Interstices de soin : anthropologie de la relation en santé mentale

Réflexions sur la dynamique d'accompagnement en centre d'hébergement pour les personnes en période d'addiction et assuétude

Philippe BONNEELS

Infirmier spécialisé en santé mentale et contexte précaire. PhD student, anthropologie médicale et de la santé ; chargé de mission au Centre Académique de Médecine générale, coordinateur du certificat d'université en anthropologie médicale et de la santé, LAAP, CAMG, IACCHOS, UCLouvain, Belgique

1 Introduction

Ce travail s'inscrit dans le prolongement des recherches pionnières de Carl Rogers et Arthur Kleinman, qui ont souligné l'importance de considérer les expériences de santé comme des constructions sociales et culturelles. En m'appuyant sur leurs contributions, je propose ici une analyse anthropologique des relations de soin au sein de centres d'hébergement pour personnes en situation d'addiction.

Tout en reconnaissant la valeur de leurs travaux, cette étude se distingue par une approche plus nuancée, inspirée notamment par Didier Fassin. Ce dernier, dans son ouvrage "Entre politiques du vivant et politiques de la vie" (2000), offre un cadre théorique particulièrement pertinent pour saisir les interactions complexes entre les dimensions biologiques, sociales et politiques de la santé. En intégrant cette perspective, je cherche à dépasser une vision individualisée des problèmes d'addiction et à mettre en évidence les déterminants sociaux et culturels qui influencent les parcours de soin.

En somme, cette recherche vise à explorer les interstices de la relation thérapeutique, c'est-à-dire ces espaces de rencontre où se négocient les significations de la santé, de la maladie et de l'accompagnement. Mon hypothèse est que ces interstices sont des

lieux privilégiés pour observer les dynamiques de pouvoir, les enjeux identitaires et les processus de subjectivation qui caractérisent les expériences de soin.

La notion de *corps souffrant* permet de comprendre la manière dont les expériences corporelles des patients et des soignants sont inextricablement liées à leurs souffrances psychiques[1]. De plus, l'importance accordée aux savoirs locaux et aux pratiques traditionnelles incite à interroger les limites de l'approche biomédicale dominante. En intégrant ces perspectives, j'envisage des pratiques de soin holistiques, qui prennent en compte la dimension corporelle, sociale et culturelle et offrent une perceptive de la souffrance. Cette analyse s'ancre en Belgique, à Bruxelles, dans un contexte multiculturel, offrant une vision qui se veut nuancée et complexe de la relation de soin en santé mentale. Elle contribue à un dialogue interdisciplinaire en montrant comment l'anthropologie de la santé peut éclairer les pratiques de soin contemporaines.

Dans le champ complexe et souvent délicat de la santé mentale, la relation entre soignants et soignés constitue un élément primordial qui mérite une attention soutenue. Ce chapitre, intitulé « Interstices de soin : anthropologie de la relation en santé mentale », se propose d'explorer les dynamiques d'accompagnement au sein d'un centre d'hébergement pour personnes en période d'addiction. À travers une approche ethnographique, je plonge au cœur des interactions qui se nouent entre les professionnels de la santé mentale et les patients, révélant ainsi les tensions, les malaises, mais aussi les potentialités d'une relation de soin véritablement enrichissante.

Il est important de reconnaître que cette relation est loin d'être unidimensionnelle. Elle est, au contraire façonnée par des facteurs sociaux, émotionnels et institutionnels, qui influencent continuellement le vécu des soignants et des soignés. Les souffrances, tant celle des patients que celle des soignants, s'entrelacent, créant des résonances qui colorent les pratiques de soin. En interrogeant cette intrication et en valorisant les savoirs et les expériences de chacun, il devient alors possible d'envisager un modèle de soin qui ne se limite pas à des protocoles techniques, mais qui aspire à un véritable échange intersubjectif.

Les réflexions qui suivent visent également à inviter à un dialogue interdisciplinaire, enrichissant notre compréhension des enjeux de la relation de soin. En croisant les perspectives de l'anthropologie, de la sociologie et de la psychologie, il est en effet possible d'éclairer les dimensions éthiques de la pratique des soignants, de repenser les normes institutionnelles et d'explorer les mécanismes émotionnels à l'œuvre dans cette relation si humaine. Ce cheminement m'amène alors à envisager des pratiques plus réflexives et davantage centrées sur les besoins de tous les acteurs impliqués, afin de favoriser une véritable transformation de l'expérience de soin.

2 Naviguer dans les dynamiques de soin d'une institution

Quels sont les outils méthodologiques de l'ethnographie susceptibles d'être utiles au soignant dans le contexte de la santé mentale ?

[1] Cet article est issu des travaux menés dans le cadre d'une thèse de doctorat en anthropologie en cours à l'université de UCLouvain sous la direction du Pr Servais O., thèse consacrée à l'étude des collaborations en santé.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

2.1 Trouver sa place sur le terrain et entendre la souffrance des soignants

Dès mes premiers jours dans l'institution qui a été le lieu de mes enquêtes, une maison de type court séjour en santé mentale spécialisée dans les assuétudes en Belgique, j'ai ressenti une atmosphère marquée par une tension latente, où les distinctions entre soignants et soignés semblaient floues. À cette époque, je ne comprenais pas encore les causes de ce déséquilibre, simplement en raison de mon manque d'expérience dans cet environnement et de la diversité des parcours des individus vivant en communauté. Au fil des jours, les échanges informels avec mes collègues, qui sont principalement des travailleurs sociaux assimilés à des professionnels de la santé aux parcours variés — psychologues, criminologues, artistes, assistants sociaux, psychanalystes — m'ont permis d'approfondir ma compréhension de la situation.

Lors des réunions cliniques, durant lesquelles l'équipe était réunie sans la présence des patients, un constat frappant s'est dégagé des dires des soignants : tous les patients ressentent un sentiment de persécution. Cela pourrait-il être à l'origine de leurs comportements de consommation de stupéfiant et de « surconsommation » institutionnelle ? En effet, comme le souligne Jamoulle (2021), la consommation peut être perçue comme une échappatoire face à la pression de la société et au regard jugé envahissant des autres. En tant que seul infirmier de l'établissement, ma quête commence : comment puis-je accompagner ce sentiment d'angoisse et de mal-être ? Je découvre également que les soignants partagent cette même sensation de persécution, subissant à leur tour le poids des regards et des attentes de ces patients vulnérables. Comment mes collègues gèrent-ils cette impression de persécution que leurs patients leur transmettent ?

