

La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs

Alexandra Planchin

► **To cite this version:**

Alexandra Planchin. La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01616139>

HAL Id: dumas-01616139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616139>

Submitted on 13 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue
en Unité de Soins Palliatifs**

Par Alexandra Planchin

Psychologue

Diplôme Universitaire « Accompagnement et fin de vie »

Année universitaire 2016-2017

Responsables d'enseignement : Docteur Véronique Blanchet Docteur Yolaine Raffray

Professeur Francis Bonnet

Sommaire

Introduction	2
Narration de la situation clinique	3
Analyse de la situation	6
1. Problématiques de cette situation	
2. Problématiques que me pose cette situation	
3. Problématique choisie	
Recherche documentaire	7
I. <u>La communication durant l’entretien psychologique : la question du non-verbal</u>	
II. <u>Les silences dans la relation de soin</u>	
1. Les silences du patient	
2. Les silences du psychologue	
3. Les silences auprès de personnes en phase palliative	
III. <u>Entretiens directifs auprès de psychologues</u>	
1. Population interrogée et méthodologie	
2. Analyse des réponses	
Synthèse et conclusion	16
Bibliographie	18
Annexes	19

Introduction

Je suis diplômée depuis 3 ans d'un Master 2 de Psychologie de la Santé. Ce Master a pour vocation de nous former à l'exercice en institutions de santé et à la participation à des protocoles interdisciplinaires auprès de patients adultes et enfants présentant des pathologies somatiques variées (cancers, diabète/obésité, maladies cardiaques, maladies chroniques évolutives de la personne vieillissante, etc.).

Je me suis ensuite orientée vers la prise en charge des personnes âgées et des personnes en fin de vie.

Je travaille à mi-temps au sein de l'Unité de Soins Palliatifs de l'hôpital « Le Raincy-Montfermeil » depuis un an et demi. Je consacre le reste de mon temps, à l'exercice de ma profession dans différents EHPAD.

L'USP peut accueillir 14 patients. L'équipe soignante est composée de 3 médecins, 9 infirmières, 9 aides-soignantes, 2 agents des services hospitaliers et de 2 psychologues exerçant à mi-temps. Nous avons également un temps dédié de kinésithérapeute, assistante sociale, réflexologue et la présence de bénévoles.

Narration de la situation clinique

Le 5 septembre 2016, je rencontre pour la première fois Madame L. dans le cadre de son arrivée à l'Unité de Soins Palliatifs de Montfermeil.

Madame L. a 66 ans et souffre d'une pneumopathie d'hypersensibilité, sans facteur causal retrouvé, conduisant à une insuffisance respiratoire chronique sévère depuis 2013. La dégradation de son état respiratoire depuis septembre 2016 ne lui permettant plus de rester à domicile avec son époux, le médecin de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) l'adresse dans notre service.

Très accueillante et disponible à l'échange, Madame L. se décrit lors de notre premier entretien comme une personne ayant bon moral, vivant au jour le jour.

Effectivement, je retrouve chaque semaine lors de nos séances une personne assez enjouée, souriante et très communicante. Elle est très au clair sur son diagnostic et son pronostic. Elle peut en parler de manière assez distante, comme s'il ne s'agissait pas d'elle. D'ailleurs, il y a peu d'affect quand elle parle de sa maladie. Elle me dira par exemple « *Je sais que je vais mourir mais je ne sais pas quand. Je me suis habituée à avoir cette épée de Damoclès au-dessus de ma tête* ».

Psychiquement, Madame L. se protège principalement grâce au mécanisme de défense qu'est la maîtrise. Ainsi, elle décide par exemple de son débit d'oxygène durant nos entretiens, des heures de visites de ses proches et de la durée de celles-ci. Ce mécanisme lui permettrait, à mon sens, d'avoir un semblant de contrôle sur sa vie, qu'elle savait menacée à tout moment.

Désireuse de toujours être « dans la vie » et dans des projets, elle évoque son souhait de retour à domicile au cours d'un de nos entretiens. Elle est consciente que celui-ci ne sera possible que si son état clinique le permet et dans des conditions de sécurité optimales.

Durant 2 mois, je rencontre donc Madame L. de façon hebdomadaire. Nos entretiens durent environ 45 minutes. Je fais également connaissance de son époux, très présent, avec qui j'ai pu discuter de manière informelle dans le couloir du service.

Je démarre donc avec Madame L. des entretiens de soutien portant sur plusieurs angoisses, notamment celles de la perte d'autonomie et de la souffrance physique. Malgré sa gêne respiratoire (elle portait des lunettes à oxygène délivrant un débit en continu de 7 litres), une alliance thérapeutique s'est rapidement créée et la patiente évoquait à plusieurs reprises le plaisir que lui procuraient nos entretiens psychologiques.

Le 8 novembre, après que le médecin ait remis en place l'HAD de la Croix Saint Simon et rédigé les prescriptions anticipées en cas d'asphyxie, Madame L. retourne chez elle. Cependant, elle accepte si cela s'avérait nécessaire, d'être ré-hospitalisée à l'USP en cas d'aggravation car elle ne souhaite pas que son décès survienne à domicile.

Dix jours après, le 19 novembre, Madame L est réadmise en urgence pour dyspnée et douleurs thoraciques.

