

Comité d'éthique de la Fondation Hopale

Avis n° 4 en date du 11 septembre 2023, consécutif à la consultation du 29/06/2023 et du 07/07/2023.

Saisie du Comité par une encadrante de l'unité de soins pour avis relatif à une relation affective entre une soignante et un patient.

Membres présents : Thierry Bierla, Elzbieta Kulinski

Le contexte :

Nous sommes interpellés dans le cadre de l'installation d'une relation affective, depuis le mois de mars 2023, entre un patient et une aide-soignante.

Pour ce premier, il s'agit d'un patient de 33 ans, tétraplégique suite à un accident de la voie publique (moto), admis au centre de rééducation fonctionnelle Jacques Calvé de Berck, dans le service des blessés médullaires le 05 août 2022. L'accident génère, outre l'atteinte physique et psychique, un point de bascule pour ce patient, avec ruptures multiples de son parcours de vie, tant professionnel que privé, avec éclatement du couple courant février 2023 avec perte des repères affectifs. Perte également d'autonomie avec, à ce jour un patient totalement dépendant pour les actes de la vie quotidiennes y compris pour l'élimination des émonctoires (Evacuation Manuelle des Selles, sondage urinaires...).

Quant à l'aide-soignante, il s'agit d'une jeune femme récemment diplômée, entrée au Centre Jacques Calvé en octobre 2021 et titularisée en septembre de l'année dernière. Celle-ci nous déclare avoir vécu une rupture amoureuse quelques mois auparavant, au second semestre 2022.

Très rapidement le couple informe la hiérarchie du lien créé et entretenu. Les week-end de permission thérapeutiques du patient sont organisés en couple, dans un logement commun adapté; des projets d'avenir sont évoqués. La relation est tolérée à la condition expresse qu'elle n'impacte pas l'organisation du service (nous soulignerons ici que l'impact mentionné faisait référence à "l'organisation du service", et non pas à la "relation de soins"). La soignante obtient le droit de retrait, demandé dès le début de la relation. De fait, une fois en poste, elle n'intervient pas auprès de son compagnon.

L'encadrement sollicite le comité éthique, devant semble-t-il, l'apparition d'interférences entre la relation du couple, la relation de soin, et l'organisation du service. Cette perméabilité se traduirait par des exigences particulières du patient ou des libéralités de la part de deux protagonistes. S'en suivent des tensions au sein de l'équipe, des remarques quelque peu acerbes, voir désobligeantes à l'égard de l'aide-soignante, y compris face au patient lorsque sa compagne n'est pas là.

Il nous est donc demandé de nous prononcer sur l'aspect éthique de cette relation affective, installée entre le soignant et le soigné et de son potentiel impact sur les relations et l'organisation du service. Il n'est pas fait référence explicitement à l'origine dans la requête à la relation de soin à proprement parler. Nous évoquerons néanmoins cette dernière perspective dans notre développement.

Quels sont donc les enjeux éthiques ?

les enjeux éthiques, la problématique

1. La relation entre soignant/soigné

Plusieurs questions apparaissent à l'énoncé de la problématique

- Est-ce une relation affective au sens commun du terme ?
- Entre-t-elle plutôt dans le cadre d'un cheminement thérapeutique de type transfert et contre transfert ?
- Peut-on supposer l'existence d'une toxicité potentielle de cette relation dans l'installation du processus de soin et de réhabilitation, relation pouvant être perçue comme une alliance thérapeutique mutuelle dans la mesure où chacun a besoin de l'autre, chacun veut sauver l'autre, et peut ainsi potentiellement perdre son libre arbitre, son juste discernement, sa neutralité de jugement devant certaines situations de soin ?

2. Les enjeux éthiques

le soin peut se définir comme un juste soin, avec le souci de l'Autre dans le respect d'une juste distance, d'une juste présence, avec une neutralité du jugement et du discernement.

Jusqu'où suis-je soignant ? A partir de quand ne le suis-je plus ?

Il nous paraît nécessaire de faire la distinction entre l'Aidant et l'Aimant. L'aidant a une tâche à accomplir, celle du soin. L'Aimant a un rôle à assumer, celui de s'assurer que le soignant a correctement effectué la tâche, à savoir le soin.

3. Le discernement, le jugement, la neutralité bienveillante, le respect du libre-arbitre fondé sur la neutralité du raisonnement.

