

## LA CONTINUITÉ POUR CONSTRUIRE UNE RELATION DE CONFIANCE RÉCIPROQUE

Pour illustrer l'importance de la continuité j'ai choisi quelques témoignages empruntés à ma pratique clinique, et aussi à l'accompagnement bénévole de personnes gravement malades.

Je vous propose d'entrer directement dans le sujet avec cette **vignette clinique** :

Une femme de 55 ans m'est adressée par son médecin traitant pour des palpitations invalidantes. Un enregistrement de l'ECG de 24 h met en évidence une tachycardie supraventriculaire à plus de 200/min. expliquant les symptômes. Quand je lui pose la question, la patiente dit ne pas avoir de soucis particuliers. Après l'échec du traitement médicamenteux, j'adresse la patiente à l'hôpital pour une thermo-ablation (procédure percutanée pour interrompre le circuit de la tachycardie, on était aux débuts de cette procédure). Après un léger mieux, le trouble du rythme récidive et le professeur d'électrophysiologie qui a pratiqué la thermo-ablation me dit (avec humour et avec humeur) qu'il ne veut plus entendre parler de cette patiente car il ne sait plus quoi proposer. Quelques semaines plus tard, la patiente me confie spontanément qu'elle est otage de son fils aîné adulte qui souffre de schizophrénie, et que son fils cadet s'est suicidé à l'âge de 18 ans, épuisé par le harcèlement de son frère. La patiente avoue sa honte et son sentiment de culpabilité de ne pas avoir su protéger son fils cadet. À la consultation suivante, les troubles du rythme ont pratiquement disparu, ce qui va se confirmer sur le long terme. Il a donc fallu des mois à cette personne pour se sentir suffisamment en confiance pour oser avouer sa souffrance. Cela se passe de commentaire pour ce qui est de l'importance de la continuité.

### 1. Quelle continuité ?

Il y a d'une part une continuité dans l'organisation, en termes d'accès aux soins et de transmission de l'information, d'autre part une continuité dans la relation humaine avec le patient. Les deux sont indispensables, particulièrement en psychiatrie, en pédiatrie, en oncologie, dans la fin de vie, lors de la liaison entre deux séquences de soins (hospitalisation, transferts, retour à domicile) et dans toutes les maladies chroniques.

#### - A. Continuité pratique dans l'organisation des soins.

La continuité est à la fois longitudinale (dans le temps) et horizontale (dans l'espace), sans interruption et de manière coordonnée : il faut disposer d'une solution 24 h/24, 7 jours /7 pour le patient et ses proches. Et de façon coordonnée par la transmission de l'information : la situation médicale avec les diagnostics, les résultats des examens effectués, les traitements en cours, de façon à éviter les oublis, les examens faits en doublon, les interactions médicamenteuses et des attitudes inadéquates par rapport à

la philosophie du patient. Le principe est pourtant simple, mais c'est souvent du "sauve qui peut" dans l'urgence, alors qu'il suffirait d'anticiper par une planification réaliste de "qui fait quoi".

## - B. Continuité relationnelle

La relation humaine est le point central de la relation thérapeutique, c'est une rencontre dans laquelle le médecin et le patient s'engagent dans un besoin de confiance réciproque. Le patient a non seulement besoin d'être écouté, mais d'être compris : Paul Tournier <sup>(1)</sup> nous dit « se sentir compris, c'est ce qui aide à vivre », et il ajoute : « pas compris avec le cerveau seulement, mais avec le cœur ». Être dans la confiance pour oser être authentique. Quant au médecin, il doit avoir confiance en son patient, en ses ressources et en sa capacité de participer aux soins.

**Cette confiance a besoin de temps pour se construire, donc de continuité.**

## 2. Du bon usage du temps : la continuité.

Le médecin se doit de connaître non seulement la situation médicale de son patient, mais aussi sa situation familiale, professionnelle, socio-économique, son histoire de vie. Que sait le patient de sa maladie, quel est son avis sur la question ? Qu'est-ce qui est vraiment important pour lui, comment vit-il sa maladie ? A-t-il des troubles cognitifs, existe-t-il un projet de soins anticipé (Advance Care Planning), un représentant thérapeutique ?