Son état général s'est beaucoup altéré et lorsque je la revois pour la première fois depuis sa ré-hospitalisation, je retrouve une dame au visage fatigué, peinant à trouver son souffle et surtout très triste que le retour à domicile n'ait « tenu » que dix jours. Elle verbalise son appréhension concernant le temps qu'il lui reste à vivre et le nomme d'ailleurs comme « *un inconnu à apprivoiser* ». Elle aborde en entretien son angoisse majeure, l'insuffisance respiratoire. Elle demande que « *ce jour-là* », on lui donne « *la pilule aller-simple pour mettre fin à tout ça* ».

Les semaines passent et la perte d'autonomie de Madame L. est de plus en plus importante. Elle qui en avait si peur. Précaire sur le plan respiratoire, ses mobilisations étaient donc très difficiles. Madame L. se résigne à la pose d'une sonde urinaire, la toilette au lit et la mise en place de morphiniques. Elle dira au médecin « *Faites ce que vous voulez de moi* ».

A mesure que son sentiment de maîtrise sur sa vie disparaissait, sa détresse morale s'accroissait. Je me souviens d'un entretien où, pour la première fois, Madame L. avait eu ce besoin de déverser sa tristesse et avait beaucoup pleuré. Sa crainte était de ne pas pouvoir dire au revoir à ses proches le moment venu.

La semaine suivante, les difficultés respiratoires de Madame L. s'étaient aggravées et elle était maintenant sous 12 litres d'oxygène en continu. Consciente des risques encourus, elle demandait auprès de l'équipe soignante, à se rendre tous les jours à son fauteuil (plus confortable pour elle) et sur la chaise pot car il lui était insupportable de faire ses besoins dans une protection. Ces demandes de transferts avaient d'ailleurs posé question au sein de l'équipe soignante car le risque de décès pendant ou après ces mobilisations était réel.

Le 15 décembre, Madame L. était en hypoxie. Elle était épuisée et ses capacités d'élaborations étaient ralenties. Certaines nuits, à sa demande, elle dormait au fauteuil. Le matin, lorsque j'ai été dans sa chambre, elle était encore au fauteuil et j'avais pu constater l'effort considérable que lui demandait chaque phrase, chaque mot, et à quel point elle était somnolente.

Ce jour-là, l'entretien n'eut pas lieu, néanmoins quand je lui ai demandé si elle voulait que je repasse un peu plus tard, elle me répondit d'un hochement de tête.

C'est ainsi que je me suis rendue deux fois auprès de Madame L., à sa demande, chaque fois environ 15 minutes. Mme L. était consciente et éveillée malgré la fatigue. L'entretien psychologique était assez pauvre dans l'élaboration, et parfois les minutes étaient remplies d'un grand silence. Lorsque je quittais la pièce, Madame me remerciait en me serrant chaleureusement la main.

Je me souviens, après le premier de ces entretiens assez silencieux, m'être fait la remarque intérieure : « Il ne s'est quasiment rien dit, mais ma simple présence semblerait valoir tous les mots ».

De retour de mes congés, j'appris que Mme L. était décédée l'après-midi du 25 décembre, entourée de sa famille.

Analyse de la situation

1. Quels sont les problèmes que présente cette situation ?

La dyspnée. Jusqu'où peut-on augmenter l'apport en oxygène que reçoit Madame L. ?

L'escarre sacrée. De part ses difficultés respiratoires, Madame L. souhaite être en position semi-assise jour et nuit mais cela renforce son escarre sacrée

La perte d'autonomie. Soutien psychologique dans ce sens.

Asthénie. Madame L. est très fatiguée et profite peu de la présence de ses proches.

L'accompagnement de son époux. Présent tous les jours et assez en retrait. Comment accompagner Monsieur s'il n'est pas demandeur de soutien psychologique ?

Le souhait de Madame de se rendre sur la chaise pot et le risque de décès lors des mobilisations. L'équipe soignante doit-elle systématiquement accéder à la demande de mobilisation de Madame L. ?

2. Quels sont les problèmes que me pose cette situation ?

- Pendant plusieurs mois, j'ai mené des entretiens réguliers avec cette dame, pour qui la communication était très importante. Nos entretiens, ou peut-être simplement ma présence auprès d'elle, avaient permis de créer un cadre contenant où ses affects avaient pu se libérer. Elle était très investie dans cette prise en charge psychologique et cheminait à mesure des séances. Les dernières séances que j'ai effectuées avec elle étaient généralement très silencieuses et je me souviens m'être interrogée sur le sens de ces entretiens.

- J'ai pu observer les réactions de mes collègues concernant les demandes de mobilisation « jusqu'au bout » de Madame L.. Certaines refusaient de répondre à cette demande (car l'idée que cette dame puisse décéder dans leurs bras leur était difficilement supportable) tandis que d'autres prônaient le respect des choix de la patiente (sachant qu'elle avait été informée du risque mortel).

Comment concilier l'autonomie du patient avec les limites des soignants ?

3. Choix de la problématique

Mon premier questionnement concernant le sens de ces entretiens majoritairement silencieux avec Madame L. m'a amené à réfléchir de manière plus large sur la notion de silence. Ainsi, la problématique que j'ai choisie de traiter porte sur : « La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs ».

Recherche documentaire

Afin d'explorer les différents écrits relatifs au silence de le cadre des soins, notamment autour du patient et du psychologue et plus spécifiquement auprès de patient en phase palliative, j'ai effectué plusieurs recherches.

Je me suis pour cela appuyée principalement sur la base documentaire « EM Premium » trouvée grâce au portail « Jubil » de l'université, différents livres de la bibliothèque hospitalière Axial Caroli ainsi que mes livres personnels et le moteur de recherche Google et Google Scholar.

