L'annonce, un travail psychique intersubjectif

Carine SANCHES(1), Jean-Luc RINAUDO(2)

(1) Cirnef Université Rouen Normandie, (2) Cirnef Université Rouen Normandie

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9363

Résumé : Cet article interroge ce qui se joue pour les sujets, soignants et patients, du point de vue psychique, lors de l'annonce de la maladie et de la mort prochaine. Les auteurs se réfèrent à la démarche d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation et plus particulièrement aux théories post-freudiennes anglophones de Winnicott et de Bion. A partir d'une vignette clinique, ils montrent comment l'annonce mobilise des processus de déliaison psychique, parfois de façon paradoxale pour que le processus de subjectivation puisse reprendre, chez les patients comme chez les soignants. Chez ces derniers, l'annonce interpelle leur rapport au prendre soin, au care. La question de la formation au care des étudiants en soins infirmiers et des médecins est ensuite posée.

Mots-clés : annonce, care, formation des soignants, approche psychanalytique, liens psychiques

Abstract: In this papers, the authors analyse what is happened for the subjects, caregivers and patients, from the psychic point of view, during the announcement of the illness and the upcoming death. The authors refer to the psychoanalytical approach in educational sciences and more particularly to the english post-freudian theories of Winnicott and Bion. From a clinical vignette, they show how the announcement mobilizes processes of psychic delinking, sometimes paradoxically so that the process of subjectivation can resume, for the patients as for the caregivers. For the latter, the announcement calls on their relationship to care. The question of training nursing students and doctors in care is then asked.

Keywords: announcement, care, nursing training, psychoanalytical approach, psychical links

1 Introduction

C'était un samedi.

Beaucoup avaient profité du week-end pour venir. Ma mère bien sûr, ma sœur, mes deux filles étaient présentes. Ma femme et moi-même étions arrivés en début d'après-midi.

A un moment, alors que nous plaisantions autour du lit de mon père qui riait avec nous, l'interne a demandé à parler à ma sœur et à moi. Nous nous sommes retrouvés assis dans un petit bureau. L'interne a commencé par indiquer qu'il terminait son

stage dans ce service de pneumologie, puisqu'il y avait passé six mois et que le lundi suivant, un nouveau médecin arriverait. Puis il nous a indiqué que le cancer de mon père résistait aux différents traitements. Il parlait lentement, s'assurant que nous avions bien compris. Nous avons posé quelques questions. Il lui restait peu de temps. Tout serait fait pour éviter qu'il souffre.

Je me trouvais doublement enfant. Objectivement, enfant de l'homme hospitalisé depuis plusieurs semaines. Subjectivement, enfant devant ce soignant dont le savoir autorisait l'annonce.

Puis nous sommes retournés dans la chambre. « Que voulait-il ? Qu'a-t-il dit ? » a questionné mon père. Tous les yeux se sont tournés vers moi, comme si chacun redoutait l'annonce. J'ai répondu que le jeune médecin terminait son stage et souhaitait donc faire un point sur le traitement de mon père. Je n'ai pas pu dire davantage. Je n'ai pas pu faire d'annonce à mon père. J'avais le sentiment de le protéger et d'être confronté, moi l'ainé, à un renversement générationnel. Chacun, dans la chambre, a paru soulagé de ma réponse.

Mon père nous a quittés quelques jours plus tard. Je garde en moi une expérience intime de l'annonce que j'ai reçue et que je n'ai pas pu transmettre.

L'objet de ce texte est d'interroger les processus psychiques mobilisés par les soignants, les patients et leurs proches, lors de l'annonce. Ce texte est coécrit par deux auteurs : l'une soignante, formatrice, docteure, l'autre enseignant-chercheur en sciences de l'éducation. Nous conduisons tous les deux nos travaux selon une perspective clinique d'orientation psychanalytique (Blanchard-Laville, 2019). Dans une première partie, nous reviendrons tout d'abord sur la notion de l'annonce, vécue comme une expérience émotionnelle intime, tant pour le patient et ses proches, que pour le soignant. La présentation des mouvements psychiques mis en œuvre chez le patient et son entourage au-delà de cette révélation, sera ensuite abordée. Les processus intrapsychiques et interpsychiques présents chez le soignant qui formule l'annonce seront également analysés. Dans une dernière partie, nous étudierons la formation au « prendre soin », au sens du *caregiving,* en lien avec la question de l'annonce.

2 Tensions et violence de l'annonce

Qu'est-ce qu'annoncer ? Il s'agit de dire pour la première fois une réalité déjà avérée, pleine de d'inconnus futurs cruciaux, et qui était jusque-là plus ou moins cachée. Il existe bien une distinction importante entre être malade et se savoir malade, l'avoir appris, selon une détermination précise. L'annonce représente une brutale accélération, un tournant pour une existence (Dumont, 2015).

Pour le patient ou pour ses proches, l'annonce peut constituer une forme d'effondrement. Un travail psychique étayé par l'environnement soignant et familial est nécessaire. L'appareil psychique de ceux-ci peut suppléer les défaillances de celui du patient, à l'image de l'appareil psychique de la mère qui prend en charge son bébé. De son côté, le soignant peut se trouver psychiquement débordé par la réalité dont il a à faire l'annonce, devenant messager d'une douloureuse vérité qui ne vient pas de

lui. L'annonce devient alors un instant décisif, un point de resserrement de la relation soignante.