Certains cliniciens privilégient le dialogue pour établir un lien, d'autres favorisent l'action, tandis que d'autres encore se concentrent sur l'analyse psychique du patient avant de prescrire une médication. En étudiant les dossiers des patients, je remarque une tendance à la « surconsommation » institutionnelle, illustrée par un enchaînement d'examens et de consultations sans véritables résultats. Cette ambivalence se manifeste aussi lors du moment de la prise des médicaments. Le parcours des patients témoigne d'un consumérisme omniprésent, qu'il s'agisse de substances, d'institutions ou de relations humaines. Par exemple, lors d'une sortie, un patient me confie :

> « Pour moi ce qui compte c'est la jouissance. » « Je ne prends aucun plaisir à savourer ce que je mange, j'avale tout d'un coup, j'aime ce sentiment d'instantané, je me lasse très vite de tout. » « Ça fait dix ans que je consomme de l'institution, avant j'étais en prison. » « Je sais que c'est sale, mais j'aime les prostituées : tu jouis et tu passes à autre chose. Je devrais apprendre à aimer les petites choses. » Mohamed 41 ans.

Dans le même ordre d'idée, le responsable du centre médical me dit :

> « Nous savons depuis des années qu'il y a une surconsommation d'examens médicaux par les patients. On laisse faire, car c'est une meilleure consommation que la drogue, c'est en quelque sorte un exutoire. D'ailleurs, ils

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> ne vont que rarement jusqu'au bout des démarches entreprises, ils sont en mauvais état de santé général. »

Ce phénomène de consumérisme interroge à la fois le rejet et l'attrait qu'exerce l'institution. Cette dernière, bien qu'offrant des séjours courts, peut sembler, pour certains, déjà trop prolongée. Les projets de soin sont perçus comme étant à la fois trop brefs et trop étendus, tout comme l'abstinence, qui peut apparaître tantôt insuffisante, tantôt excessive. Une observation similaire se dégage de l'analyse des projets d'aide à l'insertion sociale : envisager un futur au-delà de trois mois semble utopique. Lorsque les patients approchent de la fin de leur séjour, la menace de la rue pèse lourdement sur eux, rendant le temps trop court pour bâtir des projets viables et solides. Il en résulte souvent que le retour à l'institution devient la seule option viable pour cette population en situation d'exil (Jamoulle, 2014).

Selon les retours de mes collègues soignants, le centre de santé mentale comme institution exerce aussi une influence sur les soignants, qui, au fil du temps, prennent conscience d'un cercle vicieux où « l'institution entretient la dépendance des dépendants ». Ce constat engendre un sentiment d'impuissance et rend difficile pour nous, les soignants, la prise en charge de nos résidents. Ainsi, l'institution se présente à la fois comme solution et comme prison. Les diverses réactions — fatigue, découragement, cynisme, critiques, ressentiment, et plaintes — engendrent des dissonances au sein de l'équipe, altérant la gouvernance et la dynamique générale. Bien que l'espoir d'une issue favorable persiste, elle se heurte à l'expression collective ou individuelle du désespoir. Certains conservent l'espoir, mais se lamentent sur la complexité et la lenteur des processus. Et si, davantage que d'aborder le patient à travers nos propres catégories médicales, culturelles et sociales, nous nous interrogions sur notre propre position et nos actions en fonction de son vécu ? Décentrons notre regard et cultivons la réflexivité, tout en reconnaissant les savoirs des patients.

2.2 La prise au sérieux des connaissances du patient enclenche la réflexivité

Un aspect pertinent à explorer est celui du savoir et, par conséquent, du pouvoir des patients, ce qui nous conduit à discuter du concept de démocratie sanitaire. Cela pourrait-il indiquer que le patient détient plus de pouvoir dans la relation de soin que ce que l'on a tendance à croire ?

Partant de la réflexion sur le malaise ressenti par les soignants, on peut identifier des catégories interprétatives telles que soignant et soigné. Je ne remets pas en question la manière dont le soin est prodigué au patient en fonction de savoirs biologiques ou d'autres connaissances sur ses forces, ses faiblesses, ou son rapport aux normes sociales. Ce qui m'intéresse, ce sont les soignants eux-mêmes, leurs atouts et leurs contraintes, leur capacité à prendre soin d'eux et des autres. Ainsi, j'adopte un regard résolument réflexif sur la relation de soin en santé mentale. Qu'est-ce qui distingue l'« anormal » ou le « pathologique » (un résident cherchant refuge dans son addiction à cause d'un sentiment de persécution) du « normal » et du « sain » (le soignant, cherchant à protéger de l'addiction et de la souffrance mentale) ? Comment ces catégories se modifient-elles et s'entremêlent-elles à travers les interactions répétées et directes entre soignants et résidents du centre ?

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Dans ce contexte, deux anagrammes retiennent l'attention : « guérison » est l'anagramme de « soigneur » et « endolori » de « indolore ». Ces anagrammes symbolisent l'oscillation entre soignant et soigné, chacun réfléchissant l'autre à travers l'empathie et un raisonnement intellectuel. Ce dernier, contrairement à l'empathie, qui est plus intuitive et émotionnelle, permet de décortiquer et de comprendre cette relation complexe. Il offre une perspective distanciée et permet de déchiffrer les mécanismes à l'œuvre dans la relation de soin.

La perception du patient, comme un miroir pour le soignant qui lui renvoie une image différente de celle qu'il s'est appropriée, s'est révélée lors d'une réunion clinique.

Les réunions cliniques se tiennent chaque mardi de 11 h à 15 h, complétées par des transmissions d'équipe à raison de trois fois par jour. Une fois par mois, un psychanalyste lacanien nous fait part de son retour sur un cas clinique provenant de l'équipe. À ces occasions, chacun partage ses observations, ses ressentis, ses jugements et ses analyses sur les interactions informelles avec les résidents.

Au cours de mes échanges avec les cliniciens, j'ai constaté qu'ils ne partageaient pas tant l'histoire des patients que la dynamique de la relation entre patient et soignant. Je suis souvent davantage témoin des rapports individuels de membres du personnel avec des résidents ainsi que du fonctionnement interne de l'équipe, plutôt que de la manière dont les résidents se relient à la société extérieure dans son ensemble. Ce que j'entends le plus, ce sont les expériences passées du personnel en réponse à une demande du patient, sans que vraiment soit abordée la question du traitement spécifique de ce dernier. En fin de compte, ce sont les relations sociales des travailleurs vis-à-vis de l'institution et de la société, ainsi que leurs interactions entre pairs, qui sont mises en avant, la relation sociale du patient avec l'institution et le monde extérieur passant au second plan. J'ai ainsi l'impression de recevoir davantage les plaintes des soignants que celles des patients, ce qui n'est pas l'objectif initial de ces réunions. Je souligne que, lors de ces discussions, les patients ne sont pas présents, ce qui les prive de la possibilité de ressentir, valider ou contredire les jugements portés. Cela crée une confusion entre le soin apporté au patient et le soin des soignants, illustrant une dynamique de hiérarchie où la connaissance du patient s'élabore sans sa participation, comme si les soignants détenaient les clés de cette compréhension.

