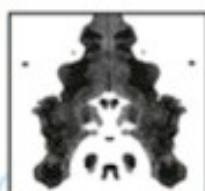
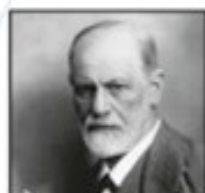
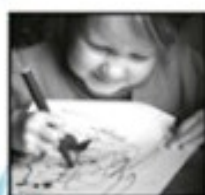


Séverine Rézette

Psychologie clinique en soins infirmiers



**Exemples
cliniques
Fiches**



MASSON

Psychologie clinique en soins infirmiers

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

Psychiatrie et conte thérapeutique. Les contes au cœur de la thérapie infirmière, par S. LANGENFELD SERRANELLI. 2007, 198 pages.

Ateliers en psychiatrie. Activités à médiations thérapeutiques, par I. AUBARD, A.-M. LEYRELOUP et E. DIGONNET. 2007, 160 pages.

Dictionnaire infirmier de psychiatrie, par S. IVANOV-MAZZUCCONI, E. DIGONNET et A.-M. LEYRELOUP, sous la direction de M.-J. COTTEREAU. 2005, 232 pages.

L'infirmier(e) en psychiatrie, par L. MORASZ, A. PERRIN-NIQUET, J.-P. VÉROT, C. BARBOT. 2004, 336 pages.

Pratique de l'entretien infirmier, par A.-M. LEYRELOUP et E. DIGONNET. 2000, 168 pages.

Mieux se connaître pour mieux soigner. Une approche du développement personnel en soins infirmiers, par D. RISPAIL. 2002, 160 pages.

Guide des pratiques psycho-corporelles. Relaxation, hypnose, art-thérapie, massages, yoga..., par I. CÉLESTIN-LHOPITEAU et P. THIBAUT-WANQUET. 2006, 272 pages.

Psychiatrie I. Syndromes et maladies, par Q. DEBRAY. 2007, 200 pages.

Psychiatrie II. Prise en charge et diagnostics infirmiers, par M.-J. COTTEREAU. 2003, 168 pages.

Psychologie clinique en soins infirmiers

Séverine RÉZETTE



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie :

20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illécite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2008 Elsevier Masson S.A.S. – Tous droits réservés.

ISBN: 978-2-294-70192-4

Remerciements

Je remercie tous ceux grâce auxquels cet ouvrage a pu voir le jour et qui m'ont aidée, soutenue tout au long de sa confection :

Avertissement

Les exemples cliniques de ce livre ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des soignants et celle des patients concernés. Cela garantit la sincérité des témoignages pour donner naissance à une réflexion fondée sur des faits réels.

C'est pourquoi, également, l'identité des infirmiers et de toutes les personnes qui ont eu à cœur de participer à ce travail ne pourra être divulguée dans cet ouvrage.

[illegible]

De fait, c'est le désir du soignant qui lui permettra de mettre en place, au maximum de ce qu'il est possible de faire dans la réalité, la relation de soin la plus satisfaisante. Mais, comme on le verra par la suite, le soignant aura à faire face à ses propres blessures et émotions dans le contexte de soins, ce qui lui permettra d'avancer lui aussi humainement, d'apprendre des choses sur lui tout au long de son parcours en même temps qu'il acceptera d'apprendre des personnes qu'il soignera.

En effet, il est important, dans un contexte de soins, de faire attention à la personne en tant que sujet, c'est-à-dire en tant qu'être capable de choix, de décisions la concernant, afin d'en discuter avec elle et de confronter les positions pour en retenir la meilleure stratégie de soin pour la personne considérée, sujet unique dans la subjectivité qu'elle s'est construite. En outre, octroyer d'emblée une position active au patient – au lieu de le réduire à une passivité où il doit subir ce qu'on met en place pour lui – lui évitera d'avoir inconsciemment recours à des mécanismes de défense (ce qui sera l'objet de la dernière partie de l'ouvrage) susceptibles de compliquer sa prise en charge.

Par conséquent, rendre le patient sujet actif de ce qui se passe pour lui dans sa prise en charge passe, par exemple, à travers le fait de lui expliquer les examens qu'il va devoir subir (pourquoi, comment), lui demander s'il a des questions, y répondre. Écouter ses réticences, ses angoisses constituent une position nécessaire, voire indispensable, pour l'accompagner dans des situations dont il n'a de toute évidence pas l'habitude, puisque chaque problème de santé est toujours une découverte inédite pour le patient, alors que le soignant, par sa formation et son métier, est censé être préparé à se confronter à la maladie des personnes qui lui sont confiées.

La capacité de « relation » : un processus psychique complexe

► Définition du terme

Le terme de « relation » signifie étymologiquement le fait de *relater*, de *rappor-ter en détails par la parole*¹. Puis, de là, c'est le lien créé par cette parole entre les personnes qui est mis en valeur dans la langue.

On emploie le mot de manière banale comme s'il recouvrait une évidence. Or, la capacité relationnelle chez l'être humain résulte d'une construction psychique complexe, elle est différente en fonction de chacun, de l'histoire personnelle, du lien que l'on a pu construire avec le monde externe et que l'on entretient avec son monde interne, psychique.

► La « relation d'objet » en psychanalyse

La psychanalyse, à travers l'expression de « relation d'objet », va décrire comment l'être peut entrer en *relation*. Selon les théories, nombreuses et différentes, sur la « relation d'objet », le terme « relation » subit des modifications dans sa définition. Voici un bref aperçu de l'évolution de ce terme en fonction de son intérêt pour la compréhension des enjeux du lien entre l'infirmier et son patient.

Freud² développe une théorie de l'investissement d'objet. Le terme « objet » est à prendre au sens psychanalytique et n'est pas péjoratif : il laisse toute sa qualité de sujet à la personne qui se trouve concernée par cet investissement, d'où le terme « objet » (voir *Fiche 9*, page 154).

Dans la théorie de Melanie Klein³, le bébé est d'emblée en relation avec sa mère, dès qu'il naît. Au début, il la clive (la sépare) en plusieurs fragments, en objets partiels, avec lesquels il entretient un lien (le sein lors de la tétée, par exemple) mais sans pouvoir concilier ces objets et percevoir la mère comme un objet cohérent, total, indivisible. Puis, il va peu à peu percevoir que sa mère est une seule et même personne. Là, il entre donc en relation avec elle, au prix de diverses souffrances et, notamment au prix d'une « position dépressive » dont le déroulement influencera sa vie future⁴. En effet, s'il dépasse la position

1. Le Petit Robert, Paris, juin 2000.

2. Sigmund Freud (1856-1939) est un médecin autrichien, précurseur de la psychanalyse.

3. Mélanie Klein (1882-1960) est une psychanalyste britannique, post-freudienne, d'origine autrichienne.

4. Mélanie Klein, *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Payot, chapitre XVI sur la *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*, 1934.

dépressive, la relation s'installe, se développe et l'être pourra nouer d'autres relations avec d'autres individus. Si cette position est insurmontable pour le bébé, il risque de régresser à une position antérieure, schizo-paranoïde, avec le risque de devenir psychotique, et de ne pas pouvoir accéder à l'interrelationnel, à l'intersubjectivité. Il aura accès à un mode de communication avec autrui, mais pas à une « relation », c'est-à-dire à un lien où deux sujets identiques, égaux, capables de réciprocité et d'identifications se rencontrent.

Selon une autre praticienne, Margaret Mahler⁵, psychanalyste américaine qui s'est intéressée dans les années 1970 aux théories sur « les concepts de symbiose et de séparation-individuation »⁶, le nourrisson ne voit pas sa mère comme différenciée de lui au début de sa vie. Elle et lui ne font qu'un, c'est la phase symbiotique, fusionnelle. Puis, il va prendre conscience que sa mère et lui ne font pas un, un être fusionnel, comme il le croyait à sa naissance mais qu'ils constituent deux êtres distincts, individuels, avec chacun leur réaction et leur pensée, non contrôlables par l'autre. C'est la période de différenciation.

Cette période de différenciation va entraîner le bébé dans des phases difficiles à vivre ainsi que l'avait déjà théorisé Mélanie Klein. S'il dépasse ces phases et parvient à se construire, à ne pas se laisser détruire par les souffrances vécues lorsqu'il s'aperçoit que sa mère est quelqu'un d'autre et ne fait pas partie de lui, il accède à la séparation avec ce premier objet d'amour, perdu à tout jamais tel qu'il a pu compter pour lui. En effet, jamais nous ne revivons une fusion où nous croyons sincèrement que nous ne faisons qu'un avec l'autre. Nous vivons des substitutions de cette croyance à travers un coup de foudre par exemple, ou bien lorsque nous cherchons à retrouver ce lien dans la passion amoureuse, tout cela étant de l'ordre du fantasme. La séparation qui s'ensuit d'avec cet objet permet à l'être de s'individualiser, de devenir une personne autonome, indépendante physiquement et psychologiquement de tout autre être, et augure donc la capacité à entrer en relation puisque désormais l'individu fera la différence entre lui et l'autre.

« Relation », dans ces théories, met l'accent sur le choix qu'une personne va faire de ses objets (voir *Fiche 9*, page 154) de satisfaction mais aussi de l'influence qu'ils vont avoir sur elle.

Le psychanalyste Sigmund Freud a utilisé également le terme de « relation d'objet » pour aborder la notion du deuil⁷ et celle de la mélancolie : pour ne pas perdre l'objet aimé, constitué par une personne investie amoureusement, et continuer à avoir une « relation » avec elle, malgré sa disparition (sa mort ou la rupture d'avec elle), l'être en deuil ou l'être mélancolique l'installe en lui, en fait un objet interne qu'il garde avec lui ; il lui parle, fait comme s'il était toujours là et refuse de s'en séparer. Il vit avec cet objet devenu interne, fusionne avec lui et ne peut s'investir avec d'autres êtres de la réalité. Ce qui est complexe, c'est que le mélancolique ne sait pas vraiment ce qu'il a perdu quand il perd l'objet de son amour : Freud va alors expliquer la genèse de ce qui constitue, pour lui, la relation à l'autre (désigné par l'« objet » en tant que personne choisie, et qui

5. Margaret Mahler (1897-1985), psychanalyste américaine d'origine autrichienne.

6. Margaret Mahler, *Psychose infantile*, Payot, Paris, 1973.

7. Freud, *Métapsychologie*, « Deuil et mélancolie », folio essais.

est passive dans ce choix). Il pense que le mélancolique a eu, plus que les autres, une fixation forte au premier objet d'amour, l'objet primaire, qu'il a perdu et dont il a retrouvé des caractéristiques dans le nouvel objet d'amour. C'est une illusion de « retrouvailles » avec l'objet perdu, puisque l'objet primaire perdu est définitivement perdu pour chacun de nous. Il n'empêche que, pour Freud, nous cherchons dans les relations amoureuses à retrouver l'objet perdu, notamment dans la quête de fusion amoureuse. Pour le mélancolique, il s'agit d'une identification narcissique à l'objet aimé, ce qui fait qu'il ne peut le perdre puisqu'il a investi dans cette personne une partie de son moi (voir *Fiche 5*, page 149). Il ne s'agit pas là d'une vraie relation à un autre différencié : c'est pourquoi, même si la personne disparaît, l'amour demeure de soi à soi en quelque sorte.

Le psychanalyste Jacques Lacan⁸ reprendra ensuite l'étude de la « relation d'objet » : si le premier objet d'amour pour chaque homme est constitué par la mère, réelle ou la personne faisant office de mère, la perte de cet objet est bénéfique, elle est organisatrice puisqu'elle permet à l'individu d'accéder au langage, à la parole, ainsi qu'au fantasme et au désir. La perte de l'objet primaire, la séparation de l'enfant avec sa mère, se fait par le biais d'un tiers vers lequel la mère se rend (le père ou personne faisant office de père), ce qui va frustrer l'enfant, le faire accéder au manque alors que dans la fusion avec la mère, il pouvait avoir l'impression d'être toujours comblé sans avoir rien à demander, dans une auto-satisfaction, une auto-sensualité dont est exclu l'aspect relationnel. Ce manque va développer son fantasme et sa parole : il va devoir demander ce qu'il désire et ce qui lui manque puisque la mère est séparée, différenciée de lui et ne sait donc pas ce qu'il veut. Puisqu'il doit demander, s'adresser à un autre dont il attend une réponse, la situation relationnelle est constituée. Elle est symbolique (elle inclut la parole), et imaginaire (par l'image qu'on se fait de quelqu'un ou de quelque chose mais qui ne correspond pas tout à fait à ce qu'ils sont dans leur réalité).

On voit bien que le terme de « relation » représente un processus psychique, une construction humaine complexe. La relation avec tout autre conçu comme différencié peut également susciter nombre de conflits imaginaires, c'est pourquoi toute relation est difficile, ambiguë, et nécessite que l'on puisse analyser ce qu'elle met en jeu au niveau pulsionnel et affectif chez chacun de nous. Ce sera différent pour chacun, selon son histoire d'avec l'objet primaire, tel qu'elle a été dans la réalité mais aussi dans le fantasme dès la naissance.

► La relation d'aide

Pour en arriver à la capacité de nouer une relation, l'individu a dû, comme il a été dit précédemment, se séparer du premier objet d'amour de la relation primaire, séparation marquée par l'accès à la parole⁹.

8. Jacques Lacan (1901-1981), médecin et psychanalyste français.

9. Jacques Lacan, *Les Ecrits techniques de Freud, 1953-1954*, Points Essais, Éditions du Seuil, 1975, « Relation d'objet et relation intersubjective », chapitre XVII.

Laisser la parole à la personne dont on s'occupe, dans le cadre des soins, est extrêmement important : il est essentiel que l'infirmier garde à l'esprit que cette personne a des choses à dire, à demander, des souhaits et des craintes à formuler nécessaires à prendre en compte dans un processus de soin. L'infirmier a un rôle fondamental dans l'acte d'aider cette personne à conserver son statut de sujet (voir *Fiche 8*, page 153) doué de décision, et de liberté, tandis que la maladie a tendance à le rendre dépendant des soignants, et tout particulièrement des infirmiers et des aides-soignants puisque ce sont eux qui sont le plus souvent en contact avec lui et qui sont chargés d'exécuter les actes médicaux.

Toutefois, la situation de communication, qui permet le lien à l'autre de manière générale, ne se réduit pas à la parole. Le corps « parle » du sujet lui aussi et tient une place importante dans ce cadre de soins. Il demande une attention toute particulière dans le champ médical puisqu'il révèle, comme on le verra¹⁰, quelque chose de l'état affectif et psychique du sujet.

Toute relation étant fondée sur la parole, sur ce qu'un sujet va dire de lui et de ses problèmes, il est important, dans un contexte d'aide et d'écoute professionnelles, de savoir ce qui se joue à l'occasion de cette parole entre le praticien et la personne qui vient le consulter. Il ne s'agit pas d'une situation intersubjective dans ce cas précis.

En effet, l'intersubjectivité se définit, en psychologie, par le « partage des intentions entre deux sujets qui sont capables d'adapter et d'ajuster leur personnalité à la subjectivité des autres, et pour cela nécessite que l'individu ait conscience de son individualité »¹¹.

Il y a relation intersubjective lorsqu'un individu sait qu'il a en face de lui un autre sujet, dans une relation symétrique, c'est-à-dire dans une égalité, une homogénéité au niveau des places et des fonctions de chacun. Les relations intersubjectives qui correspondent à une relation symétrique, sur un plan d'égalité, entre les personnes, sont les relations amicales ou les relations amoureuses par exemple, même si, on l'a vu précédemment, des choses complexes peuvent se jouer dans ces relations. Elles incluent néanmoins, *a priori*, une réciprocité dans les sentiments et les actes, des points mutuels d'identification (voir *Fiche 13*, page 159) qui peuvent se retrouver dans la relation entre soignants et soignés. Néanmoins, dans la mesure où une personne en souffrance demande l'aide d'un professionnel qu'il n'a pas choisi bien souvent, et dont il dépend sans le vouloir de plein gré, on ne peut pas dire que la relation dans le cadre du soin est intersubjective.

En effet, dans une situation de soins entre l'infirmier et son patient, on voit bien qu'il ne peut y avoir de réciprocité : le terme de « relation d'aide », employé pour exprimer ce qui se passe dans cette situation, le révèle bien, l'aide va du soignant vers le soigné. En effet, l'infirmier est le professionnel, le soigné est la personne qui souffre et qui attend de l'aide de ce professionnel. Il n'y a pas

10. Voir Partie 2, *Qu'est-ce que le corps ?*

11. Définition de Colwyn Trevarthen, professeur au département de psychologie d'Edimbourg, *Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique*, article élargi d'une première version parue dans *l'Annual Research Review*, journal of Child Psychiatry and Psychology, C. Trevarthen and K.J. Aitken, 42(1) : 3-48.

d'égalité. Le soigné a besoin des compétences de l'infirmier, il ne s'intéresse pas à lui pour ses qualités humaines au préalable mais pour ses compétences professionnelles. En outre, comme il ne l'a pas choisi le plus souvent, il y a donc un moment d'adaptation nécessaire.

Les conditions de la rencontre empêchent donc l'interrelation puisque le contexte implique que ce sont les connaissances de l'infirmier et son savoir-faire qui vont être utiles au patient, et non que l'infirmier ait des choses intéressantes à raconter, qu'il ait vécu ceci ou cela, qu'il soit sympathique etc. Comme le dit très justement un étudiant infirmier de troisième année : *« C'est pas parce que la personne va nous raconter des choses intimes de sa vie, qu'on va lui raconter la nôtre. Ce ne serait pas professionnel. »*

Il a bien perçu que la relation n'est pas du domaine d'un échange affectif, même s'il y a de l'affect dans ce lien.

En effet, il peut se nouer un lien fort de part et d'autre, tant positif que négatif, mais il conviendra de remettre ce lien dans le contexte du « transfert » (voir *Fiche 10*, page 155) auquel il appartient et de l'analyser comme tel, pour le bien-être du patient mais aussi pour celui du soignant.

Il convient donc de différencier la « relation » en tant que lien entre deux personnes, de la « relation transférentielle », car c'est ce dernier aspect relationnel qui se trouve majoritairement en jeu dans le contexte de soins entre soignants et soignés. Bien entendu, la relation au sens de « lien » est présente aussi, notamment à travers le respect du malade, le respect de son autonomie, le devoir de l'informer correctement sur ce qui le concerne, de le consulter, de chercher avec lui les solutions qui lui conviennent au sein d'une alliance thérapeutique où le dialogue est essentiel. Cela, c'est l'aspect relationnel qui devrait être le plus normal, le plus facile à réaliser même si ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, on apprend certainement aux futurs infirmiers qu'il est important de dire « bonjour » aux personnes avec lesquelles ils s'appretiennent à mettre en place un soin. C'est une bonne entrée en matière pour que la personne à soigner accepte plus aisément ce qui peut parfois être ressenti comme une intrusion du soignant dans une sphère intime. La façon dont le patient répondra à ce « bonjour » ou n'y répondra pas est une très bonne indication clinique sur ce qu'il est en train de vivre et sur la manière dont il conviendra de l'aborder, de lui présenter les choses afin de faciliter la relation de part et d'autre.

En outre, il ne sera pas rare que l'élève infirmier fasse l'expérience de se trouver en porte à faux entre les conseils et les formations reçues, et le vivant. En effet, s'occuper d'une personne vivante, unique, est source constante de surprises : ce n'est pas une situation « confortable » bien entendu, mais le principal est de ne pas se laisser déborder par l'inconnu. L'élève infirmier, comme l'infirmier en poste, apprend à faire avec les émotions du malade, avec ses propres émotions aussi, ainsi qu'avec le fait que les bonnes intentions du soignant ne sont pas toujours accueillies comme il l'espérait.

C'est cet aspect qui fait intervenir le « transfert ». Ce dernier est constamment présent au sein de ce lien entre le soignant et le soigné et peut constituer une entrave dans le cadre de ce lien et de la communication avec le malade si le soignant ne prend pas conscience que c'est de transfert dont il s'agit. Il peut faciliter les choses et constituer une force dans le cas contraire.

On verra plus précisément, dans le chapitre suivant, ce qui peut se jouer dans le transfert, pourquoi il est indispensable de pouvoir le repérer puisqu'il est là de fait et que le soignant n'y échappe pas. Les questions sont les suivantes : à quelle relation l'infirmier a-t-il affaire ? Quels en sont les enjeux et les conséquences ? Comment peut-il l'accueillir ?

Ce n'est pas simple. Tout lien avec un autre différencié met en jeu des réactions pulsionnelles, émotives, affectives chez chacun de nous. Il n'est pas toujours aisé de travailler avec ces sentiments ni même de les repérer. Pourtant, il est essentiel dans un métier comme celui d'infirmier de pouvoir faire la part des choses entre ce qu'est le patient, ce qu'il vit dans le contexte de soins où l'infirmier le rencontre, et ce qu'il vient toucher par son attitude, par ses paroles chez l'infirmier, dans l'histoire de ce dernier, dans sa propre vie affective et émotionnelle. En effet, les réactions du soignant sont soumises à la manière dont il reçoit tout cela. C'est ce que nous allons à présent étudier.

Le transfert

► Difficultés et émotions générées dans le transfert

Exemple clinique

Une élève infirmière exprime ses difficultés à entrer dans une relation d'aide et d'écoute avec un patient.

« J'ai fait un stage en cardiologie auprès d'un jeune homme de 25 ans qui était atteint d'une sclérose en plaques. Il était là en long séjour. Je m'occupais tout particulièrement de lui et d'une autre personne pour mon stage. Il avait l'air content de me voir à chaque fois mais il me parlait tout le temps de son envie de mourir. Il n'avait plus aucune capacité physique, plus de parents. Personne ne venait jamais lui rendre visite. Il était totalement seul dans l'institution, il ne pouvait pas lire ni écrire et perdait peu à peu la capacité de parler. J'ai eu beaucoup de difficultés à aller le voir, à avoir envie de lui apporter mes soins. Je trouvais que c'était inutile de continuer à le soigner, ça ne servait à rien de le garder comme ça en vie alors qu'il n'allait pas guérir et qu'il voulait mourir. Je ne pouvais pas le regarder ni l'entendre. J'étais agressive avec lui. Je lui en voulais mais je ne savais pas trop pourquoi. Je faisais vite les soins et je partais. J'ai pu discuter de ma situation avec un psychologue parce que je pensais abandonner le stage, voire abandonner mes études. En fait, je me suis rendu compte que ce patient ranimait en moi des angoisses et une grande douleur parce qu'il était seul, abandonné, et que j'ai toujours eu peur d'être abandonnée par les gens que j'aime. Une fois que j'ai pu mettre cela à jour, j'ai pu davantage écouter cette personne. Mais, son envie de mourir, ça, je n'ai pas su vraiment quoi lui dire. En fait, j'avais rien à répondre. C'était très dur. »

La « relation d'aide » est entravée du côté de la stagiaire infirmière par ce que la terrifiante situation du jeune patient vient animer d'insupportable en elle : son angoisse d'abandon et aussi une fuite face à l'acceptation de la mort, celle injuste d'une personne jeune (elle-même étant très jeune) et la sienne. Cette réaction de fuite devant la mort est parfaitement normale et acceptable du moment qu'il existe un lieu dans l'institution où il est prévu que le soignant puisse déposer ses angoisses et comprendre ses réactions comme l'a fait cette jeune stagiaire.

Ce patient incarnait pour elle l'image insoutenable d'une victime innocente : et si ça n'arrivait pas qu'aux autres ? Et si cela lui arrivait aussi à elle ? Quand l'élève-infirmière a compris que c'était elle dont il s'agissait en fait dans les peurs et les terreurs que réanimait en elle ce patient, elle a pu faire la part des choses entre sa

place de professionnelle au sein des soins, la présence qu'elle devait lui apporter, et sa vie, son histoire à elle qui l'empêchait d'aider la personne, de l'écouter. Cela est resté une situation difficile, bien entendu, et c'est normal, mais les soins ont pu se poursuivre et le lien a pu être remis dans un contexte de transfert où elle a pu accepter ce que le jeune homme pouvait lui dire parce qu'elle-même avait analysé son propre transfert sur ce patient : le jeune patient se confiait à elle parce qu'il avait envie de parler à quelqu'un de son âge dont il pensait pouvoir être compris, et elle a pu comprendre que son agressivité à elle était due à sa souffrance, à la mise en échec de sa position à cause des affects qu'elles sentaient surgir en elle (et non à cause du jeune homme lui-même, en tant que personne) mais qu'elle ne pouvait consciemment analyser seule au début.

Le caractère asymétrique de la relation est aisément repérable dans l'exemple précédent : il ne s'agissait pas de faire la conversation avec ce jeune patient qui voulait parler de sa mort pour s'y préparer, tenter d'en être moins terrorisé ; en parler c'est encore vivre aussi. Le fait que l'infirmière n'ait rien trouvé à répondre a été vécu par elle comme une incompétence alors qu'il n'en est rien : l'impuissance dans laquelle est mis le soignant qui reçoit cette souffrance sans réponse est source d'angoisse et de dévalorisation pour lui parce qu'on lui a surtout appris à *savoir faire* pour guérir, mais *savoir être* pour accompagner, recevoir, écouter sans en être soi-même anéanti cela est une expérience personnelle, propre à chaque individu et qui ne s'apprend pas dans des cours mais se surmonte au fur et à mesure de la pratique. La situation de stage et la supervision qui l'accompagne seront une première approche de ces difficultés humaines qui font aussi la richesse du travail.

De toute façon, qu'y avait-il à répondre à ce jeune homme ? L'écoute silencieuse et attentive était préférable à des réactions défensives comme : « mais non, vous n'allez pas mourir » qui sonnent faux, constituent des mensonges et ne rassurent pas lorsque la personne malade sait qu'elle va mourir. Ce style de répartie constitue un refus du transfert et ne peut qu'arrêter la parole, l'empêcher, c'est à cela qu'elle est inconsciemment destinée en fait : l'infirmier sent bien qu'il se bat contre son angoisse (voir *Fiche 18*, page 167) et que, faire taire la personne permettra de faire taire l'angoisse momentanément.

Dans le cas précédent, le patient n'attendait pas forcément une réponse, surtout pas un avis de la part du professionnel. Il avait besoin que quelqu'un entende son désir de mourir, sans assentiment ni dissuasion, et entende qu'il ne pouvait plus vivre ainsi. Parler avec cette élève-infirmière était peut-être sa seule source de soulagement voire de plaisir (« *il avait l'air content de me voir* »). Ce patient n'était pas en quête d'un lien où il voulait que l'élève infirmière lui raconte aussi sa vie ou lui donne son avis (cela est une relation intersubjective), en fait, il ne demandait qu'une présence attentive à qui dire ses tourments. Cette jeune professionnelle représentait (le transfert re-présente en effet dans l'actuel ce qui a été vécu dans le passé) pour lui la confiance, la douceur, la jeunesse, la sensibilité et peut-être sa dernière relation de séduction, même imaginaire, avec la gente féminine. C'est pourquoi il avait envie de lui parler, d'autant plus qu'il était vraiment seul. Ils ne se connaîtront jamais

personnellement. Ce n'est pas de cela dont il s'agit. La jeune infirmière a bien compris que la demande n'était pas un lien d'amitié avec discussions à bâtons rompus mais qu'elle incarnait un lieu d'écoute et de compréhension pour ce jeune patient, un lieu d'adresse de ses souffrances. Savoir écouter la douleur d'un être, même si cela émeut, rend triste, c'est aussi le soigner dans l'acte même de l'écoute : il n'y a parfois rien à dire, juste à lui montrer que sa parole est accueillie. Parfois, cette douleur donne des indications sur l'orientation des soins et la manière de la soulager.

Ce qui fait déjà de cette future infirmière une bonne praticienne est le fait qu'elle a eu le courage de faire une démarche pour parler de ses angoisses, sortir de sa situation d'échec sans crainte d'être jugée, et qu'elle a pu accepter d'écouter le patient qui lui a été confié sans fuir, notamment lorsqu'elle a pu prendre conscience de ce qui entravait son action.