Le juste soin implique la notion du discernement, de la neutralité bienveillante, de la juste présence à l'Autre, de la juste distance. Y a-t-il perte du discernement du soignant, ou du soigné, en cas de relation de couple entre eux deux ?

4. La relation de soin et la notion du « transfert »

La relation de soin, en particulier dans son approche psycho-affective, est basée, entre autre, sur la notion du « transfert », sans contre investissement réciproque afin de conserver la neutralité et le jugement impartial du soignant.

La relation de couple dans ce cas de figure peut s'apparenter à une relation de

« transfert » avec « contre-transfert » du soignant, et perte du discernement, de la juste distance, de la juste présence.

La relation de couple ne doit pas se substituer à la relation soignant- soigné.

5. La notion de transfert : comment la définir? L'appréhender?

Le soigné, dans sa vulnérabilité, et dans la dissymétrie entre sa fragilité et la solidité supposée du soignant, investit émotionnellement et affectivement le soignant. Le patient renvoie sur le soignant ses émotions, les émotions ressenties au cours du processus maladie (ou traumatisme). Il investit affectivement le soignant, y projetant ses désirs d'affect, ses idéaux affectifs, se projetant à travers le soignant, y investissant ses propres souffrances, ses douleurs affectives, son histoire affective, l'idéalisant comme la réponse à ses blessures, y compris narcissiques, à la recherche de l'amour manquant, pouvant aller jusqu'à l'érotomanie.

Rappel du cadre législatif :

Droit au retrait (<https://www.macsf.fr/exercice-hospitalier-et-salarie/exercer-a-l-hopital/droit-de-retrait-etablissement-de-sante-public>)

Le droit de retrait permet à un agent qui a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (notamment s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection) d'en aviser immédiatement l'autorité administrative et de se retirer d'une telle situation.

- *L'autorité administrative ne peut demander à l'agent qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent.*
- *Aucune sanction, aucune retenue de salaire ne peut être prise à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou la santé de chacun d'eux.*

Dans quelles conditions s'applique le droit de retrait ?

L'agent doit être en présence d'un danger grave et imminent.

L'existence d'un danger grave:

La notion de danger doit être entendue comme étant une menace directe pour la vie ou la santé de l'agent, c'est-à-dire une situation de fait en mesure de provoquer un dommage à l'intégrité physique de la personne.

Le caractère imminent du danger:

Le caractère imminent du danger implique la survenance d'un événement dans un avenir très proche.

Comment l'agent doit-il procéder pour faire valoir son droit de retrait ?

L'agent doit déclencher l'alerte et l'autorité compétente prendre des mesures pour remédier à la situation.

L'alerte:

La procédure d'alerte est déclenchée par l'agent concerné par le danger qui en avise son supérieur hiérarchique et peut en aviser un membre du comité d'hygiène et de sécurité compétent. La procédure d'alerte peut être déclenchée par un membre du CHSCT qui a connaissance d'une situation de danger grave et imminent, notamment par l'intermédiaire d'un agent. Ce membre doit alerter immédiatement le chef de service ou son représentant et consigner cet avis dans un registre prévu à cet effet.

Les mesures pour remédier au danger:

L'autorité avec le représentant du CHSCT doivent procéder immédiatement à une enquête.

L'autorité territoriale ou le chef de service doit prendre les mesures nécessaires pour remédier à la situation, le comité en étant informé : permettre aux agents d'arrêter leur activité et de se mettre en sécurité en quittant immédiatement le lieu de travail.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le CHSCT est réuni d'urgence et, après avoir pris connaissance de l'avis émis par le comité, l'autorité administrative arrête les mesures à prendre. A défaut d'accord entre l'autorité administrative et le CHSCT sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'inspecteur du travail est obligatoirement saisi.

Dans un arrêt du 18 juin 2014, le Conseil d'État a rappelé que les décisions par lesquelles l'autorité administrative prend une sanction ou une retenue de salaire à l'encontre d'un agent ou d'un groupe d'agents qui se sont retirés d'une situation de travail dont ils estimaient, à tort, qu'elle présentait un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé, sont au nombre des décisions qui refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit et doivent être motivées.