La violence de l'annonce pour le patient peut rejaillir sur le professionnel de santé et mobilise chez lui un travail psychique inconscient pour pouvoir prendre soin du patient. Les soignants minimisent souvent la charge de leurs émotions personnelles lors de ce vécu. Or, ils sont eux aussi soumis à l'angoisse de la situation de leurs patients et peuvent mettre en place des mécanismes de défense qu'il est important de reconnaître.

Cette situation de l'annonce va donc s'inscrire comme une étape cruciale de la relation soignante, un moment à part, qui mérite un examen particulier, du point de vue de la personne soignée et son entourage, de celui des professionnels du soin, mais aussi de la façon dont ils résonnent entre eux.

3 Les mouvements défensifs mis à l'œuvre chez le sujet et son entourage

3.1 La vie disloquée

Dans le champ de la santé, l'annonce peut faire traumatisme pour la personne et sa famille, car, en faisant irruption dans la vie des sujets de façon brutale, violente et massive, elle va signifier une menace aiguë pour leur intégrité. Menace d'anéantissement du psychisme et de la pensée, le traumatisme de l'annonce pourrait correspondre à une véritable effraction du réel, une rencontre avec un élément étranger non symbolisable (Pinault, 2020). Cet évènement est si violent que le sujet se trouve en difficulté pour y faire face. Son moi étant ainsi débordé, les fonctions de pare-excitations mobilisées par son appareil psychique s'avèrent alors inefficaces. Winnicott (1974) décrit même cela comme l'« effondrement de l'institution du self unitaire » (p. 207).

In fine, ce qui fait le traumatisme ici, c'est la rencontre avec le réel de la mort. En effet selon Lebigot (2009), dans le traumatisme, une image du réel de la mort va s'introduire dans le psychisme du sujet et s'y incruster comme un corps étranger interne. Un processus de déliaison psychique s'impose chez le sujet.

3.2 Des capacités de liaison qui vacillent

L'être humain va découvrir ainsi qu'il est non seulement mortel, mais aussi très vulnérable. Les fantasmes d'immortalité et d'invincibilité, c'est-à-dire de toute-puissance héritée de la première enfance, vont alors tomber. Il va s'opérer chez l'individu une rupture de la continuité de son existence bouleversant ses repères identitaires. Dans le mouvement permanent entre processus de subjectivation et processus de déliaison (Freud (1920) évoquait des pulsions de vie et des pulsions de destruction), l'annonce favorise ces derniers. C'est pourquoi le choc de l'annonce est brutal et inattendu, la psyché étant non préparée.

Face à cette défaillance des défenses du moi, l'organisme va alors adopter des stratégies de sauvegarde et de survie (Ferenczi, 1932). La sidération est souvent l'une des premières réactions du sujet ou de sa famille. A cet instant, la personne soignée paraît

complètement anesthésiée, la pensée est gelée, la vie est en suspens. Aulagnier (1975) décrit ce phénomène comme des purs vécus, non pensés et non symbolisables, Bion (1962) comme des éléments bêtas bruts, vides de sens, donc impensables et inaccessibles à toute forme de pensée. Le réel de l'annonce semble donc impossible à entendre pour le sujet ou sa famille. Même si, dans bien des cas, l'annonce ne constitue pas réellement une surprise, son effectivité rend tangible une réalité que psychiquement le patient ou sa famille ne peuvent pas saisir, parce qu'elle a été, le plus souvent, refoulée.

3.3 Se protéger d'une souffrance envahissante

Puis le déni, la dénégation de la mauvaise nouvelle vont permettre au destinataire de l'annonce de repousser ce savoir trop douloureux et de se protéger d'une souffrance envahissante, en refusant d'en admettre totalement ou en partie son existence (Pinault, 2020). Le sujet va tenter d'éloigner l'expérience de l'éprouvé de destruction mortifiante, la rencontre avec la mort, mobilisant des stratégies inconscientes de défense pour préserver, autant que possible, des éléments de subjectivation, pour tenter de rester psychiquement en vie. Paradoxalement, le sujet se trouve dans l'obligation de mettre en œuvre des processus de déliaison, pour mettre à distance la déliaison ultime, la mort, dans une forme d'auto-clivage narcissique du moi (Ferenczi, 1932), expérience de dédoublement constituant une stratégie de survie.

L'annonce, par la brutalité de sa survenue, mobilise la part psychotique de l'homme ordinaire. La personnalité du sujet semble clivée en une partie qui ressent et une autre qui ne ressent pas pour continuer d'exister. Le sujet est renvoyé, au niveau inconscient, à des vécus psychiques archaïques, dans une position schizoparanoïde qui vise à dissocier l'objet en un objet idéal distinct de l'objet persécuteur. Comme si, inconsciemment, la personne détruisait psychiquement une partie d'elle-même pour se maintenir en vie. Rosenberg (1991) a montré que la pulsion de mort était aussi utilisée pour se défendre de la pulsion de mort. Il s'agit presque d'une opération de désaffectivité de la zone traumatique permettant la survie de la partie vivante. Le sujet est face à une désintégration où il ne se reconnait pas.

3.4 Survivre à la rencontre du réel de la mort

Après ce moment de terreur et de stupeur, la personne à qui l'annonce est adressée (ou sa famille) va essayer de reprendre le contrôle face à ce sentiment d'impuissance ressenti lors du choc de l'annonce. Il s'agira pour le sujet de développer un pouvoir sur la situation, pouvoir omnipotent lui permettant d'obtenir une certaine sécurité psychique. Des sentiments de colère et d'injustice peuvent cependant survenir, montrant ainsi la confrontation du sujet à l'impuissance-puissance (Pinault, 2020). Cela signifie que le patient sujet peut perdre l'illusion d'être intouchable, car prendre soin de soi ne suffit à présent plus pour se protéger de la maladie. Cette colère peut signer par exemple l'arrivée du moi qui « se rebiffe », car la personne soignée se sent fragilisée par la maladie, terrifiée par cet objet qui s'impose dans son corps et son psychisme. Par la suite, trouver une causalité à ce qui leur arrive, va devenir incontournable pour le sujet et sa famille. En effet, confrontés à cette mauvaise nouvelle

qu'ils ne peuvent contrôler, et donc face à un idéal impossible, ils vont tenter de se réapproprier fantasmatiquement la responsabilité de la survenue de la maladie.