■ Transfert et « re-présentation »

Si, dans le transfert, il y a de l'amour, il n'est pas destiné à la personne sur laquelle s'exerce le transfert. C'est un amour (ou une haine aussi parfois) passé et réactualisé dans la situation transférentielle. Le jeune homme atteint de sclérose en plaques s'est attaché transférentiellement à cette jeune infirmière parce qu'elle s'en occupait beaucoup et qu'en outre, personne d'autre ne lui rendait visite. C'est une présence humaine qu'il a pu avoir, peut-être l'une des dernières, et il a été très précieux que cette future infirmière ait pu l'accepter.

En outre, ce qui a été complexe pour cette infirmière débutante est le deuil qu'elle a dû commencer à faire par rapport à la capacité de « guérir ». Elle se sentait en échec et impuissante parce qu'elle ne pouvait pas guérir ce jeune patient. Mais ce n'est pas ce qui lui était demandé et c'est ce que cette expérience lui a permis d'appréhender : accompagner ce jeune homme dans sa fin de vie était le travail le plus efficace qu'elle pouvait fournir, sans acharnement thérapeutique ni buts irréalisables. C'est peut-être aussi parce qu'il sentait qu'elle avait compris qu'il était inutile de faire « comme si » il pouvait encore guérir (*« Je trouvais que c'était inutile de continuer à le soigner, ça ne servait à rien de le garder comme ça en vie alors qu'il n'allait pas guérir et qu'il voulait mourir. »*), ce qui induisait un rapport faux avec les soignants qui réagissaient ainsi, qu'il avait envie de lui parler.

De manière générale, l'élève infirmier, tout comme l'infirmier par la suite, ne peut faire l'économie d'un lien affectif avec son patient, que ce lien soit positif ou négatif. Ce lien fait peur mais il n'est pas un danger si l'élève infirmier accepte d'en tenir compte et tente, avec l'aide de ceux qui l'encadrent ou avec le psychologue de l'institution par exemple, d'analyser ce qui se passe dans ce lien qu'en psychanalyse on appelle « transfert ». Le transfert (voir *Fiche 10*, page 155) est un déplacement d'affects destinés à une personne sur une autre personne : le psychanalyste dans la situation analytique, sur l'infirmier, le médecin, l'aide-soignant dans le contexte de soins. La difficulté pour le professionnel est de voir à quelle place il est mis et ce qu'il vient re-présenter là pour son patient.

C'est toute une partie de la situation de soin qui n'est pas technique et ne s'apprend pas dans des cours.

Reconnaître, accepter, et analyser le transfert c'est pouvoir acquérir une position juste, mettre les émotions à leur juste place, et éviter de se laisser détruire par elles. C'est, pour l'élève infirmier, débutant donc, une possibilité de ne pas se laisser décourager par ce qu'il verra ou entreprendra : il n'y a pas d'échec ni d'actes irréparables lorsqu'il existe un contact, un échange où des paroles viennent expliquer les choses : par exemple, si l'élève infirmier a « raté » une prise de sang ou la mise en place d'une perfusion, et que le patient s'en montre énervé, qu'il fait preuve d'agressivité pour toutes sortes de raisons qui seront abordées plus loin, l'élève infirmier gagnera à considérer qu'il n'est pas personnellement la cible de cet énervement, puisque le patient ne le voit pas en tant que *personne*, mais adresse une critique à l'image qu'il se fait de celui qui, pour lui, *sait* ou qui *doit savoir*, condition pour que le patient sorte guéri de sa situation. Le ratage technique, ou le risque de ratage technique, met en péril inconsciemment, dans le fantasme du patient, une possible guérison. L'agressivité peut alors s'adresser davantage à cette peur, résulter de l'angoisse liée à sa maladie que l'infirmier ravive par sa seule présence de professionnel.

C'est le transfert : l'infirmier peut être perçu comme un persécuteur ou comme un sauveur, places toutes deux excessives et qui nécessitent la prudence pour déplacer cela vers la réalité de la situation de soin. Le patient, dans sa situation de souffrance, n'a pas toujours la possibilité de repérer ses affects et de les analyser, c'est pourquoi, lorsque l'infirmier le fait, pour sa pratique et en adoptant une position juste, c'est-à-dire décalée le plus possible de l'imaginaire de son patient, il aide aussi son patient à changer d'attitude.

Souvent, le malade se positionne, – dans les mouvements de régressions qu'occasionne par exemple la passivité de la prise en charge hospitalière –, en enfant. Il voit l'infirmier ou l'infirmière comme « la mère » qui doit le protéger. Il les met, par le transfert, à ces places-là qui, selon les relations que le malade entretient avec ses parents (les parents réels mais aussi fantasmatiques, car il y a toujours une part de fantasme dans la manière dont un enfant perçoit ses parents) sont plus ou moins aisées à tenir par le professionnel : ce dernier peut être mis à la place de « la mère suffisamment bonne »¹² ou celle qui l'a été insuffisamment et recevra parfois les attitudes destinées inconsciemment à cette dernière.

► L'illusion du pouvoir : un danger pour le soin

Par cette place de protecteur que lui octroie le malade, le professionnel se voit doté d'un pouvoir sur la personne, parce que la personne le lui donne, ou bien parce que la situation semble le lui conférer.

12. C'est une expression du psychanalyste britannique D. W Winnicott (1896-1971) à la suite des théories freudiennes sur les premières expériences de satisfaction des nourrissons. La mère « suffisamment bonne » est celle qui répond au bon moment et de manière adéquate aux besoins du bébé, en lui apportant les soins dont il nécessite au moment où il en a besoin.

Exemple clinique

Ainsi que l'analysait un infirmier expérimenté :

« *Il faut faire attention. Nous, les infirmiers, nous sommes debout, en uniforme et en pleine possession de nos moyens. La personne malade, elle, est allongée, en pyjama et parfois immobilisée. Si on profite du pouvoir sentimental que certains nous autorisent d'avoir à leur égard, on risque d'être dans la toute-puissance avec le patient, et ça, ça peut conduire à une trop grande assurance qui fait faire des bêtises parce qu'on croit qu'on sait, qu'on connaît la personne mieux que quiconque et on ne réfléchit plus assez.* »

Ces remarques sont très justes. Elles illustrent bien que la relation soignant/soigné est emprunte de fantasmes qui peuvent n'avoir rien à voir avec le soin. La relation de « pouvoir » fait partie de cet imaginaire dans le cadre du transfert.

Souvent, l'infirmier est effectivement mis à la place de *celui qui sait* ou de celui qui *sait faire*. Toutefois, s'il ne *sait pas faire*, parce qu'il débute par exemple, le professionnel qui saura qu'il n'est pas dans une position de « pouvoir » véritable sur le patient aura la simplicité et le réflexe professionnel d'expliquer qu'il a besoin de la collaboration du patient pour réussir les actes techniques et lui expliquer l'attitude qu'il pourrait avoir pour que tout se passe bien de part et d'autre. Un infirmier qui serait moins bon dans la technique mais qui a le souci du bien-être de son patient arrivera à le détendre et à mettre en place ses soins mieux que son collègue qui ne serait que technicien. En outre, cette attitude ne peut qu'inspirer la confiance du soigné qui est perçu comme collaborateur et non victime du processus de soin, ce qu'il peut devenir si l'infirmier pense qu'il est investi d'un pouvoir imaginaire sur ses patients qui dépasse celui, justifié, de *pouvoir* concrètement agir pour leur bien-être.

► Transfert et professionnalisme

Pour agir professionnellement, encore faut-il ne pas se sentir blessé par une remarque, une colère de la personne à laquelle on prodigue des soins. En même temps, il est important d'éviter de s'en protéger en se fermant à elle et en se refermant sur soi, comme un rempart que l'on érigerait pour se défendre de toute attaque.

C'est difficile, surtout lorsque l'infirmier débute et qu'il manque d'expériences, de formations et de situations cliniques grâce auxquelles l'élève infirmier apprend peu à peu à constituer une position qui conviendra à sa bonne évolution dans le métier.

En revanche, se « blinder » contre la souffrance de l'autre ou se laisser submerger par elle sont deux extrêmes que l'élève infirmier expérimente lors de ses stages et qui constituent des expériences cliniques normales et indispensables à réaliser. Lorsque les futurs professionnels sont capables de formuler ces émotions, d'accepter de s'y être confrontés et d'avoir perçu qu'elles constituaient un problème dans leur position vis-à-vis de la personne à prendre en charge, ils

ont alors fait un très bon stage clinique, plus par les questions qu'ils vont pouvoir se poser à partir de là que par les certitudes qu'ils auraient pu y trouver.

Beaucoup d'étudiants témoignent de sentiments de colère ou d'agressivité qu'ils peuvent ressentir face aux patients qu'on leur confie : soit parce qu'ils ont d'emblée affaire à des personnes méfiantes du fait de leur manque d'expérience, soit parce qu'ils se sentent remis en cause par une parole ou une attitude agressives, ou bien encore, comme dans le cas clinique (voir page 11), parce que l'angoisse de ne pas pouvoir « guérir » alors qu'ils font ce métier pour cela, les remet en cause profondément. Il y a aussi ceux qui disent « avoir envie de pleurer » lorsqu'ils écoutent les vies difficiles de certaines personnes, ou ceux qui refusent la compassion qu'ils ressentent parce que « *c'est dangereux de se laisser toucher comme ça* ». Ceux aussi qui trouvent que « *c'est fatigant* » d'écouter parler les personnes âgées qui ne s'arrêtent jamais. Toutes ces réflexions formulées donnent lieu à un questionnement sincère qui permet d'étudier les éléments affectifs, pulsionnels qui entrent en jeu dans ces multiples rencontres. Comment travailler avec ses affects et ses émotions (heureux ou tristes) qui font partie du transfert ? Certains professionnels pourront bénéficier d'une supervision individuelle ou d'équipe pour en parler avec un psychologue clinicien ou un psychanalyste. D'autres mettront en place des suivis personnels en dehors de l'institution, d'autres encore préféreront parler avec leurs collègues ou avec le cadre infirmier de leurs expériences difficiles. Ces démarches, de portée différente selon l'interlocuteur choisi et l'expérience qu'il a lui-même du transfert, l'analyse qu'il a pu en faire, sont bénéfiques puisque le principal est de ne pas rester seul avec ses difficultés et ses souffrances, de pouvoir déposer dans un lieu ce qui fait problème.

En effet, toute la question est de pouvoir faire avec l'angoisse que peut générer une situation chez l'infirmier : comment faire pour que son angoisse l'aide à soigner ces personnes et non à les abandonner ou à abandonner la profession ? C'est une question que doivent avoir à l'esprit ceux qui les encadrent, question que nous traiterons aussi tout au long de l'ouvrage tant elle ouvre de pistes de réflexion et touche à d'autres domaines de la personnalité du soignant.

► La responsabilité de l'infirmier dans la mise en place d'une relation d'aide satisfaisante

L'élève infirmier, dès la première année, est placé dans une situation clinique : le terme « clinique » désigne ici l'expérience que fera le futur infirmier directement auprès du patient, dans une observation et une écoute attentives, en considérant toujours qu'il s'adresse à une personne unique. Il est important d'adapter ce que les cours lui auront appris à ce qu'il percevra chez le patient.

Le futur infirmier va en effet, au sein de stages dans des structures variées (hôpitaux, écoles, crèches par exemple) expérimenter la difficulté de sa profession dans le domaine des soins : le soin que l'élève infirmier doit prodiguer selon des savoir-faire appris dans son IFSI, et le soin pour lequel il n'existe pas de savoir-faire exhaustif et qui consiste à écouter la personne, à lui apporter un soutien, une présence humaine, respectueuse, pas seulement une médication. En échange, le futur infirmier (ainsi que l'infirmier déjà en poste) favorisera, par

son attitude, un lien relationnel avec la personne à soigner, fondé sur la communication et la parole : cet échange permettra au soignant d'être plus en confiance avec la personne dont il a la responsabilité et de l'aider à bon escient, ce qui fera de lui un très bon professionnel et constituera une source constante d'épanouissement dans son métier.

Le travail concernant le psychisme du patient peut être confié plus particulièrement à un psychologue dont l'action sera différente de celle de l'infirmier, mais il incombe souvent la responsabilité à l'infirmier de faire un travail préalable d'introduction du psychologue auprès du patient, ou de dire à l'équipe et au psychologue qu'il a perçu que telle ou telle personne pourrait avoir besoin de son aide. Pour cela, il faut bien qu'il l'écoute dans une autre dimension que le seul mal être physique. En outre, comme l'infirmier, ou le futur infirmier, sera amené à voir plus souvent la personne que le psychologue, il est nécessaire que le mieux être psychique acquis ailleurs, trouve à s'épanouir aussi avec et grâce aux soins attentifs de l'infirmier. Si, dès le début de sa carrière, l'élève infirmier a cet objectif en tête, il donnera un sens et une orientation différents et beaucoup plus efficaces à ses prises en charge.

La question de l'empathie

► Définition

L'empathie (du grec *pathein*, sentir et *en*, intérieurement) est la capacité à s'identifier (voir *Fiche 13*, page 159) à autrui, à ressentir ce qu'il ressent.

Faire preuve d'empathie à l'égard d'une personne malade permet de la considérer comme un être humain, un sujet en souffrance et de faire attention à elle et à sa souffrance, de trouver des gestes appropriés pour la soulager. L'empathie empêche l'infirmier de se murer devant la douleur de la personne et de la traiter comme un objet. L'identification (voir *Fiche 13*, page 159) permet que le soin se déroule dans une communauté humaine.

► L'empathie comme moteur du soin

L'expérience clinique d'une élève infirmière :

« Je devais m'occuper d'un garçon d'une vingtaine d'années qui était handicapé mental et moteur, il avait des problèmes pour se déplacer. Quand il me regardait, au début, j'étais mal à l'aise car il ne pouvait pas parler mais on pouvait ressentir sa souffrance. J'étais très touchée par ce regard et par sa souffrance. Il était gentil avec moi, il prenait ma main et me faisait des bisous. Il ne le faisait pas avec tout le monde. On aurait dit un tout petit enfant. En plus, je lui mettais des couches parce qu'il était encoprétique. Mais il aidait beaucoup pour sa toilette et comprenait bien ce qu'on lui demandait. Il prenait ma main pour que je dessine avec lui. Seul, il gribouillait tout ce qu'il trouvait.

Un jour, je venais pour lui faire une piqûre et il m'a parlé alors que l'équipe disait qu'il ne parlait pas. Il m'a dit : « non, je t'en prie ». Je n'ai pas fait la piqûre tout de suite, d'abord parce que j'étais trop surprise et puis, parce qu'il avait dit « non ». Je ne savais plus quoi faire parce qu'il fallait que je lui fasse cette prise de sang. Mais, moi non plus j'aimais pas qu'on me fasse des piqûres quand j'étais petite, alors je le comprenais. J'ai fait ce que j'aurais aimé qu'une infirmière fasse avec moi dans cette situation : j'ai tenté de le rassurer. D'abord, je lui ai dit que je devrais faire la piqûre mais que ce n'était pas urgent, on a dessiné un peu, je lui ai mis de la musique parce qu'on était vers Noël et qu'il adorait les chants de Noël. Il était souriant et détendu. J'ai laissé la musique et je lui ai dit que j'allais faire la piqûre en chansons. Je chantais avec la musique en l'installant sur le lit, ce qu'il a accepté. Cela le faisait rire que je chante. J'ai fait la piqûre presque sans qu'il s'en aperçoive et c'était facile parce que, comme il était bien et détendu, ça a été rapide. Il n'a pas eu mal. C'est quelqu'un qui m'a apporté beaucoup. »

Cette jeune infirmière, très impliquée affectivement auprès de son patient, n'a pas craint de prendre du temps afin de mettre en confiance ce jeune patient dont les difficultés mentales qui le faisait apparaître comme un « tout petit enfant » l'ont touché dans le lien transférentiel qu'elle a noué avec lui. Les personnes victimes de maladies mentales sont encore plus sensibles au transfert que les autres et « foncent dedans », dans un lien fusionnel extrême qui les rend très attachants mais qui peut conduire le professionnel à se sentir tellement touché qu'il peut faire des erreurs. Cela n'a pas été le cas pour cette future professionnelle qui a intuitivement su agir pour arriver à ses fins sans violence, dans la bonne humeur et la paix.

Elle dit clairement ce qui a créé l'empathie avec ce jeune homme : elle se sentait en position maternelle, maternante dans le transfert (il lui fait des bisous, elle lui met des couches, ils dessinent ensemble, ce qu'elle accepte bien). En outre, elle se sentait émue par sa souffrance qui venait sans doute toucher des souffrances liées à sa propre histoire. Et surtout, elle s'est identifiée à lui lorsqu'il a refusé la piqûre parce qu'elle-même se souvenait avoir détesté les piqûres étant jeune. Cette identification consciente lui a permis de montrer de l'empathie et de mettre en place ce qu'elle aurait aimé qu'on fasse avec elle quand elle était petite. L'enfant en elle dont le souvenir est ravivé par la situation lui inspire ses actions et ce qu'elle se doit de faire par rapport à son éthique : ce qu'elle aurait pu craindre être une perte de temps en dessinant, en chantant avec le jeune patient a été en réalité un gain de temps et une véritable réussite sur le plan humain, psychique et médical.

Le patient se met à parler pour la première fois (en tout cas depuis qu'il est à l'hôpital) à la fois parce qu'il a peur de la prise de sang mais aussi parce qu'il sait qu'il va être entendu par cette jeune infirmière, c'est pourquoi il prend la peine d'articuler ces paroles bouleversantes pour la jeune femme qui ne sait plus que faire durant quelques secondes. Elle sent bien que ces paroles lui sont adressées et que cet effort fourni par son patient nécessite d'adapter la situation. Elle décide alors de le rassurer, de recréer le climat de confiance qu'il a d'habitude avec elle, de le détendre, de créer une ambiance chaleureuse et de bonnes conditions au soin. La musique et le chant (la voix de la jeune femme) jouent un grand rôle dans ce climat : elle met à profit ce qu'elle sait être agréable au jeune homme, grâce au lien qu'elle a pris le temps de mettre en place avec lui dans ses observations cliniques. La musique a une fonction contenant, le rythme est entraînant, source de plaisir pour le jeune homme et la voix de l'infirmière (qui le fait rire, dit-elle) possède des qualités prosodiques qui le motivent positivement par l'évocation d'images amusantes, peut-être, et qui instaurent un lien humain rassurant, une communication qui l'apaise et où l'infirmière peut ensuite proposer à nouveau la piqûre puisque cette piqûre n'est plus qu'un élément parmi d'autres du lien (il y a de la musique, elle continue de le distraire en chantant) et n'est plus perçue comme une menace.

Ce témoignage est extrêmement important sur plusieurs plans : on voit que l'empathie est ici une source de création, de trouvailles. La jeune stagiaire ne se laisse pas submerger, déborder par les affects et émotions générés par son empathie pour le jeune homme. Elle les utilise à bon escient en faisant appel à sa connaissance du patient et à ses sentiments personnels dans les éléments d'identifications avec ce dernier.

L'empathie est un lien imaginaire à l'autre puisque l'on pense que l'autre souffre de la même manière que l'on souffre alors que cela peut être très différent. Le point positif de l'empathie dans la relation concernant les soins, surtout utilisée avec autant d'humanité que dans l'exemple précédent, c'est qu'elle motive le soignant à trouver de bonnes conditions de soins et à prendre en compte la personne pour qu'elle soit le mieux possible.

Cela n'engage aucune perte de temps de s'intéresser à la personne, de lui demander comment elle va, de quoi elle souffre, quel est le but de l'examen (dans le cas où il est fait en ambulatoire, de manière isolée et non dans le cadre d'un suivi régulier) tout en exécutant l'acte médical prescrit. C'est au contraire un gain de temps puisqu'il aura plus de chance de réussir du premier coup.

■ L'empathie : bienfaits et pièges

Il y a des cas où l'empathie, lorsque l'identification au patient est trop forte, peut être source de problèmes. Elle peut générer alors des mécanismes de défenses (inconscients) ou bien, comme dans l'exemple qui suit, empêcher le professionnel de faire son travail.

Exemple clinique

Voici ce qu'un infirmier me rapporte un jour de ce qu'il avait pu observer dans l'une de ses fonctions :

« Je travaillais alors dans un service de cancérologie, en ORL. C'était très dur parce qu'on avait souvent affaire à la mort de personnes jeunes et certaines situations étaient traumatisantes. Mais surtout, on ne pouvait pas en parler au cadre infirmier parce que sa position déroutait l'équipe : à chaque fois que ce cadre infirmier annonçait un décès aux familles, elle fondait en larmes, se jetait dans les bras des membres de la famille et pleurait sincèrement. En plus, elle ne connaissait pas le patient décédé, en tout cas, elle n'était pas intervenue auprès de lui : nous avions institué dans le service que ce n'était pas l'infirmier qui s'était occupé de la personne qui annonçait son décès aux familles parce qu'il était trop impliqué et pour éviter justement que le professionnel ne pleure devant la famille.

Le cadre infirmier assurait la transmission entre le médecin, l'infirmier et la famille. Ça aurait pu bien fonctionner, c'était une bonne organisation à la base. Le problème, c'est qu'elle était détruite à chaque fois et ne tenait pas son rôle de soutien auprès des familles ni auprès de nous, l'équipe soignante. C'était les familles et nous qui devions la consoler à chaque fois. »

On voit bien que cette forme extrême d'empathie où le cadre infirmier s'identifie au mort et à la famille en deuil au point de pleurer le défunt avec eux, est préjudiciable à la personne soignante et aux familles : le cadre infirmier semble à chaque fois extrêmement affecté personnellement, et, dans un service comme celui-ci, comment arrive-t-elle à survivre à tant d'émotions si elle se vit personnellement en deuil de la personne ? Et cette attitude est préjudiciable

à sa position de professionnel puisqu'elle ne peut assurer sa fonction contenante dans l'écoute et les décisions qui doivent être prises.

Le plus grave aussi c'est qu'elle usurpe presque à la famille sa peine en se positionnant comme la personne à consoler au lieu d'être réconfortante, au lieu d'être celle qui a des mots encourageants et une empathie qui aide les personnes à se sentir accompagnées et soutenues dans leur peine.

Est-ce qu'on peut parler dans ce cas d'empathie ou s'agit-il d'une identification qui sort du cadre de l'empathie ? Cet exemple montre en tout cas qu'il y a une distance à avoir dans les soins, nous en reparlerons plus loin, et que l'empathie est une aide dans le cas où elle n'entrave pas cette différenciation entre sa position professionnelle d'infirmier et la situation du patient. L'empathie qui conduirait à un brouillage de cette différenciation, dans une trop grande adéquation à la souffrance du soigné, de sorte à aboutir à un comportement pathologique qui n'aide personne et ne se situe plus dans la relation d'aide, induirait une position psychique où des éléments personnels entreraient en compte dans le transfert avec le patient, éléments à prendre en compte puisqu'ils ont forcément des répercussions sur les personnes prises en charge, et à connaître aussi pour la poursuite du métier et un mieux être personnel.

Le risque de passer de l'empathie à une identification projective avec le patient, mécanisme de défense du soignant qui peut entraver le bon accompagnement du soigné sur lequel porte ce mécanisme, est possible.

Le mécanisme de défense est une protection inconsciente du moi par rapport à une angoisse (voir *Fiche 18*, page 167) qui le menace. Le moi se défend en mettant en place des stratégies sur lesquelles nous reviendrons dans la troisième partie de ce livre.

L'identification projective, liée à un transfert fulgurant du soignant sur le patient et à une empathie débordante et mal analysée, entraîne le soignant à s'approprier le patient : il n'y a que lui (le soignant) qui sache ce dont a besoin la personne, il n'y a que lui qui la comprenne, il n'y a qu'avec lui qu'elle pourra guérir... Le risque étant d'exercer une toute-puissance sur la personne à soigner et de ne plus écouter ce qu'elle a à dire. Le soignant s'identifie tellement à la personne, à sa vie, qu'il pense qu'il sait ce dont elle a besoin d'emblée. En fait, il agit par rapport à ce dont lui aurait besoin pour sa vie et non pas par rapport à ce qu'il est nécessaire de faire pour la personne. Cela peut entraîner un repli de cette dernière qui sent qu'au fond, elle n'a pas de place, que ce n'est pas à elle que s'adressent les soins mais que le soignant fait ce qu'il estime bon pour lui. En outre, le soignant risque de devenir très envahissant pour son patient, voire intrusif.

Il y a une différence avec l'empathie de la jeune infirmière qui disait : « *J'ai fait ce que j'aurais aimé qu'une infirmière fasse avec moi dans cette situation : j'ai tenté de le rassurer.* » Là, elle met en place, consciemment, une conduite issue de son expérience émotionnelle. Dans le cas de l'identification projective, le soignant se défend des émotions que le malade lui inspire et qui sont à peine supportables pour lui, en voulant le sauver pour se sauver lui-même (ou, à cause du transfert, sauver quelqu'un d'autre, réparer une action passée et

refoulée) inconsciemment mais en agissant d'une manière extrême qui risque d'étouffer le patient plus que l'aider. Il n'y a pas de relation possible là, c'est une projection de traits de la personnalité du soignant sur la personne qu'il soigne et qu'il assimile à lui en fin de compte. Le manque de différenciation et de distance entre le soignant et le soigné empêche alors la relation qui nécessite une séparation claire entre les deux personnes : on écoute l'autre parce qu'on ne sait pas ce qu'il va dire ; une personne prend la peine de demander parce que sinon, elle sait qu'elle n'aura pas ce qu'elle veut, l'autre ne lisant pas dans ses pensées. La relation nécessite de ne pas penser qu'on est l'autre, sinon, il y a fusion et il y a peu de chance que ce soit le patient que l'on soigne dans ce cas-là.

Dans le cas de l'infirmière qui pleure avec les familles, il est possible que la terrible position dans laquelle elle se trouve d'annoncer aux familles la mort d'un des leurs active ce mécanisme défensif de l'identification projective où elle devient un membre de la famille qui a perdu un être cher.

On voit en quoi l'empathie qui consisterait à « se mettre à la place de » peut entraîner des dérives au sein de la relation dans le domaine des soins. Un transfert trop fulgurant et non perçu, non analysé peut entraîner ce genre d'empathie. Lorsque les infirmiers disent à leurs patients : « *On va s'habiller maintenant.* », qui s'habille ? Il y a un manque de distance qui, dans le discours, montre une fusion entre le soignant et le soigné et nie leur différenciation, nie la place de sujet du patient, comme s'il devenait une partie du soignant. Le risque pour le soignant est de ne plus pouvoir voir ou écouter le patient dans sa singularité.

En revanche, une attitude empathique où l'infirmier respecte bien les places de chacun est indispensable : l'infirmier apporte soin et aide à une personne qui en a besoin et qui reste clairement différenciée de lui mais pour laquelle il cherche la meilleure stratégie de soins possible afin d'atténuer sa douleur, lui permettre de garder une pulsion de vie (voir *Fiche 14*, page 160) qui lui fasse garder le moral et l'empêche de déprimer.

Ces réflexions conduisent à se poser la question de la « bonne » distance entre soignants et soignés dans le cadre du soin. Cette notion de distance au sein de cette relation particulière où l'individu malade se livre au plus profond de son intimité, parfois, n'est pas si aisée à définir ni à mettre en place en situation. Entre une trop grande distanciation et une identification projective qui dissout la distance par une trop grande implication dans la souffrance du malade, comment se situer ?

Distance et soins

Le terme « distance » est mis entre guillemet dans ce chapitre lorsqu'il s'agit de réfléchir sur le bien-fondé et les limites de ce terme dans la relation soignant/soigné.