Les proches font partie intégrante de la vie du patient. C'est du devoir des médecins de s'assurer que l'entourage est en mesure d'assumer la fonction de proche aidant et de l'accompagner à son tour pour le mettre en relation avec les aides auxquelles il peut recourir. Là encore, la continuité est essentielle.

## 3. Bénéfices de la continuité.

Les avantages de la continuité pour le patient sont considérables : de nombreuses études <sup>(2)</sup> ont montré une meilleure efficacité des soins, une meilleure observance thérapeutique, une meilleure qualité de vie, moins d'anxiété, une diminution des risques d'erreurs, des hospitalisations en urgence, de la durée des hospitalisations et des coûts, une diminution de la mortalité toutes causes confondues, davantage de médecine préventive et de dépistage, une meilleure prise en compte de la santé mentale.

Pour les soignants, les bénéfices de la continuité ne sont pas moindres : un engagement en termes de responsabilité mais aussi un engagement humain, tout ce qui contribue à la motivation et à la satisfaction, par conséquent moins d'épuisement professionnel par perte de sens. Bref une situation gagnant-gagnant. Cela est d'autant plus important que les jeunes générations de soignants (médecins et infirmières) se plaignent de la perte d'humanité dans leur travail, qui est pourtant la raison profonde de leur choix de devenir soignants. Elles n'hésitent plus à quitter la profession, à peine leur formation terminée. **C'est un des facteurs de grave pénurie de personnel soignant à l'échelle internationale.**

La continuité amène à la connaissance élargie du patient et à la qualité du dialogue médecin-patient, ce qui permet de personnaliser l'attitude thérapeutique dans des situations complexes, parfois il sera même possible d'avoir le courage de l'abstention thérapeutique ou au contraire de prises de risque consenties. Cela soulève le problème du consentement informé du patient. Même en admettant que l'information soit bien donnée, comment savoir ce que le patient a vraiment compris pour donner son consentement à un traitement ou à une investigation invasive. Il faudrait pratiquer la reformulation par le patient pour le vérifier.

Là encore, la continuité dans la relation est un élément essentiel de la confiance et de la qualité du dialogue si l'on ne veut pas fonctionner seulement sur un mode autoritaire ou paternaliste.

La volonté de continuité n'appartient pas seulement au corps médical, la relation de soin est une coopération mutuellement consentie, le patient peut aussi décider de changer de médecin. Des études ont même montré que la qualité d'accueil de la réceptionniste (téléphonique ou au cabinet) jouait un rôle non négligeable dans la continuité.

**La continuité est un enjeu de santé publique, tant sur le plan humain que médical et économique. L'absence de continuité conduit à un gaspillage de temps, d'énergie en personnel et d'argent.**

#### **4. La continuité n'est pas une garantie de qualité.**

**La continuité se construit dans la durée par la qualité de la relation thérapeutique.**

L'investissement du soignant doit dépasser son savoir-faire pour laisser émerger son savoir-être. Ne faire que son devoir ne suffit pas. Cette remarque s'applique aussi aux métiers de l'enseignement, aux travailleurs sociaux, à la relation parents-enfants, etc. Ce savoir-être ne prend pas de temps sur le chronomètre, mais c'est un investissement de soi et demande de créer de l'espace intérieur pour une vraie rencontre.

**Pour que la continuité porte ses fruits, il faut qu'elle soit habitée par l'amour.**

#### **5. Qualité de la relation thérapeutique : la dimension spirituelle.**

Erich Fromm <sup>(3)</sup> (1900-1980), sociologue et psychanalyste, nous dit que l'amour est la seule réponse saine et satisfaisante aux problèmes de l'existence humaine comme la solitude et la finitude, et que le seul moyen de l'affronter, c'est de prendre soin de l'autre. L'amour donne un sens à la vie, depuis le moment où l'enfant découvre qu'il peut donner de l'amour, jusqu'au dernier souffle quand l'amour reste le dernier échange possible, à donner, à recevoir, un acte gratuit, témoin qu'on est encore vivant.

