

LE VÉCU D'IMPUISSANCE CHEZ LE SOIGNANT : ENTRE PERTES ET ÉLAN RETROUVÉ

Séverine Delieutraz

ERES | « Cliniques »

2012/2 N° 4 | pages 146 à 162

ISSN 2115-8177

ISBN 9782749234342

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-146.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



© Pierre-Georges Despierre

« C'est le renoncement à certains de nos postulats et représentations ainsi que la réflexion menée qui vont nous conduire à pouvoir vivre une vie professionnelle plus sereine et plus centrée sur le patient. »

Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé

*Powerlessness and the caregiver:
from loss to renewed enthusiasm*

Séverine Delieutraz

« Il faut, si l'on veut vivre,
renoncer à avoir une idée nette de quoi que ce soit.
L'humanité est ainsi,
il ne s'agit pas de la changer mais de la connaître. »

G. Flaubert, *Correspondance*.

« La grâce, c'est peut-être de voir
ce qu'il faut choisir et ce à quoi il faut renoncer. »

Jacques de Bourbon Buset, *Tu ne mourras pas*.

Rien de plus universel que la perte, et nous aidons bien souvent les patients dans des deuils divers, qu'ils concernent des pertes réelles ou symboliques. Mais nous sommes nous aussi, soignants, confrontés dans notre cheminement professionnel à des pertes : perte de notre idéal soignant, que l'on va devoir réajuster à la réalité ; perte de nombreuses représentations

Séverine
Delieutraz,
infirmière
diplômée d'État,
clinique
psychiatrique
Régina (74).

(de la pathologie mentale, l'idée d'être celui qui aide à « guérir ») ; confrontation du « je soignant » à l'équipe et à la structure de soins, ainsi qu'à une temporalité particulière (perte de l'idée de maîtrise et de solution type). À sa façon et avec l'aide de quelques outils, le soignant va pouvoir se confronter à un travail de deuil, afin de renoncer progressivement à une position de soignant tout-puissant et d'avancer professionnellement.

Quel soignant ne s'est jamais senti frustré lors d'une prise en charge ? N'a jamais ressenti ce sentiment difficile de ne pas avancer avec un patient ?

La frustration et l'impuissance qui accompagnent ces situations peuvent être déroutantes et venir parasiter notre soin à la personne. Elles viennent heurter notre volonté de bien faire notre travail. Dans ma pratique, au sein d'une unité accueillant des jeunes en souffrance psychique allant de 12 à 18 ans, j'ai pu être confrontée à cette impression d'impasse, notamment avec de jeunes patients présentant des symptômes d'allure psychotique, et dont la prise en charge est plus longue qu'habituellement dans notre service. Ce type d'accompagnement peut alors engendrer chez les soignants ce ressenti d'insolubilité, d'incapacité à soigner tel qu'on l'entend. Or, notre volonté de bien faire notre métier ne peut-elle pas parfois, et ce de façon paradoxale, être notre pire ennemie ?

LE FANTASME SOIGNANT

Au commencement était le soignant...

Soigner, soulager la souffrance, amener une évolution positive pour le patient : telles sont les missions de l'infirmier lorsqu'il s'engage dans cette voie professionnelle.

Qu'est-ce qui nous pousse à devenir soignant ? L'histoire de notre profession nous renvoie à une certaine vision de celle-ci étant donné que les premières infirmières étaient des religieuses, avec la connotation corrélative de dévouement à

l'autre et de sacrifice de soi. Il n'en est bien sûr plus ainsi dorénavant mais nous sommes néanmoins porteurs de cette histoire. En témoignent les motivations avancées par les futurs ES1¹ : ce sont « des arguments fondés sur l'altruisme, [comme] l'aide aux autres, des valeurs humanistes, l'humanitaire. [Ensuite, est évoquée] la dimension relationnelle, au travers de la relation soignant-soigné et du travail en équipe. Enfin, le modèle familial, lorsqu'on fait partie d'une famille de soignants par exemple, ou l'expérience de la mort ou de la maladie, pour soi ou un autre² », sont des éléments moteurs également. Il ne s'agit pas ici de juger de ces motivations mais d'être conscient de celles-ci afin de mieux se connaître et d'éviter certains écueils.