► Réactions des infirmiers stagiaires sur le sujet

Une élève infirmière qui revenait d'un stage où aucun temps de parole n'avait été prévu dans l'institution où elle travaillait et qui, de plus, recevait avec beaucoup d'empathie les confidences de l'infirmière qui l'encadrait parce qu'elle n'avait elle-même aucun lieu pour dire et transmettre ce qu'elle entendait, s'exprime à ce sujet :

« J'étais dans un stage dans une école où il y avait une infirmière pour 1 200 élèves. Elle était épuisée à la fin de la journée. En plus, personne n'écoute la personne qui travaille là, ce qu'elle fait n'est pas compris. Avec moi, elle pouvait parler à quelqu'un, ça lui faisait du bien car elle prenait sur elle tous les problèmes des adolescents à longueur de journée et il y avait des situations très douloureuses. Ce qui manque, c'est quand on a un trop plein, il faudrait des psychologues dans toutes les institutions pour déverser ce qu'on a à dire car à force d'être remplis des choses des autres, il faut bien à un moment donné pouvoir les "recracher", se débarrasser de ça. On se remplit des choses des autres même si on a une grande distance. »

Les termes de « trop plein », de « être rempli de », « déverser », « recracher » sont des images fortes qui illustrent bien ce que le transfert des personnes à soigner, pris violemment du fait que l'infirmière s'est laissé envahir, emplir, sans pouvoir parler de l'angoisse qu'elle a pu ressentir, peut générer. De quelle « grande distance » parle-t-elle ici ? La distance est-elle un comportement physique ?

Voici comment réagissent certains élèves infirmiers par rapport à la question de la « distance » :

« La compassion, c'est dangereux pour nous. Si on fait ça à longueur de journée, on sait plus où on en est et je trouve ça super dangereux. »

« C'est pas notre famille. Je veux bien être humain mais il y a des limites à poser, sinon, on s'en sort plus. On devient fou. »

« *L'empathie, la compassion, ça fait beaucoup je trouve. Il ne faut pas se laisser détruire par la maladie de celui dont on s'occupe. Sinon, on peut plus travailler.* »

« *En fait, c'est quoi la bonne distance avec le patient ? Il faut se déshumaniser si on veut être distant, non ? Il faut se détacher de notre propre nature si notre nature c'est d'être compatissant.* »

« *Si on est distant, alors tout est mécanique : on prend le patient, on fait le soin, on l'écoute, on le laisse. Tout ça, c'est mécanique et j'apprécie pas trop que ça soit mécanique.* »

« *Lorsqu'une patiente pleure et souffre, on peut pas faire comme si c'était pas important, mais, on peut pas toujours écouter non plus parce que c'est trop triste. C'est pas facile comme position.* »

« *Moi, j'ai compris qu'on ne doit pas se mettre à la place du patient. Il faut rester le corps soignant, c'est ça la distance. On compatit, mais bon... Il ne faut pas de registre affectif.* »

Les étudiants, futurs infirmiers, se défendent de se laisser toucher par le patient ce qui est une manière aussi de dire à quel point leur profession est difficile, à quel point ils sont touchés et ont envie de parler de leur malaise devant la souffrance, ainsi que de leur interrogation sur ce qui serait une position juste face au malade.

La parole de ces futurs professionnels est très précieuse parce qu'ils ont le courage de dire ce qui leur pose problème, ce qui les effraie, c'est un premier pas pour analyser et trouver des solutions à ce qui leur pose question : quelle position adopter dans laquelle les professionnels aient le sentiment d'être justes par rapport au patient et par rapport à eux-mêmes, professionnellement et humainement aussi ?

Il est tout à fait normal d'avoir peur de se lancer dans une pratique concernant des êtres humains. C'est même plutôt rassurant de ressentir de la crainte : cela montre le prix que l'on accorde à la vie humaine et la crainte que l'on a de faire souffrir quelqu'un. Ce qui serait terrible, ce serait que cette crainte disparaisse, parce qu'alors cela signifierait que le professionnel aurait développé une insensibilité à la douleur d'autrui préjudiciable à sa fonction par la suite.

► Qu'est-ce que la « distance » avec le patient ?

La distance n'est pas synonyme d'insensibilité, de froideur. De toute façon, les divers témoignages ci-dessus montrent que les futurs infirmiers ne le sont pas, n'ont pas envie de le devenir car ils sentent qu'il s'agirait là d'une dérive dans leur évolution professionnelle. Toutefois, ils pensent que prendre de la distance c'est se forcer à ne pas se laisser toucher par le malade.

Je me souviens, en maison de retraite, d'un jeune stagiaire infirmier qui me disait que, dans ses formations, on lui avait dit qu'il ne fallait pas s'attacher aux personnes âgées parce qu'elles allaient mourir un jour et que cela deviendrait insupportable pour lui s'il s'y attachait. Pour lui, c'était cela faire preuve de distance : ne pas s'attacher. Or, il était ennuyé parce qu'il s'attachait « malgré lui » disait-il. Comme pour beaucoup d'autres soignants qui s'occupent de personnes âgées, c'était un premier lien, enfant, avec une voisine âgée dont ses parents et lui s'occupaient qui lui avait donné envie de diriger son métier dans cette voie. Ce lien, plein d'affection et d'émotions, soutenait son désir auprès de ces personnes âgées. Celles-ci bénéficiaient donc d'un transfert de la part de ce jeune homme qui réactualisait, dans sa relation de soin avec les résidents de la maison de retraite, les affects qu'il avait eus pour cette voisine de son enfance. Elle avait, me disait-il, tenu une place importante dans sa vie et celle de sa famille, comme un membre de cette famille à part entière.

Cette situation transférentielle soutient le soin et le facilite lorsque, psychologiquement, l'infirmier sait qu'une partie de l'affection que reçoit le patient est liée à une autre personne qu'il a connue et que les sentiments générés jadis par ce lien renaissent à l'occasion de la relation de soin présente. La distance, psychique, s'effectue plus naturellement lorsque la part des choses est ainsi faite : l'infirmier a une affection pour la personne soignée, et tant mieux. En même temps, c'est parce qu'en elle il retrouve un peu de cette personne âgée de son enfance pour laquelle subsiste en lui des sentiments affectueux. Dans l'inconscient il n'y a ni passé, ni futur. L'inconscient ne connaît pas le temps, tout ce qui a été refoulé subsiste dans un présent et une permanence ravivée dans le transfert avec une actualité des affects même si ces derniers sont liés à des situations infantiles.

Les premiers stages font découvrir cela aux infirmiers à travers l'attachement aux premiers patients : ce dernier est vécu aussi comme une source de souffrance par les élèves infirmiers au moment de la séparation, lorsqu'ils quittent l'institution. Le risque étant qu'ils décident, à cause de cette douleur non analysée, de ne plus s'attacher et de créer une barrière défensive avec les futures personnes dont ils devront s'occuper, parce que les stagiaires ne pensent pas au fait qu'il s'agit d'un transfert très fort sur leur patient, et réciproquement compte tenu de la qualité de leur investissement. C'est un risque qui peut avoir de graves conséquences : refuser l'affect dans une situation de soins, c'est se résoudre à ne plus pouvoir soigner. Où donc résiderait désormais l'intérêt de la profession choisie si cette attitude venait à s'instaurer ? Le futur infirmier risquerait de se trouver très malheureux et frustré de ce choix qui l'empêcherait de s'épanouir et d'avancer dans sa voie.

La « distance » vis-à-vis d'un patient ne consiste pas à se protéger de ce qu'il vit, à s'en défendre, à être mécanique, technique, à se « blinder » contre les sentiments que le soignant peut éprouver (positifs ou négatifs), ni à fuir tout attachement. En effet, le risque alors consiste en ce que l'infirmier croit qu'en se durcissant il fuit l'attachement, tandis qu'en fait il s'empêche de le vivre, tente de le refouler et risque de se frustrer, de se placer dans une situation en *faux-*

self¹³ où il ne sera pas lui-même et sera sans cesse mécontent de lui sans se l'avouer clairement.

La « distance » dont parle les formateurs et les encadrants des futurs infirmiers n'est pas destinée à protéger le professionnel d'un attachement, d'une peine, d'une souffrance mais c'est en fait l'engager à analyser ce qu'il ressent et à s'en servir en faisant la part des choses : par exemple, même si le sentiment pour tel patient âgé est comparable à celui que l'infirmier a eu pour sa grand-mère, et réactive des émotions à cet effet, la personne qu'il soigne n'est pas sa grand-mère dans la réalité et il est important que cela soit clair pour lui.

Exemple clinique d'un infirmier en maison de retraite : transfert et « distance »

Voici également le témoignage d'un infirmier en maison de retraite. Une résidente fait un transfert négatif sur lui parce qu'il adopte avec les personnes dont il prend soin une position maternelle (à son insu au début) que cette résidente vit comme violente parce qu'elle se sent mise dans une position infantile dont, à juste titre, elle ne veut pas :

« Il y a une résidente qui n'arrête pas de m'attaquer, de m'agresser. Elle me dit qu'elle n'a pas besoin de mon aide, qu'elle n'a pas besoin d'une « maman » et qu'elle refuse d'être traitée comme un bébé. Elle ne cesse de me dire : « Vous m'empoisonnez », ce qui me met en rage car je fais tout ce que je peux pour qu'elle aille mieux. Trop peut-être... Effectivement, je le réalise à présent que je vous en parle, je me comporte peut-être trop comme une maman, je suis trop maternel. En tout cas, je suis mal à l'aise, car la dernière fois où elle m'a dit : « Vous m'empoisonnez », j'ai été très agressif et je l'ai plantée là en lui disant que je demanderai à quelqu'un d'autre de la soigner, ce que j'ai fait. Je ne sais pas comment rattraper le coup... »

La décision de cet infirmier de passer la main à un collègue après que la situation se soit envenimée est une bonne réaction, très professionnelle puisque l'important est que quelqu'un s'occupe bien de la résidente et qu'il ne se sentait plus capable après qu'elle l'ait blessé. Sa position maternelle a été mal accueillie par cette personne âgée alors qu'elle peut être bien accueillie par d'autres, le tout est que l'infirmier sache que c'est cette position qu'il prend dans le soin qui est attaquée ici et non lui personnellement.

13. C'est une notion de D.W. Winnicott qui désigne un comportement qu'adopte la personnalité d'un individu en se soumettant de force aux exigences de l'environnement, de la société, de la situation, sur un mode de soumission et d'imitation. Comme si la personne adoptait un masque pour se fondre dans ce qu'on exige d'elle au prix de ses désirs et de sa véritable personnalité (ou *vrai-self*). Le *faux-self* laisse au sujet un sentiment d'inutilité, de vide, de frustration, de futilité et donne à la personne l'impression de jouer un rôle, de faire « comme si ». Le risque pour un infirmier fonctionnant ainsi est le découragement, le repli sur soi, la perpétuelle insatisfaction, l'aigreur, bref un mal-être important dans le travail dû au décalage entre ce que le sujet mettait de désirs dans ce choix, d'idées de réalisation et ce qu'il accepte malgré lui face aux difficultés qu'il ne parvient pas à affronter. De même, un malade qui fonctionne en *faux-self* est difficile à soigner parce qu'il ne dit pas vraiment ce qu'il ressent et affiche un contentement, une politesse sociale qui peut cacher une dépression par exemple.

La résidente, dans la situation précédemment exposée, a l'impression en tant que personne âgée, qu'on la met à une place d'enfant, la renvoyant à une position passive où elle ne connaît rien de la vie, elle qui a connu plus de choses que le soignant et a une expérience plus développée. Les personnes âgées ne sont pas des enfants.

La « rage » de l'infirmier est due au fait qu'il s'est trouvé devant une vérité qu'il n'était pas prêt à assumer (son transfert maternel sur cette personne) d'autant plus qu'elle lui a été renvoyée avec violence, la violence que ressentait également la résidente à cause de l'attitude infantilissante de l'infirmier envers elle. Pour elle (« vous m'empoisonnez »), par rapport à son histoire, la considérer comme un enfant revenait à la tuer, à lui gâcher sa vieillesse, comme une non-reconnaissance de tout ce qu'elle avait pu vivre et acquérir comme expérience et comme maturité. C'était nier sa vie, ses souvenirs, ce qui faisait d'elle une personne vivante et propre à transmettre un enseignement utile aux jeunes personnes.

Si l'infirmier avait pu, sur le coup, avoir à l'esprit que ce n'était pas ses soins qui étaient mis en cause ni son efficacité mais sa position inconsciente démasquée par cette résidente, s'il avait pu l'accepter en se disant que la réaction de la résidente était à mettre sur le compte d'une crainte de n'être plus une adulte respectée et respectable, il aurait trouvé à lui répondre sans s'énerver, en assumant cette position, et en disant peut-être à la résidente qu'il ne voulait pas la blesser mais prendre soin d'elle, et que sa position maternante était sa façon à lui de le montrer. La position inconsciente de chaque soignant a une incidence sur le soigné, elle fait partie de la relation autant que la position consciente, c'est-à-dire celle que veut adopter l'infirmier.

Dans le cas précédent, l'infirmier aurait pu aussi demander calmement à la résidente pourquoi sa position maternelle la rendait si violente à son égard, il aurait pu l'interroger sur ce qu'elle ressentait afin de la connaître un peu mieux. Cette dernière attitude demande une vraie connaissance de soi et une confiance en soi (résultant de la connaissance qu'on a de soi) qui aurait empêché l'infirmier de se retrouver trop atteint par la remarque de la personne âgée.

L'assurance qui découle d'une analyse de sa pratique permet de s'intéresser à la personne, permet de l'écouter en faisant *personnellement* abstraction de l'attaque, en ne la considérant pas comme *personnelle* justement mais en replaçant la réaction du patient dans le contexte de sa vie, de son histoire, de sa situation actuelle. Il permet aussi de créer un lien de confiance, à travers la parole, avec le soigné. Si le soignant montre qu'il survit à ses attaques, qu'il n'est pas détruit, qu'il en fait un échange positif pour la relation et la suite de la prise en charge, il y gagnera pour son expérience personnelle et professionnelle, son bien-être et celui du malade.

► « Distance » et affects

La distance est donc induite par le travail psychologique que l'infirmier est capable de faire ainsi que par la qualité de l'analyse de ses sentiments afin

d'accueillir ce qui se passe dans la relation avec le soigné et de l'accompagner, là où il en est, pour qu'il avance et évolue physiquement et psychiquement tout au long du processus de soin.

Cette distance permet également de soigner des personnes d'un abord extrêmement antipathique et difficile puisque l'infirmier comprend que ses sentiments personnels, qui existent et qu'il doit soutenir, assumer, ne l'impliquent pas en tant que professionnel dans la situation actuelle mais impliquent son histoire dans la réminiscence floue de ce qu'elle fait remonter, sous couvert de la situation de soin, dans le présent du soin. Ce n'est pas uniquement cette personne-là qui est impliquée mais des affects qui, à l'occasion de la rencontre, ressurgissent et qui, à la base, ne s'adressent pas à elle. C'est naturel, humain. Cela se passe dans diverses situations de la vie (en amitié, en couple, en famille, entre professionnels de tous les métiers).

Toutefois, dans un lieu de soins, la proximité humaine entre le soignant et le soigné – et parce qu'il s'agit de soigner, de guérir un être vivant – rend particulièrement important un travail sur ses sentiments, sa position pour être de plus en plus à l'aise avec le patient et dans sa profession : la véritable reconnaissance est celle qui vient de la satisfaction personnelle d'un travail bien fait plus que celle, agréable certes, qui viendrait du patient. L'avantage est que, les bons soins accordés à un patient qui ne manifeste pas la reconnaissance attendue demeurent une réussite et une satisfaction même en l'absence d'une réaction positive de sa part.

On voit bien que la relation de soin est une rencontre entre deux histoires, uniques, singulières, et que, de ce fait, elle est elle-même unique, singulière et mérite d'être traitée comme telle à chaque fois. C'est ce qui en fait la richesse et la complexité. Ce qui réussit avec une personne peut échouer avec une autre de ce fait. Le réajustement à opérer dans la stratégie de soin se fera grâce à l'écoute et à l'observation clinique du patient, par l'infirmier notamment, et grâce à un travail d'équipe. C'est tout au long de sa carrière, de ses difficultés, de ses joies, de ses réussites mais aussi de ses angoisses que l'infirmier va progresser et affiner sa position dans le contexte de sa pratique, en fonction de ce que son travail et les patients lui révéleront sur lui-même par leurs confidences et leurs attitudes qui influenceront sur son comportement et l'enrichissement de son expérience.

► Le terme « distance » entre soignant et soigné est-il bien choisi ?

Il semble impliquer d'emblée un éloignement qui n'a pas lieu d'être. S'il est nécessaire que l'infirmier ne s'attribue pas les souffrances d'autrui, ne se laisse pas envahir ni détruire par la douleur et la souffrance (psychique et physique) de la personne qu'il soigne afin de conserver une clarté d'esprit et de décision pour continuer à lui apporter les soins nécessaires, il est important aussi qu'il soit sincère avec ce qu'il ressent pour son patient (sympathie et/ou antipathie, amour et/ou haine, agressivité et/ou indifférence...) et la position dans laquelle ces sentiments le placent d'emblée. Il n'y a pas de jugement à apporter sur ce que ressent l'infirmier ; il n'y a pas de faute à aimer ou non un patient, c'est

ainsi, le tout est de pouvoir travailler correctement avec ce patient sans se laisser entraver, décontenancer ou arrêter par les affects.

Plutôt que de parler de la « distance » ou de la « bonne distance » avec le patient, il serait plus constructif et positif de parler aux élèves infirmiers de « l'approche » ou de la « bonne approche » avec le patient, puisqu'au fond, c'est de cela dont il s'agit pour l'infirmier : approcher la personne à soigner sans être intrusif ni se laisser envahir, faire en sorte qu'une relation de confiance se noue. Lorsque les formateurs parlent de « distance », le patient est perçu comme un danger ; dans le terme « approche », il est vu comme un être à rencontrer avec les difficultés inhérentes à la situation de la rencontre et non à la personne elle-même. L'approche « réussie » inclut la mise en place de la « bonne distance », mais ce n'est pas de « distance » dont l'infirmier doit s'occuper au préalable parce qu'elle suggère une attitude défensive face au malade. Les élèves infirmiers le sentent bien et c'est ce qu'ils disent dans les réflexions retranscrites au début de ce chapitre.

La « distance » n'est pas un éloignement, elle ne se définit pas par « ce que le soignant ne doit pas être, ce qu'il ne doit pas faire », mais par la compréhension de ce qu'il fait, de ce qu'il est. C'est une position intérieure, psychique où le soignant a compris sa situation affective avec la personne qu'il accompagne. Lorsqu'en plus le professionnel sait pourquoi il a choisi d'être infirmier, choix en lien avec son histoire, et pourquoi il se dirige vers une population, un service plutôt qu'un autre, sa position n'en devient que plus juste et plus porteuse de bien-être pour lui et pour ses patients.

L'agressivité dans la relation de soin



► L'agressivité en psychanalyse

L'agressivité est, dans les premiers temps de la vie humaine, une tentative de communiquer, d'entrer en relation. L'agressivité est un mode de construction de l'être selon les théories de Donald Winnicott et de Mélanie Klein.

Pour Mélanie Klein, le bébé est à la fois dans une relation libidinale érotique à l'objet maternel et à la fois dans une agressivité (fantasmatique) à son égard.

L'être a besoin de cette agressivité pour accéder à une autonomie, s'affirmer, se faire respecter comme être humain à part entière et manifester sa présence, la revendiquer comme telle. Seulement, le bébé doit ensuite dépasser ce stade d'agressivité, de « haine » contre l'objet (à la fois interne, fantasmatique et réel, la mère) pour réparer les souffrances et la destruction qu'il croit que ses attaques ont provoqués sur cet objet maternel. Par cette croyance en la nécessité d'une réparation, sous peine de représailles de l'objet et de crainte d'anéantissement (parce que, si l'objet disparaît, l'enfant ne peut survivre), le bébé accède à l'amour pour l'objet.

Pour Freud, l'agressivité n'est pas seulement une projection extérieure, dirigée contre un objet, elle agit également à l'intérieur de chacun de nous entre les différentes instances de l'appareil psychique (notamment entre le moi et le surmoi ; voir *Fiche 5*, page 149). L'auto-agression serait, pour Freud, le principe même de l'agressivité.

Dans le contexte de soin, cette remarque clinique de Freud est précieuse et aisément vérifiable : souvent, l'agressivité d'un patient vient de sa maladie, de ce qu'il vit intérieurement comme un combat pour survivre ou comme un combat surmoïque et moïque pour sauver son narcissisme en péril du fait de l'impuissance physique, psychique, dans laquelle sa maladie peut le mettre, et du fait aussi des traumatismes (voir *Fiche 12*, page 157) qu'il peut vivre à cette occasion. Il s'adresse des reproches relatifs à sa faiblesse, à sa fragilité, à son incapacité à s'être maintenu en bonne santé par exemple. De même, l'agressivité des soignants vis-à-vis de certains patients peut résulter d'un mécontentement qu'ils s'adressent à eux-mêmes, relatif à l'impossibilité de guérir la personne, de lui apporter des soins suffisants ou mieux ciblés. Ce mécontentement que le professionnel peut vivre vis-à-vis de ses compétences ou de ses actions de soins, ces auto-reproches qu'il s'adresse, peuvent rejaillir, comme défense du moi, dans une attitude agressive à l'égard du patient lorsqu'ils demeurent inconscients et se développent à l'insu de l'infirmier.

Par conséquent, si l'infirmier ressent de l'agressivité vis-à-vis d'un patient, cela peut révéler à son égard une position peu compatible avec le soin, trop chargée d'affectivité, d'angoisse, sans recul affectif suffisant. L'agressivité ressentie est

un bon signal qu'il se passe quelque chose dans la relation, sous forme de transfert, dont il faudra analyser l'origine pour la bonne poursuite des soins.

En outre, l'agressivité est d'origine pulsionnelle. C'est le résultat de la pulsion de mort (voir *Fiche 14*, page 160) projetée sur un objet (voir *Fiche 9*, page 154) jugé mauvais. Elle a aussi un rôle constructif pour l'individu puisqu'elle entre également dans l'édification du moi, dans la capacité de différenciation avec autrui, l'affirmation de soi, la possession, et qu'elle soutient le narcissisme. Dans l'agressivité qui permet la construction de soi, il y a tentative de rencontre de l'autre, d'entrée en relation. C'est une recherche du petit enfant d'un objet externe qui lui permet en même temps de se découvrir lui-même, par rapport à cet objet, cet autre, de découvrir ses limites corporelles et psychiques, de devenir autonome.

Il convient donc de distinguer l'agressivité, primaire, pulsionnelle, constructive, de l'agressivité consistant à se mobiliser pour blesser intentionnellement autrui.

Agressivité d'un patient et réaction transférentielle positive d'une infirmière débutante.

L'agressivité peut prendre différents aspects, elle ne s'accompagne pas toujours de colère explosive, de mécontentement dit. Elle peut être insidieuse, comme dans l'exemple suivant :

« Une jeune infirmière entre dans la chambre d'un patient, dans un hôpital, afin de lui faire une perfusion. Nouvelle dans la profession, elle tente de faire de « l'humour » : « Ah, bah, vous allez souffrir ! Vous avez pas de chance, vous. Je débute et je ne sais pas faire les perfusions. C'est ma première. Il risque d'y avoir du sang partout. Bon, tant pis, hein ? » Puis elle se met à rire toute seule à sa « blague ». En fait, le patient, peu rassuré, choisit de se laisser faire quand même, d'ailleurs, elle ne lui a pas laissé le choix puisque l'infirmière s'est saisi de son bras en débitant tout cela, avec une certaine nervosité dans les gestes et une voix extrêmement aiguë, désagréable et avec un débit rapide qui ne laissait pas de place à une possible réponse du patient. Résultat : la perfusion fut posée sans problème et le patient, rendu nerveux par l'entrée en matière de la jeune infirmière, a pu alors se détendre, sans comprendre très bien pourquoi cette infirmière lui avait dit tout cela. L'infirmière le laissa dans sa perplexité, sans autre mot, et disparut après avoir accompli son devoir. »

L'« humour » de cette jeune professionnelle débutante, sans doute peu à l'aise d'avoir à poser cette perfusion, apparaît comme une défense contre son angoisse, angoisse dévoilée par la prosodie de sa voix et son débit rapide. Une certaine agressivité ressort de cette plaisanterie puisqu'en fait, elle fait mention, de manière exagérée, d'une possible souffrance du malade (« du sang partout »). Cette agressivité, liée à la peur, est dirigée vers le patient parce qu'il

est considéré inconsciemment par la jeune débutante comme fautif d'un risque de mise en échec qu'elle redoute (donc comme un mauvais objet pour elle). Elle craint la remise en question de ses compétences à travers sa peur de faire du mal au patient. Elle choisit de dire son émotion de manière détournée (c'est cela qui est agressif, cet humour noir dont elle fait preuve) et dans une attaque agressive où surgit la destruction (le risque de destruction dont elle tente de se dire à l'avance que ce ne sera rien : « Il risque d'y avoir du sang partout. Bon tant pis, hein ? »). Garder ses craintes pour elle ou dire calmement au patient qu'elle a besoin de sa coopération pour poser sa première perfusion aurait été préférable.

L'ambivalence de l'agressivité apparaît bien dans cet exemple puisqu'elle est à la fois destinée à entrer en relation avec le patient (de manière très maladroite) tout en le sacrifiant (en l'angoissant) au but d'éliminer la tension interne que créait la nécessité de poser cette première perfusion. C'est une agressivité pulsionnelle ici qui n'avait pas pour but de détruire intentionnellement l'autre mais plutôt de soutenir narcissiquement le moi de l'infirmière qui, ainsi, croyait ne pas dévoiler ses peurs qu'elle dissimulait (à elle-même aussi) sous une apparente plaisanterie, comme pour annuler ainsi le risque d'incompétence.

Inquiéter une personne malade peut avoir des conséquences négatives sur son moral : la perte de confiance en l'infirmière par exemple peut retarder une guérison ou la compliquer s'il s'y ajoute une angoisse liée à un doute sur les capacités professionnelles du soignant.

L'humour contre l'agressivité : l'expérience d'une jeune infirmière dans un service de rééducation en gériatrie

L'humour, s'il est bien employé, c'est-à-dire comme trait d'esprit destiné à susciter le rire, peut se révéler un bon moyen de répondre à l'agressivité en la détournant, en se décalant du discours de la personne au lieu de le prendre violemment pour soi.

Une jeune infirmière qui commence à travailler en gériatrie, dans un service de rééducation me rapporte l'échange suivant avec un patient :

« J'arrive dans le service, c'était mon premier jour et le premier patient que je vais voir me repousse énergiquement, avec un regard dur et un ton catégorique : « Allez-vous en ! Ne me touchez pas ! Je déteste les blouses blanches ! » Alors, je lui réponds calmement et avec un sourire : « Mais moi, je suis une petite bleue, je commence. » Il m'a regardée, surpris, et il a eu un petit rire : « Ah, alors, ça va, les débutants, ils se sentent souvent très impliqués avec les malades. » Bon, au début, j'ai tâtonné, mais c'est pas grave, ça s'est bien passé. Je crois que c'est une question d'attitude. Ça commençait plutôt mal mais après, la relation a été vraiment facile. »

Le mot d'esprit de l'infirmière débutante a permis de désamorcer chez ce monsieur une hantise du corps médical dont on ne sait pas à quoi elle est liée dans

son histoire. En tout cas, au lieu de se laisser décourager et décontenancer par un accueil peu chaleureux, la jeune infirmière a eu la ressource d'une répartie agréable, décalée par le ton et le contenu des propos du patient. Ce décalage provoque surprise et apaisement chez celui-ci qui, en outre, loin de se trouver anxieux de voir une débutante s'occuper de lui, s'en montre même ravi puisqu'il associe les notions de plus grande implication et application dans le soin au professionnel débutant.

Dans cet exemple, l'infirmière montre, par sa réponse, qu'elle a entendu son patient, son inquiétude et elle adapte sa répartie à l'expression du patient à travers le jeu de mots reposant sur les couleurs « blouse blanche/petite bleue », ceci au sein d'un transfert positif pour ce patient malgré sa réaction de rejet. Elle transforme la tentative d'assimilation de tous les membres d'une équipe médicale à une masse informe incompétente connotée par la couleur blanche, en se distinguant de manière géniale par la désignation « petite bleue » marquant avec humilité (« petite ») sa singularité et sa nouveauté susceptibles d'apaiser le patient.

Cette adaptation au patient, qui reprend son mode d'expression de qualification par la couleur des habits, constitue en même temps un renversement de ses propos vers du positif, avec une manière de se présenter qui s'oppose à l'agressivité du patient tout en restant ferme quant à l'intention de s'occuper de la personne, désir qui donne à l'infirmière cette faculté de trouvaille lui ouvrant en retour les portes d'une attention positive de la part du patient.

