement identiques, au regard de telle ou telle nomenclature, ne peuvent être traités de la même façon. À ce titre, le don de soin suppose une intelligence de la singularité des situations, de la singularité des personnes et des relations entretenues avec elles. Il repose sur une autonomie nécessaire, qui a peu à voir avec le slogan d'autonomie actuel. Pour le dire autrement, il suppose une dimension éthique, sensible, qui lui est propre, notamment une capacité à être affecté par autrui, un autrui toujours singulier, par sa souffrance – dimension informelle et invisible d'empathie, de sympathie, de care pour faire lien avec mes remarques introductives sur France Télécom et les laboratoires de l'antipathie – et à y répondre, non seulement avec efficacité, mais avec tact et sollicitude. En cherchant en quelque sorte l'impossible, la bonne distance. À ce titre, le jugement pratique, en situation, des soignants requiert bien davantage ce qu'Aristote nommait la phronésis, une sagesse toute pratique, qu'un impératif catégorique décontextualisé, formel et formalisable. Parce qu'il est indissociablement don de relation et don de soi, l'acte de soin, quels que soient les soignants impliqués, semble ainsi résister, pas sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoliser à outrance, c'est ignorer cette contingence, dénier les savoir-faire discrets et tout le travail invisible que suppose la relation de soin.

Troisième élément, le don de soin n'est jamais purement individuel. Il ne se résume pas au colloque singulier soignant-patient. Au contraire, il résulte de tout un ensemble de coopérations formelles ou informelles. C'est en quelque sorte une entreprise collective, qui suppose des relais (parce qu'il est usant), des formes multiples d'entraide entre soignants et la transmission informelle

de savoir-faire implicites et discrets [Molinier, 2005]. Or systématiser les évaluations individuelles, n'est-ce pas méconnaître et dénier cette dimension collective ?

Enfin, quatrième élément, le don de soin est aussi et surtout don de vie. Elle est là, ce que l'on pourrait nommer la délicate essence de la relation de soin. Ce qui s'y échange avant tout, ce qui s'y donne, c'est tout simplement de la vie. Il suffit d'avoir été alité à l'hôpital, même quelques jours, pour avoir perçu et senti toute l'importance des mille petites attentions, apparemment les plus anodines, qui font le bon soin et symbolisent diversement ce don de vie. Tout cela est très banal, mais justement, le propre du soignant n'est-il pas de donner sans y être formellement tenu ? De donner bien des choses contre rien. Something for nothing, pour faire retour à Gouldner. En ce sens, est intrinsèque au don de soin une dimension de générosité, qui va au-delà du donnant-donnant – rien sans rien – de la relation salariale ou marchande ou de tout protocole codifié.

Il ne s'agit pas ici pour autant de faire l'éloge du bénévolat. La question est au contraire celle de la reconnaissance de ce qui est effectivement un travail. Mais elle est aussi celle de la reconnaissance d'un fait anthropologique essentiel : aucune société, aucune culture, aucune relation ne saurait exister sans une part de gratuité, de don ou de générosité. Gratuité de ce que l'on reçoit des autres – hommes, femmes ou enfants ; morts ou vivants – mais aussi des institutions, voire des dieux. Gratuité de ce qu'on leur donne, contre rien, sans compter et parfois même sans que ces donateurs n'y aient droit ou ne le méritent. N'est-ce pas ainsi que la vie circule, les liens se nouent, que les identités se forment ?

<http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/?id=786>

Notamment, le "plus" doit apparaître comme donné spontanément et de façon désintéressée. Il doit être accepté, et acceptable, par le patient, voire rendu. nb = en matière de santé le rendu du don est souvent "moral" et non rendu directement par le patient.

et, quoique la vertu (dans son rapport aux hommes et non à la loi) puisse aussi çà et là être appelée méritoire et jugée digne d'une récompense, il faut pourtant, de même qu'elle est sa propre fin, la considérer comme étant à elle-même sa propre récompense. Kant Doctrine de la Vertu.

Notamment la dimension éducative est nécessairement une qualité émergente du dialogue car comme le dit Carl Rogers "J'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie".