Les soignants, en lien avec leur histoire personnelle, peuvent par exemple être dans un certain fantasme de réparation : réparation de soi à travers les autres ou réparation d'un autre appartenant à leur histoire propre à travers le patient, tout cela pouvant donc parfois être accompagné de failles narcissiques et de culpabilité sous-jacente. Il est donc nécessaire de ne pas écarter d'emblée cette possibilité et d'être au fait de ce qui se trame derrière nos motivations, pour ne pas être débordés par certaines situations, notamment celles où nous ne pouvons pas « réparer » et ainsi ne pas coller à la pathologie du patient.

Cet aspect quasi messianique de notre métier est également renforcé par les réactions des personnes extérieures à notre profession, qui nous mettent à part, de façon plutôt gratifiante, en soulignant la difficulté et le dévouement à l'autre dans notre pratique professionnelle. L'aspect mission sacrée du métier s'en trouve ainsi renforcé, d'autant plus en psychiatrie, source de tabous et de fantasmes en tout genre dans l'imaginaire collectif.

Quels sont les risques encourus lorsque nous restons dans de telles dispositions ? Il est évident que malgré toute notre bonne volonté, nous n'allons pas « guérir » tous les patients ni résoudre les mille et une situations de conflit ou d'angoisse rencontrées dans une journée de travail. Nous sommes

1. Élèves en soin infirmier.

2. F. Douguet, « Les valeurs humanistes sont les équivalents laïcisés de la vocation religieuse », Letudiant.fr (dossier « Je veux aider les autres », G. Dauvergne).

forcément confrontés à des situations problématiques, certaines plus que d'autres, qui ne peuvent trouver de solution dans l'immédiat. Si, consciemment ou non, nous sommes dans cette position de sauveur, la toute-puissance sous-jacente peut nous exposer à tout un cortège de contre-attitudes, nuisibles au patient comme à nous-mêmes, et à la perte de quelques illusions en cours de route.

L'illusion de la maîtrise

Dans le « je veux soigner », nous sommes dans la position, rassurante, de celui en capacité d'agir, contrairement à l'image représentée du patient en perte de maîtrise, en position passive. L'imaginaire collectif est en effet imprégné de l'image du patient allongé dans un lit, les soignants se mobilisant autour de celui-ci. De plus, des patients nous disent qu'ils vont mieux grâce à nous. D'autres, lorsqu'ils souffrent et sont en attente de « solution magique », peuvent nous renvoyer notre incapacité à les aider, à les soulager, dans l'instant en tout cas, ce qui corrobore, sur le moment, l'idée que le soignant aurait le pouvoir de maîtriser le cheminement du patient : l'illusion d'avoir les tenants et les aboutissants du parcours de la personne, qu'ils soient *a priori* ou *a posteriori*.

Représentations du soin : le fantasme de guérison, la quête de sens

La psyché humaine étant complexe et difficilement définissable, s'ensuivent diverses théories du soin concernant le fonctionnement de notre esprit et ses dysfonctionnements.

Lorsque les modules de psychiatrie sont présentés en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), ils viennent s'intercaler entre des modules de pathologies somatiques sur le mode : symptômes, diagnostics, examens, traitements, soins. La tentation est alors grande d'aborder le trouble psychique de la même manière, et pour des raisons pragmatiques, les cours énoncent souvent une liste de symptômes, des diagnostics différentiels, un traitement médicamenteux et des attitudes

