

Comment consentir à penser sa souffrance quand on est soignant ?

« Nulle vérité n'est absolue ni finale, ce qui compte, c'est l'action de penser, de sentir et la liberté de réfléchir. »

DW Winnicott¹

Côtoyer quotidiennement la douleur de l'enfant, la détresse des parents, la mort, nous confronte à nos doutes, à nos angoisses et engendre la mise en place de mécanismes de défense ...

Le soignant commence par éviter de penser, mais les situations difficiles se répètent, alors il se coupe progressivement de tout affect pénible. Et il en arrive, finalement, à dénier complètement sa propre souffrance.

Réprimer ses émotions, nier ses peurs, implique une perpétuelle lutte contre soi-même et mobilise beaucoup d'énergie. Comment aider les soignants à penser leur souffrance, à la reconnaître, à la prendre en compte au lieu de la subir inconsciemment ?

Comment faire, quand on se sent écrasé par la charge de travail et les responsabilités, pour s'autoriser et être autorisé à consacrer du temps à la parole et à la réflexion ?

Des soignants tous différents : les émotifs, les sensibles, les stressés, les « blindés », et les autres ...

Par notre formation, nous apprenons à ne pas nous impliquer trop affectivement, à prendre de la distance face à nos émotions. L'expérience sur le terrain nous enseigne à garder notre sang froid dans les situations d'urgence, à rester calme quand s'exprime l'agressivité ou la violence, et idéalement nous devrions pouvoir développer simultanément d'une part nos capacités d'empathie et d'autre part notre faculté à faire preuve d'assertivité. Tout un programme !

« Les infirmières sont toujours dans l'émotionnel » s'exclament certains médecins. Mais une pédiatre fait aussi ce constat : « Moi, je passe 20 minutes chaque jour dans la chambre de cet enfant en fin de vie, tandis que l'infirmière, elle, reste toute la durée de son service (jusqu'à 11 heures d'affilée) au chevet de cet enfant, confrontée à la dégradation physique de l'enfant et à la douleur des parents ».

Tout le monde s'accorde à dire qu'il est malvenu de se laisser submerger par l'émotion dans l'instant, en présence de l'enfant ou de sa famille.

Faute de pouvoir trouver le moment opportun pour élaborer son ressenti, le soignant opte pour la répression. Malheureusement, ce qui a été dénié et refoulé n'est pas totalement supprimé. Le malaise finira par se manifester, tôt ou tard, de façon détournée, à l'insu du soignant.

Mais, en tant que témoin de la douleur de l'autre, comment consentir à prendre en compte sa propre souffrance ? Sachant que la maladie grave d'un enfant est souvent vécue comme une injustice par l'entourage, comment ne pas se sentir coupable d'avoir la chance d'être en bonne santé ?

J'ai moi-même souvent ressenti un sentiment de gêne quand une mère éprouvée par la maladie de son enfant prenait la peine de s'inquiéter de moi et de ma famille en me demandant : « Et vous, comment allez-vous, et votre famille ? ».

Notre peine nous semble encore plus illégitime face à la douleur indicible des parents confrontés à la mort de leur enfant. Une collègue me confiait récemment : « Je n'irai pas aux funérailles de cet enfant, car je risque de pleurer, et ce ne sera pas digne devant sa famille ».

Quand on estime qu'on n'a pas le droit de se plaindre, il est inconcevable de parler de soi.

La relation avec les patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques se construit dans la durée.

¹ DW Winnicott, « La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques », Gallimard, 2000.

On entend souvent les enfants ou les parents dire : « L'hôpital c'est notre deuxième famille ». Les jeunes soignants sont émus par de telles déclarations. Pourtant, il importe d'entendre que si '*c'est comme*' une deuxième famille, cela implique aussi que *ce n'est pas* une deuxième famille ...

Comment s'engager dans une relation chaleureuse et soutenante sans sombrer dans la familiarité tout en évitant, à l'inverse, de se retrancher derrière une attitude froide et distante ? Où se trouve la *juste* distance, où placer les limites ? En cette matière, il n'y a pas de norme préétablie, pas de règle, ce sera à réinventer et à réajuster avec chaque enfant, chaque famille.

Que penser quand l'entourage s'étonne : « Comment pouvez-vous soigner des enfants qui ont le cancer ? C'est terrible, moi je ne pourrais pas ! » ? Les jeunes infirmières sous-entendent derrière de tels propos que, si elles y parviennent, c'est bien sûr qu'elles sont '*sans cœur*'.