Donc ni le monologue du soignant (cours, exposé, information) ni celui du soigné (plainte) ne peuvent à eux seuls modifier les connaissances et les comportements. Seul le surplus de sens qui peut être créé par le dialogue peut il modifier, de façon efficace, les représentations du soigné comme celles du soignant.

Situation vécue

supprimée pour la confidentialité

La relation a t elle été efficace ??

En partie, certainement, puisqu'à présent le patient consomme les psychotropes de façon relativement régulière. La consommation de substances illégales est présente mais intermittente.

Il est à nouveau logé par sa mère. Enfin il a récemment fait des stages de retour à l'emploi dans une mairie.

Toutefois il consomme toujours de l'alcool (premix essentiellement) malgré plusieurs cures de sevrage d'alcool. Il est "impiquable" et il est donc difficile d'évaluer le retentissement physique de cette consommation.(nous l'avons orienté vers des structures ad hoc mais n'avons pas réussi à obtenir qu'il poursuive). D'autre part, il semble avoir du mal à sortir d'une dépendance aussi bien physique (méthadone, alcool) que sociale (il est complètement dépendant de sa mère).

La question est donc = la relation aurait elle pu, et peut elle encore, être plus efficace ??

Notamment l'attitude de tolérance et de non jugement sur ses consommations a certainement favorisé la relation mais peut être pas sa motivation à changer. Il est intéressant d'observer que le Contrôle mis en place par le service médical de la Sécurité Sociale a eu assez rapidement un effet positif sur des consommations jusque là clairement déraisonnables (parfois plus de 10 comprimés de valium et autres psychotropes, plus la méthadone et l'alcool), qui l'ont parfois conduit au bord de l'Overdose. Toutefois ce type de contrôle, ou son équivalent, ne nous appartient pas (nb= Il n'est pas non plus à notre initiative).

La question est donc de savoir si une relation plus confrontante, plus volontariste ou plus manipulatrice ou plus ... aurait pu être plus efficace ??

Citons un document canadien qui apporte deux affirmations apparemment contradictoires

<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-abuse-abus/index-fra.php>

12^e principe de meilleure pratique (p. 38)

L'administration d'un traitement approprié par des thérapeutes compétents, capables de grandes qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables également d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients accroît les chances de succès de ces derniers.

13 principe de meilleure pratique (p. 40)

Certains faits confirment l'efficacité du traitement obligatoire prescrit par les tribunaux dans le cas des héroïnomanes et des gens qui conduisent en état d'ébriété, mais la documentation générale sur l'efficacité de ce genre de traitement demeure ambiguë. Il serait donc inexact de conclure que les clients soumis au traitement obligatoire font de moins bons candidats aux thérapies.

mais aussi (même source)

*Le **counseling général** renvoie au traitement constructeur, directif, fondé sur la réalité, qui ne fait pas spécifiquement appel à l'approche comportementale ou à l'approche de confrontation. Holder et coll. ont relevé neuf études contrôlées sur le counseling général et concluent que, dans l'ensemble, aucun élément n'appuyait l'efficacité de cette méthode. Cette dernière a également reçu l'une des cotes les plus basses attribuées selon l'indice Finney-Monahan (-32).*

*D'après la définition établie par Holder et coll., **l'intervention visant une confrontation** sert à briser les mécanismes de défense, en particulier celui de la scotomisation ou le déni de la réalité. La confrontation suscite souvent de puissantes réactions, dans le but de rompre la « résistance » au changement. Quatre études ont été relevées par Holder et coll., dont aucune ne confirmait l'utilité de cette méthode. Il semblerait plutôt qu'elle risque d'avoir une influence négative, soit en renforçant la résistance ou en aggravant le manque d'estime de soi (Eliany et Rush, 1992). Sur la totalité des interventions considérées, Finney et Monahan ont classé la confrontation presque au dernier rang (22^e sur 24).*

et encore

***L'éducation** sur les effets de l'alcool et des autres drogues constitue souvent une composante des traitements de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Or, tel que l'affirme le collectif Holder, rien n'indique que l'éducation en soi influence les comportements après le traitement. La cote attribuée à cette modalité selon l'indice Finney-Monahan est très faible (-11).*

L'éducation, cependant, peut contribuer à accroître les connaissances et à modifier les attitudes, ce qui peut favoriser le changement de comportement chez certaines catégories de consommateurs de substances psychotropes.