Dans un premier temps, je définirai le terme de communication non verbale dans laquelle s'inscrit le silence. Dans un second temps j'explorerai la question du silence émis par le patient et le psychologue. Enfin, je m'attarderai sur le silence dans le cadre de patient en fin de vie.

Afin de pallier l'absence de littérature concernant le point de vue des psychologues face au silence du patient en phase palliative et d'être au plus près de la réalité du terrain, j'ai décidé d'interroger cinq psychologues travaillant en USP ou EMASP concernant leurs perceptions et leurs ressentis en lien avec ma problématique.

I. La communication durant l'entretien psychologique : la question du non-verbale

Si l'on cherche dans le dictionnaire de psychologie¹, il est dit que « La communication dans l'entretien psychologique y est essentiellement verbale mais se trouve complétée par des communications non-verbales ».

La communication non-verbale apparait ici au second plan, comme un facteur étayant le verbal. Dans le cadre d'une communication verbale limitée, cette définition me semble un peu réductrice. Je pense que le non verbal doit alors être accueilli de manière d'autant plus fine puisqu'il constitue, à lui seul, le contenu principal de l'entretien.

Afin de donner une définition de l'expression « communication non-verbale » il serait opportun de spécifier la signification des termes « communication » et « non-verbale ».

Le « non-verbale » signifie simplement « tout ce qui n'est pas la parole ». Par conséquent, comme le mentionne Hennel-Brzozowska², si l'on entend par « communication » un échange dynamique, l'envoi et la réception des informations, pensées, attitudes, signes, alors la communication non-verbale peut être définie comme une construction et un partage des significations qui arrivent sans emploi de la parole.

Parmi les nombreux modèles de communication, celui de Watzlawick³ me semble intéressant à aborder puisqu'il met en lumière l'importance du non verbal. Son modèle se résume en 5 axiomes (*annexe I*) dont celui-ci : On ne peut pas ne pas communiquer.

En effet, chaque individu adopte un comportement particulier en fonction du contexte dans lequel il se trouve et tout comportement a valeur de message. Tout est communication. Il y a toujours un échange d'information, même dans le mutisme ou l'inaction. Dans le domaine du soutien psychologique auprès de patient en phase palliative, la présence silencieuse du thérapeute peut, par exemple, véhiculer un message de non abandon chez le patient.

De même, il existe dans la littérature plusieurs classifications des procédés de la communication non-verbale. Il me semble pertinent d'évoquer celle de Bonaiuto⁴ parue en 2007, qui mentionne les silences.

Il est dit que le silence est un instrument de communication de très grand potentiel, mais qu'il est difficile de l'interpréter, car il interfère avec les autres signes, le type de relation interpersonnelle, la culture de chaque individu et le contexte de communication.

En effet, plusieurs études menées par Sachs⁵ mettent en évidence l'importance du rôle du contexte dans l'interprétation du silence. Pour des patients en phase palliative, on peut concevoir que ce contexte, si particulier, puisse influencer notre interprétation.

Avant de parler spécifiquement du contexte des soins palliatifs, je vous propose d'explorer le concept de silence dans le cadre de la relation de soin. En effet, qu'il soit émis par le patient ou le thérapeute, ce temps de « respect » et « d'écoute » du silence de l'autre peut avoir plusieurs objectifs et interprétations.

II. Les silences dans la relation de soin

Les silences font intégralement partie de la communication, car ils expriment quelque chose et qu'ils sont indispensables à l'écoute de l'autre. Ce constat est rejoint par Christine Salvador⁶ qui énonce que « l'écoute passe par le silence qui permet la disponibilité de l'esprit et engendre la qualité de la présence. Le silence ce n'est ni le vide, ni le néant, mais une forme d'engagement et d'échange ».

Le psychologue Narfin⁷ définit le silence comme un « intervalle de réflexion entre l'émetteur et le receveur. Le silence est le prolongement de la parole, voir du langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres ».

Je trouve cela très juste de parler du silence en tant que prolongement de la parole car il y a là la notion de continuité entre la communication verbale et non-verbale.

Dans le cadre d'entretien psychologique, la question que le non-verbal soulève est celle de son interprétation qui est, à mon sens, psychologue dépendant. Delhez⁸ nous fait la remarque suivante : « Il n'est déjà pas facile d'interpréter ce qui se dit ; il paraît à fortiori plus difficile d'interpréter ce qui se tait ».

Dans la dyade silencieuse, il est important de repérer qui est à l'origine du silence.

Le silence peut être généré par le patient ou le psychologue. Il serait donc plus pertinent de parler « des silences » dans l'entretien.

1. Les silences du patient

Pour appuyer mon propos précédent, je souhaiterais citer l'auteur Richard⁹ qui mentionne qu'il n'existe pas un, mais plusieurs silences, car leurs tonalités peuvent être différentes : vide, pesante, tendue, excitante, mystérieuse, etc. Ces différents silences sont autant de « moment cognitifs ou pré-cognitifs » qui rythment les mots et sentiments venant à la conscience du sujet. Les auteurs pensent que le silence peut être considéré dans certains cas comme une tentative de s'échapper d'un réseau cognitif vécu comme menaçant ou persécuteurs : des pensées de morts qui tournent en boucles, des ruminations anxieuses sans fin.

Faire silence correspondrait à une stratégie d'évitement, le patient étant absent à lui-même pour ne pas faire face à ce vécu insupportable.