De plus, le sujet peut se sentir déçu de lui-même et craindre de susciter de la pitié, en d'autres termes, une honte éprouvée devant l'idéal du moi peut apparaître. Cette honte va concerner le narcissisme du sujet, car son moi n'est plus capable de faire face aux exigences de son idéal. De ce fait, le sujet (ou sa famille) peut être amené à réprimer ses émotions pour préserver son image dans la relation à l'autre. C'est ce qui se déroule dans la vignette de l'introduction de ce texte. Cacher sa vulnérabilité pour ne pas s'effondrer et garder une sorte de façade extérieure, un faux-self au sens de Winnicott, préserver une image de soi satisfaisante, semblent indispensables pour s'adapter au monde environnant. Cela va permettre au sujet de mettre à distance des émotions pouvant mener à un débordement des repères psychiques et, dans la construction d'un monde abstrait, préserver ainsi la psyché (Pinault, 2020).

Une grande variété de comportements protecteurs permet ainsi au sujet et à sa famille de continuer à exister, tout en gardant une façon qui leur est propre d'affronter l'épreuve de la maladie. Les aider à retrouver une sorte de continuité de la vie et débuter un travail de sens et d'élaboration restent les finalités de l'accompagnement soignant, mais qu'en est-il pour les professionnels du soin de l'impact de cette annonce ?

4 Processus intrapsychiques et interpsychiques mobilisés chez les soignants

4.1 Les visages de la clinique du soin

L'annonce d'une mauvaise nouvelle a généralement des conséquences importantes : mise en place de traitements lourds, engagement du pronostic vital, confrontation des différents partenaires à la mort, c'est-à-dire, le malade mais aussi ses proches, sans oublier les soignants. Par conséquent vont se développer des souffrances psychologiques et physiques touchant à des degrés divers les uns et les autres. C'est pourquoi l'annonce de la maladie grave implique tout particulièrement, de la part du professionnel du soin, de pouvoir développer un art du prendre soin au bénéfice du patient et de son entourage. Mais qu'est-ce que les patients attendent exactement des professionnels de santé à partir de cette étape du choc de l'annonce ? Qu'elle corresponde à un soin, à un moment à part ?

Sur la question générale du sens du soin, Winnicott avance que l'ensemble des états de santé altérés des patients entrainent une dépendance et c'est pourquoi ces derniers demandent au personnel soignant « d'être humainement (et non mécaniquement) fiables » (Winnicott, 1988, p. 125). Il met en relief que le fait d'être malade semble une solution immédiate pour le professionnel car cela justifie cette dépendance. Cette situation positionne le soignant comme celui qui répond aux besoins, comme le *cure* (giver) dans le sens de *care* (intérêt, attention).

Pour Worms (2010), le soin et le *care* ont plusieurs manifestations : ils peuvent être tout à la fois, un sentiment, une activité, mais aussi un secours, une technique ou une

relation. Un collectif d'auteurs (Molinier, P., Laugier, S. & Paperman, P., 2009) a identifié pour le *care* quatre phases associées à quatre dimensions morales : le fait de se soucier de quelqu'un ou quelque chose (qui relève du sentiment, *caring about*), de prendre soin de quelqu'un (en lien avec la notion de responsabilité, *taking care for*), de soigner quelqu'un (qui relève de l'activité, *care giving*), d'être objet de soin (en lien avec la notion d'interaction dans la relation, *care receiving*). A cela s'ajoutent quatre qualités morales du *care :* l'attention (*attentiveness* correspondant au *caring about*), la responsabilité (correspondant au *caring for*), la compétence (correspondant au *care giving*) et la réceptivité (*responsiveness*, correspondant au *care-receiver*).

Gérondif du verbe *to care* habituellement traduit par prendre soin, le mot anglais *caring* entraine quant à lui une action de soin et correspond à une certaine façon d'être dans la relation de soin pour le professionnel de santé (Vigil-Ripoche, 2009). Le *care* se définit donc en français comme attention, sollicitude, soin, précaution. Le *care* étant compris comme une « activité centrale et essentielle de la vie humaine » (Brugère, 2010), Joan Tronto (1993) met aussi en avant la notion de vulnérabilité. Elle donne la définition suivante du *care* dans son ouvrage (Tronto, 1993, p. 13) :

> « Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »

Au croisement de l'annonce et de ces éclairages sur le prendre soin, l'activité soignante semble intégrée dans un ensemble. L'équipe soignante doit être interpellée dans ses débats et réflexions, sur la manière d'« articuler le panser avec le penser, le corps et la vie psychique et relationnelle » (Delage, 2016, p. 95).