Discussion

Peut-on combiner ces différentes notions, apparemment contradictoires ??

Je crois d'abord qu'il est important de placer comme incontournables et premiers les principes de clarté, de respect, d'empathie au service de l'alliance

thérapeutique.

Toutefois dans le respect de ces principes, il n'est pas interdit de rechercher la thérapeutique la plus efficace possible.

Rappelons le premier principe cité

L'administration d'un traitement approprié par des thérapeutes compétents, capables de grandes qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables également d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients accroît les chances de succès de ces derniers.

A côté de l'affirmation de l'importance de la compétence, de l'empathie et des qualités relationnelles du thérapeute nous trouvons deux points :

L'administration d'un traitement approprié = Non seulement traitement médicamenteux mais encore psychothérapeutique et social dont les modalités sont discutées dans l'article cité. Certains sont plus efficaces que d'autres et devront donc être proposés en priorité.

L'alliance thérapeutique avec les patients accroît les chances de succès de ces derniers = C'est donc bien les patients qui réussissent et non les soignants. Le rôle du soignant étant d'aider le soigné à réussir à réaliser ce qu'il souhaite.

Dans ce cadre, toutefois, il peut exister des relations plus ou moins tolérantes ou au contraire dirigistes.

Une étude pertinente a été réalisée sur le sujet au Donwood Institute de Toronto par John McLachlan (McLachlan, 1972). L'étude réunissait des alcooliques qui avaient été traités par des thérapeutes d'attitude plus ou moins « dirigiste ». Les thérapeutes les plus dirigistes avaient tendance à suivre des règles très précises, à être très cohérents et à présenter des séances thérapeutiques très structurées. Les thérapeutes moins dirigistes étaient en revanche plus décontractés et encourageaient davantage l'affirmation de soi et l'autonomie. Par pur hasard, certains sujets assignés aux différents genres de thérapeutes différaient entre eux par ce que McLachlan a dénommé le « niveau conceptuel ». Essentiellement, McLachlan fait ici référence aux différences des traits de personnalité et modes de pensée des sujets, lesquelles ont pour conséquence des besoins divergents de structuration et de direction dans les programmes.

McLachlan a suivi des patients traités par différents thérapeutes et il a constaté que ceux dont le niveau conceptuel correspondait à la démarche du thérapeute obtenaient de meilleurs résultats que les autres. Ainsi, les patients ayant besoin d'un encadrement plus structuré réussissaient mieux sous la gouverne de thérapeutes directifs, et inversement. Par ailleurs, les résultats des patients mal appariés étaient moins favorables, quel que soit le genre de thérapeute.

La conclusion claire est qu'il est important pour le soignant d'adapter son attitude au besoin réel du soigné, voire de se faire remplacer par un soignant plus en phase avec la personnalité du soigné.

Par exemple, même si le soignant favorise une attitude qui mette en priorité

l'autonomie du soigné, il est important qu'il s'assure que cela correspond au besoin réel du soigné, soit subjectif et exprimé par le soigné, soit objectif, tel qu'il peut apparaître dans les études comparées d'efficacité.

A ce stade, il me semble indispensable de se tourner vers la personne soignée (Etienne) pour lui demander son avis.

Interrogé sur ce point, Etienne affirme qu'une attitude plus « offensive » aurait été contre-productive.