Il semble important de mentionner que cette vision est plus contrastée selon Antonelli, citée par Maffei¹⁰. Il existerait avant tout une équation antique entre silence et mort ; en contraste avec l'acte de parler, entendu comme tentative de conquérir la mort à l'aide des pulsions de vie, le silence peut donc être considéré, au contraire, comme un signe de la réalité de la pulsion de mort.

Le silence pourrait donc aussi signifier « absence ». L'absence à venir.

Ce postulat serait donc, à contrario d'une stratégie d'évitement, plutôt l'acceptation d'une issue réelle et inévitable.

Selon moi, le silence est également un outil thérapeutique. Il permet au patient de se laisser le temps et les moyens de former ses cognitions. Dans certains cas, il ne s'agit pas d'une défaillance ou d'un ralentissement psychique mais bien d'un outil de restructuration.

Dans tous les cas, l'interprétation du silence dépend du contexte dans lequel se trouve le patient. Ce propos est rejoint par Sachs nous dit bien que chaque silence doit être interprété et analysé en fonction du contexte et qu'il faut faire attention de ne pas produire d'inférence dans cette interprétation, car elle revient à donner un sens à ce qui semble vide.

Nous interprétons donc les silences du patient mais qu'en est-il de nos propres silences ?

2. Les silences du psychologue

Il y a, selon moi, deux sortes de silence chez le psychologue. Le silence en réponse au silence du patient et le silence créé volontairement/involontairement dans l'entretien psychologique.

Dans tous les cas, comme le mentionne Richard et collaborateurs, il s'agit de « faire silence en soi pour recevoir l'intensité muette des émotions vécues sur le moment par le sujet ».

En effet, comme les auteurs le mentionnent, il est important que le thérapeute tente de cerner les bénéfices apportés par la pause verbale. Il montre alors, en recevant et en ponctuant le silence du patient, qu'il partage ce moment émotionnellement fort, ou qu'il perçoit le besoin du patient d'utiliser le silence pour élaborer sa pensée.

Ce concept serait l'autorévélation. Il correspondrait à l'aveu muet d'une émotion partagée ou d'une attention soudainement plus aigüe portée par le thérapeute dans le même mouvement que le patient.

Ce propos est rejoint par Cremerius, cité par Maffei¹⁰, qui soutient également que, parfois, il est nécessaire que le silence du patient reçoive des réponses distinctes de la part de l'analyste, lequel peut éventuellement utiliser l'éventuel « contre-silence » comme une phase d'interprétation et non pas comme une interruption, un blocage ou un échec final de l'analyse.

Le silence volontaire du thérapeute pourrait permettre également de laisser de la place au patient pour travailler sur lui-même. Le patient pourra même s'appuyer sur le silence de l'autre comme une guide pour entrer dans son propre silence.

Une autre fonction de l'acte de se taire pendant l'entretien est celle d'attendre et de découvrir le moment juste pour la parole.

3. Les silences partagés auprès des personnes en phase palliative

Pierron¹¹ souligne que l'accompagnement auprès des personnes en phase palliative n'est pas une conversation ordinaire, car il se construit sur l'arrière-plan de la fin de vie.

Il y a l'investissement du langage (travail d'anamnèse, mise en récit de soi, raconter c'est aussi se raconter) mais l'accompagnement intègre enfin la possibilité du silence comme une condition de l'échange.

Le silence du « se taire ensemble » est comme une respiration de l'échange, une ultime manière de faire. C'est un silence qualifié, habité parfois par la fatigue, la lassitude, la pénibilité, mais c'est aussi un silence performatif. Ne rien dire c'est faire ; c'est marquer dans le langage la présence active du sujet.

Je pense qu'il est important de rappeler que la communication non verbale signale parfois d'intenses communions et pas uniquement des échecs relationnels.

Il faut dans ces silences être présent à soi et à l'autre, ce qui n'est parfois pas facile car être cette présence nous renvoie nous même à une part d'inconnu, de solitude, de « non toute-puissance », de limites et même de souffrance parfois qu'il nous faut reconnaître et accepter. Choteau¹² dit que cette présence nous renvoie à « notre propre condition d'Homme avec toutes ses richesses d'êtres humains perpétuellement en devenir qui reçoit de grandir chaque à sa relation aux autres ». Mais alors comment « être avec » au regard du contexte de la fin de vie ?

La fin de vie est un moment où le patient peut être envahi de peurs ou d'inquiétudes. Se tenir auprès d'une personne en proie à de tels questionnements n'est pas facile car nous n'avons aucune véritable réponse à offrir et c'est souvent cette impuissance qui nous met mal à l'aise. Comme l'a écrit Saunders en 1976, rapporté par Fauré¹³ « Parfois nous devons supporter notre incapacité à comprendre, à aider, en sentant que vous êtes impuissant mais en décidant néanmoins de rester proche de cette personne en détresse. C'est peut-être ce sentiment d'impuissance qui nous permet de nous mettre au même niveau qu'elle ».

Les différents auteurs cités dans cette sous-partie sont unanimes pour dire, et je les rejoins, qu'il arrive à un moment où rester présent, en silence et ne rien faire sont les choses les plus justes et les plus appropriées. Quand les mots ne sont pas possibles, les gestes et les attitudes prennent le relais et on ne peut être que présent auprès de cette personne, du mieux que l'on peut.

