

LES EMOTIONS DANS LA RELATION

Journée régionale éducation thérapeutique : La relation au cœur de l'éducation

12 novembre 2009

Amandine Potier, psychologue clinicienne

« Cette nuit, lorsque le Monsieur du 13 est décédé, j'ai craqué. Je me suis mise à pleurer avec la famille. Je n'aurais pas dû. Je m'en veux de ne pas avoir été professionnelle ».

« Lorsque je rentre dans sa chambre, ça m'énerve... Il pose toujours les mêmes questions et il ne veut pas entendre les réponses ».

« Je ne me sens pas très bien. Il est mort juste après l'injection de morphine. Je sais que ce n'est pas ça qui l'a tué. Mais quand même... Ça fait un drôle d'effet. C'est moi qui lui ai administré le produit ».

« Quand je rentre chez moi j'y repense. Je n'arrive pas à couper du boulot. J'aimerais être comme mes collègues, capable d'être forte. Je ne suis pas à la hauteur, je suis trop sensible ».

« Je me demande si je suis normale. Toute l'équipe était très affectée lorsque la dame du 11 est morte. Moi ça ne m'a rien fait... en tout cas pas comme à mes collègues. C'est horrible de dire ça. Je me sens en décalage et je n'ai rien pu dire aux autres ».

Ces paroles, qui font probablement écho à vos pratiques, sont des paroles de soignants. Paroles délivrées, déliées, déchargées ça et là en pointillés, souvent à l'occasion d'une rencontre plus ou moins fortuite dans le couloir. Le couloir, cet entre-deux du soin et de la parole, parole libre, plus libre en tout cas car désengorgée du poids de l'institution. Le couloir... véritable espace transitionnel entre soi et la relation à l'autre.

Alors nous voilà, par l'intermédiaire de ces paroles, au cœur de notre sujet. Sujet sensible, délicat, épineux parfois que celui des émotions. Car comme chacun sait, un soignant, un bon soignant est une personne qui ne souffre pas (pas en apparence), qui n'éprouve rien (il se doit d'être neutre). Tout au plus peut-il s'autoriser à rendre cette neutralité bienveillante, si toutefois on peut être à la fois neutre et bienveillant. Vous avouerez qu'il s'agit là d'un véritable tour de force et qu'il faut une solide capacité de clivage car si je suis bienveillant, quelque part je ne suis plus neutre. Et puis un soignant, qu'est-ce qu'il lui faut encore pour être un bon soignant ? Il lui faut savoir se situer à « bonne distance ». Ni trop proche, ni trop loin, mais l'histoire ne dit pas où exactement...

Alors, vous voyez bien que mon propos est volontairement caricatural quoique... Je lisais récemment dans un article consacré aux infirmiers : « Du fait de sa profession, le soignant se doit de faire abstraction de ses émotions ». Il serait en quelque sorte cette surface blanche, plane et vierge, dépourvue d'humanité, sur laquelle la personne soignée viendrait projeter ses éclats teintés de tristesse, de colère, de joie.

Et le soignant dans tout ça ? Ou plutôt devrais-je dire la personne soignante. Car avant d'être un statut, le soignant est une personne, à part entière, empreinte d'émotions. N'ayons pas peur des mots. Oui la personne soignante éprouve des émotions, intenses parfois, et c'est normal. C'est humain. Et c'est un titre tout à fait bien choisi que m'ont demandé d'illustrer

aujourd'hui les organisateurs de cette journée. En effet, il ne peut y avoir d'émotions que dans la relation. L'émotion se construit à partir de la relation à l'autre, qu'elle soit réelle, imaginaire ou fantasmée.

Alors, à quoi ça sert une émotion ? Est-ce que ça a une fonction, autre en tout cas que celle de venir nous enquiquiner en plein boulot ? L'émotion, frein ou tremplin à la relation ?

