

L'implication personnelle du soignant dans la relation de soin

Pour définir ce que l'on entend par l'implication du soignant, on peut dire que s'impliquer dans la relation de soin, c'est **s'engager, se rendre responsable** de la prise en charge de la souffrance **d'un autre fragile, malade** ; c'est y mettre de l'**énergie**, y consacrer du **temps**, de l'**attention**... de soi en fait, **y mettre de soi**, du sien comme on dit. **Avoir foi** en ce qu'on fait, travailler avec tout **son cœur** et **pas seulement avec son savoir** ou toutes ses compétences car **le vivant n'est pas technique, l'humain pas mécanique**, pas plus que la souffrance et la maladie. C'est du sensible, de l'émotion, du corps aussi bien sûr, mais pas seulement.

Le soignant le ressent bien, il le sait et travaille avec. Avec les émotions que lui communique le patient, avec les siennes éveillées à ce contact. Avec les deux, dans un **échange** toujours rempli d'émotions, de tensions, d'espoirs et de peurs.

Et tant mieux. De nombreux autres chercheurs (Damasio) ont montré comment **les émotions pilotent l'intelligence conceptuelle**. Clairement, si l'on veut des soignants performants, qui prennent les décisions les plus intelligentes, efficaces, adaptées, il faut qu'ils se servent de leurs émotions. À l'image de tous les autres grands professionnels, artistes comme sportifs, qui ne sont capables des performances les plus extraordinaires que dans des situations où les émotions les portent.

L'empathie éprouvée pour le patient conduit le soignant sur le terrain commun de l'individualité et d'une **condition humaine partagée**. Il s'investit en tant qu'être humain et non pas seulement en tant que technicien de la santé en prise avec un corps malade. Une autre forme de relation se crée, qui engage le soignant au-delà de sa fonction initiale et l'expose en tant que **personne**.

L'empathie est une véritable source de connaissances pour les soignants, qui ne provient pas seulement de **l'observation de l'autre**, mais de **l'observation de soi**, de ce que l'on ressent, de ce que l'on éprouve face à l'autre. Nous sommes des êtres sensibles : c'est-à-dire que les émotions de l'autre provoquent en nous des émotions. Lorsque nous ressentons en lien avec une autre personne du plaisir ou de la peine, de l'enthousiasme ou du découragement, ces émotions nous donnent des informations sur nous-mêmes, aussi bien que sur la relation et sur l'autre (qu'y a-t-il qui provoque notre émotion, à ce moment-là, avec cette personne-là ?).

Le revers de cette implication est le **risque lié au manque de distanciation** et de **fusion** qui en découle. Définie autant comme un outil que comme une qualité indispensable au soignant, l'empathie, dans le sens de partage des émotions, induit cette relation de proximité émotionnelle dans **une situation et un temps donné : ceux du soin**. Si l'engagement du soignant est nécessaire, le contrôle de la charge émotionnelle de la relation thérapeutique lui est aussi dévolu.

L'importance de se situer dans cet échange que constitue la relation thérapeutique implique donc, pour les professionnels de santé, de trouver un **compromis délicat entre proximité et stratégies de distanciation** par rapport au malade. Dès lors, la tentation est grande de considérer avant tout le patient à travers sa spécificité clinique, sa pathologie, d'autant plus que les nouvelles techniques de traitement imposent de plus en plus le recours à la technologie aux dépens de la relation humaine.

D'après différentes études 18 à 45 % des infirmières françaises ont un niveau élevé d'épuisement professionnel. Dans certains centres de soins, près de la moitié des soignants seraient donc atteints de burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

Le **burn-out** peut être compris comme **l'effet d'une rupture entre le conscient, l'intellect, et l'émotionnel** : le soignant essaie de prendre de la distance, alors qu'il travaille au corps à corps, il n'a pas le droit d'aimer, d'être touché, alors qu'il touche, il doit rester distant alors que le malade lui demande de la tendresse. Les frustrations et tensions ainsi associées à la pratique expliquent le burn-out intervenant donc comme un **mécanisme de défense**.

Il provoque " perte d'empathie " et " difficulté de reconnaître la personne chez l'autre ". Elle est marquée par " un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme et déshumanise la relation. Le malade est plus considéré comme un objet, une chose, qu'une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre. La personne peut être réduite à l'organe malade. **L'individu est en quelque sorte réifié**. Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisé par des petits signes qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. C'est parfois une description tellement "scientifique" du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme. " C'est un **échec du soin dans sa dimension humaine**, une perte du principe d'humanité qui fonde l'éthique du soin.

La voie semble donc s'ouvrir : pour éviter les écueils liés à une fonction difficile (le soin), il faut **apprendre à utiliser ses émotions comme une force**, comme ce qui nous permet de mieux comprendre, de mieux prendre soin, et **non les craindre comme ce qui risque de nous détruire**.