Fauré mentionne que prendre conscience que, par le simple fait d'être présent en silence auprès de cette personne qui s'apprête à quitter cette vie, quelque chose de sacré se passe, dans ce qu'il semble pourtant être désespérément vide ou ordinaire.

Un article écrit par Aouara¹⁴ s'est proposé d'exposer et d'analyser l'attitude de présence silencieuse du soignant auprès des patients en fin de vie. Au travers de celui-ci cette présence

est décrite comme un réel soin relationnel. L’auteur parle d’ailleurs d’une présence et d’un silence « plein » qui pourrait apporter un apaisement chez le patient.

L’ensemble de la littérature examinée nous montre l’importance et le rôle de cette présence silencieuse fait par l’équipe soignante auprès du patient. Cependant, au terme de ma recherche documentaire, je constate qu’aucune d’entre elles n’a exploré spécifiquement la question de la présence silencieuse faite par le psychologue.

J’ai donc souhaité recueillir l’avis de plusieurs confrères/consœurs sur la question du silence dans les entretiens psychologiques auprès de patient en phase palliative afin d’apporter un éclairage supplémentaire à la littérature existante.

Quelle place lui donne-t-on ? Comment travailler avec ? Que faire auprès d’un patient dont la communication est altérée mais demandeur de soutien psychologique ? Que penser de cette présence silencieuse ? Est-ce un rôle spécifique du psychologue ?

III. Entretiens semi directifs auprès de psychologues

1. Population interrogée et méthodologie

J’ai conduit des entretiens semi-directifs auprès de cinq psychologues donc les éléments socio-démographiques sont présentés ci-dessous.

L’entretien semi-directif me paraissait le plus approprié car j’avais des points précis à aborder avec les participants. J’ai donc préparé un guide d’entretien en amont (*annexe 2*) qui permet une grande liberté de parole tout en gardant un cadre relativement strict. Ainsi, j’espère être au plus près de la réalité du terrain.

La retranscription d’un des entretiens est joint en annexe (*annexe 3*) pour un vue globale du processus exploratoire.

	Age	Année de diplôme	Année d’ancienneté au sein de leur service actuel (USP ou EMASP)
Psychologue n°1	26	2015	1 an et demi
Psychologue n°2	33	2009	1 an et demi
Psychologue n°3	43	1999	9 ans
Psychologue n°4	52	2008	9 ans
Psychologue n°5	29	2015	1 an

2. Analyse des réponses

Tous les psychologues travaillant en USP ou EMASP ont déjà observé des moments de silence en entretien psychologique. Ils sont « nécessaires » (psy 2 et 4) et « très important » (psy 5).

Ils sont unanimes sur le fait que le silence peut être causé par des éléments d'ordre *physique*. Majoritairement « la fatigue » (psy 1, 2, 3, 4), mais aussi « la douleur » (psy 1), « la confusion » (psy 2), ou encore la « maladie en elle-même » (psy 4).

Les silences peuvent être également générés par des éléments d'ordre *psychologique*.

Une sorte de « réflexion intérieure sur ce qui vient d'être dit » (psy 3), « d'un temps pour faire le point » (psy 1), ou plus généralement quand quelque chose d'important a été dit ou abordé (psy 1, 2, 3, 5).

Pour le psychologue 2, « c'est rare quand ces silences signifient un réel refus de répondre ».

- Le rôle des silences

Lorsque j'ai souhaité approfondir le rôle de ces silences d'un point de vue psychologique, j'ai reçu plusieurs types de réponses :

- Le silence permet d'*amortir* ce qui vient d'être dit, d'en prendre conscience (psy 1)
- Le silence permet de *protéger* le sujet face à une réalité compliquée à entendre ou admettre (psy 2)
- Le silence permet *l'élaboration* du sujet (psy 3), *l'association d'idées* (psy 5)
- Le silence témoigne d'un *moment où le patient est submergé* par différentes émotions comme la peur, les pleurs, la sidération (psy 4)
- Le silence qui permet de *marquer* quelque chose d'important (psy 5)

Spontanément, seul un psychologue m'a demandé de préciser si ce silence était généré par le patient ou par le thérapeute.

En effet, il serait peut être moins courant que le psychologue génère de lui-même des silences en entretien ?

Néanmoins, à ma question « Générez-vous, vous-même, des silences en entretien ? », 100% des réponses ont été « Oui ». Pour la majorité, le silence sert au patient mais également au thérapeute pour rassembler ses idées.

- L'attitude du psychologue face au silence

Suite à l'analyse des réponses, nous pouvons constater qu'en fonction de l'aisance du psychologue avec ces moments de silences, leur attitude peut varier légèrement : relancer sur le même sujet (psy 1) ou sur un autre sujet (psy 2), attendre que le patient relance de lui-même (psy 3) ou encore verbaliser ces temps de silence (psy 4 et 5).

Dans tous les cas, il s'agit en premier lieu de *respecter le silence du patient*.

C'est d'ailleurs sur ce propos que la psychologue 4 nous précise que, selon elle, afin de pouvoir accueillir le silence du patient, il faut déjà l'avoir travaillé soi-même, chez soi (en analyse par exemple). En effet, certains silences peuvent mettre plus mal à l'aise que d'autres d'après la perception de la psychologue 5.

J'ai ensuite voulu avoir l'avis de mes confrères et collègues concernant la question spécifique du silence auprès d'un patient très fatigué ou fatigable, comme évoqué dans mon récit de situation authentique.