La première phase « se soucier de » pourrait signifier identifier, évaluer le niveau de stress, la fatigue, l'épuisement, l'angoisse, les émotions négatives du patient et de ses proches lors de l'annonce. La deuxième phase « se charger de » pourrait correspondre pour le soignant, à se sentir personnellement responsable non pas de celui ou celle qui est en souffrance, mais d'un dispositif au service du patient. La troisième phase « accorder des soins » entrainerait la rencontre entre les besoins identifiés, évalués et la pratique du soin. Il s'agirait ici de se proposer comme « base de sécurité » capable de pallier, pour une part tout au moins, aux insécurités déclenchées par la mauvaise nouvelle. Enfin la quatrième phase, dernier moment moral, serait en lien avec la reconnaissance de l'activité soignante autour de l'annonce. Cette étape de réception du *care* s'établirait dans le repérage que l'action soignante a bien répondu aux attentes du patient et de sa famille dans ce moment crucial de l'annonce.

4.2 Une angoisse toute-puissante

Quels enjeux psychiques inconscients animent les soignants dans cette rencontre avec l'autre ? Comme nous l'avons vu précédemment, la violence de l'annonce rejaillit sur le professionnel de santé qui doit la prononcer. Ce dernier doit se faire violence pour

réaliser cette annonce, dont il sait qu'elle sera violente, et qui lui fait reconnaitre les limites de la science et des traitements possibles (Dumont, 2015). Cette angoisse éprouvée devant la parole à annoncer est réelle, née des effets que le soignant sait potentiellement dévastateurs pour le patient et qu'il va falloir dans un deuxième temps porter. Le langage, outil merveilleusement précis au service de l'objectivité scientifique d'une communication exacte, va montrer ici ses limites, quand il faut employer ou contourner des mots terrifiants comme « cancer » ou « leucémie » (Dumont, 2015).

Le professionnel de santé devra échapper à un usage purement automatique des formules toutes faites, afin d'annoncer ce qui pour le patient au contraire sera un événement existentiel unique. Il peut alors se retrouver impuissant à dire « la triste réalité de [son] impuissance à changer la triste réalité » (Aubert-Godart, 2006, p. 101).

Feifel (1965) décrit en plusieurs points les obstacles personnels que rencontre le professionnel de santé dans l'annonce de la mauvaise nouvelle. Nous retrouvons notamment la peur de la mort, la peur d'être désapprouvé, le sentiment de culpabilité, la peur de ne pas être à la hauteur et enfin la peur des réactions émotionnelles.

Selon Brewin (1991), les soignants, devant l'annonce d'une mauvaise nouvelle, peuvent adopter des attitudes défensives donnant lieu à trois manières différentes d'annoncer : la première, brutale, insensible et impersonnelle engendrée par des mécanismes de défense mal maîtrisés et qui peuvent aller jusqu'au « sadisme brutal » ; la deuxième, défensive, consistant à se montrer soucieux, tout en donnant des détails techniques incompréhensibles pour le malade ; la troisième, positive et compréhensive, basée sur la flexibilité du professionnel, ses capacités de feed-back et de réassurance. Il nous semble que ces trois attitudes correspondent à la façon dont le soignant, sur un registre inconscient, mobilise plus ou moins sa capacité de rêverie qui lui permet de métaboliser des éléments destructeurs pour qu'ils puissent être pensés (Bion, 1962).

Aubert-Godard et Scelles (2005) décrivent la solitude du professionnel confronté, dans le vif de la consultation d'annonce, à l'étendue et à la gravité de la maladie. Les propos des soignants interrogés dans leur recherche sont aussi révélateurs d'une résonance émotionnelle traumatique : la soudaineté des récits concernant la gravité de la maladie au décours de l'annonce et l'impréparation psychique du soignant peuvent constituer une « véritable effraction avec ce que cela implique d'impression de débordement et de confrontation à une réalité destructrice » (p. 110) pour l'appareil psychique du professionnel.

L'annonce va induire chez le professionnel un effort psychique particulier qui va déclencher chez lui un état de tension interne. Il va essayer de formuler un dire qui se voudrait pure information, mais qui est nécessairement sa propre interprétation conçue dans un mouvement transférentiel qui lui échappe. Aubert-Godard et Scelles observent également que le savoir médical des soignants leur offre une protection ; protection pour continuer à penser le soin et protection contre la double blessure narcissique que constituent d'un côté la maladie grave du patient et de l'autre la douleur des proches qu'ils ne peuvent éviter de déclencher. Il est reconnu que guérir et ne pas faire souffrir correspondent bien souvent à l'idéal professionnel soignant. Or, dans cette situation d'annonce, l'idéal professionnel cède la place au désenchantement.

Annoncer une mauvaise nouvelle peut donc entraîner, pour le professionnel du soin, une remise au travail de phénomènes psychiques archaïques, des contagions émotionnelles, une prévalence des affects sur la pensée. Par exemple, annoncer à des (futurs) parents de mauvaises nouvelles concernant l'état de santé de leur enfant est parfois imaginé par les soignants, comme un acte équivalent à s'approcher de leur extrême intimité, de la zone psychique et émotionnelle primitive en eux, de ce qui est resté enfant en eux, tout près de ce qui est leur centre vital.

Ainsi, cette situation d'annonce ébranle-t-elle le soignant dans ses assises narcissiques personnelles et professionnelles et dans sa conscience morale. L'acte d'annonce renvoie même le professionnel de santé à une position de « sacrée », de celui qui a le devoir de transmettre une vérité redoutable qu'il possède, position qui le situe, du côté de la fonction paternelle, fonction symbolisante (au sens de la figure structurante du complexe d'Œdipe) et qui le renvoie encore une fois à une angoisse, source de culpabilité.

