



Le soin

Ariane Toselli, membre de la commission Ethique



© Inpova - Fotolia

L'orthophonie fait partie des professions de santé. Notre pratique est définie par le code de la Santé publique (nouvelle définition de janvier 2016): « la pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales ». Cette définition nous inclut dans le domaine des professions paramédicales, et ainsi dans le monde du soin. Nous intervenons, sur prescription, lorsqu'il y a un trouble ou une pathologie particulière qui fait partie de notre domaine, de notre référentiel de compétences. Cela définit la spécificité de notre profession et nous détache, de fait, d'autres professions auxquelles nous pouvons être assimilées dans l'imaginaire de nos patients et de leur famille (le milieu enseignant, le domaine du service social, les psychologues...).

Relation soignant/soigné

Toute 1^{re} rencontre entre le soignant et le patient (et sa famille éventuellement) résulte d'une demande initiale: le patient (et/ou sa famille) formule une plainte et s'adresse à un professionnel en lui demandant de l'aide. Il s'adresse à ce professionnel puisque ce dernier possède un statut spécifique qui lui a été octroyé lors de l'obtention de son diplôme (médecin, sage-femme, orthophoniste, ergothérapeute...).

On observe ainsi une certaine asymétrie: la demande est faite par un non-spécialiste en direction d'un professionnel d'un domaine particulier, détenteur d'un savoir et d'un savoir-faire. Le patient espère ainsi trouver réponse à sa douleur et/ou ses maux par le biais d'un traitement, d'une prescription de médicaments ou encore d'un bilan et des séances de rééducation en ce qui nous concerne.

La connaissance des deux protagonistes n'est donc pas égale autour d'un sujet pourtant partagé, ils ne possèdent pas le même niveau d'informations. Cette relation soignant/soigné se fonde directement sur un déséquilibre: l'un possède le savoir et « ordonne » le traitement à suivre (par le biais d'une « ordonnance » pour le médecin, le nombre de séances à suivre pour l'orthophoniste...), l'autre s'exécute et s'en remet plus ou moins passivement à l'« autorité (para)médicale ».

Sur ce point, le soin a pour vocation la santé (voire la guérison) du patient, la relation qui se fonde entre le soignant et le soigné n'a donc a priori pas d'autre raison d'être.

Par ailleurs, le traitement est prescrit pour un temps plus ou moins long, le but étant qu'il ne dure que le temps nécessaire. De ce fait, la relation entre le soignant et le soigné n'est pas censée perdurer. Cependant, dans le cadre de notre pratique orthophonique, les suivis se font généralement sur le long terme. Ainsi, la relation de soin entre le thérapeute et son patient évolue au fur et à mesure de la rééducation et un lien de proximité, d'attachement se crée. Mais malgré cela, la fin de l'accompagnement est inscrite d'emblée, dès le « contrat de soin initial »: orthophoniste et patient savent qu'à un certain moment, les séances s'arrêteront.

Nous pouvons aussi parler de « contrat » dans le sens où la relation soignant/soigné est également de nature financière: le patient paie l'acte effectué par le professionnel de santé, ce qui rajoute à l'asymétrie de cette relation.

Le soignant exerce une profession rétribuée, dans un cadre légal et doit respecter les règles et décrets qui régissent sa profession. Bien évidemment, ce cadre légal, ces classifications et ces protocoles servent en tant que cadres de référence de l'exercice des compétences mais pas comme finalité du soin. Le professionnel ne doit pas oublier qu'au-delà des diagnostics qu'il peut poser et des traitements qu'il peut

offrir, il se trouve face à un patient particulier, une personne. Il ne peut donc y avoir de soin unique pour l'ensemble des patients.

La première asymétrie de la relation soignant/soigné que nous avons évoquée peut être modifiée dès lors que les deux protagonistes engagent une dynamique de rencontre et d'apprentissage réciproque. Il existe une réversibilité de la relation de soin: certes, le soignant a le savoir du point de vue des compétences mais quand on soigne, on est au service du patient qui a une plainte. Le soignant est là pour le patient et travaille pour son mieux-être. Pour cela, il doit être à l'écoute du patient qui a lui aussi la connaissance, qui est expert de son ressenti de sa maladie ou de son trouble. Se pose ainsi la question du respect et de l'écoute dans la relation soignant/soigné comme fondement de cette même relation. Prendre soin de quelqu'un implique un engagement personnel de part et d'autre bien différent de l'application d'une simple thérapeutique, le soin n'est pas un simple traitement: on ne traite pas juste « une angine » ou une « dyslexie ». *« Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre. »* (Molinier, 2009, 75).