- Le silence auprès de patient fatigué/fatigable

Tous les psychologues mentionnent que cette situation leur est déjà arrivée, et même « assez régulièrement » pour un d'entre eux. Deux psychologues, pensent spontanément au cas de patient dyspnéique comme celui évoqué dans mon RSCA.

En présence de ce type de patient, la quasi-totalité des psychologues s'accorde sur le fait qu'il faut écourter l'entretien et proposer de revenir plus tard. Seul le psychologue 5 se propose de rester en silence auprès du patient.

Le temps de silence dans cette situation est associé souvent à un temps de récupération physique pour le psychologue 1.

- La présence silencieuse

Trois grands axes se dégagent au regard des réponses à cette question :

- La présence silencieuse apparaît, pour le psychologue 1, comme une *nécessité difficile à mettre en place par rapport à soi* (« pas l'habitude d'être là sans rien dire, sans rien faire »).
- Pour les psychologues 3 et 4, il s'agit d'une *présence bienveillante et rassurante* (« on est plus dans l'échange mais plutôt dans le partage »).
- Enfin, les psychologues 2 et 5 évoquent la notion du « *être là physiquement* » (respectivement « juste qu'il y ait quelqu'un » et « seule la présence compte »)

Unanimentement, l'ensemble des psychologues qualifie cette présence silencieuse d'un soin (« soin relationnel », « soin maternel », « soin comme tentative anxiolytique », « un prendre soin »). Pour certains, il s'agit de la positionner à même hauteur que la relation parlée, d'autant plus quand le patient n'est plus en capacité de verbaliser.

Enfin, j'ai souhaité demander à mes confrères et consœurs, si cette présence silencieuse était, de facto, du rôle du psychologue.

L'analyse des réponses conduit au constat suivant :

Il s'agit, non pas du rôle du psychologue, mais de *l'être humain*. En ce sens, toute personne peut être en présence silencieuse (psychologue mais aussi équipe soignante, entourage, bénévoles, etc.).

Cependant le psychologue, de par sa formation et sa pratique, serait peut-être plus enclin à adopter cette présence silencieuse, à l'accueillir soi-même et à en faire quelque chose. De même, comme le souligne l'un des psychologues interrogés, « la chance du psychologue c'est d'avoir du temps » et donc de pouvoir plus aisément rester en présence silencieuse.

- La place du silence

Tous les psychologues attestent que le silence a une place importante au cours de l'entretien psychologique. Cependant, il peut être interprété différemment en fonction du moment où il se produit (« défensif », « aide pour rebondir », « besoin », « mise en route du travail psychique », « conséquence de la situation médicale », « être en confiance »).

Pour clôturer l'entretien, j'ai demandé aux psychologues, par association libre, de qualifier le rôle et la place du silence dans l'entretien psychologique auprès de patients en fin de vie.

Voici le tableau des associations :

	Mots associés au silence		
Psychologue 1	nécessaire	constructif	respectueux
Psychologue 2	élaboration	contenance	liberté
Psychologue 3	ajustement	plein	pensée intérieure
Psychologue 4	émotions	confiance	vide
Psychologue 5	plein	contraire d'absence	outil

On constate que la majorité des mots évoqués sont connotés positivement.

Synthèse et conclusion

Au travers de cette recherche, j'ai constaté, tant dans l'analyse des écrits étudiés que dans la réalité des pratiques, que le silence fait partie intégrante de la communication.

Il n'est pas quelque chose d'anodin. Qu'il vienne du patient ou du psychologue, le silence est souvent chargé de sens.

Dans l'entretien psychologique, le silence a toute sa place. Certes, il peut être angoissant par moment mais c'est à nous, professionnels, de pouvoir « faire parler ce silence ».

A lui seul, le silence est en lien à l'autre, en deçà, au-delà et autour de la parole. Chaque soignant, psychologue ou non, peut dans ses relations au patient donner au silence une dimension positive orientée vers le souci de l'autre.

Lorsque j'ai pris mon poste à l'Unité de Soins Palliatifs, j'étais diplômée depuis un an et demi. Ma pratique des entretiens psychologiques était sûrement encore « façonnée » de manière universitaire et celle-ci fonctionnait très bien avec les patients verbalisant. Je me l'étais appropriée et j'étais confortable dans ma manière de mener des entretiens, que ce soit avec le patient ou son entourage.

Mais rapidement, j'ai été confronté à des patients dont l'état de santé ne leur permettait pas de participer à des entretiens cliniques « standards » et je me suis souvent questionnée sur ce que je pouvais apporter à ces patients peu ou non communiquant.

Je pense pouvoir aujourd'hui, grâce à l'ensemble des enseignements du Diplôme Universitaire et la rédaction de ce RSCA, être en mesure de répondre à cette question.

La présence, qu'elle soit parlée ou non, reste l'attitude la plus juste et la plus adéquate dans ces moments. Etre là, du mieux que l'on peut, sans chercher à comprendre, à aider, car au fond en serions-nous capables ? Saunders, déjà en 1976, l'avait analysé et nous dit que « c'est peut-être ce sentiment d'impuissance qui nous permet de nous mettre au même niveau que cette personne en détresse ».

Si je devais repenser mon accompagnement auprès de Mme L., celui-ci aurait été le même. Nos entretiens psychologiques hebdomadaires s'étaient orientés de manière logique et naturelle vers ces entretiens très silencieux.