Avec l'annonce au patient, le soignant se trouve confronté aux dimensions paradoxales de sa pratique. L'annonce provoque un processus de déliaison psychique, avec une forme de triomphe de la mort sur les pulsions de vie, alors même qu'en tant que professionnel du soin, son travail consiste à permettre au patient de développer des processus de subjectivation.

4.3 Intersubjectivité et relation soignant-soigné

Parallèlement à ces différents processus, l'annonce de la mauvaise nouvelle va entrainer une approche intersubjective relationnelle entre les deux sujets soignant et soigné. En effet, le terme d'intersubjectivité renvoie d'une part à une relation entre deux sujets connaissants et d'autre part à une interaction entre des acteurs (Aubert, 2008). L'articulation de ces deux aspects nécessite par ailleurs l'intervention de la communication en tant qu'action et où le « langage sert de médium pour reconnaître autrui et coopérer avec lui » (p. 90).

La recherche fondamentale et les neurosciences ont montré comment, dès le début de la vie, le self infantile émerge d'une régulation réciproque et d'un processus de reconnaissance dans la relation primaire (Bohleber, 2014). Par ailleurs la recherche actuelle sur les processus de mentalisation du début de la vie, a identifié « qu'un self ne peut se construire qu'en miroir par le biais de la psyché de l'objet primaire » (p. 184). Cela signifie qu'autrui nous est nécessaire pour ressentir notre propre self. Ces propositions théoriques reformulent ce que Winnicott avait théorisé sur les relations mère-enfant (Winnicott, 1969). La relation sujet-sujet va donc prendre la place de la relation sujet-objet, et développer une réciprocité intersubjective qui se trouve de nouveau mobilisée lors du processus de l'annonce. Le sujet (professionnel de santé) devient un sujet soignant qu'à la condition d'entrer en relation avec un patient. Sans patient, il n'existe pas de soignant. « L'autre ne prend sens à mes yeux qu'à partir de mon jugement sur lui, que si je le reconnais effectivement comme un être raisonnable et libre » (Aubert, 2008, p. 92). Ainsi l'identité soignante est-elle fondamentalement intersubjective. Elle se constitue dans un lien à l'autre (Golse, Missonnier, 2020).

Cette relation intersubjective offre au soignant l'opportunité de prendre pleinement conscience de son moi.

Le destinataire de l'annonce ne devient un interlocuteur véritable (en tant que sujet de soin), que dans le cadre d'un « agir social orienté vers l'entente », c'est-à-dire quand une intersubjectivité authentique entre les deux acteurs se met en place (Aubert, 2008, p. 97). Car la reconnaissance intersubjective est une des conditions de la possibilité d'une coopération entre le patient et le soignant.

Parce que les acteurs « sujets » sont d'emblée pris dans un processus de relations qui les constitue, individuellement et collectivement, l'intersubjectivité ne se manifeste donc plus à travers d'un « je pense » au moment de l'annonce, mais dans un rapport à soi pratique, dont l'aspect réflexif dépend de la médiatisation de la deuxième personne, le patient (p. 96).

L'annonce peut provoquer un effet de sidération du patient et entrainer un empêchement de penser, comme nous l'avons vu plus avant avec les mécanismes de défense mobilisés par le patient et son entourage. Ses fonctions de pare-excitation sont inopérantes. Nous avançons l'hypothèse que, dans son travail du prendre soin, le psychisme du soignant prend momentanément en charge celui du patient, à l'image de la relation entre la mère et le nourrisson immature. Autrement dit, le moi du soignant supplée le moi défaillant du patient. Se met alors en place un espace psychique partagé, intersubjectif, qui n'appartient en propre ni au soignant, ni au patient, espace intermédiaire au sein duquel le patient s'en remet au soignant et où le travail de ce dernier est de permettre au patient de dépasser cette sidération pour l'amener à survivre à la rencontre du réel avec la mort.

On peut également avancer que les trois manières d'annoncer que nous avons rappelées sont sous-tendues par d'une part, la réaction du patient à l'effondrement que peut provoquer l'annonce et, d'autre part, par la capacité du soignant à accompagner le patient, à suppléer son moi défaillant. Cette capacité qui évoque ce que Bion nomme la capacité de rêverie permet un défusionnement, une issue à cet espace psychique intermédiaire, vers une différenciation de plus en plus nette entre moi et non-moi du patient comme du soignant. Le cadre, l'institution de soi, le protocole de l'annonce, mais également son expérience professionnelle et la formation, initiale et continue (on pense ici notamment aux analyses de pratiques professionnelles) constituent des appuis sur lesquels le soignant peut inconsciemment étayer sa capacité de rêverie.

5 L'apprentissage de la clinique du *care*

5.1 Le *care* au fondement des formations sanitaires et sociales

Être capable de résister à la violence de la situation de l'annonce, de rester pour proposer un soutien et soigner, demande aux soignants, ainsi que nous l'avons déjà précisé, d'exercer ce que Winnicott nomme une « fiabilité humaine » ; non pas une fiabilité mécanique, qui se prétendrait sans faille, mais une fidélité dans le dévouement, comme la « mère suffisamment bonne » pour son bébé (1988, p. 125). Ainsi, le

soignant n'a pas besoin d'être un gestionnaire parfait ni un théoricien accompli, mais simplement d'être convenablement dévoué dans le prendre soin.

Dans ce contexte nous pouvons nous interroger sur comment former les futurs professionnels de santé à ce prendre soin, au *care*, à cette rencontre inédite de l'autre au moment de l'annonce. Tout au long de leur formation, les étudiants en santé tentent de développer un savoir-agir promouvant le souci de l'autre, en s'inscrivant même dans une logique de don de soi (Gaudry-Muller, 2015). Cette sollicitude fait appel à de nombreux principes sous-jacents à la relation de soin, en lien avec la vulnérabilité du patient, comme la compassion, l'empathie, la bienveillance et la disponibilité envers la personne prise en soin.