Pour faire face à la maladie, la douleur et la mort faudrait-il faire le deuil de sa sensibilité ?

L'insensibilité ferait-elle partie des compétences requises pour être une « bonne » infirmière ?

Or, une parole authentique n'aura la chance de pouvoir s'exprimer librement que si l'enfant et ses parents sentent que leurs questions, leurs attentes seront prises en compte et qu'ils seront écoutés sans jugement, dans le respect de ce qui fonde la singularité de leur famille.

La plupart des soignants sont à l'écoute et perçoivent ce que ressentent l'enfant et sa famille. Reste la difficulté de la reconnaissance et de l'expression de leur propre ressenti.

Dans le milieu hospitalier, exprimer sa sensibilité est une attitude socialement mal acceptée, souvent jugée comme un comportement '*pas très professionnel*'.

Dans un tel contexte, comment assumer sa part de sensibilité, comment la percevoir autrement que comme une faiblesse ou une fragilité dont il faudrait à tout prix se déprendre ? Comment supporter d'être affecté, touché ? Il n'est pas de bon ton d'être considéré comme une personne *trop* sensible, le verdict tombe rapidement : « Pas faite pour ce métier ! » ou « Cette jeune infirmière est trop fragile, elle ne tiendra pas le coup dans notre service ».

Emotivité et sensibilité ne sont-elles pas deux notions distinctes que les soignants ont tendance à confondre ?

La sensibilité me semble être une compétence importante quand on choisit d'être soignant. C'est une faculté qui permet de percevoir avec acuité les sentiments éprouvés par les autres et par soi-même. Pour le dire autrement, préserver sa sensibilité peut aider le soignant à recevoir la souffrance, le mal-être, l'angoisse ou la colère de l'autre tout en restant proche de son propre ressenti.

Par contre, être affecté par une trop grande émotivité peut rendre impossible l'exercice d'une activité de soignant en milieu hospitalier. La réalité nous confronte à des situations tragiques, violentes, à des visions insoutenables. On ne peut courir le risque de se trouver dans l'incapacité de réagir face à une hémorragie massive parce qu'on est impressionné par la vue du sang, d'être sidéré par la peur dans un contexte d'urgence vitale, de détourner le regard devant une plaie béante ou une mutilation.

Les soignants sont aussi confrontés à toutes sortes de peurs : peur de mal faire, peur de faire mal, peur de mal dire, peur de la maladie, peur de la mort, peur de sa propre finitude, peur de se tromper, peur de l'erreur fatale

Soumis à des exigences de rigueur et d'efficacité, le soignant se doit d'être continuellement dans l'anticipation : surveiller, évaluer, mesurer pour assurer la continuité des soins et garantir la sécurité du patient. Le soignant n'a pas le droit à l'erreur.

Quelle infirmière peut prétendre n'avoir jamais rappelé le service une fois rentrée à son domicile pour s'assurer qu'elle a bien réglé le débit de la perfusion, bien retranscrit les paramètres, bien paraphé le traitement administré, bien rebranché l'oxygène, ?

Comment croire celles qui déclarent « ne jamais ramener les soucis de l'hôpital à la maison » ? Qui peut croire que cela est possible sans s'aveugler ?

A côté de celles qui sont trop émotives et de celles qui sont trop stressées, il y a aussi la cohorte de celles qui résistent envers et contre tout, celles qui ne lâchent pas prise, celles qui font face à toutes les situations ..., celles qui se disent « blindées » et gèrent tout comme un chef ! Cette protection doit être continuellement consolidée, cela renforce la sensation de lutte intérieure perpétuelle et génère beaucoup de tensions.

Personnellement, il m'a fallu du temps pour prendre conscience que vouloir à tout prix garder le contrôle et la maîtrise, c'est se réfugier dans une illusion de toute-puissance.

Ceux qui s'enferment dans cette position, ne supportant pas que le moindre détail leur échappe, deviennent incapables de relâcher les tensions et finissent par s'épuiser dans une agitation permanente. Frustrées et survoltées certaines d'entre-elles en viennent à faire ce constat qui les accable : « Je ne suis plus capable d'être gentille ... ».

Tous ces systèmes de défense, mis en place par les soignants, sont très contraignants. Au bout de quelques années, il faut en payer le prix.