Toutefois, quand on évoque des pistes d'amélioration, il reconnaît qu'il souhaiterait que les choses soient différentes de ce qu'elles sont et adhère à certaines pistes proposées (voir exercice N° 2 Évaluer et Convenir)

J'ai évoqué le sujet dans un forum d'usagers de produits psychoactifs (psychoactif.fr) avec le titre provocateur

« J'ai besoin d'un médecin qui m'engueule pas d'un médecin qui me comprenne » (remarque que j'ai entendu d'un patient il y a longtemps)

Beaucoup de forumers ont fait part de leur expérience difficile avec des médecins qui ne veulent rien entendre, mais évidemment il ne s'agissait pas de valider ce genre d'attitude. Toutefois quelques posts me semblent importants à citer.

premier intervenant

je suis assez d'accord avec les autres quand ils disent qu'il faut être compréhensif et tolérant,

mais moi j'ai vécu mes addictions aux médocs et a la cocaïne différemment apparemment des autres, dans le sens où j'avais le coté très clinique/médical avec ma psy ET le coté médical/conseils avec ma toubib addicto

et l'une comme l'autre, et là, je réalise ma chance, ont toujours tolérées mes comportements en matière de conso croisée, MAIS m'ont toujours fait comprendre avec ce fameux petit coté paternaliste (ou maternaliste dans mon cas) que ce n'était pas bon pour moi....et ça me trottait dans la tette, ça a fini par faire son chemin....et j'ai compris que parfois, il faut quelqu'un pour nous montrer nos propres limites, et que c'est uniquement pour notre bien.....

c'est le coté éducatif que j'ai eu la chance d'avoir, et sans doute ce qui m'a le plus aidée a m'en sortir!!

et oui, pour les exercices, c'est aussi parfois nécessaire (j'ai connu) ne serait ce que pour pouvoir poser et voir les choses et la situation de manière concrète, niveau psychologique, là aussi, moi personnellement, ça m'a aidée!!

deuxième intervenant

Pour répondre à ta question, je pense que tu es dans le vrai. Personnellement, j'ai un jour rencontré un médecin qui m'a bien engueulée (attention, je dis "engueulée, pas méprisée!), et j'avais réussi à m'en sortir. ça m'a donné une

grosse patate et la motivation que j'attendais pour arrêter.

C'est très appréciable un médecin qui te comprends et qui est dans l'empathie, mais moi, ça ne m'aide pas à décrocher. Car justement, quand il comprend trop, et est trop gentil, quelque part tu te dis "s'il me comprends si bien, c'est qu'effectivement il sait que c'est presque impossible d'arrêter, il comprend toutes mes raisons car il voit que je ne peux pas faire autrement".

Mais je ne parle que de mon cas perso bien sûr.

Troisième intervenant

Déjà tu veux parler des 5% de généralistes auto-proclamés qui acceptent de soigner des UD? Ou des 95% qui nous méprisent, nous infantilisent, nous insultent, nous enferment, nous dénoncent ou nous rembarrent vite fait (au faciès)?

Moi, je demande simplement qu'ils respectent le Serment d'Hippocrate qu'ils ont tous prêté avant d'être Docteurs en Médecine: pas de commerce, pas de refus de soins quelle qu'en soit la raison (race, religion, UD ou pas UD, etc.) et secret médical absolu.

Ce n'est pas à toi que je vais apprendre qu'on ne fait pas le bonheur des gens malgré eux...

Amicalement

quatrième intervenant

je vais pour ma part te répondre du côté "soignant" en CSAPA et en secteur hospitalier..et comme psychologue...

ta question m'a renvoyé à une discussion que j'ai eu l'autre jour avec un collègue médecin addicto qui évoquait la "fonction holistique" du médecin, son côté un peu magicien, que les patients respectent pour tel...et qui lui permet d'être parfois "paternaliste" pour reprendre ton terme...

mon avis (même si le positionnement est différent) est que certaines personnes (je ne dis pas "usager") ont plus besoin d'un cadre que d'autres...et j'irais même jusqu'à dire que celles et ceux qui mettent le plus à l'épreuve le cadre qu'on leur propose sont celles et ceux qui en ont le plus besoin.

Je constate tous les jours dans ma pratique qu'être dans le non jugement peut avoir aussi sa contrepartie, à savoir que certaines et certains se sentent

déconsidérés tant qu'on ne leur met pas leur problème sous le nez de façon un peu brutale, avec tact mais dans une certaine forme de jugement bienveillant quand même (qui voudrait tout de même s'extraire des normes et de la morales).

Un patient (au cours de sa Xième rechute dans l'alcool) m'a dit un jour : "Je sais bien que vous ne portez pas de jugement... mais quand même, vous devez en porter à un moment donné quand même ?!" ...comme s'il l'attendait en fait !!