L'émotion, c'est d'abord une expérience affective violente, intense mais passagère déclenchée par une perception inhabituelle ou une représentation qui vient faire effraction. C'est une brèche dans l'espace-temps de la Raison. A un moment donné, il y a cassure dans le cours de la pensée. L'émotion, c'est un accident brutal qui émaille la vie affective. Et cette expérience émotionnelle, elle est bien évidemment subjective, fonction de notre histoire, de nos représentations, de notre éducation, de notre environnement, etc. C'est pour cela que dans les paroles que je vous citais au départ, cette soignante n'a pas ressenti le deuil de la malade de la même façon que ses collègues. Il ne peut pas y avoir d'émotions socialement valorisantes (même si c'est ce qu'on tente de nous faire croire) puisqu'il s'agit d'un ressenti extrêmement subjectif. Ne pas manifester de signes de tristesse à un enterrement ne signifie pas qu'on n'éprouve rien. Ne pas dire que ça ne va pas ne signifie pas que ça va bien. Et là je pense en particulier aux patients qui ne posent jamais de « problèmes » dans les services. Ceux pour qui tout va toujours et qui nous inquiètent peut-être moins que les autres alors que bien souvent, ce sont ceux là qui vont le plus mal. Une émotion c'est donc personnel, ça nous appartient et ça se manifeste (ou pas) de façon tout à fait originale puisque subjective.

Qu'est ce que vient nous dire l'émotion ? L'émotion nous convoque à l'endroit de nos limites. C'est le « symptôme » de la relation à l'autre. « Symptôme » au sens étymologique, c'est-à-dire au sens de la rencontre. L'émotion va permettre que la rencontre adienne dans la relation à l'autre. Elle donne l'alerte. L'émotion, c'est du préventif. Elle vient nous dire que quelque chose a changé, en nous, en l'autre, et qu'il va falloir composer avec cette situation nouvelle. « Emotion » signifie littéralement « mouvement vers l'extérieur ». Elle métabolise ce qui se passe à l'intérieur pour l'expulser hors de soi. Elle nous informe sur ce que l'on est en train de vivre. L'émotion n'est pas causée par la situation mais plutôt par l'évaluation, là encore subjective, que nous en faisons.

On voit là à quel point l'émotion peut se révéler utile et en même temps effrayante parce qu'elle nous renvoie face à nous-même. Or, dans la relation de soin, on se trouve face à l'autre et nos émotions peuvent être vécues comme des parasites qui viennent faire obstruction au bon déroulement (comprendre « sans incidence »... pour soi en tout cas) de la prise en charge. L'émotion, ça trahit. Ça nous trahit. Ça fait perdre la maîtrise, ou en tout cas l'illusion de maîtrise.

Alors oui, une émotion, ça affecte, ça perturbe, ça réveille, ça questionne. Le tout est d'accepter de se laisser questionner.

Mais alors, pourquoi, nous soignants, posons comme préalable de devoir mettre de la distance ? Distance avec l'autre. Distance avec nos émotions, donc avec nous-mêmes. Car, comme chacun sait, la distance, ça éloigne. Or le soin, lui, rapproche.

On entend souvent que le soignant doit se préserver pour ne pas devenir en quelque sorte, une victime de la relation à l'autre. Mais peut-on réellement se préserver de nos émotions ? N'avons-nous pas, plutôt, à prendre appui sur elles pour enfin pouvoir prendre soin sans se