Face aux difficultés croissantes rencontrées pour soigner les résidents du centre de santé mentale, ainsi qu'à la souffrance qui en résulte chez les soignants, il est possible de considérer la pratique clinique comme étant influencée non seulement par le ressenti du patient, mais également par celui du soignant. Cette réflexion ouvre la voie à une meilleure appréhension des enjeux d'interconnexion entre les émotions des soignants et celles des patients, et souligne l'importance d'une approche inclusive qui examine la manière dont ces deux expériences se nourrissent mutuellement dans le cadre de la relation de soin.

Les activités destinées aux patients sont planifiées lors des réunions du lundi. Cela se fait de manière systématique et routinière, sans nécessairement tenir compte des besoins individuels des patients, mais plutôt en suivant un modèle prédéfini. Par exemple, on va traditionnellement au bowling le lundi, une promenade est organisée

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

le mardi, le mercredi dépend des demandes, le jeudi il y a un atelier d'art et d'expression, et le vendredi, une sortie cinéma est courante. Cependant, la crise sanitaire liée au COVID-19 a perturbé ces habitudes et limité les options d'activités extérieures. De plus, l'état de santé, la faible motivation et les ambitions limitées des résidents représentent des obstacles à l'élaboration de projets d'activités. Historiquement, le centre était reconnu pour ses activités d'escalade en falaise, animées par des membres du personnel passionnés. Toutefois, suite à des accidents, aux contraintes institutionnelles, à la motivation des animateurs, et à la charge de travail, l'escalade comme toute autre activité est devenue une simple activité pour compléter le programme et non proposée et effectuée avec une réelle envie, m'indique le directeur lors d'une réunion. Cela entraîne une réduction de l'adhésion des patients aux activités, ce qui, par conséquent, diminue la motivation à en organiser, affectant ainsi la qualité des soins. En somme, l'initiative générale est à un niveau morose.

J'adopte l'idée de prendre le rôle informel d'organisateur d'activités, qui favorise la santé et qui m'offre l'opportunité de tisser des liens avec les résidents en dehors du centre. J'organise des sorties variées, telles que des journées à la mer, des balades au bord du lac, des visites dans un parc animalier, des sorties à vélo le long du canal, des journées en kayak inter-centre, ou encore des séances de bowling. Pendant ces activités, je me retrouve souvent seul avec plusieurs résidents, parfois jusqu'à six, et tout se déroule sans incident. Cette expérience m'aide à établir une relation différente avec eux, contrastant avec celle que je qualifierais de « contractualisée ». Je perçois différemment leurs interactions avec le monde extérieur : certains sont plus timides ou appréhensifs face au regard des autres, tandis que d'autres sont plus affirmatifs, expressifs, voire extravertis. Il y a aussi ceux qui semblent plus détendus ou, au contraire, excessivement anxieux, ainsi que ceux qui peuvent apparaître solitaires ou, à l'inverse, intrusifs. Nos échanges deviennent souvent un retour sur l'organisation et les contraintes du centre, de l'institution, et du personnel. Ainsi, je réalise qu'il existe distinctement une différence dans le rapport à l'autre lorsque je suis dans le centre avec mes collègues et lorsque je suis seul avec les résidents hors du centre. Cela m'amène à conclure que le lieu et la manière d'échanger influent grandement sur la qualité de la relation de soin offerte aux patients et, par conséquent, sur la satisfaction du soignant dans son rôle. Rien de bien original comme constatation qui ancre ce travail dans le constructivisme, au sein du socioconstructivisme et dans un lien entre l'interactionnisme probablement plus proche de Palo Alto que de Chicago[2] entre autre avec le concept de double contrainte, j'y reviendrai. Ces perspectives offrent en effet des outils précieux pour comprendre la manière dont les individus construisent leur réalité sociale et comment les interactions sociales façonnent nos pensées, nos comportements et nos institutions.

Un dernier aspect à souligner concerne la réunion communautaire du lundi :

[2]Mon travail s'inscrit dans un cadre théorique qui intègre des éléments du constructivisme, du socioconstructivisme et de l'interactionnisme. Je me situe plus particulièrement dans la lignée de l'école de Palo Alto, dont l'approche systémique et pragmatique des interactions sociales me semble particulièrement pertinente pour analyser les phénomènes étudiés. Cette perspective me permet de dépasser une vision individualiste de l'acteur social et de mettre en évidence les processus de co-construction des significations au sein des interactions. Les auteurs clés qui ont influencé ma réflexion, sont Vygotsky, Bruner, Bateson, Watzlawick.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Le lundi matin, de 10 h à 11 h 30, a lieu la réunion communautaire. La présence de tous est requise, tant celle des travailleurs que des résidents. Cette réunion a pour objectifs hebdomadaires la planification des activités ainsi que l'attribution de différentes tâches communautaires, telles que le nettoyage du salon, des couloirs, de la salle à manger et des sanitaires. Ces tâches sont réparties entre les résidents selon un roulement, tout en tenant compte de leurs capacités physiques et psychologiques. Les travailleurs du centre viennent compléter le planning et s'assurent de la qualité du travail accompli. L'un des rôles du personnel est d'assister les résidents dans la préparation du dîner. Régulièrement, les employés choisissent de prendre sur eux les malentendus qui peuvent surgir entre résidents. Par exemple, si l'un des résidents néglige le nettoyage des sanitaires, certains résidents plus assertifs feront remarquer ce manquement de manière virulente. Les phénomènes de groupe, y compris les alliances et les rivalités, se manifestent clairement lors de ces réunions régulières. Pour désamorcer les tensions éventuelles, les travailleurs prennent parfois la totale responsabilité des tâches. Ainsi, ce sont eux qui doivent vérifier la qualité des travaux effectués et suppléer les résidents si ceux-ci ne respectent pas leurs engagements.

Bien que l'objectif de désamorcer les tensions entre résidents semble être atteint, les discussions et silences qui suivent lors des passations de service révèlent un certain mécontentement parmi le personnel soignant. Certains affirment sans hésitation que cette responsabilité ne leur incombe pas, tandis que d'autres mentionnent le poids d'une surcharge de travail et les inefficacités du collectif. Cette accumulation de frustrations — psychologiques et organisationnelles parmi les soignants — me conforte dans l'idée d'explorer la dynamique du patient en tant que miroir du soignant. Si le patient agit effectivement comme un miroir pour le soignant, quel impact cela a-t-il sur ce dernier ? En pratique, cela signifie que le soignant, exposé à la souffrance du patient, peut commencer à assumer cette douleur, à la vivre comme si c'était la sienne. Cela peut entraîner un sentiment d'épuisement, de malaise et même une altération de sa capacité à prodiguer des soins. Il ne s'agit en rien, ici, d'aller vers une essentialisation des soignants, mais c'est comme s'ils se regardaient à travers le prisme de l'état du patient, découvrant des réflexions de leur propre réalité[3]. Car il ne s'agit pas de voir les soignants comme un groupe homogène, mais plutôt d'explorer la manière dont leur expérience personnelle en contexte et leur rapport avec le patient peuvent interagir et enrichir leur pratique.