Les situations de maladie grave, de fin de vie, de deuil, interrogent de façon impérieuse tous les soignants qui y sont confrontés sur leurs savoirs, leurs croyances, leurs systèmes de valeurs, leurs manières d'être avec autrui.

Ils ont besoin, plus encore que d'habitude, de se donner des **repères solides**, c'est-à-dire des **références** qui leur servent à la fois à **régler leurs conduites** et à **se protéger** contre l'angoisse qu'ils éprouvent et les agressions qu'ils subissent.

S'engager dans des activités à visée réflexive ou éducatives (Formations, Groupes de paroles, Balint, Groupes d'échange ou d'analyse de l'expérience, etc.) invitent les soignants à répondre à ce besoin. Elles sont conçues comme des occasions d'enrichir les connaissances, d'améliorer les pratiques, de préciser les positions éthiques, d'apaiser les charges émotionnelles, de contenir l'angoisse.

La mise en œuvre des soins palliatifs comporte toujours une importante dimension affective : accompagnement d'une évolution singulière ; écoute compréhensive des enjeux, des émotions et des peurs du patient et de son entourage ; soutien psychologique ; aide à la réflexion, transmission de connaissances ou de techniques, etc.

Tout acte de soin est chargé d'affects.

Dans ce rapport de soin, tous les soignants sont régulièrement placés en position d'écoute, de diagnostic, de conseil, d'information. Ils **transmettent du savoir et des normes** de comportement, ils sont consultants et formateurs. Et ils **ont eux-mêmes besoin de formation et de conseils, de verbaliser leurs expériences, d'échanger** avec des confrères pour pouvoir agir, évoluer et supporter les souffrances qui leur sont adressées.

Tous ceux qui apprennent (qui se forment), qui demandent de l'aide ou un conseil ont déjà une expérience, une histoire, des représentations du monde, des présupposés sur le savoir à acquérir et une image d'eux-mêmes (toujours complexe, avec des aspects positifs et négatifs). Tout apport nouveau, tout effort de transmission ou de transformation, comme d'ailleurs toute nouvelle expérience, seront donc reçus comme des compléments, des ajouts, des enrichissements de ces systèmes de représentations.

Tout apprentissage réussi est donc un remaniement, plus ou moins important, de structures cognitives et affectives déjà formées. Or l'expérience accumulée façonne les attentes, elle fonctionne comme un filtre qui sélectionne ou déforme la nouveauté pour l'intégrer à ce qui est déjà là. Les apports ou expériences nouvelles sont ainsi raccordés à l'expérience antérieure pour tenter de former un tout cohérent. **Pour être bien dans sa pratique, ne pas être victime de son implication ni en manquer, il importe de comprendre l'origine et les caractéristiques des incompréhensions, des résistances ou des rationalisations, des refus ou des évitements, et d'en permettre l'expression pour en accompagner l'évolution.**

En ce qui concerne la maladie, les soins, la médecine, la vieillesse, la mort, la souffrance, il est clair que les représentations, voire les fantasmes, sont fortement chargés d'affects et d'inquiétude, parfois d'angoisse. **Les mécanismes de défense peuvent être très puissants.** N'oublions pas qu'ils sont indispensables à la vie, mais qu'ils peuvent devenir oppressants, sources de mal être ou de dysfonctionnements. Il ne s'agit donc ni de les brutaliser, ni de les ignorer, mais d'en favoriser la reconnaissance pour contribuer à les assouplir, à les rendre moins pesants. Il s'agit de permettre à chacun d'utiliser la situation de **formation comme un moyen d'accroître ses compétences et de mettre en œuvre le plus librement possible toutes les ressources de sa personnalité.**

Ce travail pour soi, **cette écoute soignante portée à soi-même, développe la confiance en soi et renforce l'implication en mettant aux travail les repères psychoaffectifs et relationnels** : La conscience et l'image de soi ; l'identité personnelle et professionnelle. La manière dont nous entrons en relation avec les autres et la manière dont nous communiquons. Les gratifications recherchées, les peurs, les angoisses. Nos mobiles, nos désirs, nos pulsions, nos inhibitions. Ce qui détermine ou sous-tend nos émotions, nos sentiments, nos humeurs et se répercute sur nos comportements.

Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les professionnels des soins palliatifs. La fréquentation de la maladie grave, de la souffrance et de la mort suppose des systèmes de défense efficaces et souples que la formation peut contribuer à enrichir et nuancer (aussi bien sur le plan intellectuel que psychologique ou organisationnel). Un repérage adéquat est aussi un moyen de se protéger. Et la formation peut ainsi devenir, elle-même, un lieu de réconfort et d'implication valorisante. (Alain Bercovitz. Psychosociologue consultant au Centre François-Xavier Bagnoud – Paris)

" On ne voit bien qu'avec le coeur ", disait le renard au petit prince, alors ne censurez pas votre sensibilité. Respectez là, écoutez là et soignez là aussi bien que vous le feriez pour d'autres.