Diapo 4

détruire ? Ce n'est pas l'émotion qui fait souffrir, c'est le clivage que l'on tente d'opérer lorsqu'on la nie, lorsque l'on ne lui reconnaît pas de place. Ce qui fait souffrir, c'est de se dire qu'on ne devrait rien éprouver. Parce que ressentir quelque chose, ça met à mal notre idéal de soignant, ce soignant solide, « blindé », capable de faire face quelques soient les circonstances. J'entends souvent les soignants, notamment les aides-soignantes, me dire leur colère face à certaines collègues qui leur demandent de prendre moins de temps auprès d'un patient. « Pendant que tu bavardais avec Monsieur X., j'ai eu le temps de faire trois désinf'. Y'a du boulot, on n'est pas là pour papoter ». Alors c'est vrai, il y a du boulot. Mais prendre le temps de dire à un patient : « Je vois bien que ça ne va pas aujourd'hui. Je vous sens triste. Qu'est-ce qui se passe ? », là, on est déjà dans le soin. Un soin à part entière. Ca n'est pas du bavardage inutile et ça ne prend pas plus de temps. On entend toute la frustration de celle qui s'inquiète que le travail soit fait et bien fait, ce qui est légitime. Mais on entend aussi toutes les résistances qu'il peut y avoir à se confronter à l'autre, parce que « j'ai peur que la détresse de l'autre ne me plonge moi dans la détresse. L'autre souffre, mais moi je ne veux pas souffrir, ça fait trop mal, alors je m'accroche à ce que je sais faire et qui n'aura pas d'impact douloureux sur moi : bien souvent la technique. Et comme ma collègue, elle, semble pouvoir accueillir la souffrance de l'autre sans s'y laisser embarquer, et bien ça me met à mal, parce que moi je ne m'en sens pas capable. Alors je me culpabilise. Mais là aussi, cette culpabilité est insupportable alors je la projette pour la sortir de moi, pour qu'elle ne m'appartienne plus cette culpabilité. Et je la projette sur celle qui me rappelle malgré elle que je ne me sens pas à la hauteur, c'est-à-dire ma collègue ». Tout ça n'est pas conscient bien sûr. Des deux finalement qui souffre le plus ? Celle qui s'est laissée toucher par l'émotion du malade ou celle qui refuse de s'y heurter ? On voit bien que c'est complexe tout ça et encore une fois, que ce n'est pas l'émotion en elle-même qui fait souffrir.

Alors, pourquoi l'une parvient à supporter et à soutenir l'émotion qui émerge et l'autre pas ? Pourquoi l'une s'y engouffre alors que l'autre l'évite ? Non pas que l'une soit plus qualifiée ou plus compétente que l'autre en la matière. La première a tout simplement identifié ce qui, dans la détresse du patient, faisait écho en elle. Elle a pu s'en départir. Et c'est justement parce que cette détresse ne lui appartient pas qu'elle a pu l'accueillir.

Diapo 5

Une patiente, consciente de l'état de gravité de sa maladie et de la fin toute proche m'a confié un jour : « Ma famille, les médecins, tous ici me regardent comme une morte. Je lis la mort sur leurs yeux, je vois des cadavres. Ils ont la trouille, ils ne me regardent pas. Mais la trouille, c'est moi qui l'ai. C'est moi qui vais mourir ! » Tout au long de notre vie, notre inconscient emmagasine des impressions, des sensations, des émotions agréables ou désagréables qu'il va cristalliser et qui entreront en résonance (voire en collision) avec les situations que nous rencontrons au quotidien (les neuropsychologues parlent « d'empreinte émotionnelle »). C'est parce que la peur de mourir de cette femme trouvait écho dans le psychisme de ces soignants qu'ils n'ont pu agir autrement qu'en évitant son regard. C'est parce que la tristesse de Monsieur X entrainait en résonance avec le vécu de cette aide-soignante qu'elle n'a pu se détacher du geste technique pour entrer en relation avec le malade. Dans ces deux exemples, il y a confusion de rôles qui amène le soignant à redouter pour lui, ce qui arrive à l'autre. C'est ce qu'on appelle l'identification. La prise de distance est alors une solution d'évitement trouvée pour se protéger d'une relation qui fait peur ; et qui fait peur soit parce qu'on redoute l'état de l'autre pour soi-même, soit parce que l'on se sent mal à l'aise dans la relation sans pour autant pouvoir nommer ce malaise. On fuit alors ce qui fait peur.

On a vu comment l'émotion pouvait être contournée, notamment à travers l'évitement et le refuge derrière la technique. Voyons maintenant ce qui se passe lorsque l'émotion est