infirmières correspondantes qu'il convient d'avoir. Les classifications médicales internationales tendent également à mettre dans des cases, la case diagnostic en l'occurrence, et ainsi à séparer le normal du pathologique par un certain nombre de signes cliniques répertoriés. Une telle approche tend à nier toute interprétation du symptôme : c'est le diagnostic final qui prévaut. L'entrée dans la vie professionnelle en psychiatrie peut alors nous laisser insatisfaits ou étonnés face aux pathologies rencontrées. En effet, ce qui peut être rassurant à court terme se heurte à la complexité, de fait, de la vie psychique du patient. Or, si je ne donne pas sens à ce qui se joue pour le patient et au soin mis en place, ce qui peut être le cas lorsque certaines connaissances en psychiatrie et en psychologie manquent, si je ne satisfais pas au besoin humain de comprendre, le risque est d'être pris dans des représentations, voire dans le vécu, du patient.

DE LA CONFRONTATION À UNE RÉALITÉ DU SOIN

Certaines situations cliniques viennent, au cours de notre pratique, interroger douloureusement nos velléités soignantes. Ces prises en charge poussent à la réflexion dans la mesure où elles font se heurter notre volonté de soigner à une impossibilité d'aller plus loin dans le soin tel qu'on l'entend. On ne peut pas apaiser sur le moment. On ne peut maîtriser le parcours de soin du patient en totalité. Les jalons sont posés bien entendu, les projets de soin pensés et réajustés en fonction du patient et de son évolution, mais tout se passe comme si on avait en tête, malgré tout, le but d'apaiser et d'autonomiser le patient dans un délai limité, en l'occurrence le temps d'hospitalisation. Or, lorsque cela n'est pas possible, on a l'impression que la prise en charge a échoué, voire que *nous* avons échoué, ou pire que le patient n'y met pas du sien. Nous sommes donc là face à une limite posée à notre intervention, un frein à notre « pouvoir » soignant, dans toutes les acceptions du terme, et une invitation à reconsidérer, peut-être avec un peu plus d'humilité, notre rôle et nous s'interroger.

Spécificités de la psychose et répercussions sur le soignant

Aux bouleversements physiologiques et psychologiques de l'adolescence s'ajoutent de terribles angoisses de morcellement, la sensation d'être comme dans une autre réalité, etc., et une angoisse psychotique prégnante. Les adolescents peuvent alors nous faire vivre leur propre sentiment d'impuissance, en lien avec une perte de maîtrise de leur vie, une perte de leurs repères, et si nous n'y prenons garde et restons dans notre dynamique d'intentionnalité soignante, nous sommes là dans une situation de collage. La prise de distance et la réflexion dans ces situations permettent de lâcher certains types d'idéaux soignants fixés par avance, comme la solution magique, pouvoir toujours bien faire tout le temps, etc., et évitent d'être dans une immédiateté de soins. Ainsi, le jeune A., 17 ans, entré pour une décompensation d'allure psychotique, est resté quelques mois dans notre service. Souffrant d'hallucinations, il nous décrit, non sans difficultés, au cours d'entretiens infirmiers, son vécu d'étrangeté, tente de mettre des mots sur ses angoisses de morcellement, sur sa plongée dans une néoréalité et sa perte de contact avec le monde réel. Il parle de son sentiment d'être perdu, comme entre deux mondes, de son émoussement affectif : « Je ne suis même plus capable de savoir aimer [...] le seul moment où je ressens des choses, c'est quand je pleure... » Il s'étonne ensuite que je n'aie pas de solution à lui proposer, et il rajoute, déçu et angoissé, qu'il pensait que venir me parler changerait quelque chose. Ce jeune patient débordé par son mal-être et en recherche d'un apaisement immédiat projette ainsi sur moi ses angoisses et renforce la pensée illusoire de pouvoir et de devoir le soulager dans l'instant.