En revanche, j'ai compris que l'accompagnement silencieux n'était pas réservé aux patients avec qui des entretiens parlés s'étaient déjà effectués. Nous recevons des patients dans notre service qui sont d'emblée très peu ou non communicants. Ma pratique clinique auprès d'eux

a été modifiée grâce à ce travail de recherche. Je me tiens auprès de ces patients en « pleine conscience » de ce qui peut potentiellement se jouer.

J'ai pris conscience que cet accompagnement rassure aussi certaines familles. Récemment, j'ai rencontré la famille d'un patient âgé, grabataire, conscient et très peu communicant. Je me souviens, après avoir expliqué mon rôle auprès de leur proche (notamment la présence silencieuse), la phrase de la fille de celui-ci. « Ah bon, je ne savais pas qu'il y avait ça, vous savez en plus mon papa a toujours aimé la compagnie. Ce n'est pas parce qu'il ne parle pas que...Il aime la musique d'ailleurs. Moi qui habite loin, ça me rassure de savoir qu'il n'est pas tout le temps seul quand nous ne sommes pas là. Merci beaucoup ».

Aussi, j'évoque et je valorise d'autant plus ce type d'échange (que je n'avais pas tendance à relater) en transmissions auprès de l'équipe soignante car je suis maintenant convaincue que ces moments de silence avec les patients ont une réelle dimension de soins. Je pratique d'ailleurs plus souvent cette présence silencieuse.

Aujourd'hui, je pense à la formation des futurs professionnels de santé et j'espère, à mon niveau, pouvoir transmettre aux stagiaires psychologues que le silence ne peut pas être simplement réduit à un échec relationnel et qu'il faut apprendre à respecter et écouter ces « silences pleins ».

Bibliographie

- ¹ Doron, R., Parot, F. (2009). Dictionnaire de psychologie. Paris, Quadrige, p 131
- ² Hennel-Brzozowska, A., 2008 La communication non-verbale et paraverbale : perspective d'un psychologue. Synergies Pologne n°5, pp. 21-30
- ³ Watzlawick P, Helmick J. 1979. Une logique de la communication. Paris, Le livre de poche, 280 p.
- ⁴ Bonaiuto, M., Maricchiolo F., 2007. La comunicazione non verbale. Roma : Carocci Editore.
- ⁵ Sachs, O., et al., 1974. A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation in: Language, vol.50, no 4, Part 1.
- ⁶ Salvador, C. (2013). Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter. Paris, J-Lyon, p 92
- ⁷ Narfin, R. (2012). Les vertus des silences dans la relation de soins. La revue de l'infirmière Vol 61, N° 177. pp. 49-50
- ⁸ Robert Delhez, « Les silences, les moments de malaise, les moments de détresse », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2009/3 (Numéro 83), pp. 111-118.
- ⁹ Richard, C., Kramer, U. 2013. Le silence comme outil thérapeutique dans la dépression : élaboration théorique basée sur une étude de cas. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 23, 171-180.
- ¹⁰ Maffei, G., « Le silence », Cahiers jungiens de psychanalyse 2005/1 (n°113), p. 15-28.
- ¹¹ Pierron, J-P. (2006). Accompagner une personne en fin de vie : un témoignage d'humanité ?. Médecine palliative. Vol 5, N° 3. pp. 139-146
- ¹² Choteau, B. Chapitre 20 : La souffrance globale en fin de vie. In Manuel de soins palliatifs. Sous la direction de Jacquemin, D., De Broucker, D., Dunod. 2014. Paris. pp : 194-202
- ¹³ Fauré, C., Allix, S. (2016). Accompagner un proche en fin de vie. Paris, Albin Michel. pp : 133-151.
- ¹⁴ Aouara, M-P. (2015). Présence silencieuse en fin de vie : un soin. Médecine palliative. Volume 14, numéro 6. pp 409-413

Annexes

Annexe 1 : les 5 axiomes de la théorie de la communication de Watzlawick

1. On ne peut pas ne pas communiquer.
2. Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une méta-communication.
3. La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.
4. La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique.
5. La communication est soit symétrique, soit complémentaire.

Annexe 2 : guide d'entretien semi-directif

Question 1 : Avez-vous déjà observé des moments de silence au cours d'un entretien avec un patient en phase palliative ? Dans quel contexte (psychique/somatique) ?

Question 2 : Selon vous quels rôles ont-ils ?

Question 3 : Comment réagissez-vous quand cette situation se produit ?

Question 4 : Créez-vous, vous-même, des silences en entretien ?

Question 5 : Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'être auprès d'un patient désireux d'un entretien mais très fatigué ou fatigable ? Comment avez-vous conduit l'entretien ?

Question 6 : Si je vous parle de présence silencieuse, qu'est-ce que cela vous évoque ? Est-ce un soin pour vous ?

Question 7 : Quelle place donnez-vous au silence dans l'entretien psychologique ?

Question 8 : Pour finir, pouvez-vous qualifier en quelques mots le rôle et la place du silence dans l'entretien psychologique auprès de patients en fin de vie ?

Annexe 3 : retranscription d'un entretien psychologique

Avez-vous déjà observé des moments de silence lors d'entretien psychologique ?

Oui

Dans quel contexte les avez-vous observés ? Raison psychique, somatique ?

Les deux

C'est à dire ?

Soit chez des patients qui n'allaient vraiment pas bien physiquement, soit suite à des mots qui ont été dur à prononcer ou à entendre pour eux.

Quand vous me dites « pas bien physiquement », vous pouvez préciser ?