surinvestie par le soignant. On se situe toujours dans la confusion des rôles mais au lieu d'éviter la confrontation, cette fois, on va venir réparer, à travers l'autre, ce qui a fait défaut dans notre parcours à nous. C'est un soignant qui n'arrive pas à « lâcher », qui se sent investi d'une mission qui va bien au-delà du rôle qui est le sien. Arrivant difficilement à fixer des limites, il reste régulièrement après les autres pour achever une tâche qui n'aura jamais de fin. C'est ce soignant, qui, contraint par son idéal de « bon soignant », s'oblige à faire pour les malades ce qu'il n'a jamais pu faire pour ses proches ou pour lui-même. C'est celui qui s'astreint à satisfaire tous les désirs de « ses » patients jusqu'à épuisement, et ce bien au-delà du cadre posé par l'institution. Alors, ce que je décris là peut effectivement concerner une personne ou deux dans l'équipe. Le plus souvent, c'est ponctuel et on l'a tous fait à un moment donné ou à un autre pour un patient, pour une histoire particulière qui nous a plus touchée qu'une autre. On s'est laissé submerger, envahir par un trop plein d'émotions et on s'aperçoit alors qu'on a été bien au-delà du cadre auquel on se serait tenu pour un autre patient.

Or, on voit bien que ce n'est ni en souffrant à la place de l'autre, ni en se culpabilisant de ne pas se sentir à la hauteur qu'on va être en mesure d'accompagner le mieux possible les patients.

Comment alors ne plus courir le risque de se perdre dans la relation à l'autre ?

Partons d'un préalable, à mon sens nécessaire : lorsque l'émotion advient, plutôt que de s'en défendre, essayons de composer avec elle. Non pas parce c'est mieux pour le patient mais d'abord parce que c'est ce qu'il y a de plus confortable, pour nous, soignants. C'est beaucoup plus économique car nettement moins coûteux en énergie. Si l'on ne s'en défend pas, plus besoin de déployer des montagnes de créativité pour lutter contre elle, ni même d'user et d'abuser de stratagèmes inconscients et inefficaces puisque le malaise est encore plus prégnant. Je vous demande donc de me suivre un instant sur cette voie là, beaucoup plus simple que les autres solutions déjà abordées, et ce en dépit des apparences. « Faire avec ». Faire avec l'émotion, c'est déjà être en capacité de ne pas ajouter un refus à l'émotion de départ. C'est ne pas commencer par dire « je ne devrais pas ressentir ce que je ressens ». C'est apprendre à accueillir la vérité de ce que l'on vit, de ce que l'on ressent pour se révéler en capacité d'accueillir l'autre dans ce qu'il est et dans ce qu'il ressent. C'est apprendre à ne pas se mentir à soi-même, à ne pas nier ce qui se passe à l'intérieur de nous, et à laisser un espace, une place à nos émotions. Pouvoir être aidant pour l'autre, c'est donc d'abord être à l'écoute de soi. Nos émotions nous parlent. A partir de là, l'émotion n'est plus une faille, et en particulier une faille de soignant, elle est ce qui va permettre que le lien à l'autre advienne. Au-delà des compétences techniques, je dirais que la principale qualité du soignant, c'est bien celle là, savoir se servir de ses propres émotions pour en restituer quelque chose à l'autre. C'est cela qui prioritairement va induire l'alliance thérapeutique. Car ce ne sont pas nos émotions qui nous épuisent, mais les stratagèmes inconscients que l'on met en place pour les éviter. Ce ne sont pas nos émotions qui nous enchaînent, mais les résistances profondes qui nous poussent à instituer des mécanismes de défense qui au fur et à mesure du temps vont venir s'enkyster pour repousser l'émotion.

Alors, j'imagine l'espace d'un instant ce que vous pourriez me dire. « Vous nous dites qu'il faut composer avec l'émotion et en même temps vous nous parlez de surinvestissement des émotions qui seraient néfastes pour le soignant ». Ce que je propose, c'est de travailler avec ses émotions en commençant par apprendre à les identifier. Qu'est-ce qui relève de mes émotions à moi et qu'est-ce qui relève de celles du patient ? Qu'est-ce qui, dans mon histoire,

fait écho à ce qu'il me dit ? Il ne s'agit pas simplement d'accepter de laisser venir l'émotion. Il faut en faire quelque chose. Il faut d'abord lui offrir un espace, la reconnaître, puis la digérer, la métaboliser pour éviter de sombrer dans la confusion de rôles ou l'identification dont je parlais tout à l'heure. Et c'est cela qui peut-être, va vous prendre le plus d'énergie. Le soignant qui va surinvestir l'émotion ne l'aura pas métabolisée, il ne l'aura pas travaillée. C'est de l'émotion à fleur de peau, de l'émotion « brute », sans transformation. Tout notre travail doit consister à opérer un « raffinage » de l'émotion si je puis dire.