De plus, à la notion de psychose, est associé un certain fatalisme. Tout se passe comme si lorsque ce diagnostic est posé, tout était joué d'avance. Ainsi, D. Leguay évoque la mauvaise image de la schizophrénie chez les psychiatres et E. Zarifian temporeise la notion de diagnostic d'un individu en tant que « schizophrène ». En effet, il pense que ce terme représente finalement plus

un objet théorique qu'une réalité clinique. Il explicite : « Ce mot est incapable de nous aider à prédire une gravité, une évolution, une réponse au traitement, un avenir. Il est utilisé indifféremment pour désigner un jeune adulte délirant et un malheureux "chronique" après trente ans d'institution. Le mot schizophrénie permet de satisfaire au PMSI³ mais pas de distinguer deux schizophrènes entre eux si on les compare à l'échelle du temps. » Enfin, il cite H. Ey qui disait : « Il faut être le dernier à faire le diagnostic de schizophrénie, tant l'étiquette est indélébile et conditionne l'attitude des soignants⁴. »

Ce diagnostic n'est que rarement posé comme tel dans le service où je travaille, mais les paroles d'E. Zarifian sont éclairantes même si, dans les faits, le diagnostic n'a pas été posé face à un jeune délirant ou en proie à de grandes angoisses de morcellement. En effet, il s'agit là encore de nos angoisses et représentations concernant la psychose. Face à ce genre de symptômes, l'étiquette de psychotique, voire de schizophrène, peut venir effleurer notre esprit et avec elle son cortège de fantasmes et de représentations inconscientes. Pour les étudiants en IFSI, le premier contact avec la psychose se passe généralement dans des centres hospitaliers spécialisés où les personnes rencontrées sont en décompensation aiguë ou sont hospitalisées depuis vingt ou trente ans. Cette première expérience a donc, à mon sens, sa part dans l'édification des fantasmes entourant la psychose, qui devient alors une maladie au long cours au dénouement tragique inéluctable, vers une institutionnalisation à long terme ou une vie faite d'hospitalisations répétées. Cela peut alors conduire, si l'on s'en tient à cette psychose fantasmée, à un vécu douloureux du soignant lors de la prise en charge et au danger de réduire le patient à sa pathologie. Dans une moindre mesure, ces représentations, mises en conscience ou non, peuvent nous amener à ressentir une certaine impuissance.

Un constat douloureux : « Je ne peux pas tout maîtriser »

Nous travaillons avec le patient pour contribuer à son mieux-être mais nous ne pouvons faire les choses à sa place, ni

3. PMSI :
Programme de
médicalisation
des systèmes
d'information.

4. E. Zarifian,
« Les schizo-
phrénies
existent-elles ? »,
Santé mentale,
n° 53, 2000, p. 12.

soulager la souffrance de façon immédiate, comme nous le souhaiterions. Le risque vient alors de la souffrance du soignant qui, s'il ne se penche pas de plus près sur ses ressentis, peut s'embourber dans une culpabilité en lien avec cette toute-puissance du « j'aurais pu, j'aurais dû » ; dans un fatalisme désabusé qui fait dire « de toute façon, il est psychotique, on ne peut pas y faire grand-chose » ; et dans tous les cas, dans des attitudes soignantes (une attitude en miroir par exemple) qui ne seront pas bénéfiques au patient.

Notre bonne volonté et nos idéaux soignants ne sont bien entendu pas à rejeter de façon extrême, mais leur confrontation à une réalité du quotidien implique nécessairement des pertes, de certaines représentations, fantasmes ou illusions. Ces pertes peuvent être accompagnées d'un vécu dépressif avec un sentiment de culpabilité, de la tristesse, pendant un moment en tout cas, ou de colère. Certaines réunions institutionnelles le montrent bien : « Mais on en est où avec lui ? (sous-entendu : on ne va nulle part) Que peut-on faire pour lui ? Quelle est la bonne recette ? »

Se pencher, s'interroger sur les situations nous mettant dans ce type de vécus peuvent permettre de mettre en évidence et de dénouer certains mécanismes. Nous allons ainsi pouvoir identifier quelques phases aisément reconnaissables, que sont le déni, la colère, le marchandage, la dépression, pour arriver à l'acceptation⁵ (renoncement actif à l'objet perdu et élan retrouvé). Renoncer à une idée, préconçue ou non, n'est jamais aisé, et la confrontation à la pratique peut nous faire passer par ces différentes étapes.