En voici une illustration : **vignette clinique**

Un homme de 54 ans, a été opéré d'une tumeur très agressive du cerveau quelques mois auparavant. Il est divorcé, une fille adulte avec laquelle il n'a plus de contact, mais il a une sœur très proche qui a mis sa vie entre parenthèses pour l'accompagner pendant qu'il en est encore temps. Elle demande un accompagnement de son frère par une bénévole. Lui ne voit pas trop le sens de cet accompagnement, il est passionné par les armes (il y en a beaucoup accrochées aux murs) et par le hockey sur glace. Je me demande comment nous allons échanger pendant ces rencontres à raison d'une demi-journée par semaine. Au terme du 1<sup>er</sup> RV il me dit qu'il sent que nous allons bien nous entendre, ce qui s'est confirmé. Nous nous verrons une dizaine de fois à son domicile, il se donne beaucoup de peine pour garder son autonomie. Mais son état se dégrade rapidement, il est hospitalisé dans une maison de soins palliatifs à 40 km de chez lui. Il ne marche plus, ne voit plus. Lors d'une visite, j'entre dans sa chambre, le salue et lui dit mon nom puisqu'il ne voit plus. Il est très surpris, réfléchit puis me demande : « mais vous êtes venue pour moi ? » Il est très touché qu'on puisse se déplacer rien que pour lui. Peu de temps après, il ne parle plus mais il comprend ce qu'on lui dit, avec sa sœur on lui donne à manger. On lui demande si c'est bon. Il répond en ouvrant grand la bouche pour la prochaine cuillerée. C'est une expérience spirituelle bouleversante par la simplicité des échanges et leur authenticité. Il décèdera quelques jours plus tard.

Pour Emmanuel Lévinas <sup>(4)</sup> (1905-1995), philosophe contemporain de P. Tournier, la vraie rencontre prend la dimension d'un événement bouleversant qui nous fait passer de « l'être pour soi » à « l'être pour autrui ». C'est l'autre qui fait naître en soi un mouvement pour se dépasser, un souci pour l'autre, une responsabilité, accéder à une transcendance plus radicale, une ouverture à ce qui nous dépasse infiniment. Nous ressentons spontanément l'existence de l'intériorité de l'autre, de même que sa

singularité. Emmanuel Lévinas parle de l'énigme de l'altérité avec son imprévisibilité, sa vulnérabilité. L'accueil inconditionnel de l'autre lui permettra de s'accepter lui-même. Son visage nous impose un renoncement à toute forme de pouvoir.

L'an dernier vous avez eu le privilège d'entendre le prof. Jan Bonhoeffer, pédiatre à Bâle, qui souligne le potentiel de guérison qui se dégage d'une interaction de qualité entre soignant et patient, ce qu'il appelle Heart Based Medicine, en parallèle avec l'Evidence Based Medicine. Il est en effet question d'amour dans cette relation, d'amour instinctif, comme celui d'une mère pour son enfant malade, amour dont nous sommes tous dépositaires. Il dit, nous n'avons rien à faire, c'est notre état naturel si nous sommes habités par l'humilité et l'ouverture d'esprit. Et cet amour nous relie.

Notre amie Anne-Lyse Chabert avait insisté l'an dernier sur l'importance du long-terme dans la relation soignant-soigné, surtout dans la maladie chronique, elle parle même de coéquipiers, de connivence, de binôme partageant sa vulnérabilité.

François Rosselet, aumônier dans une maison de soins palliatifs, avait ouvert la session de la Médecine de la Personne de 2017. Il avait repris l'affirmation « c'est la relation qui soigne », empruntée au psychiatre contemporain Irvin Yalom <sup>(5)</sup>. François Rosselet nous parle d'ouverture du regard pour voir la personne dans toutes ses dimensions bio-psycho-socio-spirituelle, du caractère unique de cette rencontre. Mais aussi de se laisser habiter par plus grand que soi, garder l'élan du cœur, élan qui vient de loin et qui nous emmène plus loin.

Cette vision humaniste de la relation thérapeutique n'est pourtant pas la règle dans notre médecine moderne qui garde l'héritage de médecins sur un piédestal, dans leur prison scientifique (paroles de Paul Tournier), pour ne pas dire arrogants et surtout pressés.

Il faut remonter à Eugen Bleuler <sup>(6)</sup> (1857-1939), psychiatre suisse, pour voir apparaître un comportement humaniste. Il était responsable de l'hôpital avant-gardiste Burghölzli à Zurich où travaillait Jung dans ses jeunes années. Les malades étaient traités avec une grande humanité, considérés comme des êtres à part entière quel que soit leur état, qui méritaient le respect et le dévouement de tout le personnel médical qui devait d'ailleurs loger à l'hôpital pour être disponible 24 h/24. Eugen Bleuler pensait que si le médecin parvenait à nouer une relation "humaine" avec le malade, il pourrait aller mieux, voire guérir.