Il y a là des enjeux fondamentaux qui se situent au cœur des interactions entre soignants et soignés, offrant ainsi une précieuse occasion d'appliquer les concepts issus de l'interactionnisme de Palo Alto, en particulier la notion de double contrainte. Le soignant se retrouve pris dans un paradoxe : il doit à la fois être présent pour le patient tout en maintenant une distance professionnelle, indispensable à son propre équilibre. Cette double contrainte peut engendrer confusion et tension au sein de la relation. Si l'on regarde la séquence des événements, de chaque intervenant, qu'il soit soignant ou patient, cela permet d'interpréter l'interaction de manière distincte et de soulever l'influence des vécus et des attentes personnelles de chacun. Une telle disparité de

[3]Mon propos ne vise évidemment pas à "essentialiser" les soignants en réduisant les individus ou les groupes à des traits caractéristiques considérés comme innés ou inaltérables. Il est essentiel de ne pas ignorer les diversités et les dynamiques complexes qui caractérisent les personnes et les situations.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

perspectives accentue les malentendus et les tensions, mettant en lumière la nature systémique de la relation entre soignant et soigné. Les émotions et comportements de chacun affectent l'autre, créant ainsi une dynamique complexe qui interroge les différents modes de communication. La prise en compte des connaissances et réalités vécues par le patient, ainsi que la reconnaissance de sa souffrance, induit chez le soignant une introspection significative. L'idée du miroir souligne l'impact profond qu'a, sur le soignant, la rencontre avec la souffrance du patient. Ce dernier se confronte alors à ses propres vulnérabilités et à sa capacité à gérer la douleur, la souffrance, l'assuétude. Cette confrontation, loin d'être simplement un contact professionnel, se transforme en un moment d'introspection révélant les limites des modèles de soins biomédicaux (Illich, 1975), et illustrant une nécessité d'approche réflexive et empathique.

> "La médecine moderne, avec ses outils puissants et ses institutions complexes, a certes prolongé la vie de beaucoup, mais elle a aussi créé de nouvelles maladies, de nouvelles dépendances et de nouvelles souffrances. En voulant maîtriser la nature, elle a souvent produit des effets pervers, transformant les patients en malades chroniques et les hôpitaux en lieux de confinement. La médicalisation de la vie a atteint des proportions telles qu'elle menace de nous aliéner notre propre corps et notre capacité à faire face à la maladie et à la mort." (Illich, 1975)

Les interactions soignant-soigné sont souvent marquées par des paradoxes communicationnels qui peuvent générer des tensions importantes. Bateson (1972) a notamment conceptualisé la notion de « double contrainte » pour décrire des situations où un individu reçoit des messages contradictoires, le plaçant dans une impasse. Dans le contexte de la relation thérapeutique, le soignant peut se retrouver confronté à de telles contradictions, par exemple entre l'exigence de compassion et celle de maintenir une distance professionnelle. Cette double contrainte peut avoir des répercussions significatives sur le bien-être du soignant, en générant du stress, de l'épuisement professionnel et une altération de la qualité des soins (Maslach & Jackson, 1981).

L'approche systémique de Palo Alto offre un cadre analytique particulièrement pertinent pour étudier les interactions soignant-soigné. En effet, elle permet de considérer la relation thérapeutique comme un système complexe où chaque élément influence les autres. Ainsi, les émotions, les comportements et les croyances du soignant et du patient sont interdépendants et co-construisent la dynamique de l'interaction. Cette perspective systémique invite à dépasser l'analyse individuelle pour s'intéresser aux processus relationnels et aux patterns d'interaction (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

La souffrance psychique n'est pas une réalité objective, mais une construction sociale qui émerge des interactions entre les individus (Berger & Luckmann, 1966). Dans le cadre de la relation thérapeutique, le soignant et le patient co-construisent le sens de la maladie et de la guérison. Les représentations sociales, les normes culturelles et les expériences personnelles de chacun influencent cette co-construction. L'approche interactionniste permet de saisir la manière dont les discours, les non-dits et les comportements contribuent à façonner la réalité vécue par le patient et le soignant.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Les travaux de Bateson (1972) sur la double contrainte offrent un éclairage précieux sur les dynamiques complexes qui peuvent se mettre en place au sein de la relation thérapeutique. En effet, le soignant se trouve souvent confronté à des demandes contradictoires de la part du patient, ce qui peut générer de la confusion et de la tension. Cette situation paradoxale peut avoir des conséquences importantes sur le bien-être du soignant, comme le soulignent Maslach et Jackson (1981) dans leur étude sur l'épuisement professionnel. […]" (Giribone, 1988).

Le constructivisme et le socioconstructivisme dans lequel s'intègre partiellement l'interactionnisme de Palo Alto soulignent que la souffrance psychique n'est pas une réalité objective, mais une construction sociale qui serait donc co-créée par le soignant et le patient. Les schémas cognitifs de chacun influencent cette construction, et les interactions face à face intensifient le processus. La relation thérapeutique est un espace où la réalité se construit. Les interactions entre soignant et soignés, façonnées par leurs histoires personnelles et leurs perceptions, donnent forme à la souffrance psychique. L'école de Chicago nous rappelle l'importance de ces interactions face à face dans la construction de sens. Cependant, cette dynamique relationnelle peut être source de tensions et d'épuisement pour le soignant. Il est donc essentiel d'explorer les facteurs contextuels et les stratégies individuelles et institutionnelles qui peuvent soutenir le bien-être des professionnels de santé. Le vécu de la souffrance est une expérience subjective, co-construite dans l'interaction. Les soignants, porteurs de leurs propres histoires et de leurs propres vulnérabilités, participent à cette construction. La rencontre avec la souffrance d'autrui les invite à une introspection profonde, les confrontant à leurs limites et à leurs ressources. Cette dimension subjective de la relation thérapeutique souligne la nécessité d'une approche plus holistique et centrée sur la personne.