L'agressivité du soignant : l'expérience d'un infirmier en maison de retraite

En revanche, répondre à l'agressivité par l'agressivité est un piège et constitue une spirale infernale d'où soignant et soigné sortent meurtris. Il est bon que le soignant ne s'y laisse pas prendre. Le soigné, lui, n'est pas en position d'analyser les choses, de prendre sur lui, c'est au soignant qu'incombe donc cette lourde tâche de débloquent les situations de sorte à ce que la relation se passe bien et que le soin réussisse. Cela peut aider l'infirmier de garder à l'esprit que le patient est agressé par sa maladie et que, s'il se montre agressif, c'est peut-être aussi dans un mouvement de tentative d'éradiquer la douleur ou la maladie elle-même. C'est contre elle qu'il se bat en priorité mais la présence de l'infirmier réactive cette réalité de la maladie, c'est pourquoi il se voit adresser certaines paroles violentes sans en être la cause.

L'exemple suivant montre combien il est aisé de se laisser aller à une violence verbale regrettable à l'encontre de patients plus difficiles que d'autres à prendre en charge. C'est une infirmière coordonnatrice dans une maison de retraite médicalisée de la banlieue parisienne qui me raconte l'événement suivant qu'elle a eu à traiter et qui concerne la malheureuse intervention de l'un des soignants de l'équipe :

« Nous avons des résidents très difficiles dans notre maison de retraite. Ils sont âgés et malades. Souvent, ils se comportent comme des « enfants gâtés » mais c'est parce qu'ils nous demandent de les aimer et ont peur qu'on les abandonne, qu'on les laisse mourir seuls. En tout cas, il y a peu, l'infirmier de nuit a dû se rendre dix fois de suite en l'espace de vingt minutes dans la chambre de M. P. qui n'arrivait

pas à dormir et disait avec une certaine agressivité qu'on ne lui avait pas donné à manger, qu'il était mal installé, que tout le monde voulait qu'il meurt, qu'il n'avait pas eu son traitement, etc.

À chaque fois, l'infirmier, selon son propre rapport, lui répondait qu'il s'inquiétait pour rien et qu'il fallait dormir. Après lui avoir répondu plusieurs fois qu'il avait dîné, pris son traitement, etc., l'infirmier de nuit a commencé à en avoir assez de ce Monsieur qui n'arrêtait pas de sonner et, au coup de sonnette suivant, il a déboulé furieux dans la chambre et a dit au résident : « Si vous n'arrêtez pas tout de suite de m'embêter, j'appelle le SAMU et je vous envoie à l'hôpital ! »

M. P. m'a raconté cela le lendemain en me disant qu'il avait pleuré toute la nuit et qu'il avait eu peur que l'infirmier se « débarrasse » de lui en mettant sa « menace à exécution », ce sont ses mots. Je vais demander que l'infirmier présente des excuses tout en essayant de voir comment on peut s'organiser pour faire face aux angoisses nocturnes de M. P. qui ne datent pas d'hier. »

Dans ce dernier cas, l'infirmier s'est laissé débordé par M. P. parce qu'il a invalidé les motifs de reproches qu'abordait le patient mais n'a pas pris la peine de s'occuper de la souffrance psychique sous-jacente qui activait les demandes de M. P., de ses « angoisses nocturnes » comme les a nommées justement l'infirmière coordonnatrice. L'infirmier s'est laissé submergé par une suite interminable de reproches parce qu'il n'a pas su les arrêter, ni y mettre une limite en prenant le temps de s'asseoir quelques instants avec le résident et en lui demandant, par exemple, ce qui l'angoissait ainsi pour qu'il ne cesse de vouloir la présence de l'infirmier dans sa chambre. Cela aurait pu rassurer M. P. de savoir qu'il était compris, que l'on s'intéressait à lui non pas seulement dans le domaine médical mais aussi en tant que personne.

C'est toujours très violent pour des soignants qui s'occupent de personnes âgées en faisant tout ce qu'ils peuvent de s'entendre dire : « vous voulez que je meure ! ». Parfois, cette phrase indique que le psychisme, la personne du patient ne sont pas suffisamment pris en compte et que le patient se sent surtout pris en charge du point de vue de la santé physique, ce qui ne suffit pas, surtout pour une personne âgée qui sait qu'elle va finir ses jours dans l'institution dans laquelle elle se trouve et que les soignants sont les dernières personnes (en dehors de la famille, quand il y en a une) avec qui elle aura des liens sociaux et affectifs. Si ces derniers ne les lui accordent pas et font leur travail techniquement, sans relation humaine, le patient se trouvera mal. C'est le cas ici de M. P. Ce sont ses angoisses qui le font appuyer sans arrêt sur la sonnette. Lorsqu'un patient agit ainsi, qu'il se montre en apparence toujours insatisfait de ce que l'infirmier lui donne et réitère des demandes constamment, c'est au fond, inconsciemment, une demande d'amour, de reconnaissance de sa position de sujet que le patient met en scène. Les demandes seront réitérées tant qu'il n'aura pas été reconnu, dans la parole et l'attitude du soignant, comme un sujet désirant qui aimerait qu'on le considère humainement et non seulement comme un corps-objet à soigner¹⁴, une mécanique à remettre en route. Si l'infirmier avait consacré quelques minutes à s'intéresser vraiment, humainement à M. P, celui-ci aurait pu dire son véritable mal-être au lieu d'être

14. Alors que le corps, c'est aussi le sujet, voir la deuxième partie.

agressif pour des raisons qui n'étaient pas les véritables causes de son agressivité.

L'agressivité de M. P. n'était pas destinée à faire du mal à l'infirmier, à l'« embêter » comme celui-ci l'a cru, se sentant à tort personnellement attaqué par M. P. Cette agressivité était ici la manifestation des pulsions de mort projetées à l'extérieur avec acharnement, au moyen de la sonnette, et correspondait à la volonté du résident d'avoir une présence à ses côtés parce que la nuit est un moment angoissant, notamment pour les personnes âgées qui pensent à la mort dans ces temps-là et craignent de ne pas se réveiller. L'endormissement est donc plus difficile pour elles puisqu'elles tentent de maîtriser un état de veille par crainte que le sommeil ne soit mortifère. En outre, la nuit, peuvent rejaillir des souvenirs douloureux de la vie, des fantômes du passé, des images de personnes aimées et décédées qui apparaissent ainsi dans le silence et l'inanité de ce moment qui évoque la mort. L'agressivité de M. P. consistait en une tentative d'attirer l'attention sur lui pour être sûr que quelqu'un s'apercevrait qu'il allait mal s'il lui arrivait quelque chose, pour manifester qu'il était en vie et peut-être aussi pour conjurer ainsi la mort. Tout cela de manière floue et inconsciente, puisque l'angoisse (voir Fiche 18, page 167) se manifeste lorsque l'objet angoissant n'est pas cerné, n'est pas connu. Lorsqu'il l'est, un travail de parole autour de lui peut s'engager qui entraîne une diminution de l'angoisse. L'infirmier, quant à lui, n'a pas su maîtriser ses sentiments ni, par conséquent, sa réponse et il a fait preuve d'une agressivité destructrice qu'il a laissée, à tort, s'exprimer ouvertement au lieu de la contenir et d'aller en parler ensuite avec le psychologue.

Deux éléments ont provoqué cette situation : le fait qu'il n'a pas perçu le mal-être psychique du résident et n'a pas pris la peine de le faire parler à ce sujet ou de lui faire savoir qu'il l'avait perçu mais qu'il n'avait pas le temps pour l'instant de venir en parler avec lui parce qu'il était débordé. Il aurait pu lui dire qu'il viendrait lorsqu'il aurait plus de temps, ce qui aurait certainement suffi à apaiser la personne. En outre, il a pris contre lui (« Si vous n'arrêtez pas de m'embêter... ») comme une attaque personnelle, ce qui était un malaise du patient lié à sa situation.

L'infirmier a répondu avec l'intention menaçante de paralyser le résident pour ne plus l'entendre, en formulant ce qui était la solution la plus angoissante pour son patient : qu'on se débarrasse de lui, qu'on l'abandonne, ce qui constituait entre autres la source principale de son angoisse. L'infirmier a donc bien cerné, dans le transfert, que les coups de sonnettes étaient une demande d'amour puisqu'il menace le résident de le priver de cet amour et de cette attention en l'envoyant à l'hôpital, ce qui revenait à s'en débarrasser. Bien entendu, cela a terrassé M. P. qui n'a plus sonné mais qui s'est retrouvé en pleurs et extrêmement mal. L'infirmier n'a pas pris le temps de réfléchir à ce que faisait le résident et ne s'est pas demandé pourquoi les coups de sonnette étaient incessants et pourquoi cela l'énervait, lui, le soignant : en fait, si l'on considère la violence de sa réponse, il n'est pas impossible qu'il ait été mis à mal, atteint par l'angoisse du résident et que cela l'ait angoissé aussi, d'où l'agressivité de la réponse. Mais, au lieu d'analyser ses ressentis, il s'énervait, se laisse emporter par les angoisses personnelles que la situation active et dont il se défend en banalisant le mal être de M. P., en ne cherchant pas plus loin que ce qu'il avance lui-même comme étant les raisons du mal-être du résident.

Ces défenses contre son angoisse et l'angoisse elle-même empêchaient l'infirmier de penser et de prendre du recul dans cette situation : là, il aurait fallu une distance par rapport à ce qui se mettait en place dans la relation soignant/soigné, ce qui ne revenait pas à se montrer distant avec le patient, mais à s'intéresser vraiment à lui, de manière attentive et empathique en tentant d'entendre ce qu'il vivait intérieurement et qu'il ne parvenait pas à exprimer autrement que par une apparente attitude d'exigences illimitées.

Cette question « d'entendre » ce que dit le patient, fait partie de la formation à « l'écoute active » à laquelle les infirmiers sont sensibilisés dans les IFSI et que nous allons aborder à présent tant il est vrai que c'est une part nécessaire, primordiale du travail de l'infirmier, quel que soit son domaine d'exercice.

L'écoute active

► Définition

Dans le dictionnaire Le Robert, nous trouverons la définition suivante à l'article « écouter » : « du bas latin *ascultare*, puis en latin classique *auscultare* qui a donné *ausculter* ». C'est d'emblée dans un registre à la connotation médicale que le mot se présente. La situation médicale apparaît donc comme le lieu privilégié de l'écoute, dans un but de soin. C'est, en outre, l'écoute de l'organisme (le cœur, les bronches...) que l'étymologie met en valeur. L'écoute commence donc par une préoccupation concernant le bon fonctionnement physique de l'individu.

Puis, l'ordre des définitions va vers une précision de plus en plus psychologique, avec un intérêt de plus en plus accru dans la prise en compte de la personne à écouter comme un sujet qui n'est pas seulement un corps, un organisme à faire fonctionner, dont on doit veiller à la bonne « mise en marche », mais aussi un être doué d'émotions. Pas seulement une mécanique mais une entité bien plus complexe. C'est à cette complexité que les infirmiers ont affaire. C'est là l'écueil et la difficulté de leur travail : ils auront toujours des manuels efficaces pour leur dire comment « faire », mais aucun manuel ne saura traiter de manière complète les émotions relationnelles qu'ils vivront avec les personnes qu'ils prendront en charge parce que chaque relation est unique en ce qu'elle met en présence à chaque fois deux êtres uniques.

Ce n'est donc pas simple de parler de « l'écoute ».

► Écouter et entendre

Le dictionnaire définit tout d'abord l'écoute comme le fait de « s'appliquer à entendre ». Quelles différences faire entre écouter et entendre ?

« Entendre » peut désigner un acte involontaire : on entend un bruit sans y prêter plus d'attention. « Entendre » est aussi un synonyme de « comprendre ». En psychologie clinique et en psychanalyse, « entendre » ce que dit la personne qui vient consulter nécessite une acceptation du transfert et une « écoute » particulière : « entendre » signifie alors tenter de percevoir le discours latent derrière le discours manifeste. En d'autres termes, on n'écoute pas seulement ce qui est dit volontairement (le discours manifeste, consciemment maîtrisé), mais on essaie de percevoir le message qui se cache derrière les mots et qui peut se révéler par une attitude corporelle, certains gestes, une mimique particulière.

« Écouter » pour « entendre » est, dans ce cadre, un état actif qui demande une attention particulière, une tension particulière, de l'ouïe mais pas seulement. Il s'agit surtout d'accepter de s'exposer à recevoir le message, à en ressentir du déplaisir ou de la joie, de la colère, de l'amusement, de la surprise, à entrer en relation avec un autre différencié, sans le juger mais en essayant d'entendre ce qu'il va dire, c'est-à-dire, pas seulement l'intonation de sa voix, les mots qu'il va prononcer. Il est important aussi d'essayer de percevoir ce que ses paroles dissimulent (le discours latent) : son angoisse, sa méfiance vis-à-vis du traitement, ses craintes concernant un éventuel acte chirurgical, etc. Le patient ne les dira pas toujours clairement, mais si l'infirmier les perçoit, il aura un rapport de soin beaucoup plus juste et efficace avec la personne.

Dans « écoute », il y a également une connotation de bienveillance vis-à-vis de la personne, une marque d'intérêt pour elle : c'est un sujet, une personne humaine qui a toute sa faculté de choix et de jugement, pas un malade qui se réduit à ses symptômes, et cela, c'est fondamental. On ne peut pas soigner correctement une maladie si on ne prend pas en compte la personne. « Pas correctement », c'est-à-dire que, s'il lui reste le sentiment d'avoir été rejetée, méprisée, incomprise à la sortie des soins, même si les symptômes organiques sont guéris, elle risque de rechuter plus facilement ou de développer un état de déprime ou plus grave, un état dépressif. Ce ne sera donc pas une personne guérie qui sortira d'entre les mains des soignants.

Comme Freud l'a dit : le corps et le psychisme ne font qu'un, « le moi est avant tout corporel »¹⁵.

Bien sûr, il ne s'agit pas pour les infirmiers de revêtir tout à coup la fonction de psychologue alors que ce n'est pas la voie qu'ils ont choisi, mais une relation forte unit l'infirmier à la personne qu'il va soigner, d'emblée, sans qu'elle ou lui ne l'ait choisi. Comment réussir cette rencontre ?

Qu'est-ce que la capacité d'écoute suppose comme position de l'infirmier à l'égard du patient ?

Le corps et le psychisme ne font qu'un, il faut donc entendre le terme « position » dans son aspect psychique et physique : quelle attitude, quelle « stratégie » physiques et psychiques adopter ? Comment se situer vis-à-vis de la personne dont on reçoit les propos ? Comment accueillir ce qui est dit ?

Un positionnement du corps en dit long sur l'envie ou non d'écouter quelqu'un, sur le désir ou non de se trouver en entretien avec lui. De même, observer la personne pendant qu'elle parle est aussi une écoute : sa position peut révéler qu'elle pense tout le contraire de ce qu'elle dit par exemple. La communication est souvent infra-verbale.

La situation de parole (du côté du soigné) met en jeu des éléments pulsionnels, affectifs qui peuvent rendre pénible l'écoute.

L'exemple suivant, rapporté par une étudiante infirmière, montre que cette difficulté survient à travers des éléments d'origines diverses :

15. Freud, Essais de psychanalyse, « Le moi et le ça », 1923, Payot.

« *Le regard de la personne qu'on écoute peut être gênant, plus que les mots. Je pense à un monsieur qui me regardait avec des yeux, comme si j'allais le sauver, comme si j'allais sauver le monde. Il était en service de cardiologie et ses jours étaient en danger. Je ne comprenais pas ce qu'il me disait lorsqu'il me regardait comme ça. Je n'arrivais pas à l'écouter. En plus, il n'était pas français, il était maghrébin, comme moi, et dans l'accident qu'il a eu, il avait perdu une partie de ses dents (l'étudiante fond en larmes). Cette image, je ne l'oublierai jamais.* »

Cette jeune future infirmière a été très touchée par l'aspect physique très abîmé de ce patient, son pronostic vital critique et son regard qui la déstabilisait parce qu'elle aurait aimé sauver ce patient qui la confrontait à un grand sentiment d'impuissance et à une image de désespoir qui venait toucher des éléments de son histoire à elle, de son expérience humaine, en lien aussi avec ses propres origines qui créaient pour elle un point d'identification (voir Fiche 13, page 159) à ce monsieur. Le regard, la voix sont des objets pulsionnels importants qui jouent un rôle chez chacun dès les premières secondes de la vie et entrent en compte dans le bien-être ou le mal-être du bébé : le regard de la mère sur lui est un premier miroir où l'enfant se perçoit, perçoit l'image de ce qu'il est à travers ce que le regard de sa mère lui en renvoie¹⁶.

Dans le regard de ce monsieur, la jeune étudiante s'est sentie investie d'une mission impossible, d'une image de « sauveuse » qui l'a troublée affectivement au point qu'elle n'a pu apporter l'aide nécessaire à cette personne dans le domaine d'une écoute possible. Peut-être ce monsieur n'attendait-il pas d'elle ce qu'elle projetait dans ce regard ? Peut-être qu'une écoute aurait pu la renseigner sur ce qu'il souhaitait ? On voit bien, là encore, comment les affects personnels, l'inconscient, viennent compliquer les choses dans la relation lorsque le patient vient toucher le soignant dans ses sentiments les plus profonds. La relation de soin, d'écoute comme soin aussi, s'imprègne alors de cette difficulté pour l'infirmier de maintenir une indispensable différenciation avec son patient, nécessaire pour la justesse de la position dans la pratique infirmière et pour que le soin prodigué corresponde à l'attente du patient.

Dans la parole que la personne va adresser à l'infirmier, elle lui transmet un message et, par ce fait, elle va initier une relation avec lui : un lien va se tisser du fait de l'écoute du professionnel. Ce lien sera traité différemment selon que celui qui reçoit la parole est médecin, infirmier, psychologue mais dans les trois cas, ce n'est pas tant de faire parler l'autre qui est difficile que de recevoir cette parole (c'est ce que nous montre la situation précédente) et d'en entendre l'important. Il y a toujours une dimension transférentielle dans un entretien et, même si l'infirmier n'est pas psychologue, il a affaire avec le transfert comme on l'a déjà dit : si un patient raconte à un infirmier une violence dont il a été victime et qu'il lui parle comme si c'était lui l'agresseur, c'est qu'il transfère sur lui (il déplace sur lui) les émotions qu'il a conçues pour le véritable agresseur, du simple fait que c'est l'infirmier qui l'écoute à ce moment-là et que c'est à lui

16. À ce sujet vous pouvez lire D. Winnicott : « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. », *Jeu et réalité*, folio essais, 1975.

qu'il raconte les faits. Mais, ce n'est pas l'infirmier qui est visé et il est important de faire cette distinction.

En outre, il est important que l'infirmier ne juge pas ce qui lui est dit, ni ne le critique, ni ne l'approuve. Il accueille et voit ce que ces propos lui apportent sur la connaissance de son patient pour voir comment ensuite s'y prendre avec lui, quoi lui dire pour lui faire accepter ses soins avec confiance, ce qui facilitera le lien soignant/soigné et la guérison.

Pour tisser un lien relationnel avec la personne reçue en entretien, il est nécessaire de tenir compte de plusieurs choses : sa personnalité (si elle est inhibée ou labile, s'il y a des « bizarreries » langagières ou dans l'attitude laissant envisager le risque d'une psychose, si la personne est dans la fuite ou au contraire se montre présente aux questions posées), cela permet de formuler les questions et de remettre en perspective les réponses données. La culture du patient est importante : est-ce qu'il parle la même langue que le soignant ? Est-ce qu'il comprend bien ce qu'il lui demande ? En outre, le lieu et le moment où se situe la relation (à l'hôpital, avant une opération grave...) sont à prendre en compte puisque cela influence la disposition d'esprit et l'état affectif du patient.

Le fait que le soignant cherche à comprendre le problème dans les termes où ils se posent pour l'individu et non en le ramenant (pour se rassurer) à des situations déjà connues, à des généralités, est nécessaire pour entendre ce que cette personne a à apprendre aux soignants de son histoire, ou de l'histoire de sa maladie, de son vécu.

Dans l'écoute, il est important de laisser du temps à la personne pour parler. Les silences sont parfois pénibles et le risque est grand de vouloir les combler par d'autres questions, par des propos qui vont empêcher l'autre de parler en fait. Un autre risque consiste aussi à vouloir donner des solutions sans laisser le temps à la personne de trouver les siennes. Respecter les silences qui sont un processus de maturation, d'élaboration de la pensée et éviter de finir les phrases à la place de la personne, permettent d'avoir des indications sur les éléments qui suscitent des résistances chez la personne et d'en tenir compte pour la suite du soin.

Dans une bonne écoute, il est important que la personne reçue sente que sa parole est accueillie, qu'elle trouve en l'infirmier une résonance, que sa guérison et son bien-être lui tiennent à cœur.

L'écoute n'est pas une « conversation » entre l'infirmier et la personne dont il s'occupe. C'est un étudiant infirmier qui soulève très justement cette question à travers son expérience :

« J'ai fait mon stage en crèche. Là, c'est surtout des changes et une participation dans un rôle d'éducateur. Je recevais également les parents dans une écoute parents/enfants, l'observation de leur relation, de leurs réactions. J'observais également les enfants. C'est pas de l'écoute ça, ils parlaient pas [je réponds alors ceci à l'élève infirmier : ce que l'on appelle « l'écoute » ne passe pas seulement par l'ouïe mais par l'observation des jeux, des gestes, des manifestations de plaisir et de déplaisir du petit enfant, de ses demandes par toutes sortes de bruits vocaux, buc-

caux qui constituent les prémices du langage.] *Ah, c'est de l'écoute alors ? Mais, pourtant, on peut pas tenir une conversation avec eux, ils se détachent tout de suite. [Je pose alors la question : est-ce que c'est une « conversation » l'écoute ?] Je pense que pour l'écoute, il faut établir une conversation pour avoir une relation de confiance avec la personne que l'on écoute. La confiance facilite les choses pour l'écoute. »*

Cet étudiant infirmier s'est senti lésé dans son stage puisqu'il avait l'impression qu'il n'y avait rien à écouter avec les enfants, juste à appliquer un savoir technique avec eux tandis qu'il avait trouvé, à juste escient, un travail d'écoute à faire avec les parents et d'observation des interactions parents/enfants. Toutefois, l'écoute et la relation avec les personnes que les infirmiers prennent en charge, accompagnent, n'est pas une « conversation » : ce terme sous-entend un lien intersubjectif, dans une relation d'égal à égal, un échange naturel, spontané qui peut s'apparenter parfois à du bavardage sans enjeux particuliers. Or, ce que vont confier les parents à un infirmier est un message à l'adresse d'un professionnel censé les aider, aider leur enfant et le soigner. Ce qu'ils vont dire est important et demande une attention pour repérer s'ils sont en difficultés et n'osent pas le dire, quelle place a l'enfant pour chacun et dans le couple...

L'infirmier pourra ensuite en parler avec le psychologue s'il a entendu, par exemple, un problème grave chez les parents qui peut avoir des conséquences sur le développement de l'enfant. De même, dans l'observation du petit enfant, dans le fait de jouer avec lui par exemple, l'infirmier peut développer une écoute consistant à voir si le développement moteur, affectif de l'enfant lui paraît adéquat, s'il accepte la présence d'une personne auprès de lui (adultes et enfants) et la prend en compte, s'il se nourrit correctement, s'il n'a pas de cicatrices particulières (en cas de mauvais traitements), s'il y a des interactions possibles avec lui, etc. Que ce soit avec les parents ou avec les enfants, le regard porté est celui d'un professionnel au travail qui se doit de conserver sa capacité subjective de penser, d'analyser pour pouvoir en référer le cas échéant. La « conversation » risque d'entraîner un attachement affectif trop personnel qui peut entraver l'analyse et l'observation professionnelles.

En outre, la confiance des personnes dont le soignant s'occupe ne passe pas par le badinage mais par le fait de montrer une attitude professionnelle juste et des compétences rassurantes. La confiance vis-à-vis du petit enfant s'acquiert par un apprivoisement qui passe par le jeu, une présence attentive et un respect du bébé en tant qu'individu, en tant que personne à part entière à écouter dans ce qu'il manifeste et non à traiter comme un objet manipulable.

Les difficultés de l'écoute active

L'écoute comprend certains pièges, comme on le voit à travers les exemples précédents. En effet, on écoute forcément avec son histoire, ses représentations, ce que nous sommes. Une écoute n'est jamais neutre. C'est pourquoi certains propos peuvent nous toucher plus que d'autres, nous attendrir ou nous blesser.

Les « pièges » sont liés, du côté de l'infirmier, aux risques d'identification ou de rejet que la personne peut lui inspirer. Il est important de rester dans un juste

lien, qui n'est pas de l'évitement mais qui ne recherche pas non plus la complicité ni l'intimité avec le patient afin de ne pas se laisser envahir par les souffrances d'autrui, ni ses peurs, ni ses injures s'il y en a. Le patient, de son côté, peut mettre des défenses par crainte de se dévoiler. On reviendra sur les mécanismes de défense à l'occasion de la troisième partie.

Les mécanismes de défense du patient, destinés à protéger son moi (voir *Fiche 5*, page 149) d'une menace destructrice, constituent des « pièges », dans la mesure où les infirmiers risquent de ne pas percevoir le message que la personne leur fait passer et qui ne se réduit pas aux mots qu'elle prononce : il y a un discours latent – l'expression d'une angoisse par exemple – différent du discours manifeste qui peut être marqué par l'agressivité, la banalisation, la dérision, destinées à camoufler les vraies émotions.

L'écoute attentive constitue une relation d'aide. Elle est complémentaire d'un savoir-faire technique et représente plutôt un savoir-être nécessitant une bonne connaissance de soi, de ses limites et une réelle envie de faire progresser le patient vers un mieux-être.

Qu'est-ce qu'une relation « réussie » dans le contexte de soins ?



► La relation : une réalisation toujours complexe

L'entrée en « relation » résulte pour chacun de nous d'un développement affectif complexe. Il est toujours compliqué de tisser un lien relationnel avec une personne, et peut-être plus encore dans les situations où se trouvent les infirmiers qui ont souvent l'impression que leur place leur interdit ce qui constitue au fond toute relation : l'affect. La question pour eux est de trouver un équilibre entre le fait qu'ils doivent apporter une aide médicale à des personnes qui s'en remettent à eux parfois totalement, parfois avec beaucoup de réticences et de méfiance et que chaque situation, chaque patient, suscite humainement des sentiments, des réactions pulsionnelles qui composeront la relation, différente à chaque fois. C'est une difficulté et une grande richesse de ce métier.

Les exemples cliniques de cette partie permettent de voir ce que peut être une relation « réussie » dans le domaine du soin. Elle est réussie quand le lien avec la personne est créé et que le patient se trouve rassuré, rasséréné par l'infirmier. Et, pour cela, la qualité d'écoute de l'infirmier est importante ainsi que la nécessité de faire parler le patient sur ce qu'il vit : nous avons vu qu'une position juste passait par l'acceptation des affects (positifs ou négatifs) qui entrent en compte dans le lien de manière transférentielle et qui, une fois connus, jouent en faveur du professionnel qui se connaîtra mieux et mettra à profit cette connaissance pour rester professionnel sans se défendre de ce qu'il ressent humainement pour la personne qu'il accompagne, notamment en développant une empathie constructive. Il ne s'agit pas de réagir comme le suggère une jeune étudiante infirmière : « *Si les patients nous agresse, on est humains, on réagit pareil* ». Cette symétrie de la relation vue comme intersubjective décale l'infirmier de son rôle. C'est là que la « distance » est nécessaire, non pas avec le patient mais avec son discours manifeste. Il est nécessaire alors que le professionnel se demande qui le patient agresse vraiment, pourquoi, et s'il subsiste une angoisse sous-jacente. Si oui, laquelle ? Faire parler le patient sur cette agressivité qu'il montre peut s'avérer une manière de la désamorcer. L'important est de tenter d'entendre ce que dit la personne en souffrance à travers son attitude.