Souvent, c'est le corps qui finit par parler pour dire ce qui refuse d'être entendu. Les manifestations somatiques sont fonction de la personnalité de chacun.

Il y a toutes celles qui ravalent leur peine sans prendre le temps de la digestion, celles chez qui les difficultés pèsent sur l'estomac, ou sur le colon qui en devient 'irritable' ...

Il y a celles qui portent toutes les difficultés sur leurs épaules et les crispations n'en finissent pas de leur retomber sur le dos.

Le malaise non reconnu, enfermé sous les épaisses couches de blindage peut encore s'exprimer de bien d'autres façons : céphalées, palpitations cardiaques, agitation, surmenage, épuisement,....

Renoncer à la perfection ?

Le personnel infirmier est continuellement soumis à des contraintes techniques, matérielles, informatiques, administratives qui le dépassent et qui génèrent des situations de stress difficiles à assumer.

Le soignant, présent de jour comme de nuit, est l'interlocuteur privilégié de l'enfant et du parent qui loge à l'hôpital. Il est en première ligne pour entendre les revendications, pour recevoir les plaintes : la télévision ne fonctionne pas, les repas ne sont pas appétissants, les voisins de chambre sont bruyants, le médecin tarde à arriver, Même si nous ne sommes en rien impliqués dans ces situations, nous nous sentons vaguement coupables et obligés de nous justifier face à ces manquements. Nous voudrions pouvoir épargner ces désagréments à nos patients déjà si éprouvés par les conséquences directes de la maladie.

Le soignant s'épuise à chercher des solutions pour atténuer toutes ces contrariétés.

Il faut trouver des aménagements, faire preuve de créativité pour pallier les manques de matériel, réduire l'inconfort lié à l'infrastructure, calmer les conflits de voisinage, faire face à la pénurie de personnel qualifié,

A tout cela s'ajoute encore nos propres imperfections.

Il est frustrant de devoir admettre que souvent, nous manquons de temps pour écouter ou pour consoler, qu'il peut nous arriver d'oublier le prénom d'un ancien patient, de prononcer une parole maladroite, de manquer de mots, de manquer de patience, de ne plus supporter l'agressivité, de laisser une part de travail non fait aux collègues qui viennent prendre la relève ...

Les journées d'un soignant sont parsemées de ces petits et grands renoncements qu'il faudra, au fil du temps, apprendre à accepter avec humilité.

Articuler la démarche scientifique à une réflexion humanisante

Notre façon d'appréhender les événements est liée à notre personnalité et influencée par l'éducation reçue et les expériences vécues. Mais, si nous sommes soignants, elle est aussi liée au contexte hospitalier et médico-scientifique dans lequel nous sommes plongés dès les premières années de notre formation.

Le soignant se trouve pris entre deux réalités difficilement conciliables : d'un côté les contraintes techno-scientifiques qui s'appliquent à tous, et de l'autre le vécu singulier d'un enfant malade.

La disponibilité et la réflexion du soignant sont entièrement mobilisées pour assurer l'efficacité des actes à poser.

Comment faire valoir son point de vue de soignant, face au discours universitaire et scientifique ?

Ces dernières années, avec la progression des nouvelles technologies, l'avènement de l'informatique, l'avancée de la recherche scientifique, tout devient de plus en plus formel et protocolaire, parfois jusqu'à la caricature On ne se réfère plus qu'à des normes de classification internationales, des données probantes et validées (Evidence Based Medicine), des Procédures Opérationnelles Standard (SOP), des exigences d'efficacité (Benchmarking = « Se comparer aux meilleurs »), des indicateurs d'activité (DI-RHM), des échelles validées, et des logiques de rentabilité.

Tout cela trouve son sens quand on l'applique à la recherche d'une vérité scientifique. Mais, il me semble qu'en nous enfermant dans ces logiques normatives, nous nous exposons au risque qu'à terme soient sacrifiés au nom de la 'rigueur scientifique', la singularité des individus, la liberté de choix des patients et la réflexion personnelle du soignant.

En milieu hospitalier, il n'est pas concevable de dissocier la prise en charge médicale, le choix thérapeutique et l'organisation des soins, d'une ouverture à ce qui fait la subjectivité du patient et de sa famille. Cela reviendrait à séparer la dimension organique de la dimension psychique. Or, faire abstraction de cette dualité de la réalité humaine, me semble impossible, même pour le technicien qui reste confiné dans son laboratoire sans avoir le moindre contact avec le patient à qui appartient le matériel biologique sur lequel il travaille.