L'analyse soulevée ici offre une multitude de réflexions. À travers le prisme des différents courants théoriques, on peut nuancer la compréhension des enjeux liés à la relation entre soignants et soignés, tout en ouvrant des pistes pour améliorer la qualité des soins prodigués. En effet, prendre au sérieux les connaissances du patient, c'est-à-dire sa réalité vécue et sa souffrance, provoque une introspection chez le soignant. L'image du miroir permet de saisir l'importance de l'impact de la rencontre avec la souffrance du patient sur le soignant. De fait, ce dernier est confronté à ses propres vulnérabilités et à sa propre capacité à gérer la douleur et le mal-être, ce qui le pousse à s'interroger sur sa propre pratique. Cette confrontation à la réalité du patient, loin d'être un simple contact professionnel, devient un moment d'introspection qui met en lumière les limites de la relation.

Plus les jours avancent, plus je perçois une souffrance au sein du personnel soignant. Oui, il y a un malaise profond. Oui, il y a un désordre ressenti et éprouvé. Oui, ils sont usés d'être en contact rapproché avec la très grande souffrance des résidents qui défilent. Ce staff a la particularité d'être très expérimenté, le temps moyen de présence dans le service tourne autour de 25 ans. Ils se connaissent très bien… trop bien peut-être ? L'Autre, le soigné autant que le collègue ou la direction est présent en permanence dans les « possibles » du soin et devient quasiment un « impossible ».

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Les dissensions dans l'équipe sont établies et historiquement évidentes pour ceux qui y sont depuis 25 ans, elles le sont moins pour moi. De petits groupes aiment travailler ensemble, d'autres sont exclus et rejetés. J'irais même jusqu'à dire qu'une certaine forme d'oppression morale existe envers certains professionnels. L'Autre est excessivement prenant dans le travail en équipe, et le contact répété avec la souffrance extrême laisse des cicatrices. Comment prendre soin et nouer une relation de confiance avec autrui dans une telle situation de malaise ? Comment cette empathie, cette ouverture obscure et inquiétante du moi devant la détresse et l'errance d'autrui peut-elle entraîner un malaise chez les soignants et ainsi perturber le prendre soin ? Une certaine réflexivité semble nécessaire pour élucider les enjeux de ces relations intersubjectives complexes.

3 Passage ethnographique d'une exploration des dynamiques de consommation sociale

Le désir de se soigner, de consommer (qu'il s'agisse de substances ou de soins au sein de la structure) ou de se protéger de cette consommation se manifeste chez les résidents par leur fréquentation du centre et leur capacité à respecter ou non le cadre établi par l'institution. Les résidents y font souvent leur entrée après avoir erré dans les interstices de notre société. En quête d'un refuge temporaire, ils s'attendent, conformément aux conventions liées au système de santé (INAMI et fédération), à bénéficier d'un projet de vie. Leur désir de se protéger des autres s'entrelace avec celui de « consommer l'Autre », mêlant actions et paroles dans un contexte où la « consommation » de l'institution est au premier plan. Ici, l'Autre, représenté par l'institution qui impose un cadre rigide, est souvent « consommé » de manière excessive et préoccupante, prenant ainsi une tournure persécutante, car sa présence intrusive et jouissive ne laisse pas entrevoir d'avenir, de continuité ou de projet, en contradiction avec les obligations que l'institution se doit de respecter ! Ce mécanisme s'avère problématique, car l'outil institutionnel — le projet de vie destiné à favoriser le soin — ne permet pas véritablement d'accompagner les résidents hors de leur errance. Les soignants, forts de leur expérience, sont conscients du fait que ces projets ne mènent que très rarement à des résultats concrets, en raison de cette dynamique jugée « impossible ».

L'ensemble du séjour repose sur une vie communautaire, ce qui nécessite de respecter le règlement intérieur et de participer aux différentes tâches ménagères, telles que la préparation des repas, le nettoyage des espaces communs et l'entretien des lieux. Les résidents sont également encouragés à s'engager dans des activités sportives, artistiques et culturelles. Le séjour dans la structure représente une opportunité pour évaluer leur état de santé ainsi que leur situation sociale — qu'il s'agisse de logement, d'emploi, de chômage, d'aides sociales, etc. Les travailleurs référents sont chargés d'organiser un accompagnement adapté selon les besoins spécifiques des patients dans ces démarches. De plus, ils guident les résidents dans la préparation de leur sortie du centre, qui peut inclure une transition vers une autre institution ou un suivi post-séjour grâce à un service de liaison entre l'institution et l'extérieur. Certains soignants partagent leur temps entre le centre et l'accompagnement à long terme, en dehors de l'établissement, au sein même des interstices sociétaux.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Le jour de l'admission, il est requis que les patients se présentent avec leurs effets personnels à l'heure convenue, en venant directement du lieu de « postcure » et, sauf avis médical contraire, accompagnés par un membre du personnel. De plus, en raison des nouvelles directives consécutives à la pandémie COVID-19, un test PCR négatif de moins de 24 heures est désormais exigé. Dans les premiers jours, l'équipe aide les nouveaux arrivants à choisir un ou deux référents, qui seront chargés de l'organisation du suivi clinique, de la durée du séjour, des démarches administratives, des rendez-vous ainsi que des sorties autorisées ou des éventuelles sanctions. Ces référents agissent ainsi comme des garants et des interlocuteurs privilégiés. En travaillant dans ce centre de santé mentale, le souhait de soutenir l'Autre (le résident) est omniprésent, voire le désir d'intervenir pour sauver. Ce besoin incite le soignant à établir un contact récurrent avec le patient, même si cela peut parfois conduire à des tensions ou des frustrations par rapport aux structures institutionnelles en place.

En travaillant dans ce centre de santé mentale, on a le souhait d'aider l'Autre (le soigné), si ce n'est de sauver l'Autre. Le désir du soignant, du clinicien, l'oblige à entrer en contact répété avec le soigné. Entrer en contact par le « dire » et le « faire ». Par exemple, dire « fais la vaisselle » ou faire la vaisselle pour entrer en contact et soigner en montrant qu'en faisant cette tâche on participe à la vie de la communauté et par là amener à faire partie de la communauté. Le « dire » dans l'exemple donné est un outil pragmatique visant une action immédiate : faire la vaisselle, tandis que l'acte de'faire la vaisselle' révèle une complexité relationnelle qui mérite d'être approfondie. Au-delà de l'action concrète, c'est la dimension interpersonnelle de cette activité qui est particulièrement intéressante. En effet, le'faire' favorise l'émergence de liens sociaux, la construction d'une histoire commune et le renforcement de la confiance. Le'faire' permet au soigné de se sentir utile, compétent et intégré au groupe. Il favorise également la régulation émotionnelle et peut contribuer à restaurer un sentiment de contrôle sur sa vie.

Cependant, si le'faire' est une source de satisfaction et de liens sociaux, il peut également exposer le soignant à des risques de souffrance (amenant les burn-out), notamment lorsqu'il est confronté à des situations de grande souffrance répétées ou à des résistances de la part de la personne soignée. Le *faire* n'est pas simplement une action physique, mais une médiation qui permet de créer un *tiers inclus*, un espace relationnel où se déploient des significations partagées et où se construisent des liens sociaux.