Se « protéger » de la souffrance de la personne qu'il soigne, ne consistera pas pour l'infirmier en une froideur, un refoulement de ce qu'il ressent, mais au contraire à faire la part des choses entre son histoire et celle du patient, dans une tentative de prise de conscience que cela le touche (qu'est-ce que cette souffrance humaine vient toucher chez lui, vient ressusciter comme angoisse

par exemple ?). La possibilité d'en parler avec un psychologue clinicien, un psychanalyste, afin de trouver avec sa sensibilité, et grâce à elle, ce qui (et ce sera différent pour chaque professionnel) constituera son éthique et une position dans laquelle il se sentira bien au sein du métier qu'il a choisi, aura des répercussions positives sur ses patients. L'infirmier sera en effet plus au clair avec ce qu'il induit chez ces derniers.

Le patient est à prendre dans sa globalité d'individu, pas seulement dans sa souffrance corporelle, mais aussi dans sa souffrance psychique. Les psychologues sont là dans les services pour travailler plus précisément ces aspects-là, mais l'infirmier est beaucoup plus en présence du soigné et doit garder cela à l'esprit pour que le travail avec le psychologue trouve une continuité dans le quotidien de la prise en charge. Par exemple, si le patient travaille sur ses mécanismes de défense avec le psychologue, sur l'acceptation de sa maladie et qu'il est traité comme un objet ensuite par l'équipe médicale, ses défenses et ses résistances demeureront parce que l'angoisse sera ravivée par les soins. Si, au contraire, l'équipe travaille avec le psychologue, si les infirmiers ont à cœur le bien-être psychique de la personne, cette dernière sera rassurée par l'intérêt qui lui est témoigné et cela l'aidera à considérer sa situation, à en parler et à y faire face au lieu de s'en défendre par une grave régression ou une dépression, puisque des mouvements dépressifs et régressifs peuvent intervenir après l'annonce d'une maladie.

C'est pourquoi, il est nécessaire d'insister sur l'idée suivante : si l'infirmier est un excellent technicien mais qu'il refuse humainement le lien, le patient le sentira, sera tendu parce qu'il aura l'impression d'être traité mécaniquement, comme une machine. Bien entendu, il est important de connaître les techniques et de savoir les appliquer, mais cela ne suffit pas à mettre en confiance un patient. En revanche, avec un comportement où l'infirmier s'intéresse au soigné, à ses sensations, à ses affects, et témoigne d'un vrai désir de lui apporter un mieux être, la prise en charge sera réussie même si techniquement l'infirmier débutant est plus hésitant.

Une relation d'aide « réussie » : le cas d'une infirmière dans un service d'IVG

Je vais terminer cette partie sur les propos d'une infirmière expérimentée qui me parle de ce qu'est, pour elle, une relation « réussie » avec les patients et livre une expérience qui l'a marquée :

« Comme tout le monde, j'ai besoin de reconnaissance dans le métier que je fais. On n'en a pas toujours de la part des patients, mais, ce que j'aime entendre c'est « vous êtes rassurante ». Là, je suis reconnue dans ce que j'apporte. Et puis, si je suis « rassurante », c'est que la personne a du plaisir à me voir, qu'elle se sent bien dans ce moment-là et que mes soins seront optimisés par ce lien. Pour moi, une relation réussie c'est tenter de comprendre la personne, de la faire parler, de l'écouter. J'ai longtemps travaillé dans le service IVG d'un grand hôpital où j'ai tenté de mettre en place un accueil, une écoute pour les femmes qui venaient se faire avorter, mais on m'a dit qu'il n'y avait pas d'argent pour ça. J'ai vécu néanmoins une expérience émouvante qui m'a marquée toute ma vie : je recevais, en

tant qu'infirmière, les femmes ou les jeunes filles qui venaient pratiquer un avortement. Je ne m'occupais pas seulement de les accompagner médicalement bien que ce soit surtout ce qu'on me demandait. Je leur parlais et tentais de leur faire raconter l'histoire de leur grossesse, leur décision relative à l'avortement, sans les juger car c'est vite fait, si on n'est pas d'accord, de tenter de les influencer ou de leur faire violence par une attitude hostile à leur égard alors que ce qu'elles s'apprêtent à faire est déjà très violent. Il était convenu qu'on leur dise qu'elles pouvaient encore changer d'avis, puis qu'on quitte la chambre un moment après avoir dit cela. Parfois, on revenait et la personne était partie parce qu'elle avait changé d'avis. Un jour, j'ai eu une relation privilégiée avec une très jeune fille qui était venue en larmes. Je l'ai faite parler. Elle m'a racontée son histoire, les raisons de sa peine. L'entretien a duré longtemps. J'ai entendu qu'au fond elle ne voulait pas se séparer de son bébé et qu'elle le désirait même si les circonstances ne s'y prêtaient pas selon elle. Je le lui ai formulé. Elle a beaucoup pleuré. J'ai insisté sur le fait qu'elle avait encore la possibilité de le garder si c'était son désir. J'ai quitté la chambre et, lorsque je suis revenue, elle était partie. Un an après, je l'ai vue revenir avec un petit garçon, elle venait me remercier parce qu'elle considérait que c'était grâce à moi, grâce à notre entretien qu'elle s'était rendu compte qu'elle désirait vraiment cet enfant. J'ai été très émue de cette démarche. Pour moi, c'était une relation réussie, même si je ne l'ai su qu'un an après. Dans ces moments-là, on se dit qu'on fait vraiment un beau métier ! »

Le corps en médecine et le corps en psychanalyse



► Corps-objet/corps-sujet

La langue allemande permet au philosophe Husserl de faire la distinction entre le *Körper*, corps anatomo-physiologique et le *Leib*, qui désigne le corps vivant, lieu des sensations, des émotions. La langue française ne dispose que d'un seul mot pour nommer ces différents corps.

Selon les disciplines (médecine, psychologie cognitive, psychologie clinique, psychanalyse), le corps est appréhendé de manière différente : la médecine le « découpe » en diverses spécialités (la neurologie, la cardiologie, l'ophtalmologie, la gynécologie, etc.), la psychologie cognitive considère des fonctions humaines comme la mémoire, le raisonnement, le jugement, des sensations et des perceptions déconnectées des impacts affectifs qu'ils peuvent avoir sur l'être. Ces différents champs reposent sur l'opposition corps/esprit et ont pour objet d'étude un corps perçu comme une mécanique, composé de secteurs variés, coupés d'un impact émotionnel, psychique et indépendants de la notion de « sujet ». Le corps est ici conçu comme un corps-objet.

En revanche, la psychologie clinique, et, surtout, la psychanalyse sur laquelle se fonde la psychologie clinique, vont introduire grâce aux notions de trauma (voir *Fiche 12*, page 157), de fantasme, de pulsion (voir *Fiche 14*, page 160) et d'inconscient (voir *Fiche 7*, page 152) entre autres, une conception du corps indissociable de l'événement psychique et du langage : en effet, ce qui ne peut être exprimé symboliquement (par la parole) *s'incorpore*, dans le sens d'un enkystement dans le corps. C'est le cas du symptôme hystérique dans la conversion hystérique (voir *Fiche 15*, page 163). Lorsque ça (l'événement est du domaine inconscient, du ça ; voir *Fiche 8*, page 153) passe dans le corps, ce n'est plus « dans la tête », en effet, comme le souligne le psychanalyste Paul-Laurent Assoun¹, si « ça restait dans "la tête", le corps n'aurait pas à s'en mêler ». Ce lien indissociable corps/esprit ne permet pas, selon cet auteur, de parler de « psychosomatique » car cette perspective formule une séparation entre corps et esprit, entre corps et sujet.

Pour l'infirmier, il est intéressant de garder à l'esprit qu'il ne soigne pas un organe malade mais une personne souffrant d'un organe malade. Ceci implique que le « corps » malade ne se réduit pas à l'organe atteint. D'ailleurs, comment cet organe est-il atteint ? Quelle est l'histoire de la blessure, de la douleur ? Quelle est l'histoire du malade ? Que dit le patient de ses rapports à son corps et à cette atteinte ?

1. Assoun P-L, *Corps et symptôme*, tome 1, Clinique du corps, Anthropos, Paris, 1997.

Si l'on prend comme exemple la conversion hystérique dont parle Freud, on verra qu'il y a atteinte des organes (un bras paralysé, une cécité...) sans que des lésions ou un dysfonctionnement biologique ne puisse venir expliquer ce qui arrive au corps. Il y a bien une inscription dans le corps d'un événement inconscient, c'est-à-dire un symptôme (voir *Fiche 11*, page 156) corporel (en psychanalyse, un symptôme est une « formation inconsciente ») émerge là du fait de n'avoir pu trouver une voie symbolique (à travers la parole).

L'atteinte existe belle et bien, seulement, il ne s'agit pas d'une atteinte organique mais plutôt d'une atteinte somatique dès lors qu'est prise en compte la dimension psychique et que le symptôme (voir *Fiche 11*, page 156) trouve dans le corps (le soma) un lieu d'inscription inexplicable de manière biologique.

En effet, dans l'hystérie de conversion (voir *Fiche 15*, page 163) le symptôme exprime grâce au somatique un fantasme inconscient. Le cas d'Anna O. par exemple, étudié par Freud, montre comment la parole peut libérer le corps de ses atteintes réelles.

Le cas d'Anna O.

Une patiente du Docteur Breuer, ami de Freud², souffrait de troubles physiques tels qu'une contracture des deux extrémités droites avec anesthésie, des troubles des mouvements des yeux (strabisme) et une capacité visuelle fortement perturbée. En outre, elle avait des difficultés à tenir sa tête droite ; une toux nerveuse et intense ne la quittait pas ; Anna O. avait un dégoût pour la nourriture et ne pouvait pas boire malgré une soif intense. Elle était également sujette à des altérations de la fonction du langage et à des absences, des hallucinations.

Ces symptômes ne relevaient pas d'une atteinte cérébrale ni d'altérations organiques. Le travail de cette jeune fille avec Breuer, grâce à ses paroles et récits obtenus sous hypnose (la méthode psychanalytique était en cours de découverte par Freud) met en évidence plusieurs aspects de l'histoire de la jeune fille. Les symptômes sont apparus lorsque la jeune fille soignait son père qu'elle adorait et qui mourut par la suite. Or, les récits d'Anna O. concernaient tous l'histoire d'une jeune fille au chevet de son père malade.

Elle parla donc à Breuer des fantasmes sous-jacents à cette situation ainsi que d'un dégoût, lorsqu'elle était petite, pour le chien de sa dame de compagnie (Anna O. les détestait tous les deux et trouvait le chien répugnant) qui buvait de l'eau dans un verre. À l'époque Anna n'avait rien dit. Après avoir raconté ce souvenir, refoulé jusque-là, à cause du violent dégoût qu'il lui inspirait, la jeune fille a pu à nouveau boire de l'eau, alors qu'elle ne se désaltérait que par des melons et autres fruits juteux depuis le début de sa maladie. Une fois la chose dite, le symptôme tombait. C'est ce que Breuer remarqua cliniquement et qui fait d'Anna O. la première patiente de la « talking cure » (cure par la parole) comme elle la nomma elle-même, s'apercevant qu'après avoir parlé de l'événement du chien ou de ses fantasmes relatifs aux soins donnés à son père malade, elle allait ensuite beaucoup mieux.

2. Breuer J, Freud S., *Études sur l'hystérie*, 1895, PUF, 2007.

Freud fit ainsi de la parole – en abandonnant par la suite l'hypnose qui avait ses limites – le fondement du soin.

Lacan reprendra cette découverte en disant que l'inconscient humain est « structuré comme un langage », ce qui fait que la parole rend compte de ce qu'il contient et qui provoque, tant que cela n'est pas révélé au conscient, divers symptômes, notamment somatiques, selon une logique qui est celle de l'inconscient.

D Parole et écoute comme fondements du soin

Ce détour par la psychanalyse vise à montrer l'importance de la parole du malade et celle de l'écoute active de l'infirmier. Attention toutefois aux dérives qui consisteraient pour les infirmiers à donner au malade une interprétation « sauvage » de ses propos, c'est-à-dire sans que le patient n'en ait demandé une et du fait surtout que n'est pas psychanalyste qui veut, puisque cela demande d'être passé par une psychanalyse personnelle et par un engagement sérieux et continué dans cette voie. L'interprétation « sauvage », surtout si elle est juste, peut être très violente pour le patient qui n'est pas prêt à la recevoir. Cela n'interdit pas (bien au contraire) à l'infirmier de se formuler pour lui-même une interprétation à partir de ce que dit son patient et d'en tenir compte lorsqu'il s'en occupe. C'est pour cela que le travail avec un psychologue auquel l'infirmier peut rapporter les propos du patient, les travailler avec lui, et auquel il peut l'adresser, est nécessaire. Attention aussi à ne pas caricaturer, comme je l'ai déjà entendu, le lien entre psychisme et atteinte somatique : un infirmier attachait de manière systématique une relation de causalité à chaque événement corporel de ses patients. À chaque fois, il disait de la personne : « elle s'est fait son cancer ». Or, cela ne peut pas être adressé au malade. Ce serait même terrible pour lui dans la mesure où il ne peut rien faire d'une telle annonce et que cela ne ferait que renforcer son sentiment d'impuissance et son angoisse face à sa souffrance physique, qui existe bel et bien, rappelons-le. Il ne s'agit pas non plus de « comédie » ou de « caprice » comme on peut l'entendre parfois lorsqu'il n'est repéré aucune cause biologique au mal dont souffre la personne qui ne cesse pourtant de se plaindre. La douleur corporelle existe, le mal somatique est une adresse à un autre perçu comme apte à l'accueillir et à la soulager. L'ambiguïté réside toutefois dans le fait que la demande ne concerne pas seulement un soulagement organique mais psychique aussi, et ce à l'insu parfois du sujet lui-même.

La personne ne « joue » pas sa cécité, sa paralysie, son mal de ventre, ses maux de tête... Elle nécessite un soin. Mais lequel ? Lui dire que c'est de la « comédie » serait cruel (et faux) et la renverrait à une position infantile. Considérer que la maladie de la personne peut se résorber (en plus des soins médicaux) si elle pouvait en parler, et adresser de ce fait le patient à un psychologue clinicien ou à un psychanalyste peut être important. Lorsque la personne refuse cette adresse, par peur parfois d'affronter ce qui la hante, l'infirmier sera alors beaucoup plus utile dans sa place de soignant qui écoute que dans l'aspect technique des soins qui, bien que nécessaires, surtout dans le cas de certaines affections corporelles graves, risqueraient d'être moins efficaces sans le lien

humain de la parole. On l'a vu dans la première partie, notamment dans l'exemple qui clôt cette partie : la parole et le lien à un soignant bienveillant permet qu'émerge, chez la personne, son désir de sujet vivant. Cela peut mettre longtemps parfois, c'est pour cela que le relais avec des psychologues ou des psychanalystes peut s'avérer nécessaire une fois que l'infirmier sait que le patient quitte l'institution de soins et retourne à son quotidien. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une rééducation ou un suivi éducatif en ambulatoire sont mis en place pour le patient : pour que la personne tienne les protocoles élaborés pour elle, il est parfois nécessaire que son désir de vivre soit soutenu par un travail psychologique. Les membres de la famille ont parfois besoin de ce soutien aussi.

■ L'hypocondrie

Il n'y a pas différents corps mais ce sont les approches relatives au corps qui sont différentes. Ces approches sont complémentaires dans le soin. Il ne s'agit surtout pas, dans le propos de Freud, de dire que toute maladie organique est psychique ! Ce serait, encore une fois, caricaturer la science psychanalytique que de dire cela. La démarche freudienne est de questionner ce qui de la demande et du désir du sujet vivant pourrait surgir dans le corps et serait alors à déchiffrer comme des sortes de hiéroglyphes, susceptibles de dévoiler physiquement, la présence d'un conflit psychique. Freud, notamment lorsqu'il parle de l'hypocondrie, dit que la plainte concernant le corps peut être un moyen de ne pas se confronter à l'amour par exemple. L'hypocondriaque, dans son obsession des maladies, se détourne du fait d'aimer³ : « *une observation plus précise nous apprend qu'il retire son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre.* »

L'hypocondriaque, bien que souffrant de maux « imaginaires » n'est pas pour autant un « malade imaginaire », « *il témoigne d'une véritable douleur d'exister au point que, sans doute, l'espoir d'une affection physique, localisable, le soulage secrètement de cette douleur sans lieu assignable et qui a sa cause secrète dans un certain rapport – insu – à l'autre « délibidinalisé » et physiquement exacerbé* »⁴, autre avec lequel le sujet hypocondriaque ne peut assumer une relation amoureuse. Il va alors exacerber sa souffrance physique pour boucher ainsi tout accès à ce qui pose problème et ne pas en subir de frustration. Sur l'organe malade se portera alors la libido du sujet au lieu de se porter sur un autre aimable. C'est la théorie freudienne sur la souffrance (véritable) de l'hypocondriaque que la médecine échoue souvent à soulager.

La maladie est donc parfois, on le voit à travers le cas du sujet hypocondriaque, un moyen de se refaire une santé psychique, en payant par exemple corporellement une « impuissance » ou une culpabilité inconsciente, de manière à continuer d'en protéger le moi (voir *Fiche 5*, page 149) puisque dès lors, la scène du problème n'est plus psychique mais physique.

3. Freud S., « Pour introduire le narcissisme » (1914), *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1999.

4. Assoun P-L, *Corps et symptôme, Corps et inconscient*, Tome 2, Anthropos, 1997.

Lacan reprendra tout cela en distinguant les aspects réel, imaginaire et symbolique du corps, sur lesquels nous reviendrons tout au long de cette partie.

Ces perspectives de la clinique psychanalytique du corps permettent aux infirmiers une remise en perspective de leur propre travail dans un contexte où, chaque cas étant différent, chaque corps aussi en fonction de l'histoire de la personne. L'aspect technique seul ne suffit pas (même s'il est absolument nécessaire pour l'infirmier d'apprendre et de maîtriser ce domaine !) voire, peut être mis en échec s'il ne s'accompagne pas d'une démarche humaine et professionnelle. Démarche où, derrière le corps organique, le soignant considère aussi qu'il n'a pas affaire à une mécanique corporelle mais à une personne complexe, du fait de l'existence d'un inconscient chez elle, de fantasmes refoulés, de pulsions intriquées et plus ou moins bien organisées, bref, de ce qui offre le plus de craintes à l'infirmier débutant (ou à celui qui continue de fuir cet aspect humain de la relation) mais aussi lui procure le plus de satisfactions et d'accès à la reconnaissance quand tout se passe bien.

Schéma corporel et image du corps



► Introduction à ces deux concepts psychanalytiques : l'exemple du « membre fantôme »

Il est usuel en psychologie clinique et en psychanalyse de faire la différence entre image du corps et schéma corporel. Françoise Dolto, célèbre psychanalyste d'enfants, note les différences suivantes : le schéma corporel est le même pour tous les individus. Le schéma corporel, dit Dolto⁵, est une réalité, donnée d'emblée, marquée par une intégrité de l'organisme. Il évolue dans le temps et l'espace en fonction des atteintes que le corps peut subir. Un individu peut avoir un schéma corporel infirme, à cause d'un handicap moteur par exemple, et une image du corps très saine et bien constituée qui se construit et se remanie tout au long du développement.

L'exemple aussi du « membre fantôme » permet de rendre compte de l'écart entre schéma corporel et image du corps qui intègre le moi (voir *Fiche 5*, page 149) : quand on procède à l'amputation d'un membre, il n'est pas rare que la personne ressente toujours ce membre comme existant. Pour ces personnes, le membre existe toujours dans le schéma corporel, la zone amputée y est toujours représentée. Mais aussi, il existe une mémoire du corps dans laquelle l'image du corps intervient : la personne, dans le refus de son infirmité et sa difficulté à l'intégrer, reste avec une image d'elle où toutes les actions sont encore possibles, dans un état de pensées et de volontés qui intègrent le membre disparu afin de préserver la santé psychique. La chirurgie esthétique et réparatrice peut jouer un grand rôle dans ce domaine lorsqu'elle vise à la sauvegarde d'une image du corps satisfaisante.

► L'image du corps et le « stade du miroir »

L'image du corps est inconsciente et personnelle, individuelle. Elle est propre à chacun et se trouve liée au sujet, à son histoire personnelle.

Elle ne correspond pas à la réalité du corps mais se façonne à travers l'histoire du sujet, à travers la relation qu'il a à l'autre, le regard que l'autre (la mère en premier lieu) porte sur lui, c'est pourquoi elle est différente pour chacun de nous. Elle est l'image que l'on a de soi donnée par la relation libidinale à l'autre. Pour Dolto, un être peut n'avoir pas structuré son image du corps au cours du développement du schéma corporel dans le cas de maladies organiques graves, d'infirmités précoces, néo-natales, mais aussi lorsque la personne qui s'occupe précocement de l'enfant se trouve angoissée, ne communique plus

5. Dolto Fr, *L'image inconsciente du corps*, points essais, Seuil, 1984.

avec l'enfant par le langage mais dans un corps à corps trop fusionnel où l'enfant ne perçoit pas la différence entre son corps à lui et celui de l'autre. Lorsque l'image du corps reste saine malgré l'atteinte du schéma corporel, c'est que l'enfant a pu être investi affectivement comme un enfant normal, susceptible des mêmes capacités, aimé de la même façon, doué d'une fantasmatique où il peut se projeter dans la vie comme être désirant sans être ramené sans cesse au réel d'un corps non fonctionnel.

Pour Lacan, il existe une expérience du *miroir*, appelée, « stade du miroir », à l'issue de laquelle l'enfant peut accéder à une représentation unifiée du corps humain, lui permettant de devenir *sujet*. Cette dernière survient entre le sixième et le dix-huitième mois de la vie : l'enfant, devant le miroir, perçoit que l'image qu'il y voit est la sienne, et qu'il n'est pas un être morcelé (façon dont il se percevait avant le stade du miroir) mais un être intègre et différencié du corps de sa mère. L'expérience du miroir s'accompagne en général des paroles de la mère qui nomme son enfant lorsqu'il rencontre son image dans le miroir en lui disant : « c'est toi ». L'enfant a alors accès à la forme de son corps, aux limites de ce dernier par rapport à ce qui l'entoure et à la relation de son corps avec l'environnement. Le « c'est toi » de la mère, se transformera en « c'est moi » chez l'enfant, où son moi (voir *Fiche 5*, page 149) se constitue alors. C'est l'avènement du narcissisme. L'image du corps est constituée du corps réel, du corps imaginaire (de la perception mentale que le sujet en a) et du corps symbolique en tant que *parlé* par la mère (« c'est toi »).

Mais l'image inconsciente du corps, par l'aspect imaginaire, la représentation de soi qu'elle fait intervenir, ne correspond pas à ce que les autres voient de ce corps. C'est l'image inconsciente que la personne a de son corps et qui n'a rien à voir avec la réalité visible de ce corps. Elle ne peut se révéler que dans la parole (lors d'une psychothérapie par exemple).

Elle est complètement subjective, ce qui explique par exemple que des personnes anorexiques se voient grosses : leur image, telle qu'elles la perçoivent dans le miroir, est celle d'une personne obèse alors qu'elles sont d'une maigreur terrifiante dans la réalité. Le symptôme véhiculé là par le corps est à déchiffrer comme tentative de communication à l'autre de la souffrance, de la douleur d'exister ; il est une adresse inconsciente à l'autre d'un passé (toujours actuel dans l'inconscient, c'est pourquoi il continue de faire souffrir tant qu'il n'est pas dévoilé) dont les inscriptions s'incarnent alors dans le corps comme un réseau de significations que seul une psychanalyse permet de révéler.

Le cas de Tony

C'est pourquoi l'image du corps, dit Dolto, « est la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain. Elle est le lieu inconscient d'où s'élabore toute expression du sujet ; lieu d'émission et de réception des émois interhumains langagiers. »⁶

Le lien entre le corps, l'image du corps et la parole, Dolto nous en donne une illustration exemplaire à travers l'analyse de l'un de ses petits patients⁷ :

6. Dolto Fr, *L'image inconsciente du corps*, points essais, Seuil, 1984, page 48.

7. *Opus cit.* p. 362 à 366.

Tony, un jeune enfant de dix ans, est pris en charge par Dolto dans une consultation hospitalière où il est adressé parce qu'il manque l'école depuis plusieurs mois, avec une plainte constante de douleurs aiguës aux genoux qui l'empêchent de dormir et de marcher. Un médecin de quartier avait diagnostiqué des « douleurs » de croissance à un moment où le genou dont se plaignait Tony apparaissait chaud et enflé. Or, sur le plan médical, biologique, les analyses et les examens ne dévoilent pas la cause de ces douleurs. Françoise Dolto se demande si l'enfant est hypocondriaque ou hystérique.

Le suivi de cet enfant a permis à Dolto de mettre en valeur différents points importants de son histoire : son père est le dernier né d'une famille de quatre garçons, tous devenus délinquants. Il souffre depuis longtemps d'un ulcère à l'estomac. Son propre père (le grand-père de Tony) était de l'Assistance Publique et s'est tué dans un accident du travail lorsque le père de Tony était tout petit. Il ne se souvient plus de lui. Sa mère (la grand-mère de Tony), alcoolique, meurt, sans emploi, veuve et rejetée de la société à cause de son alcoolisme quand le père de Tony a 10 ans. Les cinq enfants, recueillis par l'Assistance Publique (ce qui marque une répétition dans l'histoire familiale), gardent d'elles un souvenir d'amour qui soutient un temps une identification à un moi idéal positif. Puis, les quatre frères du père de Tony deviennent délinquants, meurtriers, alcooliques et le père de Tony, lui, « attaque son estomac » note Dolto ou plutôt « s'auto-dévore lui-même, à défaut du sein maternel auquel il avait tété le dernier et qui, de ce fait, l'avait nourri plus longtemps que les autres comme il le disait. » Est-ce que la plainte de Tony relative au genou ne dit pas quelque chose du problème de sa famille paternelle ? Dolto, au fur et à mesure des séances où Tony lui parle de son histoire, pose effectivement l'hypothèse, à partir de ce que dit le jeune garçon, que « genou » exprimait la question : « Je, nous ». « Qu'en est-il de nous, mon père et moi ? ». Du côté maternel, la mère de Tony était, comme son mari, orpheline. Tony ne connaissait rien de ses origines ni de sa parenté du côté paternel ni maternel, mais sa psychanalyse avec Dolto, à travers la plainte somatique qui montrait son angoisse inconsciente face à ce qu'il ressentait de la peine de son père et des secrets qu'il lui dissimulait, a permis de retracer le destin libidinal de cette lignée marquée par un narcissisme blessé sur plusieurs générations. Le dire ou le « non-dire » concernant un père (ou celui qui fait office de père) est toujours traumatisant pour un enfant puisque le père a pour fonction de détacher l'enfant de la fusion d'avec sa mère pour le faire entrer dans la loi et en faire un être sexué. Dans l'inconscient, manquent alors des éléments structurellement fondamentaux pour la construction de l'être et ce, concernant l'histoire de Tony, sur plusieurs générations.

Dolto note que la parole et le retour du dire dans tous ces non-dits a permis la levée du symptôme somatique de Tony. Il a pu retrouver la santé. Je cite l'explication de Dolto : « les traumatismes du cœur qui ne sont pas parlés peuvent donc être exprimés par le corps, qui se sent traumatisé, par l'intermédiaire de l'image du corps, croisée comme trame et chaîne au tissu de notre narcissisme. Il s'agissait, dans le cas de ce genou douloureux, du cœur du père de Tony et du sien, son cœur associé au cœur de son père, bref, non de genou mais de Je-Nous. »

Dolto écoute cet enfant, lui donne la place de sujet de son histoire, au lieu de victime, objet d'une histoire transgénérationnelle qu'il subit jusque là et qui se répercute dans une image du corps qui révèle, par ce que dit Tony, ce qu'inconsciemment il a fait de cette histoire, dans la construction de son moi (voir Fiche 5, page X) au moment du « stade du miroir », et qui se répercute dans le corps à travers le « Genou/Je-Nous ». Ce dernier jeu de mots (ou de maux dit Dolto) montre comment l'inconscient est révélé par le langage et ce qu'est le symptôme en psychanalyse. Dans le cas de Tony, comment être « soi » sans la possibilité de l'établissement d'un « nous » ? Tony en était arrivé à s'exclure du lien social avec son mal somatique puisqu'il n'allait plus à l'école, répétant ainsi, à son tour, l'exclusion sociale dont avait pâti ses grands-parents, puis ses parents en tant qu'orphelins livrés à eux-mêmes, rejouant le symptôme familial. Sa psychanalyse a pu arrêter cette répétition et lui permettre, par la guérison du genou et la réconciliation du Je-Nous – interrogation sur son histoire qui a trouvé des réponses – de reprendre l'école et de renouer le lien aux autres.