Ce qui est difficile là-dedans, c'est ce qui se joue en amont, c'est-à-dire tout ce travail de métabolisation, de raffinage. C'est un véritable travail sur soi. Il faudrait pouvoir se poser la question à chaque fois (du moins au départ) : Pourquoi l'autre réagit avec cet affect ? A quoi cela me renvoie dans mon histoire ? Quelle est la fonction de ce vécu dans la relation qui va se créer entre cette personne et moi ? Et surtout, en quoi est-ce utile à l'autre que je vive cela ?

Je vous donne un exemple. Il y a quelques temps, je rentre dans une chambre pour rencontrer un patient que je n'ai vu jusqu'alors qu'une seule fois. Il est en isolement dans le secteur de greffe de moelle. Je rentre dans sa chambre donc et avant que j'aie dit quoi que ce soit, il m'interpelle : « Ah ben quand même, c'est pas trop tôt, ça fait un moment que j'attends ! ». Le ton est légèrement agressif. Etant en retard sur l'heure prévue, je me dis chouette, il est impatient de me voir. C'est plutôt un bon point. Narcissiquement, ça fait toujours plaisir. Je me dis donc que la première séance avec lui a opéré quelque chose. Je lui signifie alors que j'ai bien senti l'impatience dans le ton de sa voix et je lui demande ce qui motive cette impatience. Il me répond : « Ben oui, ça fait depuis ce matin que j'attends et vous n'avez toujours pas fait la chambre ! C'est plus la peine maintenant, c'est trop tard ! ». A ce moment là, je laisse Narcisse tranquille, un peu déçue quand même. Ça n'était pas moi qu'il attendait, mais les collègues. En deça de l'agressivité avec laquelle il exprime sa réprobation, je sens énormément d'anxiété dans le ton de sa voix et je lui en fais part. Et là il m'explique qu'il a la trouille de rester tout seul dans cette chambre en asepsie, qu'il arrive à supporter parce que les heures de passage de l'équipe sont habituellement régulières, qu'il a horreur du silence, et qu'il profite des moments de la toilette ou du ménage pour rompre l'isolement et le silence. Seulement ce jour là, l'angoisse est trop forte et les deux heures de retard signe son abandon. Dans cette situation, si j'avais réagi en disant par exemple : « écoutez Monsieur, y'a pas que vous dans le service, et puis en plus moi je suis psychologue, adressez vous à quelqu'un d'autre », cette personne n'aurait pas eu l'espace suffisant pour dire toute son angoisse et notamment son angoisse d'abandon. Il se serait probablement braqué, l'agressivité serait montée d'un cran ou alors il se serait tu par peur des « représailles ». Et surtout, l'angoisse aurait été décuplée puisque pas entendue et moi je serais repartie avec le sentiment d'avoir été attaquée dans ma fonction, dans mes compétences, voire même dans ma personne. C'est toute la question du transfert et du contre-transfert. Ce n'est pas « un truc de psy » le transfert. A partir du moment où il y a empreinte affective de moi sur l'autre, il y a transfert.

Mais pour reprendre la question que cet exemple devait illustrer : en quoi est-ce utile à l'autre que je vive cela, eh bien, ici, j'ai servi de dévidoir de l'angoisse contenue pendant cette attente. L'abandon imaginaire dont le patient s'est senti victime, il me le fait revivre : « c'est plus la peine, c'est trop tard ! ».