Il convient, de jouer le jeu du don et du contre-don, du vivre ensemble, en allant vers le patient, là où il se trouve, c'est-à-dire, *entrer dans l'interstice de notre société*[4] et aussi dans l'altérité du résident. Cet aller-retour répété, cette mise en contact avec la souffrance du résident, comporte le risque de ne pas en revenir ou d'en revenir profondément blessé. C'est précisément dans cet espace que j'entre. Cependant ces considérations peuvent rencontrer une série de difficultés dans une société où la pensée

[4] Au sens des « non-lieux » de Marc Augé et des réflexions de Michel de Certeau, les interstices renvoient à des espaces dans la trame sociale où les normes sont atténuées, permettant aux individus d'adopter des comportements variés ; ce sont des zones d'interactions où se déploient des dynamiques sociales complexes, souvent à la marge des normes établies.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

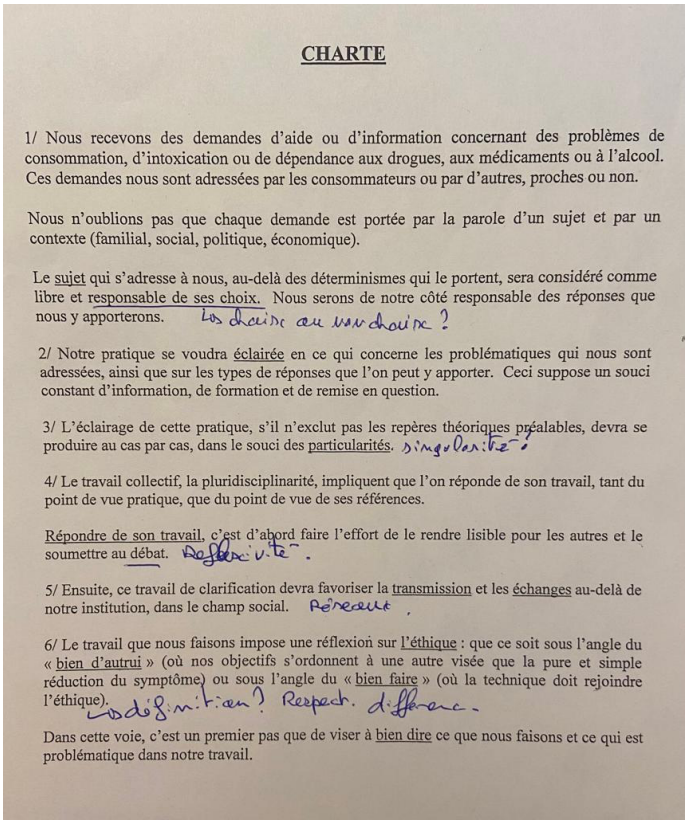
critique qu'amène le jugement est en crise voire dénigrée (Stiegler et Alla, 2022), car elle remet en question l'ordre établi (le savoir clinique et institutionnel).

Pour être éligible comme résident du centre, il faut suivre la procédure standard suivante : appeler pour fixer un premier rendez-vous avec un intervenant. Entre le moment de l'appel et le moment du premier RDV, il s'écoule souvent plusieurs semaines. Il est donc informellement conseillé d'appeler chaque semaine pour confirmer l'envie du rendez-vous et la venue au rendez-vous. Cette mesure fait suite au constat de difficultés de mener un projet à son terme. Cette rencontre, qui sert à établir si le résident « correspond » aux critères du centre est, selon les dires des soignants, l'étape formelle qui permet d'estimer si la venue du résident pose des questions de sécurité pour les professionnels de la santé. La seule candidature qui a été refusée durant la période de mon terrain est un patient qui avait menacé des soignants. Ce premier rendez-vous de candidature est suivi d'une consultation avec le psychiatre de l'institution. Son rôle : établir le dossier médical, le traitement, et le suivi de la cure avant d'entrer. Il est important que le patient soit sevré biologiquement parlant, le centre n'étant pas équipé pour les crises de manque, aucun personnel médical ou paramédical n'étant présent de manière quotidienne. Entre le moment du premier appel, de la consultation avec le psychiatre et l'entrée éventuelle, il se passe plusieurs mois. Et il faut encore que le dossier de candidature soit accepté et que le patient soit toujours là. Des comptes-rendus sont rédigés à partir des deux entretiens de candidature et discutés en équipe. Vingt minutes sont prévues à cet effet en fin de réunion clinique du mercredi. Cependant, régulièrement, durant mes observations, les personnes ayant mené les entretiens n'étaient pas présentes lors des réunions. Certains cliniciens disaient ouvertement ne pas s'en souvenir. D'autres s'en rappelaient avec précision ou encore, de manière vague ou confondant plusieurs candidatures. Il faut dire que parfois, des semaines, voire des mois se sont écoulées entre l'entretien et la discussion d'équipe. Finalement, ce qui comptait surtout, c'était le passif violent du candidat et éventuellement le passif avec le staff. Une fois la candidature acceptée, il est demandé formellement au candidat d'appeler chaque semaine le mardi entre 15 h 30 et 17 h pour montrer son intérêt et si, place il y a, une date d'entrée lui est communiquée.

Une contradiction peut être soulevée entre ce qui est proposé comme soin durant le séjour et les étapes de la candidature. Le soin proposé se déroule dans l'informel, dans les discussions et échanges, dans les activités… Tandis que les étapes de la candidature, qui permettent au staff de rencontrer le candidat, sont formelles. Je poserais la question suivante : en quoi cela sert-il (entendre aussi « serre-t-il ») le patient ? Du dire des soignants, les candidats déroulent leur discours de séduction en vue d'une candidature positive. Mais il est également possible de renverser la perspective en se demandant en quoi le premier rendez-vous de candidature sert le clinicien ? À se protéger de l'extérieur, de l'altérité d'un autre, de celui dont les discours peuvent nous persécuter, ou de celui qui nous renvoie à nous-mêmes et à notre liberté de juger. Cela pose la question du libre « examinisme », actionné par l'axe liberté-sécurité de l'institution. Ce passage souligne la complexité des décisions d'admission au centre. Il s'agit d'un processus qui prend en compte le souhait de ne pas être trop restrictif tout en assurant la sécurité des soignants.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La lecture de la charte de l'institution nous apprend que le soignant est jugé comme libre et responsable de ses choix. Il lui est demandé de se soumettre au débat, de faire l'effort de mémoire collective par l'écrit, et enfin d'avoir une réflexion éthique qui s'organise autour du bien d'autrui et du bien faire. On notera plusieurs éléments ici : d'abord la notion de libre « examinisme » et de responsabilité qui appellent à leur tour l'intersubjectivité. Le soignant est ainsi placé dans une position où il doit considérer le résident comme apte à communiquer librement ses choix et à raconter son histoire particulière et ses besoins. On notera une contradiction, entre la notion du soin par le langage et l'obligation de *bien faire* de la charte des soignants. Nous retrouvons cette contradiction dans les différents entre soignants : dire ou faire ? Elle génère chez eux, comme nous l'avons vu, des réactions douloureuses. Dans la pratique, est-ce que le soin se déroule selon des « cas types » de souffrances sélectionnées dans le répertoire médical plus que selon la parole propre et singulière du patient ? La responsabilité se situe-t-elle plus dans le duo soignant/soigné ou dans l'expertise clinique ? En tous cas, une réflexion éthique qui dépasse « la pure et simple réduction du symptôme » et qui appelle donc la faculté de raisonnement influencée par les émotions et histoire individuelle est très clairement énoncée dans les objectifs du centre de santé mentale.