Dans un arrêt récent du 20 octobre 2015, la Cour administrative d'appel de Bordeaux a rappelé que l'employeur doit se positionner et motiver sa décision de refus du droit de retrait. Il s'agissait d'une PH spécialisée en psychiatrie qui se plaignait de ses conditions de travail et qui fit usage de son droit de retrait, faute d'avoir obtenu la protection fonctionnelle.

La jurisprudence rappelle qu'il appartient au directeur d'apprécier si les conditions de travail présentaient un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé, sans avoir à demander l'avis du CHSCT ni à être tenu par les conclusions des rapports qui avaient fondé l'exercice du retrait, alors même qu'ils ne constataient pas l'existence d'un tel danger.

A la lecture de ces éléments, il apparaît que le droit de retrait tel que défini par la législation ne peut s'appliquer stricto sensu dans la situation qui nous a été présentée. Le droit de retrait accordé à la soignante par sa hiérarchie dans le cas de figure qui nous interpelle ne peut se concevoir que dans le cadre d'un accord amiable entre soignant et encadrant, sans obligation légale pour une partie comme pour l'autre.

Discussion :

- La relation interhumaine : transfert, contre transfert

Dans la relation interhumaine, entre deux sujets, s'établit ce que l'on pourrait nommer un « transfert » et un « contre-transfert », dans un sens général. Au gré de nos rencontres, nous investissons l'autre de nos émotions, de nos sentiments, de nos réactions émotionnelles, de nos affects : le « transfert », bien souvent inconsciemment. Si l'Autre les absorbe, les intègre, et y répond en retour, il renvoie, soit verbalement, soit dans le non-dit, ses ressentis émotionnels et/ou corporels, physiques : le « contre-transfert ». S'installe alors une relation, amicale, amoureuse, professionnelle, mais peut-être aussi dans un autre sens, de haine, de mépris, de violence. Il s'agit un mécanisme psychologique d'installation de la relation interhumaine, sous quelque forme que ce soit.

- La relation de soin : soignant/soigné

Dans la relation de soin, le soigné, dans sa vulnérabilité dont il prend conscience, et dans la dissymétrie de la relation soignant/soigné, dans la dissymétrie entre un malade fragile et un soignant supposé solide, le soigné, donc, interpelle le soignant en lui confiant sa détresse, et investit émotionnellement, affectivement le soignant. Le patient renvoie sur le soignant ses émotions, les émotions ressenties et engendrées au cours du processus maladie (ou traumatisme aigu), voire réveillés suite au traumatisme. Il extériorise en quelque sorte sa souffrance psychique, son mal être, et se confie au soignant, et l'investit émotionnellement, affectivement. Il l'interpelle pour l'aider à surmonter cette étape difficile, et investit la relation soigné/soignant en déplaçant vers le soignant un sentiment ou une émotion ressentie et induite par la situation de vulnérabilité nouvelle.

- Cas clinique exposé

Dans le cas clinique exposé, un patient qui a « tout perdu », motricité, autonomie y compris la plus élémentaire, et bien souvent aussi sa situation professionnelle, et/ou sa relation affective antérieure, ainsi que la perte de ses projets et rêves antérieurs, et plus généralement qui se voit confronté à une perte de repères totale, investit le soignant, sa « bouée de secours » émotionnelle et affective, afin d'extérioriser sa souffrance, pour mieux y faire face, et tenter de rebondir face à l'adversité. C'est ce que l'on peut nommer le

« transfert », qui constitue « l'ensemble des réactions verbales et non verbales qu'exprime le malade envers le soignant ». Il investit le soignant a fortiori quand la maladie ou le séjour s'installent dans la durée.

Dans une relation soignant/soigné, le soignant se doit d'être dans l'écoute, dans la présence à l'autre en gardant une juste distance, une juste présence, tout en absorbant les émotions du patient, et y répondre en suspendant le jugement, émotionnel, moral, affectif : c'est l'empathie, qui s'inscrit dans la relation dissymétrique du soin. Par son attitude, physique comme psychologique, le soignant absorbe les émotions et affects du patient, mais ne s'investit pas en retour à même hauteur. Il n'y a pas de contre-transfert.