Contemporain de Paul Tournier, Carl Rogers <sup>(7)</sup> (1902-1987) va approfondir cette qualité d'être, cet état de présence thérapeutique, condition préalable aux trois autres piliers de la relation thérapeutique, que sont l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel. La présence thérapeutique se vit dans l'instant présent et demande de se vider de son savoir, de ses attentes, pour laisser émerger l'intuition et surtout accueillir l'unicité de son client. La présence thérapeutique est une expérience à la fois physique, émotionnelle et cognitive. Pour y parvenir, il faut se préparer à ces rencontres dans la vie de tous les jours, en se rendant disponible à soi, à autrui. Il s'agit de regarder chacun comme un être digne de respect et de considération, de reconnaître à l'autre sa pleine valeur d'être humain, porter sur lui un regard chaleureux. Carl Rogers pense que nous avons tous en nous la capacité de réaliser notre potentiel et que la confiance entre deux êtres ne peut s'établir que dans l'authenticité.

Paul Tournier (1898-1986) nous rend attentifs au fait que le niveau auquel le patient se confie dépend de notre disponibilité. Il décrit l'aspect sacré de la rencontre en utilisant le terme de "flash", emprunté à Balint pour décrire la rencontre authentique entre le médecin et le malade, vécue dans la réciprocité. C'est une communion, une expérience spirituelle inoubliable. À partir de là, le médecin peut aider son patient à prendre conscience de sa réaction aux événements de la vie, réaction qui peut être féconde ou destructrice. Le patient est responsable de son épanouissement par une relation harmonieuse avec lui-

même, avec les autres, avec la nature, avec Dieu. Tout ce qui contribue à donner encore un sens à sa vie. Paul Tournier dit que plus que de guérir, les patients ont besoin d'apprendre à vivre avec leur maladie.

Mais la médecine de la personne n'a pas besoin de la continuité pour s'exercer, chaque intervenant de santé devrait pouvoir s'en inspirer, même pour une unique rencontre.

Maurice Bellet <sup>(8)</sup> (1923-2018), prêtre et écrivain français, nous dit que l'écoute est une hospitalité bienveillante, une amitié, dans le respect et le non-jugement, mais aussi une acceptation de son impuissance et une réconciliation avec soi-même. C'est une écoute globale du patient (avec sa 3<sup>ème</sup> oreille), de sa voix, de son visage, de son regard, écoute avec son mental, mais aussi avec son cœur et son corps. On oublie tout savoir et on renonce à tout pouvoir. Et si le patient cherche à se faire entendre, c'est pour pouvoir enfin s'entendre lui-même. Maurice Bellet appelle à la "divine douceur" qui est comme une main douce et maternelle, un regard comme celui de la mère sur l'enfant, une oreille attentive qui ne juge pas, un sourire. La divine douceur est aussi vitale que respirer, manger et dormir, c'est elle qui communique à la très essentielle santé, celle que la maladie n'atteint pas. Elle ne se donne pas par devoir, mais par goût. Elle permet à l'homme de se supporter lui-même dans la traversée parfois terrible de sa vie.

Pour Cynthia Fleury <sup>(9)</sup> (1974), philosophe et psychanalyste, le premier devoir du médecin est de rendre le patient capable de prendre soin de lui. Ce que partagent tous les êtres humains, c'est la vulnérabilité. Mais cette vulnérabilité n'est pas seulement déficitaire, si on en prend soin, elle peut devenir capacitaire en permettant au patient d'élaborer une qualité de présence au monde, au vivant quel que soit son état, plutôt que de s'accrocher à un retour à l'état antérieur qui demeure illusoire, autrement dit guérir de l'idée même de guérir, argument également développé par le philosophe suisse contemporain Alexandre Jollien, souffrant d'infirmité motrice cérébrale.

Marie de Hennezel <sup>(10)</sup> (1946), psychologue et écrivaine française, ose la distance intime en laissant tomber les barrières défensives pour permettre la fécondité de la rencontre intime, une grâce. S'ouvrir à sa propre vulnérabilité pour une rencontre authentique avec la personne tout entière et pas seulement son corps malade, changer de regard, voir au-delà de la déchéance, la beauté de la personne.