LE TRAVAIL DE RENONCEMENT

Un travail d'équipe : un construit collectif, le renoncement au « je tout-puissant »

Bien que nous soyons souvent en relation duelle avec les patients, à travers les entretiens infirmiers notamment, nous

5. www.erkfoundation.org/five-stages-of-grief/, citant E. Kübler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1969.

sommes avant tout une équipe de soignants, même durant les temps individuels.

L'infirmier fait généralement partie d'une équipe, surtout s'il travaille en institution. Notre équipe se compose de plusieurs infirmiers mais aussi d'autres corps de métier : médecins, psychologues, psychomotriciens, aides-soignants, éducateurs, etc.

Il va sans dire que l'équipe est une entité à part entière qui se constitue petit à petit dans un processus toujours dynamique et visant à un certain équilibre (stabilité de ses membres, repères institutionnels fixes...). Elle se nourrit des interactions, conscientes ou non, entre ces différents professionnels et les patients accueillis.

Il est donc important de se resituer en tant qu'infirmier parmi d'autres infirmiers et parmi d'autres corps de métier. Ainsi, qu'un patient m'investisse, de façon négative ou positive, il m'investit moi soignante parmi d'autres soignants. Cela permet de remettre les choses en perspective et de sortir de l'aspect sacré, fantasmé, de notre fonction.

De plus, dans un service tel que celui de pédopsychiatrie, la variété des supports identificatoires va être étayante pour les patients, et c'est sous cet angle qu'il faut à mon sens se considérer.

Prise de distance et humilité

Prendre de la distance, renoncer au fantasme de l'immédiateté ou de la « solution magique », c'est aussi se dégager d'un collage avec le patient qui, en pédopsychiatrie, est souvent dans ce type de demande, et c'est prendre pleinement la mesure de ce qu'est être soignant. C'est s'extraire des projections dont on peut être l'objet, comme le jeune qui nous reproche de ne pas trouver de solution, ou celui qui nous flatte en disant que grâce à nous tout va mieux, et ainsi pouvoir remettre le patient, dans la mesure du possible, en position d'acteur, au centre de sa prise en charge.

Sortir des enjeux narcissiques

Notre fonction de support identificatoire et le mécanisme de projection vont contribuer à ce que certains jeunes nous mettent dans la position de bon ou de mauvais objet. Sans

prise de recul, nous pouvons vite nous trouver dans l'incompréhension, voire le clivage. Les éléments narcissiques de chacun peuvent vite nous emmener dans des réflexions et des problématiques parasites qui ne vont aider ni le patient ni l'équipe.

Au contraire, lorsque cela est mis en exergue et surtout pensé à la lumière de l'histoire et de la problématique du patient, on se sort de ces mouvements internes. De manière générale, les échanges en équipe lors des réunions institutionnelles peuvent aider à la constitution d'une zone tierce, d'un espace de réflexion et d'élaboration, qui vient se glisser entre les vécus bruts et peut ainsi permettre de s'en détacher. Cela nous remet également à notre place d'un parmi d'autres, et permet la diffraction dans l'équipe des vécus renvoyés par les patients : je ne suis pas tout pour l'autre, nous sommes une équipe, et renoncer à cet aspect de toute-puissance m'évite culpabilité ou satisfactions infondées. Le soignant sera alors plus attentif, plus disponible avec le patient. Il sera plus rassurant, mieux à même de contribuer à l'élaboration d'un espace transitionnel (Winnicott, 2002), d'écoute, de rencontre et d'échanges.