Le « contre-transfert » pourrait se définir dans le soin comme une réponse affectivo-émotionnelle et comportementale du soignant en réponse au transfert du patient. Le soignant renvoie à son patient, soit verbalement, soit dans le non-verbal, son ressenti émotionnel ou corporel, ses propres affects générés par la situation clinique. Le soignant ne contrôle plus, ou contrôle mal ses propres affects, ses propres souffrances psychiques, ses propres émotions induites par l'absorption de celles du patient. Il perd sa neutralité bienveillante. Ce type de contre-transfert peut s'exprimer de différentes manières : le soignant peut blâmer le patient, se plaindre de son manque de motivation, prendre des positions d'éducateur ou d'enseignant, voire de parents (le paternalisme), se substituer à lui, penser pour lui, voire développer de la colère, de la haine, de la violence. A l'opposé, le soignant peut investir en retour la relation affective avec le patient, développer et transférer sur le patient ses propres émotions, ses affects, et nouer ainsi une relation interhumaine singulière. Et, d'un sens comme dans l'autre, se trouver en difficulté devant la nécessité d'une neutralité bienveillante, devant le respect nécessaire de la juste présence, et devant la nécessité de suspendre le jugement moral, affectif, ou émotionnel, et conserver un discernement objectif.

Dans le cas clinique qui nous intéresse, sommes-nous confrontés à une relation de type « transfert et contre-transfert » ?

Et dans ce cas, celle-ci vient-elle percuter la relation de soin, et plus généralement le soin ? Nous prendrons une définition élargie du soin, non pas comme juste un acte technique, mais le soin vu comme le souci de l'Autre, ce sujet vulnérable et fragile qui nous interpelle et s'accroche à nous comme à une « bouée de sauvetage », physique et émotionnelle, nous qui, à ses yeux, sommes supposés être solide physiquement et psychologiquement.

Quel pourrait être alors la définition du juste soin ? Le souci de l'autre est confronté en permanence à la notion de la juste distance, de la juste présence. Jusqu'où suis-je soignant ? A partir d'où ne le suis-je plus ? Il nous faudra alors distinguer l'Aidant de l'Aimant, deux rôles différents, deux tâches différentes. Et quel périmètre, quelle limite définir pour chacun ?

Intervient donc la notion de limite et donc la notion de la limite du soin, voire de celle du soin à la limite.

Qui définit alors cette limite ? Qui est légitime pour dire jusqu'où ne pas aller ? Qui est légitime pour fixer une limite, une borne, une frontière, voire un no man's land, qui permettrait de définir le périmètre du soin ?

Le juste soin nécessite une capacité permanente de discernement, d'objectivité, de neutralité, d'absence de jugement moral, tant envers le patient qu'envers l'équipe, et la conservation d'un libre-arbitre guidé par une neutralité bienveillante.

Dans le cas clinique évoqué, peut-on parler de perte de discernement possible du soignant (comme du soigné par ailleurs), peut-on parler de partialité dans le jugement ? Peut-on parler de perte de neutralité bienveillante ? Peut-on évoquer la confusion des rôles de l'Aidant et de l'Aimant, leur superposition ?

L'empathie nécessaire au juste soin ne laisserait-elle pas la place à la compassion voire à la commisération ?

Dans notre cas clinique, la relation de couple peut-elle se substituer à la relation soignant/soigné ?

Nous voyons bien qu'une relation affective s'installant entre un soignant et un soigné impacte la relation de soin de manière non négligeable. Cet impact doit être pris en compte, conscientisé par tous les intervenants, afin qu'il ne devienne pas un frein au juste soin mais un atout pour le patient pris en charge, sans pour autant perturber négativement une organisation de service.

Conclusion :

Tous les acteurs du soin impliqués doivent prendre conscience de cette problématique éthique. Il leur incombe d'adapter le comportement, les décisions, l'attitude et les actes, en tenant compte des éléments de réflexion apportés, afin de conserver en permanence le juste soin comme fil conducteur, comme visée, comme éthique personnelle du soin.

La relation affective entre le patient et le soignant ne doit pas se substituer à la relation de soin, en plaçant le soignant, le patient ou l'équipe en échec. Néanmoins, elle peut être tout à fait considérée comme une source d'enrichissement afin de préserver au mieux le juste soin, le juste souci de l'autre.

L'histoire affective entre le patient et son soignant ne peut constituer une fin en soi, dans le cadre du soin, dans un service. Elle doit rester un moyen au service du patient, de sa vulnérabilité et du juste soin, et respectée comme telle.

Adopter le soin à la relation naissante.

Pour le Comité d'éthique de la Fondation Hopale,

Le 11/09/2023