**Vignette clinique** : J'aimerais partager cette histoire avec vous : une femme algérienne de 75 ans récemment venue en Suisse pour se soigner d'un cancer du sein. Elle vit chez sa fille installée en Suisse avec sa famille qui a demandé un accompagnement par une bénévole. C'est une femme cultivée, musulmane pratiquante qui a dû laisser en Algérie un fils adulte atteint d'une maladie psychiatrique sévère dont elle s'occupait jusqu'à sa maladie. Nous allons nous promener, prendre un café, elle évoque les bons souvenirs de la vie communautaire des femmes en Algérie qui partagent les tâches ménagères. Nous parlons de religion, parfois nous prions ensemble, chacune dans sa tradition. Des liens très forts se nouent rapidement, mais un jour elle n'arrive plus à couper sa pâtisserie. Elle est hospitalisée, le verdict tombe : métastases cérébrales. Elle va connaître une période de confusion et d'agitation mentale où elle revit la guerre d'Algérie, me dit de me coucher par terre car ça tire de partout. Heureusement la patiente est transférée dans un hôpital psychiatrique qui va pouvoir contrôler cette agitation tout en lui permettant de garder un bon niveau de communication avec ses proches. Un jour, elle me confie avoir peur de mourir et peu après, tout en me tenant la main, elle me dit, agréablement surprise, « ils sont tous là, ma mère, ma sœur, mon père », décédés il y a longtemps, puis elle revient dans ce monde, apaisée. Elle décèdera quelques jours plus tard. Moments bouleversants de proximité.

La relation thérapeutique engage le médecin à une qualité de présence qui va bien au-delà de sa blouse blanche. C'est un art difficile et exigeant qui commence en amont de la consultation par un travail personnel sur l'acceptation de soi et des autres, de sa propre finitude, de sa vulnérabilité, de ses limites. La mise en disponibilité d'un espace intérieur et une écoute bienveillante.

Mais dans la durée, cela peut aussi nous peser, nous dépasser au point **d'altérer notre relation thérapeutique**, c'est là que nous guettent les dangers de la continuité.

## 6. Les risques de la continuité

Les risques de la continuité sont multiples et insidieux. Tout d'abord le risque de **l'habitude**, de la **banalisation** face à un patient qu'on croit trop bien connaître et qui ne saura peut-être pas se faire entendre pour un symptôme a priori peu inquiétant. Il revient au médecin d'informer son patient, de lui faire prendre conscience de sa propre responsabilité dans la demande de soin.

Le danger vient aussi de la **fatigue de l'impuissance**, et n'oublions pas que le patient est vulnérable, éventuellement en colère ou dans la culpabilité, ou même en détresse spirituelle, parfois dans l'incapacité de recevoir l'amour qu'on peut lui témoigner. Cela peut engendrer une souffrance chez le médecin : une blessure narcissique, née de la frustration qui résulte de l'échec de sa toute-puissance et aussi de la confrontation à sa propre finitude avec plusieurs réactions possibles : une non-disponibilité, la fuite, l'abandon ou au contraire un activisme sous forme d'acharnement thérapeutique, d'agressivité, voire de maltraitance. Ces comportements ajoutent de la souffrance à la souffrance du patient : sentiment de solitude, d'abandon, d'humiliation et surtout d'incompréhension. Reconnue, acceptée, revisitée, la souffrance de l'impuissance peut avoir un sens, le partage de notre vulnérabilité commune.