In fine, le prendre soin représente sans doute un fondement ontologique et épistémologique permettant d'avoir un cadre théorique pour les formations aux métiers de santé, tout en étant vecteur de professionnalisation. Cet apprentissage du travail soignant nous parait aujourd'hui essentiel, car le *care* nécessite un réel engagement des professionnels du soin dans le processus de l'annonce, afin de ne pas se réduire à une simple application mécanique de gestes et de paroles lors de cette situation de soin.

6 Prendre soin et formation infirmière

Mais quelle est la place de ce(s) savoir(s) en lien avec la relation soignant-soigné dans les cursus de formation en santé ? Le référentiel de formation infirmière évoque des modalités pédagogiques qui « s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes »[1]. Nous remarquons que l'ensemble des textes de l'arrêté du 31 juillet 2009 est centré sur la dimension opérationnelle de l'apprentissage infirmier ; aucune mention du *prendre soin*, du *care* ou du *caring* ni aucun élément sur une posture humaniste et empathique n'y figurent.

Hebrard (2011) s'est interrogé sur les zones d'ombre qui, selon lui, entourent cette compétence relationnelle au bénéfice de la professionnalisation des métiers de l'interaction avec autrui. L'humanitude se définit-elle comme une compétence ? L'auteur met en évidence la pluralité des termes formalisés dans les outils utilisés (référentiel, portfolios…) : savoir-être, patterns, attitudes, capacités relationnelles, sociales, émotionnelles. Il identifie également un flou dans les cadres conceptuels utilisés liés à l'influence d'un paradigme en lien avec le behaviorisme, le pragmatisme, l'insuffisance d'une réflexion épistémologique et le peu de questionnement éthique des formateurs.

De plus, il n'y a pas de distinction évidente entre activité et compétence et la dimension relationnelle y est plutôt réduite avec un aspect technique très développé. Selon lui, le référentiel infirmier aborde surtout des démarches à mettre en œuvre, des méthodes de communication, de l'organisation et des techniques. Les dimensions affectives, conflictuelles, la notion de pouvoir dans la relation soignant-soigné et les enjeux identitaires y sont très peu évoqués. Il conclut en soulignant l'importance d'un cadre théorique pertinent et l'utilisation de méthodes pédagogiques fondées sur la réflexivité.

[1] Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Paris : Berger-Levrault ; 2009.

Toutefois la non-prescription du *care* dans les textes législatifs n'empêche pas, selon Hebrard, sa transmission et sa mise en œuvre au sein des instituts de formations en soins infirmiers, au-delà des injonctions réglementaires. Cependant les modèles de soins sont mal connus, car pas toujours utilisés durant la formation, ce qui leur donne un statut d'exercice pédagogique et non d'aide à la décision en situation professionnelle ou de mise en œuvre d'activités pour *prendre soin* des personnes.

Petrus-Krupsy (2015) interroge, elle aussi, les modalités de transmission du *care* dans la formation initiale infirmière. Elle s'est tout d'abord questionnée sur l'influence du découpage de la formation en compétence et sur la compréhension du *care* par les étudiants. Elle observe que la quasi-totalité des apports théoriques sollicitant le *care* dans sa définition et sa pratique sont enseignés en première année de formation. Seuls la psychologie et les soins relationnels sont, quant à eux, transversaux sur l'ensemble des trois années de formation. Sachant que chaque semestre d'enseignement comporte une unité d'intégration évaluant les connaissances liées à ce semestre, il est pertinent de s'interroger si le *care* est présent ou non dans ces unités. Or cette organisation interne est laissée à la discrétion de chaque institut de formation. L'auteur met alors en garde les lecteurs sur l'enseignement de certitudes, de patterns à copier (souvent demandés par les étudiants), au lieu de propositions d'actions réflexives centrées sur l'humain.

C'est pourquoi le projet pédagogique de l'institut de formation (en lien avec l'université) va impacter sur la transmission du *care* et sur l'unité de vue des formateurs. En effet, contrairement au *cure* qui est une prescription, le *care* n'est pas une injonction de la part des formateurs et des professionnels infirmiers des services. Petrus-Krupsy conclut en rappelant que ce sont les trois groupes d'acteurs (formateurs, terrains de stage, universitaires) qui sont partenaires de la transmission du *care*. Ils doivent se rencontrer afin d'échanger autour de cette éthique du *care* car il représente le cœur et la raison du travail soignant.

6.1 La place du *care* en faculté de médecine

Fleury, Berthelier et Nasr (2020), de leur côté, mettent notamment en lumière la problématique de l'enseignement des humanités médicales et de l'éthique dans la formation médicale. A l'heure du positivisme scientifique (*evidence-based-medecine*) et des technologies de pointe, face aux difficultés engendrées par notre système de santé dont la presse se fait régulièrement l'écho, par exemple en dénonçant les heures d'attente aux urgences des hôpitaux, le lien entre les humanités et la médecine semble, selon eux, plus que jamais distendu. C'est pourquoi ils promeuvent le développement d'un enseignement en sciences humaines et sociales, directement intégré au raisonnement clinique et à la pratique de décision. Pour ces auteurs, la multiplication de dispositifs de collaboration interdisciplinaire et interuniversitaire favorise l'expansion et l'institutionnalisation progressive du champ des humanités en santé. Mais à l'opposé de cela, ils observent que le volume horaire et le poids, en termes de coefficient, attribué aux sciences humaines a particulièrement régressé par rapport à la période 1994-2009.