CHARTE

1/ Nous recevons des demandes d'aide ou d'information concernant des problèmes de consommation, d'intoxication ou de dépendance aux drogues, aux médicaments ou à l'alcool. Ces demandes nous sont adressées par les consommateurs ou par d'autres, proches ou non.

Nous n'oublions pas que chaque demande est portée par la parole d'un sujet et par un contexte (familial, social, politique, économique).

Le sujet qui s'adresse à nous, au-delà des déterminismes qui le portent, sera considéré comme libre et responsable de ses choix. Nous serons de notre côté responsable des réponses que nous y apporterons. Le choisir ou non choisir ?

2/ Notre pratique se voudra éclairée en ce qui concerne les problématiques qui nous sont adressées, ainsi que sur les types de réponses que l'on peut y apporter. Ceci suppose un souci constant d'information, de formation et de remise en question.

3/ L'éclairage de cette pratique, s'il n'exclut pas les repères théoriques préalables, devra se produire au cas par cas, dans le souci des particularités. singularité ?

4/ Le travail collectif, la pluridisciplinarité, impliquent que l'on réponde de son travail, tant du point de vue pratique, que du point de vue de ses références.

Répondre de son travail, c'est d'abord faire l'effort de le rendre lisible pour les autres et le soumettre au débat. Responsabilité.

5/ Ensuite, ce travail de clarification devra favoriser la transmission et les échanges au-delà de notre institution, dans le champ social. Réseau.

6/ Le travail que nous faisons impose une réflexion sur l'éthique : que ce soit sous l'angle du « bien d'autrui » (où nos objectifs s'ordonnent à une autre visée que la pure et simple réduction du symptôme) ou sous l'angle du « bien faire » (où la technique doit rejoindre l'éthique). Modernité ? Respect. différence.

Dans cette voie, c'est un premier pas que de viser à bien dire ce que nous faisons et ce qui est problématique dans notre travail.

Comment notre faculté de raisonnement complexe peut-elle entrer en résonance avec celles des autres ? Ce sont les raisonnements des soignants et des résidents qui en en-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

trant en résonance, créent cette dissonance et de la douleur psychique, voire physique chez les soignants. Et cette influence, cette porosité des consciences, n'est-elle pas la condition de possibilité de la compréhension de l'Autre et donc du soin qu'on peut lui proposer ? Si tel est le cas, il n'est peut-être pas souhaitable de la rejeter ou de la refouler, mais plutôt de tenter de l'appréhender par la réflexivité en vue de favoriser une communication saine entre soignants et résidents du centre.

D'où une série de questions que le résident pourrait poser au soignant : Qu'est-ce qui te soigne ? De quoi as-tu besoin ? Comment puis-je t'aider au quotidien ?

4 Conclusion

Cette brève exploration anthropologique a mis en lumière la complexité des relations soignants-soignés dans un contexte institutionnel. La souffrance psychique y apparaît comme une construction sociale, co-créée par les interactions entre les individus. Il devient de ce fait essentiel, sans en exclure la part biologique, de reconnaître la dimension relationnelle du soin, et de développer des pratiques qui prennent en compte les besoins et les expériences de tous les acteurs impliqués. Cette réflexion souligne l'importance cruciale de la relation miroir entre le soignant et le soigné. Cette relation, co-construite au fil des interactions, implique que chaque partie influence l'autre de manière significative. En effet, le soignant, exposé à la souffrance du patient, peut intégrer et intérioriser sa douleur, ce qui engendre des conséquences tant sur son propre bien-être émotionnel que sur sa capacité à prodiguer des soins. À ce titre, la compréhension des enjeux éthiques et déontologiques liés à la dynamique qui se met en place devient essentielle.

Les défis auxquels les professionnels de santé sont confrontés dans cette relation mettent en lumière la nécessité d'une approche plus réflexive, interactionniste. Cela requiert des soignants qu'ils prennent conscience de leurs propres vulnérabilités tout en valorisant les connaissances du patient sur sa propre expérience. Ainsi, la pratique du soin ne doit pas se limiter à l'application de protocoles techniques, mais plutôt s'enrichir d'un échange intersubjectif où l'art de la communication joue un rôle fondamental. En intégrant ces dimensions émotionnelles et subjectives, les soignants peuvent non seulement améliorer leur compréhension des patients, mais également leur propre pratique professionnelle.

La souffrance partagée entre soignants et soignés constitue un enjeu essentiel dans le cadre des soins en santé mentale. Il est impératif de reconnaître que cette souffrance n'est pas un phénomène isolé ; elle traverse et unit les deux parties, influençant profondément leurs interactions. La prise en compte des besoins émotionnels des soignants est tout aussi cruciale que celle des patients, car ignorer cette dimension peut mener à un épuisement professionnel et à des difficultés pour établir des relations de confiance. Pour favoriser un équilibre dans ces relations, des pistes peuvent être envisagées, notamment en intégrant des pratiques de réflexivité au sein des équipes soignantes. Par exemple, des formations sur la gestion des émotions et la communication bienveillante pourraient aider les soignants à mieux gérer leur propre souffrance tout en soutenant celle des patients (Bernard, 2024).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

L'institution étudiée se révèle être un lieu de tensions et de contradictions, où les normes sociales et les attentes individuelles entrent en conflit. Pour améliorer la qualité des soins, il est nécessaire de repenser les modèles de prise en charge et de favoriser une culture institutionnelle plus attentive aux besoins des patients et des soignants. L'institution peut être perçue comme un système complexe où les interactions entre divers acteurs — soignants, patients et administration — engendrent des effets souvent inattendus. Ce cadre institutionnel n'est pas exempt de tensions : d'une part, il vise à répondre aux besoins individuels des patients, tandis que, d'autre part, il doit également respecter des objectifs collectifs. Cela soulève des questions sur l'équilibre entre ces dimensions. Par exemple, la surconsommation de soins par les patients peut être interprétée comme un exutoire face à leurs souffrances, menant à des comportements qui, bien que favorables à une consommation moins destructive que d'autres, peuvent paradoxalement renforcer leur dépendance à l'institution.