Je me demande s'il n'avait pas raison...

Une étude a démontré que, quelle que soit la technique employée en psychothérapie... c'est le style relationnel mis en place qui sera opérant !! Donc ton questionnement ne trouvera peut-être pas réponse trop précise mais il a le mérite de m'agiter la carafe plus qu'à l'accoutumée (donc ça turbine)

cinquième intervenant

Cette discussion est très intéressante et complexe parce que chaque personne a des besoins différents .

Dans mon cas, ainsi que mon conjoint , on n'est tout les deux dans le besoin d'avoir un médecin exigeant mais bienveillant .

J'ai été suivi par différents médecins depuis que je suis sous tso méthadone , 7èmes années pour moi.

A l'époque ou le 1er médecin m'a suivi j'étais enceinte d'à peine 3 semaines .

Quelques mois plutôt , mon conjoint s'était fait virer de ce csst par ce médecin suite à ses analyses d'urines positive, donc, j'avais bien conscience que dans ce centre, on n'avait pas le droit aux erreurs répétés.

Cela m'allait très bien car j'avais besoin de limite.

Mais quand j'ai eu ma première erreurs de consommation après l'initialisation du traitement, j'ai voulu être franche et l'avoué au médecin.

Là je m'en suis pris plein la tête, il a appelé mon médecin généraliste pour lui dire , tout en étant en face de moi, que je faisais n'importe quoi!

A partir de ce moment là, alors que j'étais très motivé et en confiance, tout c'est écroulé.

Petit à petit , mes consommations on repris avec de moins en moins de temps entre chaque.

Mais comme j'étais enceinte et dans un vrai désir d'arrêt, j'ai fait des démarches pour être suivi dans un autre csst (à Reims)

Là bas, on m'a proposé une post cure et un appartement thérapeutique pour la suite.

Et heureusement, je suis tombé sur des soignant (médecin et psy) bien moins méprisant mais exigeant.

Donc , dans mon cas et celui de mon conjoint, l'exigence nous aide beaucoup a avancé, mais il faut aussi se sentir en confiance et respecté

D'ailleurs ayant déménagé , changé de médecin pour en retrouver d'autres moins impliqué, actuellement on avance plus vraiment.

Je n'ai plus l'impression d'être dans un travail pour me soigné mais plutôt dans l'ordo vite fais , bien fais, sans réel intérêt du médecin pour son patient.

Alors heureusement, niveau conso, je n'ai plus vraiment de problème par rapport a cela , mais niveau social, travail, arrêt du tso je ne me sent pas vraiment poussé a avancé.

à plus

premier intervenant (suite)

je viens remettre mon grain de sel, avec MON avis et Mon ressenti, par rapport a MON expérience:

mes addictions étaient pour moi un "symptôme" d'un problème plus profond, que maintenant (enfin!) on considéré comme une maladie : la dépression (avec grosses tendances a l'auto destruction)

pour ce qui est des "limites", j'ai tout eu! de l'hospitalisation d'office (après de très grosses conneries) où on m'a fait COMPRENDRE qu'on faisait ça pour M'AIDER, a la chambre d'isolement (quand j'échangeai les médocs et faisais rentrer des prods' dans l'hosto) où on m'a fait COMPRENDRE que si j'étais là c'était pour que j'aille MIEUX et que partout y'a des règles a respecter (ça pour le passage de prods') en passant par les tests "positifs" (oups) avec l'addicto, qui me faisais COMPRENDRE que bah non, c'est pas bien, je vais pas vous féliciter, MAIS n'oubliez pas que si vous venez en csapa, c'est parce que JE l'ai décide, que J'AI demandé de l'aide, et que finalement, oui ma toubib pouvait s'en tenir a me filer une ordo, et point.....mais que c'était MOI qui y perdait le

plus, en ME détruisant.....

bref, les "sanctions" étaient NECESSAIRES pour M'AIDER A COMPRENDRE le vrai but de ma démarche de soins, et surtout, ne pas l'oublier, et ne jamais lâcher!!