Ils formulent alors la recommandation d'élaborer le projet pédagogique du curriculum en articulant l'éthique d'un côté (à la fois éthique clinique et bioéthique) et les humanités en santé de l'autre, majoritairement dès le premier cycle de la formation. Ces enseignements seraient centrés sur des grandes questions philosophiques, historiques ou sociologiques (la personne, la mort, la maladie, le corps, les controverses scientifiques par exemple).

En troisième année le service sanitaire pourrait être utilisé avec la rédaction d'un rapport écrit visant à mobiliser les connaissances académiques acquises en première et deuxième année afin de réaliser un compte rendu réflexif de leur intervention sur les terrains.

En deuxième cycle, l'utilisation d'ateliers obligatoires en stage favorisant l'apprentissage par groupe restreint, lui semble également intéressante. Enfin pendant l'internat, il serait souhaitable, selon eux, que la formation des futurs médecins à l'éthique et aux humanités en santé se poursuive dans le cadre de l'acquisition du certificat de compétences cliniques actuel.

6.2 Penser des dispositifs de formation en lien avec la perspective du @care@

Comme nous venons de le voir, il serait judicieux maintenant d'englober le processus de l'annonce au cœur d'une réflexion plus large, qui devrait entrainer une modification des études soignantes. Ainsi les soignants pourraient mieux se préparer à la violence, au chaos, savoir utiliser l'empathie, essayer de maitriser leurs mots, leurs gestes et prendre la mesure de la biographie de celui ou celle qui leur fait face. Selon Desportes et Spire (2007), un axe de recherche pourrait viser à lier celui qui annonce et celui qui reçoit la parole : c'est sans doute cette rencontre qu'il faudrait investiguer.

Pour cela, l'élaboration d'« outils pour le *care* » (Bailleul, 2021, p. 28), apporterait une contribution intéressante en permettant aux étudiants de construire à la fois des savoirs, des habiletés et surtout des rapports au(x) savoir(s) et à l'autre, aux autres (patients, aidants, pairs), donnant du sens à leur(s) future(s) pratique(s) professionnelle(s). Cette question du *care* peut être abordée par l'intermédiaire de dispositifs définis selon trois critères (Bailleul, Marie-Bailleul, 2021) : rendre capacitaire des acteurs concernés, produire dans la mesure du possible des externalités positives (des impacts positifs extra-financiers), critères décrits par Fleury et Fenoglio (2019) et être intentionnellement porteur de « bienveillance dispositive », notion empruntée à Belin (2001). Les principes à mettre en œuvre pour concevoir ces dispositifs feraient appel à la mise en place d'une formation partagée basée sur l'interprofessionnalité, mais aussi à une formation par l'expérience, centrée sur la créativité et la réflexivité (Bailleul, 2021). Selon ces auteurs, différents scénarii pourraient ici être utilisés (atelier de photolangage, utilisation de textes, retour d'expérience…) selon les publics concernés. Pour notre part, nous avançons que l'analyse clinique des pratiques professionnelles peut favoriser la professionnalisation (Rinaudo, 2015), car elle permet de transformer émotions et sensations en pensées, mais également parce qu'elle favorise le fait que le soignant survive psychiquement aux pulsions de destruction particulièrement importantes lors de l'annonce.

Enfin, la démarche de réflexion éthique, en tant qu'outil d'aide à la décision offrant des moyens permettant de répondre avec plus de justesse à la question du sens du soin, serait également à convoquer lors de la formation à l'annonce. Parce qu'elle induit à la fois une capacité réflexive et critique, elle amènerait les futurs professionnels à réfléchir sur le « faire pouvoir ensemble » dans le contexte de la situation d'annonce (Maesschalck, 1991, p. 67). En effet, la pertinence d'une formation à l'éthique consiste précisément à conscientiser l'importance d'une démarche critique (oser interroger le sens d'un soin, ici l'annonce), dans le respect du concept d'éthique de Ricœur, à savoir « avec et pour autrui » (1990). Plus que de faire face à une situation inédite ou impromptue de dilemme éthique, il s'agit pour le soignant de s'autoréguler dans l'action en fonction d'objectifs professionnels, de buts déterminés et d'un ensemble cohérent de valeurs, référés certes, à la pratique professionnelle mais aussi aux missions assignées aux institutions concernées, ainsi qu'aux finalités propres de l'accompagnement.

7 Pour conclure

L'acte de « prendre soin » est sans doute l'un des plus vieux gestes effectué envers l'autre, spécificité de l'être humain, mais il a une sonorité particulière lors du processus de l'annonce. Avec lui, l'altérité et l'identité interagissent et se transforment chez le soigné comme chez le soignant. Sur le plan psychanalytique, prendre soin d'un autre dans le processus de l'annonce, peut articuler des pôles parentaux mais aussi infantiles, allant même jusqu'à constituer une « parentalité soignante » (Ciccone, 2014, p. 34). Par conséquent si le professionnel du soin dispose d'une « famille psychique interne » harmonieuse, il pourra mobiliser différentes identifications, parentales et infantiles et ainsi s'identifier au patient, afin de comprendre ses douleurs et souffrances et assurer son travail de soin, d'aide et d'accompagnement au moment de l'annonce. Finalement « prendre soin d'un autre au sens large, suppose pour le sujet acteur de cette attention, d'avoir gardé le contact avec ses aspects adultes et infantiles, expériences infantiles qui concernent autant les éprouvés de douleur, de détresse, d'impuissance, que les mouvements narcissiques omnipotents » (Ciccone, 2014, p. 35). Parce que prendre soin d'autrui ne va de soi et qu'il y a bien une différence entre « faire le soignant » et « être soignant ».