Vocation ?

En 2009, les jeunes diplômés n'osent plus dire qu'ils ont choisi la profession infirmière par vocation, même s'ils pressentent qu'il leur faudra une solide motivation pour assumer ce choix tout au long de leur carrière. Ce qui gêne certains dans le mot vocation c'est la connotation de dévouement et de soumission.

Pourtant, s'engager dans un parcours professionnel pour répondre à sa vocation ne signifie-t-il pas simplement aller à la rencontre de son désir ?

Les raisons qui motivent un tel engagement sont multiples et liées à l'histoire singulière de chacun : besoin de reconnaissance, fonction de réparation, ...

On ne naît pas infirmière mais on ne le devient pas par hasard.

Il s'agira de comprendre ses motivations profondes et de tenter de rester en accord avec celles-ci d'un bout à l'autre de sa vie professionnelle.

Choisir un rôle de soignant suppose un engagement individuel mais aussi une appartenance à une équipe. Comment oser rester soi tout en s'intégrant dans le groupe, comment assumer de se sentir parfois en décalage ?

Oser affirmer son identité ne sous-entend pas un effacement de soi, et n'exclut pas de rester solidaire de l'équipe. Ce qui fait la richesse d'une équipe c'est la diversité des personnalités qui la compose.

Mais, cela reste difficile pour le soignant d'oser exprimer sa peine, sa peur ou sa colère sans craindre d'être mal jugé par ses collègues ou ses supérieurs.

Des lieux et du temps pour penser

La confrontation à la souffrance mobilise chez l'enfant, ses parents et le soignant, des affects qui auront des effets sur les relations des uns avec les autres. C'est une évidence qui n'est pas toujours prise en compte par les soignants. Quand on est toujours dans l'action, il est difficile de concevoir qu'au-delà de la réalité des faits, c'est la façon dont ils ont été ressentis qui importe.

« Le malade me fait mal là où je suis déjà blessé » disait Michael Balint.

D'anciennes douleurs peuvent se réactiver, à tout moment, surtout lorsque la confrontation à la souffrance est quotidienne. Sans le savoir, le soignant souffre là où sa propre souffrance n'a pas été élaborée, la douleur passée se répètera insidieusement tant qu'elle n'a pas été reconnue et prise en compte. Et, le soignant sera contraint de renforcer ses défenses, de rajouter des épaisseurs à sa cuirasse.

Tant que nos conflits intérieurs ne sont pas éclaircis nous courons aussi le risque de projeter sur les autres nos contradictions.

Pourtant la dimension inconsciente de ces malaises continue à être ignorée

Est-ce parce que réfléchir, penser, se questionner fait courir le risque de voir surgir des craintes jusqu'alors bien contenues ? Certes, s'interroger c'est s'exposer à des remises en question, mais c'est aussi se responsabiliser.

Les soignants ont besoin de lieux et de temps pour penser.

Il ne s'agit pas, comme le craignent parfois les responsables, d'un lieu où déverser sa plainte, ou d'un exutoire où s'expriment les reproches adressés à l'institution.

Il ne s'agit pas, comme l'espèrent parfois les soignants, d'un lieu où leur serait transmis un savoir sous la forme d'une « procédure standard » énonçant les consignes à suivre pour améliorer ses « compétences relationnelles » : comment

bien dire, bien écouter, comment rendre le patient compliant, comment bien accompagner la fin de vie, comment bien mourir

Il s'agit d'un espace de parole où se reconnaître en tant qu'individu singulier, où se responsabiliser face à son vécu, où tenter de comprendre ce qui se joue ou se noue dans la relation à soi-même, la relation au patient, la relation entre collègues.

Pour y parvenir, il faudrait que le soignant consente à s'interroger sur la dimension signifiante de son propre ressenti, qu'il se donne du temps pour élaborer, penser ses sentiments, ses frustrations, ses craintes, ses contradictions, sa colère, sa tristesse.

Accorder toute son importance au poids des mots, à la valeur de la parole, celle qu'on dit et celle qu'on entend, tenter de mettre en mots ce qu'on éprouve, est un chemin qui permet, à celui qui décide de s'y engager, de trouver en lui-même de nouvelles ressources.

Faire le deuil d'un certain savoir et d'un idéal de performance laisse la place au désir de s'interroger, de penser, de réfléchir.

*Georgette Hendrijckx
Mars 2009*