**Vignette clinique** : Un homme de 68 ans me consulte pour une grande fatigue. Il n'a pas de cardiopathie, mais une obésité morbide. Je suspecte un syndrome d'apnées du sommeil (SAS). La polysomnographie (enregistrement du sommeil) confirme le SAS sévère, mais malgré une information détaillée sur les avantages du traitement sur la fatigue et sur les risques de ne rien faire, le patient refuse catégoriquement l'emploi d'une CPAP pour la nuit, dispositif d'envoi d'air sous pression dans le nez pour éviter l'obstruction des voies aériennes supérieures responsables des apnées. Le patient reste plaintif, angoissé et oppositionnel, malgré un relativement bon contact. Ce patient fait partie des rares personnes qui me contrarient quand je vois leur nom dans l'agenda de consultation car je me sens impuissante et je sais que la consultation sera laborieuse et frustrante. À cette époque, je participais à une formation de décentration de soi et de lâcher prise par l'eutonie (forme de prise de conscience de son corps) et d'entretiens avec des psychiatres, pour laisser émerger l'intuition. Ce jour-là, je décide d'appliquer la méthode, en n'anticipant rien de ce qui se passera durant la consultation et en n'ayant aucune attente. Je suis très surprise par le plaisir que j'éprouve lors de la consultation, plaisir partagé par le patient et les idées qui viennent spontanément lors de l'entretien. La situation ne va pas radicalement changer, mais cette expérience va nous permettre de mieux nous accepter réciproquement et d'avoir une relation plus confortable à long terme.

Un autre risque de la continuité est la **souffrance empathique** : par projection, en oubliant que le ressenti du patient n'est pas le même que celui du soignant. Si le soignant se relie à sa propre vie spirituelle, il sera moins sujet à l'épuisement émotionnel.

Dans la continuité, il y a aussi le danger de **l'emprise** du médecin sur son patient, de la **dépendance** du patient face à son médecin, conscientes ou non.

Autre danger de la continuité, ce sont **les ornières du diagnostic**, rester accroché à un raisonnement univoque, alors qu'on devrait porter un regard neuf sur la situation. Remettre en question les diagnostics, les options thérapeutiques.

C'est pourquoi il s'agit de revenir à la demande du patient, l'aider à formuler ses besoins pour apporter une réponse adaptée à sa demande. Savoir aussi renoncer à guérir, mais chercher avec le patient le cheminement qui lui convient, trouver l'accès à ses ressources.

On peut aussi se demander pourquoi on a choisi cette profession.

## 7. Conclusions :

- La continuité est une valeur fondamentale des soins, tant sur le plan pratique que relationnel.
- Les bénéfices de la continuité sont considérables pour le patient et pour le médecin, c'est un véritable enjeu de santé publique, sur le plan humain, médical et économique.
- La continuité ne suffit pas. C'est la qualité de la relation thérapeutique qui détermine la qualité des soins.
- La continuité se construit par la qualité de la relation thérapeutique.
- La continuité comporte des risques qui peuvent entraîner des souffrances de part et d'autre.

## 8. Propositions :

- **Une formation** des étudiants et des médecins à l'importance de la qualité de la relation humaine, ainsi qu'une **préparation personnelle** à la confrontation à sa propre finitude, à ses limites et à la prise de conscience de ses propres besoins.
- **Un espace d'expression pour le patient** moins restreint que la seule anamnèse, quand on sait que la durée moyenne d'expression libre avant interruption est de moins d'une minute. Béatrice Beauverd vous livrera son expérience remarquable dans ce domaine lors de son intervention samedi.
- Rendre les autorités sanitaires et politiques conscientes des bénéfices de la continuité pour favoriser cette pratique.
- **Nommer un binôme médecin-patient ou proche** responsable d'assurer cette continuité jusqu'au bout. C'est un travail d'équipe, une **épreuve de relai**, il faut pouvoir se passer le témoin sans le laisser tomber, c'est ce qui lui donne du sens, la continuité ça se construit ensemble.

## Références :

1. Paul Tournier : Vivre à l'écoute, Caux Edition, 1984
2. Denis J Pereira Gray: Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality, BMJ Open 2018, 8
3. Erich Fromm : L'art d'aimer, Pocket, 2016
4. Emmanuel Lévinas dans Levinas, une philosophie de l'altérité, Robert Legros, Ellipse Ed., 2017
5. Irvin Yalom : Thérapie existentielle, Galade Editions, 2008
6. Eugen Bleuler, dans 100% Jung, Viviane Thibaudier, Groupe Eyrolles, 2011
7. Carl Rogers : Le développement de la personne, Dunod-InterEditions, 2005
8. Maurice Bellet : L'Ecoute, Desclée de Brouwer, 2008  
Maurice Bellet : L'Epreuve, Desclée de Brouwer, 1988
9. Cynthia Fleury : Le soin est un humanisme, Ed. Gallimard, 2019
10. Marie de Hennezel : La distance intime, European Journal of palliative care, 1998 :5(2)