De plus, les projets de soin qui semblent trop courts ou ambitieux dérivent souvent en expériences incomplètes ou insatisfaisantes, créant ainsi un sentiment de régression qui alimente un cercle vicieux. Les soignants, tout en aspirant à apporter des soins significatifs, se retrouvent souvent dans une position d'impuissance face à ce phénomène, ressentant fatigue et frustration. Ce contexte contribue à générer des dissonances internes au sein des équipes, mettant en lumière les limites du système. Il est donc essentiel de repenser cet environnement institutionnel afin d'instaurer une dynamique plus équilibrée et respectueuse des besoins émotionnels de chacun, tout en s'interrogeant sur les manières d'optimiser ces interactions pour favoriser un véritable projet de vie pour les patients, en préservant, dans le même temps, le bien-être des soignants.

L'institution représente un espace potentiellement transformateur, capable de favoriser le changement tant pour les patients que pour les soignants. Dans ce contexte, il est essentiel d'explorer la manière dont cet environnement peut être optimisé pour encourager une culture de soin plus humaniste. La reconnaissance des interactions émotionnelles et des besoins des deux parties permettrait de construire des relations plus équilibrées et d'atténuer le sentiment d'impuissance chez les soignants, souvent accablés par les défis du système. Pour améliorer les pratiques institutionnelles, il est recommandé d'adopter une approche davantage centrée sur les valeurs humaines et les histoires individuelles de chaque patient et de chaque soignant. Cela pourrait inclure la mise en place de formations axées sur la communication empathique et la gestion des émotions pour les soignants, afin de leur permettre de mieux comprendre et répondre aux besoins des patients, tout en prenant soin de leur propre bien-être. De plus, il serait bénéfique d'engager les patients dans le processus décisionnel concernant leur soin, en favorisant un sentiment d'autonomie et de responsabilité. Enfin, cultiver un environnement où la réflexivité est valorisée serait un pas important vers une transformation institutionnelle. Encourager les soignants à partager leurs expériences, leurs frustrations et leurs succès favoriserait une dynamique d'équipe plus saine, réduisant le risque de burn-out et améliorant la qualité des soins. En revalorisant la voix des soignants et des patients, l'institution peut devenir un véritable levier de transformation, offrant un espace d'écoute et de co-construction des projets de vie, qui répondent aux aspirations et aux besoins fondamentaux de chacun.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Cette recherche ouvre donc des perspectives pour comprendre les dynamiques complexes qui sous-tendent les relations thérapeutiques. Elle invite à dépasser les approches strictement biologiques et à considérer la souffrance psychique comme un phénomène social et culturel. À la lumière des réflexions menées sur la nature relationnelle du soin en milieu institutionnel, plusieurs questions émergent pour orienter les recherches futures. Tout d'abord, quels sont les effets à long terme des dynamiques relationnelles entre soignants et soignés sur le bien-être psychologique et émotionnel de chacun ? En examinant cette question, il serait possible de mieux comprendre la façon dont les interactions quotidiennes façonnent les parcours de soin et d'évaluer les répercussions durables sur la santé mentale.

De plus, il serait pertinent de rechercher quelles pratiques de soins innovantes pourraient être mises en place pour renforcer ces relations, notamment celles qui privilégient l'autonomie et la voix des patients dans le processus de soin. Enfin, la recherche pourrait également s'intéresser aux politiques publiques en matière de santé mentale. Comment ces politiques peuvent-elles être amendées pour mieux soutenir non seulement les patients, mais également les soignants ? En quoi des structures plus flexibles et des soutiens accrus au personnel pourraient-ils transformer l'expérience de soin ?

Ces questions, tout en étant interconnectées, pourraient contribuer à une meilleure appréciation des enjeux éthiques et pratiques dans le domaine de la santé mentale, permettant ainsi de redéfinir les contours d'une approche centrée sur l'humain.

Enfin, il serait pertinent de suggérer des collaborations avec d'autres disciplines telles que la philosophie, la sociologie et la psychologie afin d'enrichir notre compréhension des phénomènes observés dans les relations entre soignants et soignés. La philosophie pourrait nous aider à interroger les fondements éthiques et moraux de nos pratiques, en nous questionnant sur la nature de la souffrance partagée et sur l'importance d'une approche humaniste du soin. La sociologie, quant à elle, pourrait éclairer les dynamiques sociales et institutionnelles qui influencent ces relations, en mettant en lumière les rapports de pouvoir, les normes et les valeurs qui façonnent l'expérience des soignants et des patients dans le cadre institutionnel. Enfin, la psychologie pourrait apporter des perspectives précieuses sur les mécanismes émotionnels en jeu, notamment en ce qui concerne l'empathie, la fatigue compassionnelle et les stratégies d'adaptation des soignants face aux situations de détresse des patients. C'est ici mon engagement en tant qu'anthropologue de la santé : favoriser l'échange social, culturel et interdisciplinaire, ce que j'ai tenté de faire dans cet article. En intégrant ces perspectives interdisciplinaires, nous pourrions développer des pratiques plus réflexives. Ce cadre collaboratif permettrait de mieux appréhender les complexités de la relation de soin et de transformer l'expérience de chacun, tant pour les soignants que pour les soignés, en un processus véritablement thérapeutique et enrichissant.

Références bibliographiques

Bernard, O. (2024). *Quelle est la place des interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) dans le cadre des soins palliatifs ? L'étude d'un cas d'accompagnement d'un patient souffrant d'un cancer du pancréas métastasé en stade terminal.* Louvain médical, 143, 453.

Bateson, G. (1972). *Vers une écologie de l'esprit.* Paris : Éditions du Seuil.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Éditions de Minuit.

Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et sociétés*, *24*(1), p. 95-116.

Giribone, J. L. (1988). Ce que nous a appris l'école de Palo-Alto. *Esprit (1940-)*, p. 113-130.

Illich, I. (1975). *Némésis médicale* (vol. 9, p. 351-364). Paris : Seuil.

Jamoulle, P. (2014). *Adolescences en exil*. Louvain-la-Neuve : Academia.

Jamoulle, P. (2021). *Je n'existais plus. Les mondes de l'emprise et de la déprise*. Paris : La Découverte.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of burnout*. Journal of Applied Psychology, 66 (3), p. 281–289.

Stiegler, B., & Alla, F. (2022). *Santé publique année zéro*. Paris : Gallimard.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017