ma toubib addicto, comme ma psychiatre, se sont "permises" de me donner de temps en temps, quand c'était nécessaire, une bonne "claque", parce qu'il y avait eu beaucoup de DIALOGUES entre nous, et qu'elles savaient ce dont j'avais BESOIN: la même chose qu'une gosse a qui on mettrait une fessée si elle s'approche d'une falaise, d'une digue, d'une route, n'importe quoi de dangereux!! normal quoi!!

a préciser quand même qu'après chaque "sanction" négative, une fois que c'était fait, ben JAMAIS ce n'était de nouveau remis sur le tapis! c'était FINI! un faux pas, une chute, on se relève et on se remet a marcher sans boiter.....

par contre, TOUTES les "limites" positives elles, revenaient systématiquement!! a chaque rendez vous, des encouragements, des petites remarques du genre "vous voyez, vous êtes capable de ...", et même en cas de rechute, c'était des "c'est déjà arrivé, n'oubliez pas que vous avez la force de remédier a tout ça, puisque vous l'avez déjà fait/prouvé"

le "soigné" n'est pas toujours forcément lucide quant a ce dont il a BESOIN (comme un enfant), et je pense, pour répondre "enfin" a ta question, qu'un bon soignant doit être en mesure via LE DIALOGUE de savoir quand mettre des limites et quelle façon sera la plus adaptée.....chaque personne est différente.....

et pour terminer, je pense que pour "éduquer" les soignants, il faudrait faire ce que tu fais en postant ce sujet : faire une sorte de sondage du point de vue des usagers, de leurs besoins et de leurs attentes....qui peut mieux y répondre??

d'ailleurs, j'ai devant moi un document venant de mon csapa (evry) qui concerne un séminaire Oppelia qui doit se dérouler le 28 novembre, auquel je me suis inscrite; le titre : "Dialogues interdisciplinaires autour des addictions et savoirs exponentiels des usagers" (avec stipulé en dessous "les usagers de vos structures sont les bienvenus")!!

c'est JE pense LA solution pour "apprendre" aux soignants : qu'ils puissent rencontrer et écouter les soignés, afin de les comprendre, et de savoir comment "gérer" les différentes situations.....

en espérant n'avoir choqué personne avec mon point de vue qui pourrai passer pour limite maso (l'UD qui apprécie de se faire remettre a sa place)

et précisant que ce n'est que MON point de vue, et que pour MOI c'était NECESSAIRE....(me connaissant bien, mes toubibs auraient frôlées la non assistance a personne en danger en ne "réagissant" pas)

allez, je sors

deuxième intervenant

(suite)

Le plus difficile serait peut être, pour le médecin, de trouver la limite entre une saine exigence, qui nous porte vers le haut, et le mépris, voire même une certaine violence morale. ça semble simple tant que ce ne sont que des mots mais en pratique...

L'histoire de Mélanie montre bien que c'est plus compliqué qu'une simple engueulade! Ce que tu as vécu, je l'ai vécu aussi (j'ai vu tant de médecins pour me guérir de mon addiction...), et le fait d'appeler un confrère devant nous, en parlant de nous en mal, c'est très violent, même humiliant!

pour résumer un peu, je dirai qu'une saine engueulade, qui va nous pousser à la réflexion et nous sortir de ce côté "addictive passif" ne doit jamais nous infantiliser. Mais bon, c'est facile pour moi de dire tout ça, et j'imagine bien que ça doit être bcp plus compliqué pour toi "sur le terrain".

Conclusion

Au terme de cette discussion un peu décousue, des témoignages reçus et du témoignage du principal intéressé (Étienne) je crois que la conclusion est surtout qu'une relation même satisfaisante peut tomber dans la routine et qu'il faut au soignant être vigilant pour éviter la démobilitation.

Par rapport au titre de mon post « J'ai besoin d'un médecin qui m'engueule, pas d'un qui me comprenne » je crois qu'il faut surtout dire « j'ai besoin d'un médecin qui sache s'engueuler soi même quand c'est nécessaire ».



www.picturalissime.com

Jerome BOSCH, le Jardin
des delices (partie centrale)