Vous voyez en quoi c'est important d'essayer de comprendre la fonction, le sens de ce que l'autre me fait vivre. En général, les patients ne s'acharnent pas contre nous. Lorsqu'ils sont agressifs ou en colère, c'est parce qu'ils vont mal et ils envoient un signal de détresse. Derrière la colère, il y a souvent la peur de quelque chose. Et tout le travail va consister à

essayer, non pas de trouver une solution à cette peur – bien souvent il n’y en a pas – mais plutôt à accepter de l’entendre. Attention, l’entendre, ça ne veut pas dire répondre « oui, oui, j’entends bien, mais y’a pas de raison d’avoir peur, vous savez c’est pas grand-chose, c’est vraiment rien. C’est ridicule d’avoir peur ». Bon je caricature mais ce que je veux dire par là, c’est qu’il ne suffit pas de dire qu’on a entendu pour que cela soit le cas. Il faut être sincère, authentique. Si vous dites « j’entends bien » et que tout de suite derrière vous dédramatisez, vous n’aurez pas entendu ce que le patient avait à vous dire. Les patients ne demandent pas que vous trouviez une solution. Ils savent que vous n’avez pas de baguettes magiques. Ils attendent d’être accueillis dans ce qu’ils sont, dans ce qu’ils vivent. Accueillis et entendus. C’est tout. Ça ne va pas plus loin. C’est nous qui nous sentons obligés de faire quelque chose, de dire quelque chose, d’agir... parce que c’est ce qu’on sait faire de mieux, c’est le « best-seller » des mécanismes de défense des soignants. Mais ça n’est pas ce que nous demandent les patients. C’est nous que l’on rassure, pas eux. Je parlais de confusion de rôles tout à l’heure, là il y a confusion de besoins. Et l’outil le plus efficace pour reconnaître l’autre dans ce qu’il vit, c’est la reformulation. Même si ça vous paraît parfois redondant, même si vous avez l’impression que c’est artificiel. C’est l’outil qui permet à l’autre d’intégrer que vous l’avez compris. Et puis l’expression d’un ressenti, ça n’appelle pas forcément de réponse. Quand c’est grave, quand ça fait mal, il n’y a pas forcément quelque chose à dire ou à faire. Etre là, tout simplement. C’est parfois suffisant.

Vous savez, c’est l’histoire du petit prince qui demande au renard ce qui signifie « apprivoiser ». Et le renard lui répond : « C’est une chose trop oubliée. Ça signifie créer des liens ». Un patient ne peut nous faire confiance que s’il on a pris le temps de l’apprivoiser. Et apprivoiser, c’est d’abord reconnaître à l’autre l’authenticité de ce qu’il vit. Peu importe que ça soit subjectif. Vous avez tous expérimenté ça, notamment avec l’entourage des patients. Un patient vous raconte son histoire et le lendemain, vous avez la famille qui arrive et qui vous raconte la même histoire. Sauf que vous, vous avez l’impression que ce sont deux histoires différentes car les versions ne sont pas du tout les mêmes. Et dans l’histoire, personne ne ment. Chacun a simplement été sensible à un aspect particulier de cette histoire. On en a tous fait l’expérience. Les réunions de famille par exemple, où on se raconte un vieux souvenir. Et bizarrement, le souvenir en question n’est pas le même pour tous. C’est ça la résonance. Personne n’a tort. Chacun a simplement extrait ce qui, pour lui, a été important. C’est le principe de la Chimère, vous savez cet animal mythologique. Les pattes sont d’un lion, le corps d’un taureau, les ailes d’un aigle. Tout est vrai dans la Chimère et pourtant l’animal n’existe pas. La vérité, elle est forcément subjective. En tant que soignant, la question n’est donc pas de savoir si un patient dit vrai ou pas, mais c’est de poser comme principe que ce qu’il raconte, ce qu’il vit, est vrai. Dans sa réalité à lui. A partir de là on est contenant. A partir de là on est soignant. Et à partir de là on peut commencer à travailler.

Quand on se casse une jambe, on la répare. Les émotions c’est la même chose, elles opèrent des micro-fractures sur notre psychisme. Il faut donc les soigner si on ne veut pas être complètement cassé de l’intérieur. Et pour les réparer ces micro-fractures, on n’a pas d’autre choix que de se pencher sur nos émotions, de les observer avec notre IRM psychique et de les métaboliser pour en sortir quelque chose. C’est ça le meilleur remède contre le burn-out, ou le syndrome d’épuisement professionnel. Ça n’est pas la question des conditions de travail ou des dysfonctionnements de l’institution, même si ce sont des questions importantes. Je ne dis pas qu’il ne faut pas aussi s’y pencher, je dis que la clé, c’est d’abord nous.

