

Faculté de médecine -D2
Module optionnel : éducation thérapeutique

Jeudi 26 janvier 2012

Amandine Potier

Psychologue clinicienne

Psychiatrie de l'adulte – Pasteur 2

Paroles de soignants :

« 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 ».

« Les gens sont très contents du service... enfin, ils ne disent rien donc c'est qu'ils sont contents. La douleur, elle n'est que physique... et encore... mais pas morale, je peux vous le certifier ».

« Lorsqu'il a fallu lui annoncer son cancer, j'ai flanché. Quelque part, je suis responsable. A cause de moi, sa vie va basculer ».

« Cette nuit, j'ai téléphoné à la famille pour annoncer le décès. J'ai dit « elle est morte » et je n'ai rien pu dire d'autre. C'était comme si je ne pouvais plus parler ».

« Je suis rentré dans sa chambre et je lui ai dit qu'on ne pouvait plus le soigner. Tu te rends compte, il va mourir des traitements qu'on lui a donné et pas de sa maladie ».

« Elle s'est mise à pleurer. Je ne savais plus quoi faire, alors je lui ai dit que ce n'était pas grave, que ça allait s'arranger. Mais c'est très grave et ça ne s'arrangera pas ».

- Def. Du bon soignant → ne souffre pas (ne doit pas le montrer)
→ n'éprouve rien (doit être neutre)
→ concept psy neutralité bienveillante
→ paradoxe : comment être neutre et bienveillant ?
→ doit se situer « à bonne distance »

→ Qu'est-ce que la bonne distance ?

D'où image d'un soignant déshumanisé, dépourvu d'humanité.

Sorte de « surface blanche (blouse) sur laquelle patient pourrait projeter éclats teintés de tristesse, colère, joie, sans réactions en retour.

Article IDE : « Du fait de sa profession, le soignant se doit de faire abstraction de ses émotions ».

Avant d'être soignant, on est d'abord humain. On éprouve des émotions, parfois intenses.

Emotions → que dans la relation, qu'à travers la relation à l'autre (réelle, imaginaire ou fantasmée).

Fonctions de l'émotion → à quoi ça sert ?

Exp. Affective passagère déclenchée par perception inhabituelle ou représentation qui vient faire effraction.

Cassure dans le cours de la pensée.

Bèche dans l'espace-temps de la Raison.

Accident qui émaille la vie affective.

Exp. Subjective (histoire perso, représentations, etc.).

NB : ne pas dire que ça ne va pas ne signifie pas que ça va bien. Attention à patients qui « ne posent jamais de pbs ».

NB : le visage est la partie du corps qui exprime le mieux l'affect. C'est aussi celle qui peut mentir le plus (ex : sourire chez qqun de déprimé. Attention à congruence/discordance).

Qu'est-ce que vient dire l'émotion ?

→ convoque à l'endroit de nos limites.

→ symptôme de la relation à l'autre (étym. : rencontre).

→ va permettre que la rencontre advienne dans la relation à l'autre.

→ donne l'alerte, c'est du préventif.

→ métabolise (opération de raffinage) ce qui se passe à l'intérieur pour l'expulser hors de soi.

→ émotion non pas causée par la situation mais par évaluation qu'on en fait.

→ émotion nous renvoie face à nous-mêmes ; or relation de soin → face à l'autre.

→ émotion trahit, fait perdre l'illusion de maîtrise. Parasite qui vient empêcher le « bon déroulement » de la prise en charge.

Emotions → frein ou tremplin de la relation à l'autre ?

→ faire tomber un cliché : ce n'est pas l'émotion qui fait souffrir, c'est le clivage que l'on opère lorsqu'on la nie, lorsqu'on ne lui reconnaît pas de place.

→ ce qui fait souffrir, c'est de se dire qu'on ne devrait rien éprouver.

→ éprouver, ressentir qqch met à mal idéal du soignant solide, « blindé », capable de faire face.

→ se blinder : système défensif → « j'ai peur que la détresse de l'autre me plonge moi dans la détresse ». Système de résonance.

Comment faire pour supporter et soutenir la détresse ?

- d'abord identifier ce qui, dans la détresse du patient, fait écho en moi.
 - différencier ce qui relève de moi et ce qui relève du patient (travail de séparation, de différenciation ≠ identification et confusion de rôles).
 - on ne peut réellement accueillir que ce qui ne nous appartient pas.
 - Distance = solution trouvée pour se protéger (évitement, fuite) → fait souffrir soignant +++
 - Surinvestissement de l'émotion = réparation, à travers l'autre, de ce qui fait défaut dans notre parcours à nous.
-

Comment ne plus risquer de se perdre dans la relation à l'autre ?

- lorsqu'il y a émotion, ne pas s'en défendre mais composer avec elle.
 - └ mieux pour patient mais surtout moins coûteux en énergie pour médecin.
 - └ ce qui épuise, ce n'est pas émotion mais stratagèmes inconscients qu'on met en place pour s'en défendre.
-

1 – Ne pas se dire : « je ne devrais pas ressentir ce que je ressens ».

- ne pas se mentir à soi-même.
 - être aidant, c'est d'abord être à l'écoute de soi.
 - nos émotions nous parlent → donc émotion n'est plus une faille.
-

2 – Apprendre à se servir de nos propres émotions pour en restituer quelque chose à l'autre

- ***alliance thérapeutique.***
 - « je vous sens triste aujourd'hui », « je sens que ça ne va pas », « j'ai l'impression que... », « il me semble que... ».
 - En quoi est-ce utile à l'autre que je vive cela ?
 - Agressivité souvent sous-tendue par la peur.
-

3 – Le patient n'attend pas de vous que vous trouviez des solutions (autres que médicales).

- il sait que vous n'avez pas de baguette magique.
- il attend d'être accueilli et entendu, de façon authentique, dans ce qu'il vit.
- il ne suffit pas de dire « je comprends bien », il faut réellement tenter de comprendre.
- ne pas tenter de trouver des réponses ou d'agir à tout prix → ça ne sert qu'à se rassurer soi.

4 – Sentiment d'impuissance → reformulation

5 – Poser comme principe que ce que ressent, vit ou raconte le patient est vrai.

→ dans sa réalité à lui.

→ pas de recherche de vérité vraie et absolue.

« Quand on se casse une jambe, on la répare. Pour ça, on met un plâtre. 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 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 médicament contre le burn-out. ».

→ L'émotion ne doit plus être hors soin.

→ L'émotion n'appartient pas au psychologue de l'équipe : « je vais vous envoyer la psychologue ». Le psy n'est pas là pour éteindre les incendies émotionnels.

→ Def. Bonne distance : être touché sans être atteint. Accepter de tenir sans étouffer et de se séparer sans abandonner.