Fatigué ou douloureux principalement.

Selon vous quels rôles ont ces silences ?

Là comme ça, ce qui me vient ce serait de remettre les idées en place, faire le point sur ce qui vient d'être dit. Ou, comment je peux dire ça, prendre le temps de réaliser ce qui vient d'être dit, le choc de ce qui a pu être dit, par exemple quand un patient me dit « je réalise aujourd'hui que je vais mourir ».

Comme pour amortir un peu... ?

Oui, un temps d'amorce. C'est un temps de pause.

Comment réagissez-vous en tant que thérapeute quand cette situation se produit ?

Comment je fais après c'est ça ?

Oui.

Je le respecte un temps, ça se fait au feeling. Y'a pas de chronologie. Après s'il ne relance pas, souvent je relance sur le même sujet, je paraphrase.

C'est un temps qui vous met mal à l'aise ?

Non parce que si le patient crée le silence c'est qu'il en a besoin.

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'être auprès d'un patient désireux d'un entretien mais très fatigué ou fatigable et comment avez-vous conduit l'entretien ?

Dyspnéique par exemple ?

Oui par exemple.

Là, c'est des entretiens courts et c'est vrai avec des temps de pause. Mais là c'est plus des temps de pause par rapport à la situation médicale et respiratoire. Ce n'est pas forcément des temps de silence comme tout à l'heure. Il y a aussi des temps de pause qui marquent le respect du temps de parole de l'autre mais dans le sens physique.

Je vais parler presque à son rythme parce que je pense que si vous parlez trop vite, vous allez « l'étouffer » aussi.

Dans votre carrière avez-vous pu mener des entretiens avec des personnes qui n'étaient pas en fin de vie ?

Oui

Et il y avait aussi des moments de silence ?

(Temps de réflexion) Oui, pas les mêmes mais oui.

Quand vous ne dites pas les mêmes ?

Parce que tout simplement que ce ne sont pas les mêmes situations. C'était majoritairement des accidents de la route. Et y'a quand même un choc mais le silence n'a pas le même poids. Pour moi en tout cas. Ce n'est pas la même chose quand quelqu'un te dit « je vais mourir » et que tu respectes ensuite ce silence et quelqu'un qui te dit « j'ai failli mourir ». Mais oui y'a des silences.

On revient sur les entretiens auprès de personnes en phase palliative. Est-ce que vous créez parfois volontairement des silences ?

Oui

Dans quel but ?

Parce que je pense qu'à ce moment-là y'en a besoin. Pour le patient ou peut-être pour moi je n'en sais rien. Pour aussi marquer ce que moi je viens de dire. Des fois ça va être, pas forcément des annonces mais je peux être amené à remettre au clair la situation. Ça va être lourd pour la personne. Je pense qu'il faut lui laisser un temps pour intégrer tout ça, de remettre tout ça en ordre et je pense que c'est par le silence.

Si je vous parle de présence silencieuse, qu'est-ce que cela vous évoque ?

C'est nécessaire mais difficile.

Difficile.

C'est difficile à faire, à mettre en place pour soi, pour le psychologue ou la personne qui le fait. Parce qu'on n'a pas l'habitude d'être juste là sans rien dire, sans rien faire.

Quand vous dites on n'a pas l'habitude, c'est en tant que psychologue ou en tant qu'être humain ?

En tant qu'être humain. Après en tant que psy moi ça m'est arrivé de le faire avec une infirmière en binôme. Ou elle m'a dit « bah on a rien fait ». Parce que pour elle pour le coup c'était vachement plus difficile que pour moi. C'était avec une famille. La patiente était sédaturée, et il y avait la mère et le fils de la patiente. Ça peut être difficile à le mettre en place parce qu'on ne fait et on ne dit rien mais c'est nécessaire. Il y a des situations qui nécessitent juste d'être là sans rien dire sans rien faire.

Est-ce que cette présence silencieuse peut être qualifiée comme un soin pour vous ?

Oui, d'un soin, d'un prendre soin. Comme la relation parlée est un soin.

Pour vous, cette présence silencieuse est du rôle de tout à chacun ou est-ce que le psychologue aurait un rôle particulier ?

Non tout le monde peut le faire. Après le psy est peut-être plus enclin à le faire de par sa pratique et sa formation. Mais il y a des aides-soignantes et des infirmières qui le font très bien.

Quelle place donnez-vous au silence dans l'entretien psychologique ?

Faut pas que ça s'éternise mais après j'en crée pas tout le temps, je ne les respecte pas tous le temps en fonction du besoin que moi je ressens. Pour la situation pas pour moi.

Pour finir, pouvez-vous qualifier avec quelques mots le rôle et la place du silence dans l'entretien psychologique auprès de patients en fin de vie ?

Nécessaire. C'est un signe de respect du rythme du patient. Et constructif. Constructif pour le patient parce que c'est un temps où lui il va remettre un peu les choses en ordre pour ce qui vient de lui être dit ce qu'il pense.

Résumé :

Le but de cette recherche est d'analyser les différents types de silences dans la relation patient-psychologue dans le cadre d'une prise en charge palliative. Aidés par la littérature existante complétée par une étude qualitative auprès de psychologues, nous chercherons à expliciter le rôle du silence en entretien et nous tenterons de démontrer que le silence partagé entre un patient en fin de vie et un soignant peut comporter une dimension de soin.

Titre :

La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs

Mots clés :

Silence ; palliatif ; patient ; psychologue ; présence