On voit ici, comment le lien psychisme/corps s'opère de manière métaphorique, comme si le corps était une image du psychisme, et non par un lien grossier de causalité immédiate dont il faut plus que tout se méfier sous peine de commettre des erreurs et de méjuger son patient. Dolto a fait un travail de longue haleine avec Tony, elle l'a écouté longtemps avant de construire le cas de Tony et de voir comment son corps réel (le genou) mais aussi imaginaire (ce qu'il projetait inconsciemment sur cette partie du corps, son image du corps inconsciente) et symbolique (le « Je-Nous » que Tony exprime, par la parole, comme source d'inquiétude pour lui) pouvait révéler son état psychique.

Bien entendu, l'infirmier, j'insiste là-dessus, n'a pas la fonction d'analyser ainsi son patient, ni la légitimité puisqu'il n'a pas été formé pour, mais s'il intègre la dimension subjective du corps à ses soins et à la manière dont il considère le malade, il n'en aura que plus de résultats positifs et de contentements dans sa profession. Cette dimension subjective du corps, lorsqu'elle est prise en compte par l'infirmier, permet un mieux-être du patient et empêche l'infirmier de tomber dans le risque de ne plus voir que comme corps-mécanique voué à des gestes techniques, répétitifs, la personne en souffrance. En effet, on peut à la rigueur tenter de « soigner » dans ce contexte, mais comment pourrait-on « guérir » qui que ce soit, tant ce terme suppose que le psychisme se porte bien aussi à la sortie de la maladie pour éviter une rechute ? Or, c'est bien là le but intime de chaque infirmier qui débute sa carrière de pouvoir « guérir » ceux qu'il soigne. Et c'est possible dans la plupart des cas.

Néanmoins, attention au risque de « causalité psychique » comme : « *une patiente souffre d'un calcul coïncé dans le cholédoque, ce serait parce qu'elle a fait un « mauvais calcul » relatif à une prise de décision malencontreuse ; ou bien, un patient victime d'une hernie discale lombaire, paierait ainsi le fait d'en avoir « plein le dos » de sa vie actuelle* »⁸. Ce ne serait là qu'une caricature d'analyse psychologique, qui risquerait d'émerger de manière systématique et

8. Exemples donnés comme caricatures d'interprétation psychanalytique par le psychanalyste Dejours Ch., *Le corps d'abord*, petite bibliothèque Payot, Paris, 2003.

erronée. C'est au patient de faire les associations entre sa souffrance psychique et l'atteinte physique, c'est lui qui sait inconsciemment le lien qui unit les deux. Il s'agit d'entendre ce lien et cela peut mettre très longtemps avant qu'il émerge.

Écouter le patient afin de lui laisser sa position de sujet et non de victime (au risque d'en faire un objet qui n'aurait plus son mot à dire dans les soins prodigués) et l'orienter vers un psychologue pour l'aider à rester acteur de sa vie dans un contexte où parfois il se sent dépossédé de celle-ci, constituent déjà une très bonne position de la part de l'infirmier.

Certaines atteintes, touchant le schéma corporel, comme par exemple certains accidents de la route, certains cancers entraînant l'ablation de parties du corps comme le sein, l'utérus chez la femme, les grands brûlés, etc., mettront en danger l'image du corps et le moral du patient si un travail n'est pas opéré avec lui pour la préservation d'une image positive et agréable de lui. Si cette image était déjà négative avant l'accident ou la maladie, à un moment où, pourtant, le schéma corporel était indemne et sain, elle pourrait se trouver aggravée à cette occasion.

Or, l'image du corps étant le support du narcissisme et tous deux jouant un rôle fondamental dans la relation et l'échange de sujet à sujet, d'humain à humain, il se peut que la relation soignant-soigné pâtisse de cette atteinte qu'il est important de découvrir en écoutant le patient parler de lui et de la manière dont il se voit après ses séances de chimiothérapie, après les brûlures dont il a été victime ou après un accident qui lui ôterait l'usage de ses membres inférieurs. Le cas aussi de personnes ayant subi une greffe, ou une opération esthétique qu'ils estiment ratée et après laquelle ils se voient défigurés, par exemple, mérite une écoute attentive.

Le narcissisme du patient, dépendant de la préservation d'une bonne image de lui-même et d'une bonne image du corps, nécessite donc une attention particulière, voire une aide psychologique, pour éviter toute « décompensation » vers un état dépressif, voire mélancolique ou même psychotique, qui accroîtrait la souffrance du patient, compliquerait beaucoup la maladie et donc le soin.

Le narcissisme

► Définition et origine du terme

Cette notion a été introduite par Freud en 1914 dans *La Vie sexuelle* (1969). Le narcissisme, tout d'abord, est la faculté de se prendre soi-même pour objet d'amour. S'aimer soi-même est la condition préalable à pouvoir aimer ensuite les autres. « Narcissisme » vient du mythe de Narcisse qui, dans la mythologie, était un jeune homme d'une grande beauté. Victime d'un sort jeté par une déesse, il est condamné à tomber amoureux de son image. Un jour qu'il voit son reflet dans l'eau et qu'il essaie de l'embrasser, de le rejoindre, donc de se rejoindre, il tombe dans l'eau et se noie. Freud développe ce mythe du narcissisme en disant que l'enfant, pour construire son moi, a besoin de l'investir libidinalement, c'est-à-dire avec une notion de plaisir lié à ce moi (voir *Fiche 5*, page 149) pris comme objet pulsionnel. Cet amour de soi, où l'enfant se prend lui-même comme objet d'amour (comme Narcisse dans le mythe), donne lieu ensuite à l'amour de l'autre lorsque la libido tournée vers le moi se tourne ensuite vers un objet (voir *Fiche 9*, page 154) extérieur source de plaisir.

Lacan explique les choses un peu différemment de Freud et lie le narcissisme à l'image du corps dans l'expérience du stade du miroir : au début, le bébé (lorsqu'il ne parle pas encore) n'a pas d'image unifiée de son corps, puis, lorsqu'il est capable d'accéder à une représentation de lui à travers l'image spéculaire, celle qu'il voit dans le miroir (précédée par l'image qu'il peut avoir de lui dans le regard de sa mère, plus précoce que le « stade du miroir »⁹), il accède au moi (voir *Fiche 5*, page 149) et à la différenciation moi/autre, puis au je qui lui permettra de passer du moi (voir *Fiche 5*, page 149) à la constitution d'une position de sujet (avec la capacité de discrimination sujet/objet) et à une identité. Lorsque l'enfant peut s'identifier à une image unifiée de lui-même, il va pouvoir investir pulsionnellement cette image à laquelle il s'identifie, et il va pouvoir s'aimer lui-même. Mais cette image est extérieure au moi, l'enfant ne la confond pas tout à fait avec lui, le moi (voir *Fiche 5*, page 149) n'est pas le sujet.

Toutefois, il se prend pour cet objet (voir *Fiche 9*, page 154) (son image spéculaire) qu'il voit et qui n'est pas complètement lui, qui ne se confond pas avec l'identité subjective, mais qui constitue seulement un aspect extérieur perçu avec un regard, une pensée qui le déforment forcément. C'est pourquoi l'image du corps est une réalité pour la personne qui peut être différente de ce que voient les autres.

9. Lire à ce sujet Winnicott D. W., « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », *Jeu et réalité*, folio essais, Gallimard, 1975.

Ces explications montrent bien le mal que peuvent causer des atteintes corporelles sur le narcissisme par le biais d'une image du corps blessée, estropiée.

Exemple clinique d'un infirmier travaillant dans un service de chirurgie réparatrice en cancérologie

Un infirmier qui a travaillé en cancérologie, dans le service de chirurgie réparatrice, me raconte la chose suivante :

« Une femme d'une cinquantaine d'année, victime d'un cancer au niveau du front, finit par être soignée et guérie de son cancer. Elle subit une greffe du front qui avait été très déformé par la tumeur qu'elle avait eu à cet endroit. On lui greffe un morceau de peau du dos sur le front. La greffe est positive au niveau médical mais esthétiquement ratée aux yeux de la patiente qui se voit comme « Quasimodo », dit qu'elle ne pourra plus jamais sortir de chez elle et qu'elle n'aura « plus jamais de vie » désormais. Elle m'a montré des photos d'elle avant la maladie, elle était bien. Elle ne se ressemblait plus, effectivement. Elle a commencé une grave dépression par la suite. Son chirurgien l'a adressée à un psy. »

Cet exemple met en valeur le fait qu'il ne suffit pas de soigner physiquement, organiquement la personne pour qu'elle aille mieux : le corps estropié de cette femme l'empêche de poursuivre sa vie comme avant. Elle dit bien qu'elle n'aura « plus jamais de vie » alors qu'elle est sauvée de son cancer. Le contre-coup des soins intenses qu'elle a subi, l'infirmité désormais de son schéma corporel portent atteinte narcissiquement à cette patiente : elle souhaite se cacher du regard des autres qui risque d'être un miroir où elle verrait sa déchéance et une image d'elle qu'elle ne supporte plus.

La réflexion de l'infirmier : « Elle m'a montré des photos d'elle avant la maladie, **elle ne se ressemblait plus** » est intéressante parce qu'elle exprime le fait que sa patiente lui paraît être une autre femme sur ces photos et qu'elle est désormais une étrangère à ses propres yeux à elle ou au regard de ces photos par rapport auxquelles elle n'est plus elle mais une autre qu'elle n'aime pas et rejette (problème narcissique) et avec laquelle elle se voit condamnée à vivre. La dépression vient signer là l'impossibilité du moi (voir *Fiche 5*, page 149) d'accepter cette image et la nouvelle identité qu'elle impose.

L'identification entre l'image et le moi étant refusée, l'identité étant mise à mal, le moi (voir *Fiche 5*, page 149) se déprécie, une grande souffrance morale et un désinvestissement du monde s'ensuivent. Le sujet doit renoncer à l'image de lui qu'il s'était construite jusqu'alors et cela nécessite un accompagnement psychologique sérieux. Certaines personnes peuvent commettre des passages à l'acte tel que le suicide si elles vivent leur corps comme un objet extérieur horrible dont elles ne peuvent se débarrasser qu'en mettant fin à leur jour.

Le rôle de l'infirmier est de sensibiliser l'équipe à l'importance de l'esthétique du corps, de sa propreté, dans les soins dispensés. Tout ce que la personne a mis en place jusque-là pour s'accepter et s'aimer mérite une attention respec-

tueuse. Sans compter que certaines personnes très fragiles, voire psychotiques ou aux pathologies narcissiques sévères, peuvent ne jamais se remettre d'une atteinte à un corps qu'elles ont déjà beaucoup de mal à accepter par rapport à leur histoire et à ce qu'elles ont vécu.

La chirurgie esthétique nécessite, de manière générale, une grande prudence puisqu'elle transforme le corps. Or, s'assurer que la demande de la personne concerne bien une véritable retouche sur le corps réel et non un problème psychologique à assumer son corps, semble nécessaire.

■ Le corps chez le sujet âgé

Dans le cas de la personne âgée qui voit son corps changer, se modifier, qui perd petit à petit ses capacités physiques, l'infirmier a un rôle à jouer pour veiller à la conservation de la bonne santé narcissique de ses patients à travers les soins corporels esthétiques et médicaux. Le corps du sujet âgé n'est parfois plus séduisant à regarder. Parfois, c'est même le dégoût qu'il inspire aux infirmiers débutants. C'est une réalité qui peut être dépassée par le fait, pour l'infirmier, de se dire qu'il a une place et un rôle primordial à tenir dans la sauvegarde, pour ce patient, d'une image de lui qui, malgré les problèmes de santé d'un corps vieillissant, reste vivante, agréable à regarder. C'est le regard des soignants et leur considération qui donnera envie au sujet âgé de prendre soin de lui et de les aider dans cette tâche. Une personne âgée qui n'aide plus à sa toilette, par exemple, est peut-être une personne qui n'est plus perçue, consciemment ou inconsciemment, que comme un fardeau pour l'équipe.

Le corps du sujet âgé n'est souvent plus considéré comme un corps désirable, alors qu'il est important que subsiste, dans ce cadre, l'idée que le corps de la personne âgée est libidinal, pulsionnel, et que le moi (voir *Fiche 5*, page 149) de la personne, quel que soit l'âge, a besoin pour vivre bien, pour que le sujet accepte de continuer à vivre même, de s'aimer soi-même, notamment en lisant dans le regard de l'autre que c'est encore possible.

Une jeune élève infirmière a pu soulever cette question en rapport avec une interrogation latente dans son discours, liée à celle du narcissisme : qu'en est-il de l'identité de la personne vieillissante ? Voici ce qu'elle dit :

« J'ai fait mon stage dans un hôpital, en gériatrie, où je me suis occupée d'une femme de 78 ans. Elle avait la maladie de Parkinson à un stade déjà avancé et elle n'arrêtait pas de bouger dans tous les sens sans arrêt. Elle ne contrôlait plus les mouvements de ses jambes ni de ses bras. C'était très fatigant pour elle. En plus, elle ne pouvait pas parler quand elle était en proie à ces crises : elle ne pouvait pas penser ni se concentrer sur ce qu'on lui disait. Un jour, je suis entrée dans sa chambre et elle s'est mise à pleurer : elle m'a dit qu'elle avait honte de ce qu'elle était devenue, qu'elle refusait de voir les membres de sa famille et ses amis parce qu'elle ne pouvait pas accepter qu'ils la voient dans cet état, elle avait trop changé, selon elle, depuis qu'elle souffrait de son Parkinson. Avant, elle faisait du théâtre, un peu de figuration au cinéma. Elle jouait du piano et l'enseignait à un haut niveau et

chantait, ce qu'elle ne pouvait plus faire. Elle recevait beaucoup et organisait des soirées autour du chant et de la musique.

Sa vie s'est arrêtée avec la maladie : ses enfants l'ont placée dans un hôpital contre son gré mais, chez elle, elle ne sortait plus, s'était complètement repliée sur elle-même, ne se lavait plus, ne s'habillait plus et ne mangeait plus. Elle avait peur du regard des autres et se sentait un poids pour les autres et pour elle-même. Elle disait qu'elle était jolie avant et très courtisée jusqu'à un âge avancé. Coquette et artiste, elle avait une vie sociale et intellectuelle très riche. Là, elle ne pouvait plus ni lire ni regarder la télévision à cause de sa maladie lorsqu'elle était en crise, ce qui arrivait de plus en plus souvent. C'était très triste, je ne savais ni quoi dire, ni quoi faire pour l'aider. Dans le service, les aides-soignants ne l'aimaient pas beaucoup parce qu'elle n'aidait pas lorsqu'on faisait sa toilette. Elle se laissait tomber comme un poids mort sur le lit alors qu'elle pouvait bouger et marcher. En fait, elle n'avait plus envie de rien. Elle avait peur de tomber à chaque fois qu'elle se déplaçait et ça non plus ce n'était pas facile pour elle. Elle vivait de grands états de paniques parfois à l'idée d'avoir à faire des choses, même simples.

Pour les repas aussi, on la servait dans sa chambre parce qu'à la salle-à-manger, personne ne voulait être à côté d'elle à cause du fait qu'elle bougeait tout le temps et renversait les choses. Et puis, c'était un spectacle épuisant aussi pour les autres. Surtout pour les autres personnes âgées qui ont peur d'avoir les mêmes symptômes un jour. Elle aussi préférait rester dans sa chambre. Elle disait : « je suis le rebut de la société, à quoi bon continuer dans cet état ? » Ce qu'elle ne supportait surtout pas c'était de porter des couches : elle était énurétique et encoprétique. En plus, un jour, elle s'est fait gronder par une infirmière parce que la couche avait fui pendant la nuit et qu'il fallait changer les draps. Elle était terrorisée et tenait sa couche la nuit et au matin, le temps qu'on vienne la changer, de peur de se faire gronder encore. Comme j'étais en stage et que je n'avais qu'elle à prendre en charge, j'ai essayé de lui remonter le moral en l'habillant comme elle aimait, en la maquillant, en lui disant de prendre rendez-vous avec le coiffeur qui venait tous les jeudis et avec l'esthéticienne. Puis, je l'ai accompagnée à des animations : à l'atelier de musicothérapie, à l'atelier cinéma où on regardait des films anciens et actuels. J'ai contacté aussi le kinésithérapeute pour qu'il s'occupe d'elle.

Au début, elle ne voulait pas, mais petit à petit, voyant qu'elle pouvait me parler et que j'avais envie de l'aider, elle a bien voulu, surtout que j'étais là pour l'aider à marcher et que je la rattrapai si elle faisait un faux pas. Je lui disais aussi qu'elle était belle, ce qui était vrai lorsqu'elle était un peu maquillée, coiffée et habillée correctement. Je la faisais parler de sa vie, de ses conquêtes amoureuses, de ses succès, de ses enfants. On riait aussi et ça lui faisait du bien. Ça a été très dur pour moi de la quitter à la fin de mon stage, parce que je ne savais pas si l'équipe continuerait ce travail avec elle étant donné le nombre de patients ! Elle était triste aussi. Mais peut-être que ça lui aura donné envie de continuer à prendre soin d'elle seule et d'avoir moins peur du regard des autres. C'est triste de vieillir si toute la vie doit changer comme ça, à un moment où on devrait être plus tranquille et où on n'a plus envie de se reconstruire une autre vie. »

L'intervention de cette future infirmière est très précieuse sur plusieurs points : on voit bien, dans l'exemple clinique qu'elle donne, combien le corps est le support de l'identité et combien une image du corps déformée, désinvestie à cause de la maladie peut jouer sur la vie de la personne : la pulsion de mort domine la pulsion de vie qui, elle, ne trouve rien à quoi se raccrocher pour permettre à la personne de continuer à s'aimer et à trouver la force d'inventer, de découvrir une source de plaisir qui donne du sens à son existence. La nécessité de faire le deuil, petit à petit, de ce que le corps a été capable d'accomplir est un travail qui nécessite un accompagnement et il est encore plus difficile, dans le cas de cette personne, puisque le théâtre, la chanson, le piano montrent que le corps était très investi en lien avec le plaisir de le montrer, d'en jouer, ainsi que dans le lien social et l'investissement objectal puisqu'elle organisait des soirées avec ses amis autour de ces capacités artistiques.

La maladie arrive là comme un drame qui détruit ce qu'elle a mis en place dans sa vie et qui constituait son identité. La crainte de ce que pense les autres d'elle, la peur de leur regard sur elle, peut être associée à la crainte d'un jugement négatif sur ce qu'elle est devenue après avoir été brillante et l'empêche de vivre. Elle redoutait de lire dans le regard des autres sa déchéance, vécue comme une injustice. Pouvoir investir une image de soi satisfaisante et adaptée aux nouvelles conditions de vie nécessite une réorganisation psychique. Cette réorganisation demande du temps et peut être douloureuse comme le deuil du corps jeune et en bonne santé. La jeune infirmière stagiaire permet, dans son investissement auprès de sa patiente, que débute un nouvel investissement du corps lié à des moments de plaisir : l'esthétique, le coiffeur, indispensables pour réinvestir son corps en le faisant réinvestir par d'autres, des professionnels qui en prennent soin eux-mêmes. L'infirmière lui offre aussi, en lui faisant raconter sa vie passée, en lui permettant de retrouver des moments heureux et valorisants du passé, une renaissance de son narcissisme vital. En effet, l'identité, la capacité à conserver une intégrité physique passent par l'échange avec les autres. Si ces autres sont manquants ou dévalorisants comme l'infirmière ou les aides-soignants qui grondent la patiente ou n'ont aucune empathie pour elle, le patient se voit enlever les derniers investissements objectaux, humains qui lui restaient et n'a plus qu'à se replier sur lui ou pire, à attendre la mort.

Le rôle des soignants en gériatrie est à ce titre extrêmement décisif : ils sont souvent les derniers êtres avec lesquels la personne va vivre (surtout si elle n'a plus de famille), et leur attitude tient une place importante dans le fait de susciter l'envie de vivre chez la personne âgée ou sa décision qu'il est temps de lâcher prise. Il est donc important que les soignants qui choisissent cette voie difficile de la gériatrie soient très motivés et formés pour les responsabilités qu'ils vont y prendre.

■ Le risque de perte de l'estime de soi chez le patient

La perte de l'estime de soi est ce qui peut arriver de pire à un être en grande souffrance. Plus il est gravement atteint par la maladie, plus il y a de risques, si cette position psychique perdure, qu'il ne veuille plus être acteur de sa guérison, ou de l'envie de continuer à vivre. Prendre le temps de parler avec la personne pour tenter de trouver des solutions qui lui conviennent, qui seront

adaptées, au cas par cas, est nécessaire pour que naisse une relation de confiance mutuelle, porteuse de plaisir et donc de vie.

Le corps malade est susceptible d'influer sur l'image que la personne a d'elle-même et sur son identité, par l'intermédiaire d'un narcissisme cruellement blessé. Les soins prodigués doivent concerner la personne dans toute sa dimension de sujet. La maladie ne concerne pas que le schéma corporel ou l'équilibre biologique, physiologique de l'individu, il l'atteint dans tout son être, et c'est à cela aussi que l'équipe soignante doit se montrer attentive.

De la place du corps dans les soins – corps complexe comme on le voit bien puisqu'il soutient le narcissisme et l'identité de l'être – naît d'autres questions auxquelles les infirmiers débutants et les élèves infirmiers se trouvent confrontés : comment « toucher » une personne dans le plus grand respect de sa pudeur et de son intégrité de sujet ?

L'importance et le problème du toucher dans les soins infirmiers

► Le toucher dans le développement de l'être

Il y a une nécessité de toucher la personne pour lui prodiguer les soins médicaux nécessaires. Pourtant, toucher le corps d'une personne que l'on ne connaît pas ne va pas de soi et peut même susciter de la gêne de part et d'autre, surtout si le patient se trouve confronté à une éducation où ce qui touche au corps est frappé de tabous.

Or, le toucher est une sensation indispensable à la construction de l'être : le bébé doit être touché par sa mère pour percevoir son corps, son unité corporelle. Il intègre ainsi son schéma corporel grâce aux soins que sa mère lui prodigue et grâce à tout ce qu'elle fait passer aussi d'affects à l'égard de son enfant par l'intermédiaire de ces soins. Le bébé prendra conscience ainsi de ses limites corporelles, de son unité et de son identité lorsqu'il accèdera à l'identification d'avec son image dans le miroir. En outre, le fait que sa mère le touche permet à l'enfant de faire la distinction entre l'intérieur et l'extérieur de son corps, entre son moi (voir *Fiche 5*, page 149) et les objets externes. Il peut donc se différencier petit à petit et se séparer de sa mère. Il y a un rôle de *handling* et de *holding* fondamentaux à la construction de soi car ils permettent une bonne intégration psychique du corps.

Ces deux notions sont introduites par le psychanalyste D.W. Winnicott : le *handling* (de l'anglais *hand*, la main) désigne la capacité de la mère à tenir et porter son enfant de sorte qu'il se sente en sécurité, contenu. De cette qualité de « portage » naît un sentiment de sécurité interne chez l'enfant qu'il reproduira dans la confiance qu'il aura ensuite en lui et vis-à-vis des autres. Le *holding* (de l'anglais, *to hold*, tenir) désigne, avec le *handling*, la contenance psychique que produit sur l'être par le biais du corps, le fait de tenir et de porter l'enfant. Le « toucher », dans ces expériences mère/enfant s'accompagne toujours de paroles qui parlent à l'enfant de lui (c'est la concordance des aspects symbolique, imaginaire et réel du corps qui permet le bon développement de l'être). Cette maintenance permet ce que Daniel Stern¹⁰ appelle « les accordages affectifs » entre la mère et l'enfant, où la mère s'ajuste à l'enfant pour répondre à ses besoins. Les expériences de satisfaction, de sécurité liées à la fonction maternelle, ouvrent à l'enfant la voie vers le plaisir partagé et l'individuation.

On voit bien ce que veut dire Freud lorsqu'il dit que le psychisme s'étaye sur le corporel, qu'il est issu du corporel. Pour lui, le « Moi est avant tout corporel »,

10. Psychanalyste.

il est « dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps »¹¹.

Le toucher produit également un corps à corps qui peut être perçu comme érotique, excitateur. En psychanalyse, l'analyste ne touche pas l'analysant avec la main mais avec la parole qui remplace le contact tactile. L'analyse renouvelle ainsi « l'interdit primaire du toucher »¹², qui permet à l'interdit œdipien (l'interdit de l'inceste) de se mettre en place, afin de faire entrer l'être dans la Loi qui va organiser sa sexualité et son lien social. C'est ainsi qu'il peut alors s'intégrer socialement et accéder à la relation amoureuse. La frustration de l'interdit du toucher en psychanalyse oblige l'analysant à réaliser par la parole, à symboliser, des sensations et des sentiments vécus par le corps, ce qui produit leur élaboration psychique et élabore l'angoisse que le moi (voir *Fiche 5*, page 149) a pu vivre à travers l'Œdipe (voir *Fiche 15*, page 163).

Pourtant, l'empathie du psychanalyste pour l'analysant peut passer dans un geste contenant : lui serrer la main chaleureusement à son départ, serrer son épaule pour le soutenir psychiquement et marquer dans le transfert (voir *Fiche 10*, page 155), et grâce à lui, qu'il a entendu sa souffrance et se montre empathique à cet effet. Parfois, un petit geste, dénué d'érotisme et chaleureux, vaut plus que de longues phrases. Le regard et la voix peuvent également produire un « toucher » contenant.

Toucher et sexualité dans les soins infirmiers : la gêne d'un jeune infirmier qui s'occupe de la toilette d'une jeune fille tétraplégique

Dans les soins infirmiers, le contact tactile s'impose, tout d'abord, pour tout ce qui concerne les gestes techniques, proprement médicaux. Là, la parole peut précéder le contact tactile et l'accompagner de sorte à ôter toute connotation érotique au geste, dans la mesure où le corps à corps s'impose. Par exemple, l'infirmier peut expliquer les gestes qu'il va faire et leurs buts médicaux. La personne ne sentira pas alors comme intrusif le geste du professionnel à son égard, justement parce qu'il sera présenté comme professionnel. Tout dépend de la relation de la personne à son corps, de son histoire, de son éducation, de sa religion, de son âge. En outre, les explications de l'infirmier peuvent ouvrir la voie à des questions de la part du patient qui s'appropriera ainsi l'intervention en la subjectivant et pourra se détendre davantage.

La parole vise à écarter l'excitation, le désir et l'érotisme, en mettant bien l'accent sur la nécessité biologique, médicale. Cependant, comme on a vu que le corps n'était pas une mécanique, il se peut que ces précautions ne suffisent pas. Elles ont néanmoins le mérite de prendre en compte qu'une gêne liée à une intimité non désirée, dans un contexte de souffrance, avec un soignant que le patient n'a pas choisi, peut susciter de la gêne, de la honte, de la crainte... et que c'est normal.