La réparation de soi ou de l'autre : l'impossible quête

Il est nécessaire de ne pas écarter d'emblée cette possibilité et d'être au fait de ce qui se trame derrière nos motivations pour ne pas être débordés par certaines situations, notamment celles où on ne peut pas réparer. Il n'en est bien sûr pas ainsi pour tous les soignants, mais parmi les multiples professionnels croisés au cours des stages, de nombreux exemples m'amènent à aborder ce thème. Il est bien évident que dans ce contexte, être conscient de ce qui se joue en soi, de ses propres mouvements transférentiels, est important pour faire la part des choses et surtout pour rester concentré sur ce qui vient du patient et ce qui vient de nous. Il s'agit là de renoncer à cette illusion, voire confusion, engendrée par le désir inconscient de la réparation de soi à travers l'autre.

L'illusion de la neutralité soignante : la nécessaire identification au patient

R. Roussillon évoque cette nécessaire et inévitable identification au patient que l'on peut être tenté de nier au début de son exercice professionnel : « On n'a pas le choix, le processus identificatoire a lieu ⁶. » Il explore cette recherche d'équilibre pour ne pas être trop ou trop peu dans cette identification, pouvoir être dans l'empathie et le soin sans se laisser happer par le patient. Il est question de juste mesure et de connaissance de soi : l'identification doit simplement être celle d'une individualité à une autre individualité dans ce qu'elles ont de semblable dans le fond, reconnaissance suffisante pour travailler ensemble et pas envahissante.

Accepter ce qui vient de l'autre

Les patients accueillis peuvent induire chez les soignants des contre-attitudes particulières en lien avec leur pathologie. Pouvoir accepter que ceux-ci vont venir déposer des choses en nous, que nous ne sommes pas imperméables, est essentiel pour pouvoir identifier et amorcer un travail de transformation (travail sur soi...). Dans la psychose par exemple, une grande angoisse, de morcellement notamment, est ressentie par le patient. Elle peut entraîner chez celui-ci inertie, inhibition de la pensée, doute et désespérance, autant d'éléments qui peuvent être déposés chez le soignant. L'accueillir, car le soignant est parfois amené à prêter son appareil psychique au patient, mais aussi pouvoir s'en extirper pour faire circuler de nouveau cette pensée soignante vont être essentiels. De plus, les notions de distance et de limites corporelles chez ces patients étant floues, ceux-ci peuvent parfois provoquer chez le professionnel des mouvements de rejet. Dans ces situations, le soignant cherche bien souvent à se protéger de quelque chose qui vient faire intrusion, à se dégager de quelque chose de douloureux qui ne lui appartient pas, dont il ne sait que faire et qui peut lui faire vivre un sentiment d'impuissance.

6. R. Roussillon, « L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique », dans M. Sassolas (sous la direction de), *Malaise dans la psychiatrie*, Toulouse, érès, 2004, p. 68.

C'est notamment le cas dans le lien à certains patients adolescents que l'on sent « sur le fil », comme dans un entre-deux, sur le point de vaciller, entre normalité et pathologie. Le soignant peut alors se sentir terriblement démuné. Le risque dans ce cas, c'est que le soignant vive cette situation comme un échec, qu'il panique, qu'il réagisse avec violence, qu'il perde ses moyens. La personne en souffrance, à travers ce manque de distance, peut encore provoquer chez le soignant des comportements de maternage, comme la prendre dans les bras, où les liens thérapeutiques, psychiques et physiques, vont ici aussi être mis à mal.

D'autres pathologies, telles que les troubles du comportement alimentaire ou les états-limites vont pouvoir entraîner chez le patient des réactions clivantes, ce qui peut sérieusement secouer les équipes : doute, sentiment de confiance en soi et en l'autre altéré, perte des repères, réactions projectives, d'où l'importance de ne pas être uniquement dans des relations duelles avec ces patients et de faire intervenir des tiers, ce qui permet une diffraction du transfert.