A mon avis d’ailleurs, un excellent outil pour éviter aux émotions de nous envahir et de se laisser complètement absorbés par elles quitte à altérer notre jugement, c’est la réunion

Diapo 9

d'équipe pluridisciplinaire. Parce qu'elle permet à chacun de faire le point sur une situation et de voir comment les autres réagissent. On voit bien dans une équipe que chacun va être sensible à un aspect particulier de cette boule à facettes que constitue la prise en charge. C'est ça aussi qui permet de prendre de la distance pour avoir une vue d'ensemble.

Dans un autre registre, j'aimerais dire un mot aussi sur les groupes de parole. On voit bien dans les équipes qu'il y a des moments où c'est difficile. Soit parce qu'une situation monopolise l'énergie de façon consensuelle, soit parce qu'il y a plusieurs situations lourdes à gérer en même temps et ça déstabilise. Et on n'a pas de temps pour se poser et en discuter parce que tout va trop vite et que la charge de travail est conséquente. En revanche, dans l'après-coup, on devrait pouvoir prendre un temps pour décharger tout ce qui a été difficile. On a parfois des demandes pour animer des groupes de parole, des demandes individuelles ou collectives. Et lorsqu'on propose ce temps, personne ne vient. Là aussi ça pose question. Ça veut bien dire que, quelque part, c'est difficile pour nous soignants d'admettre qu'on a pu être ébranlé par ce qu'on vit. C'est comme si l'émotion était hors-soin. On a du mal à instituer et à reconnaître l'émotion comme partie intégrante du soin parce que, là encore, ça met à mal l'idéal du soignant. Je tenais à vous soumettre cette réflexion là parce qu'à mon sens, elle illustre bien toute la problématique de la place, plutôt menue, accordée à une dimension pourtant centrale du soin.

Un mot aussi sur la place du psychologue. L'émotion, les émotions, ça n'appartient pas au psychologue. C'est l'affaire de tous. Bien souvent, on va chercher le psychologue quand on se trouve démuni, quand on ne sait plus quoi faire, souvent parce que l'émotion déborde. Elle déborde le patient, mais elle déborde le soignant aussi. Le psychologue est souvent convoqué à l'endroit de l'impuissance générée par une situation. Il y a quelques jours encore, j'entends un médecin dire à un malade : « je vois que vous n'avez pas le moral, je vais vous « **envoyer** » la psychologue ». J'ai alors accusé réception en notifiant toutefois que le destinataire de cette missive aurait été plus justement le médecin que le patient. Dire à un patient : « Je vois bien que ça ne va pas aujourd'hui. Vous voulez bien m'expliquer ce qui se passe ? », aurait sûrement été plus judicieux que d'envoyer le psychologue en mission. Moi, remonter le moral, je ne sais pas faire. Je n'ai pas non plus de mots magiques, je n'ai pas de phrases toutes faites qui apaiseraient la souffrance de l'autre. Mes outils de psychologue ne sont pas ceux là.

Diapo 10

Autre exemple rapportée par une collègue : un décès survient dans un service et la famille doit arriver d'une minute à l'autre. L'infirmière en charge du patient appelle la psychologue pour aller les accueillir, ce qu'elle fait bien volontiers. A un moment donné, la famille a besoin de réponses : a-t-il souffert ? Comment ça s'est passé ? La psychologue s'adresse alors à l'infirmière, lui demandant de rejoindre la famille dans la chambre pour en restituer quelque chose. Débordée par le nombre de décès successifs dans le service et par l'émotion que cette famille suscite en elle, elle appréhende à l'idée de rentrer dans la chambre. Qu'est-ce que je vais leur dire ? Comment je vais faire ? Ma collègue lui fait remarquer que ce n'est pas tant ce qu'elle va dire qui importe mais plutôt ce qu'ils ont à demander. Et que c'est important que ce soit elle parce qu'elle était là au moment du décès. A partir de là, l'infirmière prend conscience qu'effectivement, il s'agit bien de sa place à elle et non de celle de la psychologue. M'expliquant tout cela, ma collègue ajoute – ce en quoi je la rejoins totalement - : « On n'est rien sans les équipes. Notre travail n'a de sens que dans la mesure où chacun trouve sa place, en regard de celle de l'autre. Moi sans elle (en parlant de l'infirmière), je n'étais rien. Cette famille avait besoin d'elle, à ce moment là, et pas de moi ». Souvent, le psychologue joue ce rôle d'interface entre le patient et les soignants mais il ne peut pas se substituer au rôle de