Références bibliographiques

Aubert, I. (2008). Sujet et intersubjectivité, la philosophie de Habermas face aux théories de Fichte et Husserl. *Trajectoires*, *2*, 89-100. https://doi.org/10.4000/trajectoires.209

Aubert-Godard, A., Scelles, R. (2005). *Annonce du handicap, analyse de ce que vit le médecin-annonceur et des représentations qu'il a des frères, des sœurs et des pères.* Laboratoire PRIS Clinique et société, Université de Rouen-Normandie.

Aubert-Godart, A. (2006). De l'annonce comme représentation violente. Dans D. Brun (dir.), *Violence de l'annonce, violence du dire et Devenirs de l'annonce : par-delà le bien et le mal,* (p. 101-111). 8e Colloque de Médecine et Psychanalyse. Études freudiennes.

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé.* PUF.

Bailleul, M. (2021). Former les professionnels de santé aux « outils pour le care ». *Pédagogie médicale*, *22*(1), 27-32. https://doi.org/10.1051/pmed/2020060

Bailleul, M., Marie-Bailleul, G. (2021). Ethique de la sollicitude dans une unité cognitivo-comportementale : des « proofs of care » à la formation aux « outils pour le care ». *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, *21*(122), 118–125. https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.09.003

Belin, E. (2001). *Une sociologie des espaces potentiels. Logique dispositive et expérience ordinaire*. De Boeck Supérieur.

Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF, 1979.

Blanchard-Laville, C. (2019). Le pari de la clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. In B. Mabillon-Bonfils, C. Delory-Momberger (dir.). *A quoi servent les sciences de l'éducation ?* (p. 95-105). ESF.

Bohleber, W. (2014). Le concept d'intersubjectivité en psychanalyse : une évaluation critique. *L'année psychanalytique internationale*, *2014*(1), 181-214. https://doi.org/10.3917/lapsy.141.0181.

Brewin, T. B. (1991). Three ways of giving bad news. *Lancet*, *337*(8751), 1207–1209. https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92870-8

Brugère, F. (2010). *Jusqu'où ira le « care » ? La Vie des idées, 4* [en ligne]

Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et parentalité. *Cliopsy*, *11*, 17-38. https://doi.org/10.3917/cliop_011.0017

Delage, M. (2016). L'approche systémique de la maladie grave et du soin. Quelles conséquences pour les soignants ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2*(57), 87-102. https://doi.org/10.3917/ctf.057.0087.

Desportes, G, Spire, A. (2007). Cancer : l'annonce du diagnostic, *Les temps modernes*, *1*(642), 207-216. https://doi.org/10.3917/ltm.642.0207.

Dumont, M. (2015). *L'annonce au malade*. PUF.

Feifel, H. (1965). Death and dying : attitudes of patient and doctor. V. The function of attitudes toward death. *Report (Group for the Advancement of Psychiatry)*, *5*(11), 633–641. PMID : 5175739.

Ferenczi, S. (1932). *Le traumatisme*. Payot, 2006.

Fleury, C., Berthelier, B., Nasr, N. (2020). L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. *Soins*, *842*, 51-53. https://doi.org/10.1016/j.soin.2020.01.013

Fleury, C., Fenoglio, A. (2019). Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de « proof of care ». *Soins*, *834*, 58-61. https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.02.016

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. *Œuvres complètes, Tome XV* (p. 273-338). PUF, 1996.

Gaudry-Muller, A. (2015), Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers*, *3*(122), 44-51. https://doi.org/10.3917/rsi.122.0044.

Golse, B., Missonnier, S. (2020). Plaidoyer pour une troisième topique. Une représentation intrapsychique du lien intersubjectif avant même la découverte de l'objet. *Analysis 4*(2), 131-138.

Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*, *44*, 103-121. https://doi.org/10.3917/lsdle.442.0103

Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique, *Stress et Trauma*, *9*(4), 201-204.

Maesschalck M. (1991). *Jalons pour une nouvelle éthique. Philosophie de la libération et éthique sociale*. Peeters.

Molinier, P., Laugier, S. & Paperman, P. (dir.) (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot.

Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du care en IFSI. *Revue Association de recherche en soins infirmiers, 3*(122), 90-96. https://doi.org/10.3917/rsi.122.0090

Pinault, P. (2020). L'annonce du diagnostic de cancer : de l'expérience traumatique vers un ajustement des défenses. *Le Journal des psychologues*, *10*(382), 66-69. https://doi.org/10.3917/jdp_382.0066.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.

Rinaudo, J.-L. (2015). Analyse clinique des pratiques en formation et professionnalisation. Dans J-Y. Bodergat, P. Buznic (dir.). *Des professionnalités sous tension,* (p. 109-120), De Boeck.

Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. PUF.

Tronto, J. (1993), *Un monde vulnérable. Pour une politique du* care. La Découverte, 2009.

Vigil-Ripoche, M.-A. (2009). Caring et care, prendre soin et soin. Dans M. Formarier, L. Jovic (dir.) *Les concepts en sciences infirmières* (p. 96-99). Arsi Mallet Conseil.

Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

Winnicott, D., W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres essais*. Gallimard, 2000.

Winnicott, D. W. (1988). Cure. Dans *Conversations ordinaires*. (traduit par B. Bost). (p. 123-133). Gallimard.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin A quoi tenons-nous ?* PUF.