Pour mettre au travail ces mouvements transférentiels et contre-transférentiels induits par la pathologie du patient, il faut pouvoir se saisir de divers outils et leviers. Tout d'abord, pouvoir se référer à un cadre médical commun, qui est le même pour tous les intervenants, facilite le travail à plusieurs et concourt à diminuer le facteur risque dont font partie les contre-attitudes, les glissements de fonction. De la même façon, le travail en équipe, à travers l'animation d'activités thérapeutiques à plusieurs soignants et les réunions institutionnelles, va permettre un remaniement de ces mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Les supervisions, quant à elles, permettent un travail institutionnel, un retour sur la pratique en équipe, mais enrichi par un regard extérieur. Ensuite, les formations, outre l'apport théorique qu'elles proposent, permettent un partage d'expérience et une diversité de regards qui autorisent une meilleure appréhension de sa pratique, ainsi qu'un meilleur échange entre professionnels

d'horizons différents. Enfin, un travail psychothérapeutique individuel peut nous confronter à nos limites personnelles et nous recentrer sur ce qui peut se jouer dans la relation avec certains patients.

Renoncement au fantasme de l'immédiateté

La difficulté réside dans la nécessité de laisser du temps au temps. Pris dans une temporalité particulière, celle d'un service d'hospitalisation de courte durée et avec des adolescents pour lesquels deux semaines apparaissent comme une éternité, on peut se sentir démuné de n'avoir pu soigner dans le temps imparti. Qu'est-ce qui se joue dans ce passage du temps ? Notre condition humaine nous renvoie tout d'abord automatiquement à notre propre finitude et à l'angoisse générée par celle-ci. De plus, cela est renforcé de nos jours par une société où tout doit aller vite, une société du résultat. Mais la maladie psychique ne se vit pas sur ce même plan temporel, en particulier lorsque des éléments psychotiques sont présents. Le temps nous presse donc, de par notre fantasme d'obtenir des résultats, de soigner vite et bien. Il est également renforcé par le fait que ce sont des adolescents dont nous nous occupons. En effet, ceux-ci sont souvent dans une demande de solution instantanée, que nous nous attachons à différer à travers l'étayage de l'équipe et les médiations, couplé à l'environnement familial, qui peut lui aussi pousser à cette urgence du soin, voire le dénier. L'ambiance du service peut ainsi parfois être empreinte de cette immédiateté. À nous de renoncer à cette urgence, de renoncer à la trace subsistante que constitue dans notre esprit notre volonté de « guérir » d'un coup de baguette magique, et d'ainsi éviter l'écueil d'être en miroir avec les désirs du patient et de sa famille.

CONCLUSION

DE LA PERTE AU RENONCEMENT : LE DEUIL DU « SOIGNANT IMAGINAIRE » POUR ACCOMPAGNER AVEC PLUS DE SÉRÉNITÉ ?

Nous avons pu balayer, de façon bien évidemment non exhaustive, quelques-uns des écueils rencontrés dans notre vie soignante, et constater combien beaucoup de nos postulats de départ viennent à être ébranlés et repensés lors de nos expériences professionnelles. La réflexion survient souvent à un moment douloureux ou tout du moins lors de situations nous amenant à nous interroger, et c'est ce travail de réflexion qui va conduire à un certain renoncement, pour pouvoir ainsi aller de l'avant.

Il peut parfois être difficile de se défaire de son cortège de fantasmes et d'illusions lorsque ceux-ci nous ont accompagnés au début de notre parcours professionnel. Il me vient la comparaison avec le sage qui, fort de ses certitudes, n'a de cesse de s'en défaire ou de les réinterroger pour pouvoir philosopher, le philosophe sûr et certain ne pouvant plus prétendre l'être. Ce cheminement, parfois douloureux car il s'agit d'accepter de lâcher prise, se révèle bien souvent une étape incontournable pour retrouver élan, motivation, confiance en soi. En effet, c'est notre humilité nouvellement acquise qui nous permettra de replacer le patient au centre de sa propre prise en charge, d'avoir confiance en ses potentialités présentes et futures, mais aussi de ne pas être un soignant blasé, pris dans l'impuissance ou la toute-puissance selon les situations.