chacun. Or, parfois, c'est un peu ce qu'on nous demande. On ne peut pas éteindre les incendies émotionnels. Et pourtant, on est parfois sollicité pour prendre une place qui ne nous appartient pas. Il ne s'agit pas pour autant de se défilier. Dans les cas de figure dont je parlais, le travail du psychologue se situe plus alors du côté du soignant que du côté du patient. Réfléchir ensemble, voir ensemble comment on peut procéder dans une situation délicate. Cela fait d'ailleurs complètement partie des missions du psychologue hospitalier. Un travail de lien, parfois indirect. L'air de rien. Un travail qui ne se limite pas aux entretiens proposés au patient ou à l'entourage. Tout ce travail de l'ombre, invisible, en souterrain, justement pour préparer le terrain.

Et puis le psychologue est humain, il a aussi des failles. Il passe aussi à côté de certaines choses. Il ne voit pas tout, et heureusement ! C'est pour ça que le travail en équipe est essentiel. Parce que chacun apporte sa pierre à l'édifice. Et je pense que c'est en travaillant comme cela que l'on va pouvoir progresser. Je reprends mon Petit prince là où je l'ai laissé parce que je trouve qu'il s'adapte tout à fait aux réflexions qu'on partage aujourd'hui : « Voici mon secret. Il est très simple: on ne voit bien qu'avec le coeur. L'essentiel est invisible pour les yeux ». Alors sans trahir le secret professionnel, je pense qu'on peut se permettre de diffuser largement ce secret là.

Et je terminerai en disant qu'être touché sans être atteint, c'est peut-être ça la « bonne distance ».

La bonne distance serait alors ce qui reste lorsqu'on accepte de tenir sans étouffer et de se séparer sans abandonner.

Bibliographie

Livres

- Cyrulnik B., *Entre résilience et résonance*, Ed. Fabert, Paris 2009
Daydé M.C. & al., *Relation d'aide en soins infirmiers*, Ed Masson, Paris, 2008
Estryn-Béart M., *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Ed. PUF, Paris, 1999
Feldman Desrousseaux E., *Prendre soin de l'autre souffrant*, Ed. Seli Arslan, Paris, 2007
Lelord F. & al., *La force des émotions*, Ed. Odile Jacob, Paris 2003
Manoukian A., *La relation soignant-soigné*, Ed. Lamarre, Paris, 2008
Van Meerbeeck P., *L'inentendu, ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, Ed. De Boeck, Paris, 2009

Articles Revues

- Berthoz S., « Les émotions au cœur du cerveau », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009
Mikolajczak M., « Mieux vivre avec ses émotions », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009
Mondillon L., « Les dérèglements des émotions », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009
Niedenthal P., « Du visage à l'expérience subjective », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009
Serratrice G., « Emotion et émotions », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009
Soussignan R., « Un monde d'émotions », *Cerveau et Psycho*, n°35, sept/oct 2009

Communications

- Gineste Y., « I have a dream », *Congrès d'ergothérapie et de médecine physique de la Grande Motte*, 1998
Oury J., « Transfert et éthique », *Psychothérapie institutionnelle, 22^{ème} Rencontres de Saint-Alban*, 2007

Articles Internet

- Perronnet R., « Réponses aidantes ou maladresses nuisibles ? », www.evolute.fr
Perronnet R., « Comment gérer ses émotions dans la relation d'aide ? », www.evolute.fr
Perronnet R., « Pourquoi prendre soin des soignants ? », www.evolute.fr
Perronnet R., « Aider ? Avec quelle ressource ? », www.evolute.fr
Soum-Pouyalet F., « Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés », www.ssd.u-bordeaux2.fr