D'autres contextes de soins mettent les soignants face à la nécessité de toucher le corps : la toilette par exemple. Un jeune infirmier me parle de la gêne qu'il a ressentie suite à « l'obligation » de laver une jeune fille tétraplégique :

11. Freud S., « Le moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, petite bibliothèque Payot, 1981.

12. Anzieu D., *Le Moi-peau*, Dunod, Paris, 1995.

« Elle avait à peu près mon âge. On m'a dit qu'elle ne voulait pas qu'un homme fasse sa toilette mais ce jour-là, une personne soignante était absente alors... J'y suis allé et je lui ai dit que c'était technique, que je ne la voyais pas comme une femme, qu'elle était asexuée pour moi. Mais, en fait, j'étais mal à l'aise moi aussi parce qu'elle était plutôt mignonne et que je ne pouvais pas m'empêcher de le penser. Ce n'était pas facile pour moi de faire sa toilette. Je n'avais pas le choix, mais compte tenu de nos gênes réciproques, je l'ai à peine touchée, je ne l'ai pas regardée et je lui ai dit qu'elle pouvait garder ses sous-vêtements. On s'est débrouillé pour que je ne la vois pas nue. Et comme j'étais très gêné, je n'ai pas arrêté de parler. Je ne sais plus ce que j'ai raconté mais c'était pour meubler, pour mieux faire passer la situation. Je sentais que j'étais à côté de la plaque. Elle ne disait rien mais elle avait les larmes aux yeux et faisait tout pour ne pas me regarder ni croiser mon regard. Je suis sorti de la chambre très triste et mal, et j'ai demandé qu'on me permette de m'occuper d'une autre personne parce que la relation s'était mal engagée là et que je ne voulais plus faire la toilette d'une femme. »

Ce que confie ce jeune infirmier débutant est très courageux et essentiel : il peut y avoir du désir vis-à-vis d'une patiente, et de la gêne puisque le contexte n'est pas celui d'une rencontre amoureuse mais d'un contexte de soin où la jeune femme n'a pas envie d'être touchée par ce jeune homme. La question de la pudeur, de l'intimité est ici en jeu. La gêne de l'infirmier débutant confronté au sexuel dans une situation où l'éthique l'interdit est compréhensible. Il noie son émoi dans un flot de paroles vides destinées à se défendre contre l'angoisse qui le submerge alors. Cela accroît le malaise de la patiente qui sent cette défense. Il manque ici de vraies paroles destinées à la communication et à la relation, contrairement à celles de l'infirmier, et qui auraient consisté par exemple de la part du soignant, à demander à sa patiente si elle voulait bien qu'il l'aide à faire sa toilette de manière tout à fait exceptionnelle. Il aurait permis à la jeune fille de dire ses réticences. Peut-être seraient-ils parvenus ensemble à un consensus commun sur la manière de procéder où la patiente aurait été actrice de sa toilette ; ou bien, l'infirmier aurait pu dire qu'il respectait le refus de la jeune fille.

Dès le début, ce jeune infirmier aurait gagné, pour lui et sa patiente, à refuser fermement ce « soin » (qui n'en est plus un dans les circonstances où il s'est déroulé) au lieu d'accepter cette situation violente de part et d'autre. Il percevait le corps de sa patiente comme érotique, ce qui dans un contexte de paroles, d'échanges, aurait pu jouer un rôle positif de restauration narcissique pour la jeune fille, mais cet aspect a été détruit par le côté intrusif, violent de la situation, qui a pu mettre cette jeune fille dans une grande détresse du fait de son handicap : non seulement, en tant que tétraplégique, le risque qu'elle soit traitée comme un objet est constant, mais subjectivement aussi, sa demande n'a pas été prise en compte par l'équipe ni même par le jeune infirmier qui n'a pas osé proposer une autre organisation ou refuser. De la part des personnes qui organisaient les toilettes dans l'équipe, le fait qu'il n'ait pas été pris en compte qu'une jeune femme pouvait être gênée d'être lavée par un jeune homme, montre qu'elle n'était plus considérée dans sa féminité ni sa capacité de séduction qu'elle conservait pourtant aux dires du jeune soignant. Les conséquences de ce genre d'événement peuvent être graves pour la santé psychique du patient. Le contact tactile, doublé de la gêne du soignant et du patient, comme

dans le dernier cas, est loin d'avoir un rôle contenant et rassurant pour la personne en souffrance. En outre, dire à une personne qu'on la voit comme « asexuée », alors qu'il s'agissait de l'opposé ici, montre bien qu'est introduite d'emblée la question du sexe et de la sexualité contre laquelle tente de se défendre le jeune infirmier débutant. Le soignant dit qu'il voit ce corps comme un corps mécanique, sans vie, sans subjectivité, sans identité, pour s'en convaincre et se défendre contre l'angoisse qui l'envahit alors devant le corps à corps. Mais, agir ainsi et ôter sa personnalité, sa subjectivité à ce corps qui est la personne, qui est le patient, ne permettra pas à ce dernier d'avancer face à cette angoisse qui risque de se renouveler à chaque fois, rendant le travail avec lui plus difficile.

► Soins et respect de la pudeur du patient

Un élève infirmier confie également son trouble durant son stage, concernant la façon dont il a vu faire la toilette des personnes hospitalisées :

« J'ai vu des soignants qui laissaient les patients entièrement nus sur le lit et les lavaient, sans mettre de paravent ou tirer le rideau entre les deux lits, ce qui fait que l'autre patient pouvait tout voir. La porte restait ouverte pendant ce temps et n'importe qui pouvait entrer, sortir, sans frapper. Ça m'a choqué. Je n'aurais pas aimé être à la place de ces patients. »

En fait, en traitant ainsi les personnes malades, le soignant oublie qu'il prodigue des soins lorsqu'il fait des toilettes. Il ne s'agit pas de s'acquitter d'une corvée, position qui n'apporte rien de bon pour lui ni pour son patient. C'est une situation à laquelle se trouveront confronté la plupart des infirmiers débutants car il est normal, dans le contexte culturel, religieux, social dans lequel nous vivons de penser que l'on brave un interdit important en touchant par le regard ou avec les mains un corps nu. Le risque de franchissement d'un interdit aussi important, mettant en jeu la sexualité, fait horreur. C'est une réaction normale. Un professionnel et un patient en présence c'est à la fois deux êtres humains unis par leur humanité et placés sur un même plan de ce fait, liés par cette communauté humaine à laquelle ils appartiennent et qui pose toutes les questions relationnelles liées à cette situation.

Toutefois, ils sont séparés aussi par la demande de soin qui crée l'écart, l'asymétrie entre eux, sans notion de pouvoir (surtout pas ! C'est là que s'instaurent les dérives consistant à imposer au malade des choses qu'il ne viendrait même pas à l'idée de proposer à un être bien portant, et à percevoir le patient comme une mécanique), mais néanmoins avec l'idée qu'il y a déjà, de fait, une distance entre eux due aux positions respectives de soignant et de soigné et que, si ambiguïté il y a, si la toilette, la nudité mettent le soignant dans une position difficile pour lui, s'il craint que ce qu'il fait ne soit interprété comme sexuel (notamment par lui), c'est au sujet soignant d'analyser les tenants et aboutissants (toujours complexes) de cette gêne, en fonction de son histoire.

Dans l'exemple du jeune infirmier et de sa patiente tétraplégique, l'infirmier débutant oublie aussi qu'il a affaire à un être humain qui a sa dignité, sa pudeur. Il n'est plus question de soin dans ce contexte mais d'un moment qui est ressenti comme une humiliation pour la patiente, dans un contexte déjà suffisamment traumatisant pour elle et dans lequel elle se sent très fragile... Le toucher, dans ce cas, peut suggérer davantage un dégoût de la part du soignant, une indifférence dans la manière futile et expéditive de traiter la toilette, et ne va pas du tout dans le sens du soin. La distance mise ici suggère le malaise alors que des gestes bien maîtrisés et francs peuvent apparaître plus pudiques et bien attentionnés.

D'autre part, le contact tactile, lorsqu'il est bien vécu par le soignant et le soigné peut être une marque d'empathie, de volonté de soutien et d'étayage narcissique de la personne, et s'avère un moyen de restaurer le corps blessé, par exemple au moyen de massages adaptés, surtout lorsque l'obligation de rester alité un long temps provoque des courbatures et des douleurs musculaires, vertébrales ou autres.

Les soignants peuvent ne pas se sentir à l'aise devant l'intimité dévoilée de l'autre, c'est tout à fait justifié car c'est une situation à laquelle ils ne sont pas préparés psychologiquement. La honte, la gêne, l'embarras qui les conduisent parfois à nier la personne dénudée au lieu de la considérer, sont à exprimer, d'autant plus que l'histoire de chacun, la construction sexuée et sexuelle de chacun est toujours source (plus ou moins selon l'histoire de vie) de conflits psychiques, d'interdits, de fantasmes refoulés qui peuvent bloquer le soignant dans ces situations. En avoir conscience et en parler peut être une aide conséquente et apporter plus d'aisance relationnelle et de bienveillance lorsque le corps de l'autre est en jeu, lorsqu'il y a un risque qu'il soit envahissant au point que le soignant ne voit plus qu'un corps et non la personne.

La toilette du sujet âgé : témoignage d'une jeune infirmière débutante

Dans les institutions pour les personnes âgées, il n'est pas rare qu'un infirmier ou un aide-soignant homme fasse la toilette d'une femme âgée contre l'avis de cette dernière. Les personnes qui ont entre 80 et 100 ans actuellement, n'ont pas le même rapport « libéré » à leur corps que ceux qui prennent soin d'elles. Des tabous, hérités des mœurs du début du XX^e siècle, viennent frapper ce rapport beaucoup plus fortement qu'actuellement. C'est parfois une grande violence d'imposer à une personne qu'une personne du sexe opposé lui fasse sa toilette. C'est une question à traiter au cas par cas dans l'organisation d'une équipe soignante et qui doit être prise en compte sérieusement. Le respect de l'intimité, de la pudeur d'une personne malade sont la preuve qu'on la considère comme une personne, un sujet pour lequel les soignants ont le souci d'un bien-être, d'un respect dus à sa dignité humaine qu'il conserve dans sa souffrance.

Un autre témoignage d'une élève infirmière, relatif à la question de la toilette chez la personne âgée apporte une lumière différente sur ce moment lorsqu'il se déroule dans de bonnes conditions :

« *J'aime bien faire la toilette de la résidente dont je m'occupe parce que c'est un moment intime où la personne se confie beaucoup. Il n'y a pas beaucoup d'autres*

moments comme ça dans la journée. Je prends mon temps et la personne parle de sa vie intime, comme si la proximité avec une partie intime d'elle, son corps, l'encourageait à dévoiler aussi les secrets qu'il y a en elle, dans sa tête. Il y a de la complicité. Elle me dit aussi que je suis très douce et qu'elle aime bien quand c'est moi qui m'occupe d'elle. Elle attend avec impatience ce moment de la journée. C'est pour ça aussi que je ne me dépêche pas. Après, elle est seule le reste du temps. »

La douceur de l'infirmière, le plaisir qu'elle prend vraisemblablement à ce moment partagé, en font un moment de vrais soins, physiques et psychiques, pour la personne dont elle s'occupe. Elle ne fuit pas la situation, au contraire, elle l'optimise, elle la sublime.

► Le refus du toucher : entendre et s'organiser

Le contact relationnel est la conséquence des autres formes de contact par le toucher, le regard, la voix, que l'infirmier entretient avec son patient. La communication orale, par la parole, permet que le contact passe mieux : prévenir la personne qu'on va lui « *toucher le ventre pour voir si elle n'est pas constipée* », par exemple, rassure, humanise ce contact tactile. La parole coupe la voie à une excitation corporelle.

Certains infirmiers préfèrent réaliser des pansements avec des gants stériles plutôt qu'avec des pinces parce qu'ils voient là une marque d'attention dans le soin, un toucher étayant, un lien d'humain à humain.

Néanmoins, certaines personnes refusent d'être touchées, parfois à cause de leur religion. Dans la religion musulmane, par exemple, un homme, même médecin, ne peut toucher sa patiente. Une organisation différente se met en place alors qui peut compliquer le contexte des soins quotidiens dans le cadre d'une hospitalisation.

Parfois aussi, le refus d'être touché est lié à la psychologie de la personne. Dans certaines névroses obsessionnelles (voir *Fiche 16*, page 164) graves la phobie du toucher (de toucher et/ou d'être touché) peut entraîner des situations difficiles pour le patient : refuser le toucher le protège d'une angoisse importante, il est bon d'entendre ce refus et de le travailler avec cette personne.

De même, pour les personnes psychotiques ou autistes par exemple, la prudence est de mise car leur corps pose beaucoup de problèmes. Ces personnes ne se sont pas constituées corporellement aussi solidement que les névrosés. Leurs fragilités corporelles rendent violents pour eux les moindres soins impliquant le corps. Il y a alors des risques qu'ils vacillent dans des délires comme moyen de se défendre.

En tout cas, il s'agit toujours d'écouter la personne et de discuter avec elle pour voir ce qui la gêne et comment il est possible d'opérer les soins lorsque la situation paraît bloquée.

Le corps dans la psychose



► Le corps dans la schizophrénie

Dans la psychose, notamment dans la schizophrénie (voir *Fiche 19*, page 171), le corps n'est pas perçu comme unifié. Le sujet n'a pas eu accès à la perception d'une image unie de lui-même dans le miroir, mais à une image reçue comme morcelée. Outre les hallucinations concernant des vécus corporels de dislocation, de morcellement, ou d'intrusion, le schizophrène peut percevoir dans le contact tactile une forme de tentative d'appropriation de son être par la personne qui le touche, tant les limites de ce corps sont diffuses, fragiles, voire inexistantes. Cette psychose se caractérise par une désagrégation de la personnalité. Le corps n'est pas maîtrisé, l'être n'a pas d'emprise sur lui pour le rassembler, c'est pourquoi toute personne est continuellement un danger puisqu'elle est susceptible d'une emprise facile sur lui.

La dissociation de l'image du corps entraîne le problème suivant : une partie du corps peut prendre la place de la totalité du corps. La personne schizophrène a tout de même accès, dans ce cas, à une limite corporelle. Mais, dans le cas d'une confusion entre le dedans et le dehors du corps, le corps n'est pas bordé, ni limité. Or, il n'existe pas d'altérité possible sans la constitution d'une limite corporelle, il n'y a pas de place pour l'autre (le non-moi) lorsque les limites du moi sont diffuses. Certains schizophrènes peuvent voir l'un de leurs bras au bout de la pièce où ils se trouvent, la tête à un autre bout. Ces vécus corporels sont très douloureux et angoissants pour eux. Le regard est souvent aussi source d'intrusion et de persécution.

Il est aisé de comprendre la complexité des soins médicaux concernant ces personnes et la violence à laquelle ces soins les soumettent.

Certaines thérapies comme celles des « packs » (des enveloppements du corps de la personne dans des draps mouillés par exemple), des bains thérapeutiques, de certaines techniques de massages, ont pour intention de rassembler le corps, de suppléer dans la réalité à une limite psychique non constituée. Le point de départ de ces techniques est la notion de *Moi-peau* décrite par Freud et reprise par Anzieu¹³ qui met l'accent sur ce qu'a de capital la peau dans la construction du moi : tout le psychisme se construit en référence à l'expérience corporelle. La communication, au début de la vie, est constituée par le contact peau à peau entre l'enfant et la personne qui s'en occupe. Ce contact devient constitutif, dans l'appareil psychique, du moi (voir *Fiche 5*, page 149) et de ses fonctions. Or, le psychotique n'a pas développé ce côté contenant de la peau

13. Anzieu D. *Le Moi-peau*, Dunod, Paris, 1995.

augurant de la capacité du moi à contenir les angoisses et à permettre l'accession à une représentation de soi unifiée.

Si la personne psychotique est d'accord pour participer à ces techniques de « pack », si elle y trouve plaisir et réconfort, il est possible de les lui proposer, mais il est bon de garder à l'esprit que certains psychotiques ne supporteront pas les massages ou tout contact corps à corps avec le soignant de manière générale ; dans ce cas, il vaut mieux s'abstenir de les mettre dans ces situations difficiles et parfois source de décompensation (de délire, d'hallucinations) que le soignant n'est pas vraiment formé à accueillir et qui peuvent s'avérer violente.

La meilleure façon de pouvoir entrer en confiance avec une personne schizophrène, c'est de lui expliquer clairement les gestes qui vont être pratiqués, annoncer le geste avant de toucher le corps, répondre à ses questions, et si c'est possible, différer l'intervention si la personne n'est pas en mesure de l'accepter ou si le lien avec le soignant n'est pas encore suffisamment instauré dans un climat positif de confiance. La parole est ici une nécessité. Pas de longs discours ni de termes techniques formulés dans un jargon médical difficile à saisir. Des termes clairs et précis permettront une meilleure conception de l'acte et son acceptation.

► Le corps dans l'autisme

Pour la personne autiste, le corps est source de plus grandes souffrances encore. L'autiste, comme le schizophrène, n'a pas de corps au sens où ses organes ne sont pas symbolisés ni perçus comme rassemblés dans un corps unifié. Au niveau pulsionnel, les réactions sont violentes puisque les pulsions et excitations liées au corps ne sont pas circonscrites ni localisées précisément dans telle ou telle partie du corps, tandis que, lorsque l'être se construit correctement, il perçoit les différentes parties de son corps comme unies entre elles et clairement identifiées, y compris dans leur utilité.

Certains auteurs, comme Meltzer¹⁴, disent que le corps de l'autiste est démantelé : le « démantèlement » est un moyen de défense dont use l'autiste, qui l'oblige à traiter une par une les sensations, sans pouvoir les associer, afin d'accéder à la construction d'un objet total, différencié. Certaines stéréotypies de léchage, flairage ou tapotage des personnes autistes correspondent à cette tentative de connaissance du monde à travers un sens privilégié. De même, on voit souvent les autistes boucher leurs oreilles et fermer leurs yeux dans le même mouvement, comme si le regard et la voix n'étaient pas séparés l'un de l'autre. Cette indifférenciation empêche effectivement toute articulation qui suppose une séparation, une distinction entre les sensations.

Le corps de l'autiste est envahi de pulsions non canalisables puisque le corps ne fait pas limite. Cela peut surprendre et gêner des soignants non prévenus. En effet, la façon dont certains jeunes garçons autistes peuvent se masturber devant tout le monde, sans notion de pudeur ni d'interdit social, montre qu'il y a une mécanique génitale, instinctuelle, non rattachée à des images érotiques ni

14. Meltzer D. et al., *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 2002.

à un objet (voir *Fiche 9*, page 154) le plus souvent. Le geste est souvent destiné à soulager la tension désagréable provoquée par l'excitation non canalisable pulsionnellement par les adolescents et par les adultes autistes. Parfois ils crient, hurlent, attaquent, parce que cette excitation les envahit, les submerge, se meut en angoisse de destruction et qu'ils ne savent pas comment l'évacuer.

Lorsque l'autiste se masturbe, cela montre au moins que la source de la tension est repérée et que l'autiste a compris comment y remédier pour retrouver un équilibre pulsionnel propice à sa tranquillité. Parfois, l'adolescent autiste ne sait pas comment faire passer mécaniquement l'excitation gênante, surtout lorsque le corps est vécu comme démantelé¹⁵, et que sont démantelés aussi les objets perçus, de sorte à ne pouvoir constituer un objet total clairement différencié. Voici ce qu'en dit Meltzer¹⁶ :

« Nous en arrivâmes à penser que dans l'état autistique proprement dit il existait une sorte d'état de non mentalisation dans lequel l'équipement sensoriel de l'enfant était démantelé à partir d'un mode de fonctionnement unifié, consensuel. Il apparaissait que chaque modalité tendait à rechercher un élément isolé de l'environnement pour entrer en contact avec lui et que le comportement moteur correspondant était du type le plus rudimentaire, le plus mécanique, non fantasmatique, n'ayant aucune source dans les éléments préalablement appréhendés ni aucune conséquence sur les suivants. Pour autant qu'ils semblaient être les débris de fantasmes et de relations d'objet désorganisés, le travail d'interprétation de l'analyste avait pour but l'identification de l'image fragmentée, comme un archéologue cherche à reconstituer un vase à partir des débris d'un tas de détritus. »

Les réactions « éducatives » (dans la psychologie comportementale) visant à interdire à l'autiste de se masturber sont souvent sans effet ou très pénibles pour lui puisqu'il ne sait pas évacuer autrement l'excitation et qu'il faut qu'il l'évacue sous peine d'angoisses terrifiantes. Le mieux pour le soignant, s'il se trouve confronté à cette situation, est de détourner le regard à ce moment-là et de sortir de la chambre, en formulant qu'il reviendra plus tard.

L'absence de corps provoque parfois des gestes d'automutilation chez la personne autiste. En effet, cette attaque contre son corps et la souffrance qu'il en tire peuvent consister en une tentative de contenance de ce corps, d'en trouver les limites pour se rassurer. C'est souvent un spectacle violent. La personne schizophrène peut y avoir recours aussi. Il est bon de veiller à ne laisser dans la chambre aucun objet contendant ou avec lesquels ces personnes pourraient se blesser. Encore une fois, les soignants qui s'occuperaient de patients autistes ou schizophrènes doivent être formés au préalable ou s'entourer de personnes qui le sont.

Une autre difficulté concernant l'autiste réside dans le fait qu'il ne parle pas toujours : il se fait comprendre par des réactions instantanées, parfois violentes, à la mesure de la violence qui le saisit. Ce ne sont pas des réactions dirigées contre le soignant, c'est une réaction liée à la terreur qui l'envahit. Comme on l'a vu, les personnes autistes ont beaucoup de mal à être au monde et elles ont développé une ultra sensibilité corporelle, même si elle est diffuse.

15. Meltzer D., et al. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 2002.

16. Meltzer D., et al. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 2002, 62-63.

L'absence de parole peut être interprétée, entre autre, par le fait que la bouche n'a pas été conçue correctement comme bordant la cavité par laquelle sortent les mots. Cette absence de bouche en quelque sorte, empêche l'articulation de paroles ou la conception même d'émission de mots par ce lieu vécu comme une béance informe. La personne autiste n'apprécie pas les longs discours des « autres ». Cela lui est pénible pour plusieurs raisons : il ne comprend pas tout du langage de l'autre ; la voix peut ne pas lui être agréable ; les paroles des autres, non maîtrisables par lui dans leurs flux, l'envahissent et créent une excitation corporelle incontrôlable due à la fragilité (ou à l'inexistence) de son pare-excitation. Le pare-excitation est une fonction que développe l'être qui se construit « normalement », c'est-à-dire, pour la psychanalyse, sur le mode d'une névrose non handicapante pour la vie en société. Le pare-excitation est une capacité du moi à filtrer les excitations issues des cinq sens. La compréhension de ces sensations, la capacité d'y prêter ou non attention, de les attribuer à telle ou telle origine permet de les canaliser, de les associer à une pensée et d'en diminuer la portée sur l'être.

Dans la psychose, et encore plus dans l'autisme, cette capacité est très réduite, voire inexistante, du fait du manque d'unité du moi, et du manque de constitution d'une pensée adaptée à la réalité, d'une pensée non parasitée par le délire (pour le psychotique) ou les stimuli non traitables par le moi (dans la psychose et l'autisme). Il est également possible qu'une personne autiste réagisse avec un grand retard (plusieurs heures ou un jour entier) à une information ou à un événement, notamment lorsqu'elle les perçoit comme désagréables, ou inacceptables. Leur notion du temps est différente.

Que ce soit auprès d'une personne schizophrène ou autiste, le mieux est d'éviter une forme d'autorité sous forme d'une prise de pouvoir sur l'individu qui peut apparaître très violente pour ces personnes qui ne sont pas entrées dans la Loi instaurée par l'Œdipe et la fonction paternelle. Imposer quelque chose à l'autiste est impossible ou se fait au prix d'une violence inouïe pour lui et pour la personne qui exige de lui quelque chose.

Les centres de ressources autismes se mettent en place dans les régions pour former les médecins à soigner des personnes autistes mais il existe encore trop peu de professionnels susceptibles de le faire. Ces personnes autistes sont donc encore susceptibles d'être prises en charge dans des hôpitaux et il est bon que les infirmiers sachent que ces personnes sont très fragiles sur le plan corporel, afin de sensibiliser aussi les autres soignants à l'approche particulière que demande un autiste dans le cadre des soins dont il peut avoir besoin.

L'expérience d'une infirmière débutante auprès d'une personne âgée schizophrène

Ce qu'apprennent ces personnes psychotiques aux soignants, c'est que le corps est étroitement lié au psychisme au point que quand le moi (voir *Fiche 5*, page 149) est défaillant, le corps l'est également.

Une jeune infirmière a fait cette expérience auprès d'une personne âgée schizophrène :

« Il était âgé. Il fallait l'aider à se laver. Mais on ne pouvait pas lui faire sa toilette car il refusait qu'on le voit nu. Il exigeait de porter une serviette autour de la taille pour que je ne vois pas ses parties génitales. Une fois, j'ai quand même touché ses testicules en le lavant, il a hurlé et m'a insultée sans retenue. J'ai eu très peur car il criait fort et disait que j'essayais de les lui arracher. Je suis sortie de la chambre parce que j'ai cru qu'il allait me frapper. Une infirmière qui le connaissait est venue m'aider, elle l'a calmé en lui demandant d'essayer de se laver seul avec un gant les parties intimes. Il lui a demandé de ne pas le regarder pendant qu'il faisait cela. Elle est sortie de la salle de bain et moi aussi. Puis, il nous a appelées, plus apaisé. J'ai pu finir sa toilette et je l'ai aidé à s'habiller. Au moment de s'habiller, il se laissait faire comme s'il était un tout petit bébé, au point que je devais lui demander de m'aider parce qu'il était grand et imposant et que je ne pouvais pas le soulever. Sinon, pour ses traitements, c'était très dur aussi. Lorsque je lui donnais ses médicaments, il m'injurait en me disant que j'essayais de l'empoisonner. Il disait que sa chambre était un tombeau et qu'on voulait l'y enterrer vivant. Il avait besoin de temps en temps que je lui mette le masque à oxygène mais c'était difficile parce qu'il croyait que je voulais le « gazer ». Une fois, il était extrêmement agité et j'ai posé ma main sur la sienne pour le calmer, il a bondi à ce contact, s'est mis à hurler, à dire que j'étais le diable, au point que j'ai dû sortir de la chambre tellement j'étais terrifiée. J'avais plus envie de le soigner après tout ça. J'en avais assez de ses comédies. »

Plusieurs choses retiennent l'attention dans ce témoignage : ce patient schizophrène, comme beaucoup de psychotiques, a une terreur de tout ce qui « touche » le sexe et la sexualité. Le moindre geste à cet égard est vécu de manière très angoissante et menace le fragile équilibre du moi. Le regard est déjà très intrusif pour ce patient. L'infirmière qui intervient pour aider sa collègue débutante l'a bien compris puisqu'elle sort de la pièce après avoir demandé au patient de se laver seul aux endroits de son intimité. Cela a d'ailleurs apaisé le patient qu'on le comprenne et qu'on le croit : le fait de lui proposer une solution en lien avec sa demande a été essentielle, c'est alors qu'il peut faire confiance au soignant lorsqu'il voit que la personne ne présente pas de risque pour lui mais au contraire qu'elle l'écoute et qu'une adaptation du cadre à sa pathologie est possible. En outre, le ressenti de persécution chez ce patient est intense : les soins sont perçus comme une atteinte à son corps et à sa vie tant la situation de la prise en charge à l'hôpital représente une menace pour lui. En effet, le manque de repères, les constantes violations faites à son corps (ce qu'il ressent comme tel) dans le cadre des soins, le fait que les personnes, pas toujours formées à la psychose, puissent ne pas tenir compte de son angoisse de destruction, l'aspect délirant qui lui fait voir sa chambre comme un tombeau sans doute parce qu'il redoute de mourir et ne peut aborder la question ainsi, tout cela est une violence et un risque pour l'intégrité de son moi (voir *Fiche 5*, page 149). On voit aussi comment un geste affectif et qui se voulait rassurant de la part de la stagiaire (poser sa main sur celle du patient) est perçu ici comme une intrusion dans le corps et une source de douleur, de terreur, puisque la personne se met à hurler. C'est donc qu'il vient de se passer pour lui quelque chose de très grave.