Il apparaît ainsi une opposition, une différence de niveau entre protocole thérapeutique et notion de soin. Quelle sorte de soin peut donc émerger de la relation patient/thérapeute?

Technique et démarche soignante

Un soin technique est « invariable »: lorsqu'il est maîtrisé et systématisé, il devient reproductible, quel que soit le patient. Il est de



© Photographee.eu - Fotolia

l'ordre d'un protocole, d'une mise en application, c'est un soin objectif. Ce « savoir-agir », cette technique est indispensable dans toute intervention réalisée par un professionnel de santé, mais il semble évident que le soin ne puisse se réduire à cela.

Le professionnel doit également savoir se situer face au patient dans sa globalité (son histoire de vie, ses croyances, son entourage, son état physique et émotionnel...) et l'accompagner au mieux dans les soins. L'enjeu pour le patient est d'être pris en compte en tant que personne, et pour le soignant de trouver la juste distance tout en s'adressant au patient dans ce qu'il est de plus profond.

Il y a ainsi un usage dynamique de la notion de « prendre soin » : il existe une première dimension (para) médicale, technique ainsi qu'une seconde dimension de préoccupation, d'adaptation à l'autre. C'est donc par cette imbrication technique/attention à l'autre que le soin peut advenir.

La place du soignant n'est pas évidente à trouver face aux maladies, aux handicaps, aux contraintes de travail qui nous poussent à faire toujours plus vite... Nous pouvons nous sentir un peu trop touchés par certaines situations ou mis à mal par des contraintes matérielles. Trouver la bonne distance est loin d'être évident dans la relation avec le patient. C'est pourtant la qualité de la relation qui va

permettre au soin de se réaliser. La relation ne soigne pas de façon spontanée mais est le support du soin : c'est par les interactions entre le soignant et le soigné, entre l'orthophoniste et son patient, que vont pouvoir se mettre en place les conditions nécessaires pour que le patient puisse avancer.

Le thérapeute doit donc se trouver dans une dynamique de « démarche soignante ». Cela implique une notion de mouvement, selon W. Hesbeen c'est « cette capacité de se mouvoir, de se porter vers autrui en vue de marcher avec lui ». Se dégagent ainsi de cette notion deux modalités : tout d'abord il y a une rencontre entre le soignant et le soigné, un temps de tissage de liens, de mise en confiance puis ensuite, il y a un accompagnement du soigné par le soignant. Par cette double dynamique, le patient ne se sent pas réduit à son trouble, à sa maladie ou à l'affection que présente son corps. Sans délaisser cette affection au profit du seul relationnel, « il s'agit d'établir des liens avec la personne soignée et de tenter d'identifier la hiérarchie toute personnelle qu'elle établit entre son affection et ce qui prend le plus d'importance pour elle dans le moment présent ».

En résumé

Le soin ne met pas en présence deux fonctions ou deux rôles mais deux personnes, deux pré-

sences incarnées, avec leur vécu personnel, dans un contexte particulier. La re-connaissance de l'autre comme une entité subjective, reconnaissance mutuelle entre soignant et soigné, est le préalable nécessaire au « prendre soin ». « Prendre soin » est une expérience qui met face à la fragilité d'autrui, la vulnérabilité permet la rencontre entre le soignant et le patient en créant un lien particulier entre eux. Pour Philippe Svandra, « le soin est l'expression agissante de mon humanité ».

Ainsi, le soin ne renvoie pas à une des composantes du monde (para)médical et ne correspond pas non plus à un « supplément d'âme » de la technique mais il est bien la finalité essentielle de notre pratique. Selon Frédéric Worms « il se peut que le soin ne désigne pas une question morale ou éthique parmi d'autres, mais le principe d'ensemble d'une éthique et d'une philosophie morale ».

BIBLIOGRAPHIE

- W. Hesbeen**, « Le caring est-il prendre soin ? », Perspective Soignante, 1999, n°4
- P. Molinier**, « Ambivalence du travail de soin », Sciences Humaines, janvier 2009, 200.
- P. Svandra**, « Eloge du soin », Seli Arslan, 2009
- F. Worms**, « Le moment du soin », dans L. Benaroyo et coll., op.cit.2010