Ce sont la perte de certains de nos postulats et représentations, et la réflexion menée qui vont nous conduire à un processus de renoncement actif et au recentrage de notre soin pour pouvoir vivre notre vie professionnelle plus sereinement et de manière plus centrée sur le patient. Nous avons, pour nous aider dans ce travail de deuil, les apports de l'équipe mais aussi les formations, l'analyse de la pratique ou encore les lectures personnelles.

En effet, notre envie de bien faire tout le temps est louable, mais elle est dans un premier temps sans limite. C'est alors la pratique qui vient nous confronter aux réalités du soin et ainsi faire obstacle à certains idéaux. Pouvoir les dépasser passe nécessairement par un certain renoncement à vouloir tout maîtriser, qui ouvre de nouvelles perspectives, indispensables pour entretenir ou retrouver nos élans et nos motivations soignantes. Ce retour sur soi, lorsque l'on travaille avec des personnes en souffrance dans le milieu de la pédopsychiatrie, est nécessaire. C'est ainsi, me semble-t-il, que nous pourrions arriver à la phase d'acceptation de notre rôle soignant et de ses limites, mais aussi de nos réelles potentialités.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, A. 1995. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- AUBERT, L. ; FALCON, N. ; ENYOUMA, M. 2007. *Nouveaux cahiers de l'infirmière*, Paris, Sciences humaines.
- BION, W. 2003. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- BOUBLIL, B. ; MANGENOT, B. 2004. « Le contre-transfert de l'équipe soignante infirmière en pédopsychiatrie dans l'hospitalisation temps plein est-il un instrument thérapeutique ? », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier.
- BOURBON BUSSET, J. de. 1978. *Tu ne mourras pas*, Paris, Gallimard.
- DOUGUET, F. « Les valeurs humanistes sont les équivalents laïcisés de la vocation religieuse », Letudiant.fr (dossier « Je veux aider les autres », G. Dauvergne).
- FLAUBERT, G. 1998. *Correspondance*, Paris, Gallimard.
- FREUD, S. 1999. « Psychonévroses de défense », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF.
- FUSTIER, P. 2010. *Le travail d'équipe en institution*, Paris, Dunod.
- JUNG, C.G. 2000. *Psychologie du transfert*, Paris, Albin Michel.
- KÜBLER-ROSS, E. 1969. *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides.
- LEGUAY, D. 2000. « Réhabilitation psychosociale : pour de nouveaux objectifs », *Santé mentale*, 53, p. 26.
- ROUSSILLON, R. 2004 « L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique », dans M. Sassolas (sous la direction de), *Malaise dans la psychiatrie*, Toulouse, érès.
- WINNICOTT, D. W. 2002. *Jeu et réalité*, Paris, Folio Essais.
- ZARIFIAN, E. 2000. « Les schizophrénies existent-elles ? », *Santé mentale*, 53, p. 12.

Résumé

Au cours de leur parcours professionnel, les soignants peuvent parfois éprouver un vécu d'impasse lors de certaines prises en charge. Comment ce vécu peut-il être pensé et ainsi dépassé ? Au cours de la réflexion, il apparaîtra que, bien souvent, le soignant devra lui-même entrer dans un processus de renoncement pour mieux « prendre soin » et vivre sa profession de manière plus apaisée.

Mots-clés

Impuissance, toute-puissance, représentations, deuil, idéal soignant, contre-transfert.

Abstract

In the course of their professional career, caregivers can sometimes reach an impasse with certain patients. How can this experience be addressed and overcome? Following a careful examination of the issue, it appears that in many cases, the caregivers themselves must 'give up', in order to provide better care and be able to carry out their work with greater composure.

Keywords

Powerlessness, omnipotence, preconceptions, grief, mourning, ideal care, counter-transference.