Il ne s'agit pas de « comédie » de la part du patient, cela signifierait que la personne joue l'angoisse et la crainte alors qu'elle les ressent véritablement. Dans le cas d'un patient souffrant de psychose on ne peut calmer l'angoisse en tentant de raisonner la personne. Toutefois, il est possible de l'aider par une écoute et une adaptation du cadre au patient. Concernant le psychotique et l'autiste, il n'y a pas d'autre choix sous peine de destruction du sujet, de décompensation et de violence. C'est lui qui sait comment on peut lui faire ou ne pas lui faire violence puisque les vécus corporels étranges et le manque de cohésion de l'image du corps sont des expériences connues de lui seul. La logique de fonctionnement de ces patients, du fait de leur structure, n'est donc pas celle des soignants : il est bon de ne pas contredire le délire (lorsqu'il émerge) en disant au patient qu'il ment ou qu'il raconte des choses fausses. Le mieux est de l'écouter et d'essayer de trouver ce qui, dans ses propos délirants, constitue son angoisse. Le travail d'équipe avec un psychologue et un psychiatre peut s'avérer indispensable dans ce cas.

L'infirmière stagiaire s'est trouvée blessée de la réaction du patient et s'est sentie remise en cause, repoussée dans son empathie pour lui. En fait, les hurlements et les manifestations de douleur du patient ne lui étaient pas adressés. Il ne cherchait pas à la remettre en cause. Il souffrait d'une souffrance qu'il ne pouvait contenir. C'est une indication qu'il donne à l'équipe sur sa fragilité corporelle : moins les soignants le toucheront, mieux cela vaudra. Des inventions et des trouvailles sont à mettre en place pour s'acquitter au mieux des soins infirmiers dans ces contextes difficiles où le sujet est diffus, parfois liquéfié ou démantibulé, ce que le corps donne à voir sans déguisement et sans retenue dans la schizophrénie.

Le corps dans la psychose et dans des pathologies telles que l'autisme est extrêmement sensible. Certains auteurs usent de métaphores pour décrire le moi de ces personnes : c'est un moi passoire, troué, un moi poulpe, mou et flasque, un moi carapace, rigide et bloqué à l'acquisition des fonctions usuelles. C'est une façon imagée de rendre compte de vécus corporels et psychiques difficilement appréhendables mais qui rendent la vie pénible au quotidien pour ces personnes, et qui entravent leur lien à la réalité et à l'autre.

Le propos de cette partie sur le corps étant de donner aux infirmiers débutants des pistes de réflexion sur le vécu du sujet atteint de maladies qui lui rendent son rapport au corps très problématique, nous quittons à présent le champ particulier de la psychose pour nous intéresser à une autre problématique : le vécu psychologique du malade atteint de maladie chronique.

Le vécu psychologique du malade atteint de maladie chronique

► Quel est le vécu psychologique de la personne atteinte de maladies chroniques ? Quelles sont les répercussions de ce vécu sur le corps ?

Le malade met en place un certain nombre de mécanismes de défense afin de faire face à l'angoisse de mort et d'établir entre lui et le monde un nouveau rapport, narcissiquement supportable et le plus économique possible pour son fonctionnement psychique. En effet, le malade atteint d'une maladie chronique se trouve face à la déchéance et à la mort. Or, la psychanalyse considère que l'inconscient ne croit pas à la mort. Freud dira : « personne au fond ne croit à sa propre mort ou ce qui revient au même : dans l'inconscient chacun de nous est persuadé de son immortalité. »¹⁷ Cela signifie que consciemment on sait que l'on va mourir un jour, mais inconsciemment, nous n'y croyons pas. Le malade atteint d'une maladie chronique, lorsque celle-ci met en péril sa vie quotidiennement, côtoie la mort de manière incessante, toute sa vie. L'angoisse de mort, liée à cette atteinte somatique, prédomine alors puisque la personne vit son temps comme compté, et parfois il l'est vraiment. Pour continuer à vivre, avec un corps malade, il faut alors qu'elle procède à des aménagements psychiques à l'aide de mécanisme de défense (voir la partie 3, à propos de l'angoisse du patient, p. 95).

Les cas particuliers de la personne souffrant d'obésité, et celui de la personne cardiaque illustrent bien l'indissociable relation du psychique et du corps.

► L'obésité

Les personnes souffrant d'obésité peuvent avoir recours à un certain nombre de mécanismes de défense, parfois jusqu'au déni de ce qui leur arrive (« mieux vaut faire envie que pitié », « je me trouve belle comme ça », « c'est une preuve de bonne santé »), d'autant plus que leur narcissisme est extrêmement mis à mal, dans une société où les canons de beauté évoluent vers une minceur de plus en plus grande. La personne peut se trouver isolée, victime de discrimination, elle se marginalise. En plus d'un traitement (encore aléatoire) et d'une prise en charge à vie concernant l'alimentation, parfois avec des maladies associées tel le diabète, elle doit faire face au regard des autres, au dégoût qu'elle peut inspirer parfois, ou s'inspirer à elle-même puisque c'est le regard qu'elle porte sur elle-même qui est souvent le plus cruel.

17. Freud S. « notre relation à la mort ». *Essais de psychanalyse*, Payot.

Une jeune infirmière ayant fait un stage auprès de personnes âgées a remarqué de la part des soignants un sentiment de répulsion face au corps d'une patiente très obèse. Elle rapporte les choses ainsi :

« En gériatrie, dans une maison de retraite, une patiente obèse, de 70 ans, ne se déplaçant plus qu'en chaise roulante du fait de son poids, était devenue la hantise de l'équipe soignante : il fallait plusieurs infirmiers pour l'aider à se déplacer, pour la laver, pour la relever si elle tombait et comme il y avait très peu d'infirmiers en proportion du nombre de résidents, le fait qu'elle nécessite une mobilisation plus grande entraînait une grande réticence des soignants à aller la voir. Ils en étaient venus à ne pas s'occuper d'elle autant qu'il le fallait et disaient : « c'est de sa faute si elle est dans cet état là, elle n'a qu'à moins manger ». Aucun régime n'avait jamais fonctionné avec elle. Cette personne, sentant le « poids » qu'elle représentait pour l'équipe, se faisait toute petite, ne demandait jamais rien, de peur de se faire réprimander ou juger. Un jour, la soignante responsable de la distribution des repas pour ceux qui restent dans leur chambre (et cette patiente obèse en faisait partie, par commodité pour l'organisation institutionnelle) a oublié de lui servir le sien. On ne l'a su que beaucoup plus tard car la patiente n'a rien osé réclamer.

On ne lui demandait pas non plus son avis sur le moment qui l'arrangeait le mieux pour les soins, la douche, les sorties puisque cela ne pouvait se passer qu'à certains moments de la journée où deux infirmiers pouvaient se rendre disponibles en même temps. J'ai remarqué aussi qu'elle était moins sortie que les autres. C'était trop fatigant. »

Là, ce n'est qu'un exemple des risques de glissements insidieux qui peuvent se faire jour dans les prises en charge, sans qu'on voit, par manque de recul, ce que cela implique parfois d'humiliation, de dépression et d'envie de mourir de la part de la personne (surtout âgée) lorsqu'elle se vit comme « en trop » pour les personnes qui s'occupent d'elle.

Pour cette résidente, la question d'être dépossédée de son statut de sujet se posait encore plus que pour d'autres malades atteints de maladies chroniques. En effet, elle était entravée dans ses mouvements et dans ses désirs qu'elle ne s'autorisait plus à exprimer du fait de son état et de l'image de lourdeur de sa prise en charge que lui renvoyaient les soignants. Elle était devenue objet, ce qui se reflète également dans les propos de la stagiaire, à son insu, par l'expression : « elle était moins sortie que les autres » où le sujet est passif, ce qui en fait un objet dont on dispose à sa guise.

S'agissait-il d'un « acte manqué », c'est-à-dire un acte qui est dicté par l'inconscient et qui ne répond pas à une volonté consciente de la part de l'infirmière d'oublier de donner son repas à cette résidente ? La logique inconsciente de cet acte correspondrait à l'idée que : « si elle mangeait moins, elle maigrirait, et on pourrait s'en occuper plus facilement ».

Les soignants en viennent à culpabiliser la personne sur son poids, oubliant l'aspect « maladie » de l'obésité. Cet aspect « maladie » peut être lié à des facteurs génétiques, organiques aussi bien que somatiques du fait de problèmes psychiques.

Une pathologie complexe

L'obésité est une question d'autant plus complexe, que les problèmes génétiques et métaboliques peuvent se compliquer d'une problématique psychologique qui ne se soigne pas avec des médicaments.

Freud, en psychanalyse, met l'accent sur la notion de « cannibalisme psychique ». Il dit que l'identification passe par l'incorporation fantasmatique de l'objet d'amour primaire : l'objet devient psychiquement source d'identification.

Concernant la problématique orale de l'obésité, on peut faire l'hypothèse pour certains sujets (mais c'est un symptôme qui reste à traiter au cas par cas) que, pour des raisons issues de l'histoire du sujet, l'incorporation connaît un échec qui empêche l'intériorisation psychique (élaborée psychiquement) de l'objet d'amour (qui peut être précoce : ce peut être la mère ou une personne qui fait office de mère). Mais, cet objet, pour ne pas être perdu, tout comme l'objet du mélancolique (voir *Fiche 21*, page 173), reste présent de façon si concrète que la personne mange pour deux comme s'il y avait un corps pour deux. C'est peut-être aussi un refus d'identification à cet objet primaire (parce que, pour des raisons connues du sujet seul, cet objet ne lui a pas convenu, n'a pas été satisfaisant) qui entraîne cette forme d'incorporation pathologique dans un processus qui aurait dû aboutir à des identifications soutenant par la suite une identité. L'obésité, dans ce cas, résulterait de la rencontre d'obstacles dans le processus d'identité. Reste à déterminer pour chaque personne ce que sont ces obstacles inconscients.

L'ambivalence par rapport à ce premier objet d'amour entraîne l'impossibilité d'en faire le deuil : ne l'assumant pas, le sujet (qui est tout de même attaché à cet objet (voir *Fiche 9*, page 154) ne serait-ce que parce que sa survie en dépend) ne peut s'en séparer, d'où son installation pathologique dans le corps. Comme le mélancolique, la personne obèse se replie sur elle-même et n'investit aucun autre objet d'amour. Il n'est pas rare de remarquer que lorsque des personnes souffrant d'obésité trouvent un autre amour, dans la réalité, elles mangent moins et mincissent.

Certaines personnes obèses sont victimes de compulsions à manger pour calmer des angoisses profondes, inconscientes.

Obésité, image du corps et narcissisme

Le vécu de ces patients obèses touche donc le problème du narcissisme et de l'image du corps puisque, dans le cas où les maladies chroniques entraînent des déformations physiques, le narcissisme est mis à mal. Il faut en effet une certaine dose de narcissisme pour pouvoir aimer quelqu'un d'autre, cette défaillance narcissique peut entraîner des difficultés sociales chez ces malades qui peuvent s'isoler facilement ou être dans l'agressivité. On peut pour certains cas formuler les choses autrement : leur obésité leur donne, à leurs yeux, une raison de ne pas être aimés et donc, de ne pas s'investir dans un choix amoureux.

Ce manque de communication, qui peut être celui des sujets obèses, est en lien avec leur image inconsciente du corps : on sait que cette image est spécifique

d'un type de relation libidinale et se trouve en lien avec le narcissisme. Une personne qui aura une image de son corps négative (même sans raison apparente) ne s'aimera pas. Au contraire, une personne qui aura une image de son corps positive sera narcissiquement plus solide. L'image du corps étant le support du narcissisme, c'est grâce à elle que nous rentrons en communication avec autrui. Par conséquent, la personne obèse qui aura subi depuis sa naissance des propos négatifs, des jugements durs sur ce qu'elle est, qui n'aura senti que désespoir chez ses parents en lien avec sa santé ne pourra se construire une image du corps positive (celle-ci est très liée, en effet, à l'investissement que la mère fait de son enfant à travers ce qu'elle dit de lui).

Il est donc difficile pour cette personne obèse d'être agréable, sociable, ouverte, etc., alors qu'elle est si complexée et craint le contact avec les autres.

En revanche, certaines personnes obèses – ce qui peut être le cas lorsque la maladie est chronique et qu'elle s'est développée très précocement dans la vie de l'être – n'ont pas conscience qu'elles pourraient être plus minces (de même que les anorexiques se voient énormes), c'est aussi un problème psychique lié à l'image inconsciente du corps : ces personnes ne se sont toujours connues qu'obèses, elles n'ont pas d'autre image d'elles, elles ne peuvent donc concevoir d'être autrement. On m'a raconté que, dans un documentaire sur l'obésité, un jeune garçon obèse avait des amies filles, mais sa relation avec elles n'allait jamais plus loin que l'amitié. Du jour où il a maigri et s'est musclé, ces mêmes filles ont commencé à le trouver séduisant. Il était effectivement devenu un très bel homme. Lui ne comprenait absolument pas ce changement d'attitude chez les femmes car il ne se voyait pas plus beau qu'avant ni plus mince. Il ne savait pas comment gérer les avantages de cette nouvelle minceur pour entreprendre des relations sentimentales.

On voit là que des paramètres complexes, liés à l'inconscient, donc au langage, peuvent constituer l'obésité et qu'il est très difficile d'aider ces personnes sans associer une thérapie par le langage à une prise en charge médicale lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique.

En tout cas, pour les personnes obèses, les discours stéréotypés du style : « faites un effort, prenez sur vous » ne sont d'aucune aide concrète, mais le sentiment d'être écouté et compris dans ses problèmes spécifiques apportera davantage de résultats. Ce que ces personnes diront de leur vécu, de leur enfance, si les infirmiers réussissent à mettre en place une qualité d'échanges qui laisse du temps pour les écouter et surtout les entendre, donnera des indications précieuses sur les bienfaits et les limites des traitements qu'ils leur octroieront.

Cette position subjective est extrêmement importante, notamment dans le cadre de la prise en charge éducative des personnes poursuivant un traitement ambulatoire, nécessitant une prise en charge éducative ou rééducative.

Corps et représentations dans la démarche éducative infirmière

► L'importance d'éviter le clivage corps/psyché

La démarche éducative infirmière est à entendre comme un soin en ambulatoire prodigué au malade suite à un accident ou lors de maladies chroniques : le patient retourne chez lui et doit suivre un protocole de soins. L'infirmier lui apprend par exemple à faire seul ses dialyses, lui donne un régime à suivre pour son diabète, des directives de surveillance de l'évolution de la maladie, etc. C'est une lourde responsabilité pour l'infirmier et les soignants qui entourent ces patients de veiller à ce que les soins se poursuivent dans les meilleures conditions possibles sous peine de risques de rechutes dans la maladie. C'est donc un pan du travail infirmier qu'il est important d'aborder, d'autant plus que ce cadre nécessite pour l'infirmier de vérifier et d'analyser les rapports du sujet à son corps, de le responsabiliser afin de voir s'il pourra suivre correctement les protocoles mis en place pour lui et d'adapter ces derniers aux possibilités du patient.

Dans le cadre d'un travail éducatif avec un patient souffrant de maladie chronique, il est impossible de ne prendre en charge que l'aspect fonctionnel du corps et non le psychisme. L'atteinte du corps a forcément des répercussions sur le psychisme de l'individu, c'est pourquoi il est très important, pour que le processus éducatif donne un maximum de résultats thérapeutiques, de prendre la personne dans son ensemble, dans son individualité (au cas par cas) et pas seulement du point de vue de sa pathologie. Sinon, l'infirmier risque de l'exposer à tous les malaises dont on vient de parler (l'importance du regard de l'autre par rapport à l'image de soi, la mise à mal du narcissisme...) et de renforcer ses défenses à son égard.

► La spécificité de la démarche éducative en soins infirmiers

La démarche éducative, dans le contexte des soins infirmiers, est un processus dynamique cherchant l'adhésion et la participation du public ciblé. C'est un contrat entre le soignant et le soigné.

Pour être thérapeutique, elle doit respecter certaines conditions liées à la temporalité du sujet, à son organisation : la phase éducative se met en place généralement lorsque l'on est sûr que le patient comprend son état, la nécessité de ce soin et les enjeux de ce qu'on va lui demander. En effet, deux logiques viennent se confronter : la logique des soignants qui tend à adapter le patient à sa

maladie, alors que le patient souhaite plutôt adapter sa maladie et surtout son traitement à son mode de vie.

Parfois, l'infirmier va se heurter à un refus du patient de comprendre la gravité de son mal ; celui-ci met alors en place des mécanismes de défenses, des attitudes qui le protègent de la réalité des conséquences de l'annonce qui lui est faite quant au diagnostic.

Dans ce cas, il y a un risque d'échec du processus de soin. Comment faire ? Le mieux est souvent de laisser du temps à la personne afin que la représentation de son mal émerge et là, être prêt à accueillir un éventuel risque de renoncement, d'abandon devant l'ampleur des dégâts : c'est là qu'une réassurance de la part de l'infirmier, en insistant sur les aspects positifs de la vie de la personne et ce que la rééducation va lui permettre de faire à nouveau, sera un soutien indispensable. C'est pourquoi il est intéressant d'essayer d'en savoir un peu plus sur l'histoire personnelle de la personne : Comment vit-elle ? Comment en est-elle arrivée là ? Cela donne des indications sur ce que cette personne-là est prête à accepter ou non.

Le patient qui « ne veut pas faire » mérite que l'infirmier se pose certaines questions : quelles sont les sources de cette résistance ? Contre quoi se défend-il ? Qu'est-ce qui le gêne dans le traitement proposé ?

En outre, le malade atteint d'une maladie chronique se trouve face à la perte de sa santé antérieure. Cette perte aura des répercussions sur lui et sur son entourage. Il doit faire face aussi au risque de mort, gérer sa maladie et, parallèlement faire tout un travail de *deuil*.

Le deuil, en psychanalyse, consiste à une élaboration psychique visant à accepter la perte d'un être cher, d'un objet externe dit-on. Devant la reconnaissance de cette perte, la personne doit se détacher psychiquement de l'objet disparu, après quoi le moi redevient libre pour investir un autre objet. Dans le cas de la maladie chronique, ce n'est pas d'une personne que le malade doit faire le deuil, mais d'une partie de lui-même, de lui-même en tant que personne en bonne santé ! Il doit faire le deuil d'une certaine image de soi, mais aussi de l'avenir, des projets de carrière, de paternité ou de maternité parfois. C'est le seul moyen pour lui de créer de nouveaux investissements, de nouveaux projets indispensables au processus de vie. L'attitude de l'infirmier pourra l'y aider.

L'infirmier aussi aura à faire des deuils : celui de pouvoir guérir la personne par exemple. Cela ne concerne pas son désir de soigner la personne le mieux possible, mais celui de la voir un jour complètement guérie, ce qui, dans le cas de maladies chroniques, est rare. Faire le deuil de la guérison sera d'autant plus nécessaire qu'une fois ce deuil fait, le soignant n'en sera que plus efficace et plus disponible à une écoute à sa juste valeur de la souffrance de son patient.

► Le cas particulier de la maladie cardiaque

Le cas de la personne souffrant de maladie cardiaque de manière chronique, met en évidence que, chez les soignants, les représentations de la maladie influent sur la manière dont ils vont prendre en charge le patient, de même que

chez ce patient, ces représentations vont se répercuter sur son désir de se soigner, ses craintes, et les bienfaits des soins.

La représentation, c'est l'idée que l'on se fait de quelque chose. Le cœur est chargé de représentations symboliques qui, inconsciemment, peuvent avoir une influence sur la maladie.

En effet, le cœur est le centre vital de l'être humain en tant qu'il assure la circulation du sang. Il est symboliquement le siège des sentiments, de la pensée (« prendre le cœur de quelqu'un » c'est lui faire perdre le contrôle de soi), du courage (« avoir du cœur à l'ouvrage »).

Le cœur est le siège de la vie, le lieu d'où tout part (« au cœur de »). Une atteinte à ce niveau remet en cause une certaine invincibilité imaginaire : on prend conscience qu'on peut mourir. Les conséquences de cette prise de conscience peuvent être une angoisse très grande si les soignants n'ont pas à l'esprit, lorsqu'ils prennent en charge ce type de patient, qu'il affronte peut-être ces aspects de la maladie.

Comme dans d'autres maladies, l'annonce d'une pathologie cardiaque peut entraîner des atteintes narcissiques, liées entre autres à l'image de soi.

Des problèmes identitaires peuvent être une conséquence psychologique de l'accident cardiaque : de l'homme sain, le patient devient un homme malade porteur d'un risque et d'une fragilité à vie, en outre, certains handicaps physiques peuvent s'y ajouter. Dans le cas spécifique du malade en cardiologie, suite à un infarctus, à une crise cardiaque, le malade peut avoir peur d'avoir perdu certaines facultés et capacités physiques, il y a donc une nécessité de le rassurer le plus tôt possible sur les capacités qu'il possède et l'encourager, dès que cela lui est possible, à vérifier ces capacités dans la réalité, concrètement.

Parfois, dans certaines maladies chroniques, il y a des risques d'incapacités motrices, susceptibles de faire que la personne se sente diminuée, ne puisse pas reprendre une vie active et développe un grand sentiment d'inutilité amplifié parfois par la famille qui peut avoir tendance à en faire trop et à ne plus jamais le considérer comme une personne normale, ce qui n'aide pas la personne à retrouver une image de lui satisfaisante.

La nécessité d'un échange des infirmiers avec les proches est incontournable afin de les informer, de les amener à se poser des questions, à se positionner pour accueillir le convalescent. En effet, la maladie cardiaque a des retentissements sur la famille : cette dernière doit aussi se plier à un certain apprentissage vis-à-vis de la personne à soigner afin de suivre les prescriptions quant à l'hygiène de vie. Il est important que la famille soit impliquée dans le nouveau projet de vie. Mais cela bouleverse obligatoirement la dynamique familiale à cause des contraintes nouvelles qui apportent une sensation de diminution de liberté, des craintes constantes qu'une crise survienne à nouveau. Ces craintes peuvent devenir des obsessions qui créent des angoisses et des tensions. Ces dernières ont des répercussions sur la vie affective et sexuelle du patient : elles suscitent des atteintes narcissiques en lien avec un corps qui fonctionne moins bien et peut faire craindre au malade de n'être plus désirable, ou lui faire redouter une impuissance, une castration imaginaire. Le conjoint peut également avoir peur de susciter une nouvelle attaque chez son compagnon. Un

élève infirmier dit que « beaucoup d'épouses d'hommes ayant subi un infarctus disent qu'elles ont peur de le retrouver mort à côté d'elles dans le lit conjugal. »

Le mal être dans la famille peut démoraliser le patient qui risque de guérir moins vite, c'est pourquoi la famille doit être écoutée et prise en compte dans le processus éducatif et rééducatif afin que le patient ne conserve pas trop longtemps cette « étiquette » de malade et qu'il puisse se construire une nouvelle image de lui aussi satisfaisante que la précédente.

Maladie cardiaque et peines de cœur

Un jeune infirmier témoigne des difficultés d'un de ses patients cardiaques à continuer de se voir comme un homme :

« Un jeune homme, souffrant de manière chronique de problèmes cardiaques, a fait une crise cardiaque où il a risqué mourir. Je le trouvais sympathique, on avait une bonne relation et il m'a beaucoup parlé car il est resté hospitalisé trois mois. Il m'a surtout exclusivement raconté sa rupture récente d'avec sa compagne. Un jour, en souriant tristement, il m'a dit qu'il l'appelait « mon cœur ». Je n'ai pas pu m'empêcher de penser alors qu'il faisait un lien entre son cœur qu'il avait vraiment risqué de perdre à cause de la crise et sa copine qu'il avait perdue. Il n'a jamais pu accepter cette séparation et, malgré le régime alimentaire auquel il était soumis compte tenu de ses problèmes de santé, il s'est beaucoup alcoolisé durant les semaines qui ont suivi la séparation, il s'est mis à fumer trois paquets de cigarettes par jour et il est devenu insomniaque. Il s'est mis à fond dans le travail et le sport pour « ne plus y penser » disait-il. La crise cardiaque est survenue lors d'une partie de tennis avec un ami. Juste avant, il venait d'avoir un appel de son ex-copine pour savoir quand elle pourrait revenir récupérer le reste de ses affaires. Il m'a dit s'être senti déjà mal à ce moment-là, angoissé. Il a pensé que le tennis lui ferait du bien. Maintenant qu'il est sorti d'affaire, il me dit qu'il a très peur de ne plus pouvoir aimer qui que ce soit, de ne plus en avoir envie. Il pense qu'il ne pourra plus faire l'amour car il craint d'avoir une crise cardiaque durant l'acte. »

L'infirmier, dans sa manière de rapporter ainsi le contenu de plusieurs entretiens avec son patient, livre déjà son interprétation de l'accident : il a entendu que le patient superposait son problème cardiaque à la représentation du cœur comme siège de l'amour, en mettant en lien un amour perdu et la défaillance de l'organe. Bien entendu, le cœur était chez lui l'organe fragile, les facteurs de l'alcool, des cigarettes, du manque de sommeil entrent en compte dans le déclenchement de la crise. Mais, telle que la relation transférentielle s'est établie entre patient et soignant ici, le patient a pu confier le lien qu'il faisait entre la survenue de la crise et la rupture subie. Le choc de la rupture a pu effectivement ébranler la santé du jeune homme dans les fragilités qu'elle contenait déjà. Le patient semble penser, en outre, que l'impossibilité pour lui d'accepter la perte de son amie, de lui donner un sens, et donc de l'assimiler psychiquement, a pu provoquer la défaillance de l'organe « cœur » (il dit qu'elle était « son cœur », jusqu'où cette assertion va-t-elle ?).

L'angoisse qui ne trouve pas de moyen de s'élaborer psychiquement, affectivement, au sein de pensées conscientes, vient toucher alors les voies corporelles qu'elle a l'habitude d'emprunter chaque fois qu'elle se manifeste dans le corps faute de trouver une explication (et une décharge pulsionnelle) dans la psyché. L'excitation extrême que contient l'angoisse vient trouver sa décharge dans la maladie, et il n'est pas rare que l'organe touché exprime symboliquement la source de l'angoisse.

Maladie cardiaque et relation d'aide

De plus, le problème du deuil de l'organe sain, lorsqu'il s'agit du cœur, est complexe du fait de ce qu'il représente symboliquement, de l'imaginaire auquel il est attaché : la peur de tomber à nouveau amoureux et de faire l'amour va de paire pour le jeune homme avec la peur de refaire une crise cardiaque. Ces craintes pourront se travailler et se symboliser par la suite dans un lieu psychothérapeutique.

Une fragilité identitaire consécutive à tous les remaniements psychiques et physiques évoqués précédemment peut entraîner un effondrement du malade, voire (plus rarement) la décompensation d'une psychose dans une structure psychotique où l'image du corps est déjà très fragile, tant la blessure narcissique est insupportable. Ces atteintes du sujet peuvent constituer un empêchement au projet éducatif et thérapeutique mis en place, c'est pourquoi il est impossible de ne pas tenir compte de tous ces éléments constitutifs de la personnalité.

Cela peut s'avérer difficile de reconquérir son identité d'avant la maladie. Pourtant, c'est indispensable à un bon déroulement du soin. L'infirmier doit être attentif à cela. Il n'y a rien d'acquis définitivement, c'est pourquoi il est nécessaire de maintenir le lien de paroles, de repérer les évolutions positives ou négatives pour accompagner la personne et faire que de « patiente » cette personne devienne « consciente ».

Un malade qui quitte un service hospitalier y laisse quelque chose de lui, et dans une pathologie chronique, il sait qu'il peut être appelé à y revenir. Il est important de ne pas négliger le rituel de la séparation, en prenant le temps par exemple de récapituler le chemin parcouru, les points positifs sur lesquels s'appuyer, et donner au patient l'autorisation de se manifester s'il a besoin d'un conseil afin qu'il puisse envisager l'infirmier comme collaborateur de son travail individuel et de son retour à une meilleure santé. Pouvoir rendre tangible ce lien, sans le rendre affectif pour autant, par une disponibilité, un accueil individualisé, un recours solide et compétent, est un tremplin pour le patient pour oser vivre avec sa maladie, surtout lorsque celle-ci est chronique.

Toutes les problématiques évoquées dans les deux premières parties de ce livre ont en commun d'être difficiles à aborder sur le terrain clinique pour les équipes soignantes du fait d'un facteur inévitable dans la situation de soin : l'angoisse.

C'est de cette dernière dont il va s'agir dans la dernière partie puisqu'il vaut mieux que les soignants la comprennent, la cernent au lieu de la fuir et de la craindre tout au long de leur carrière, attitude qui pourrait être une entrave aux bons soins.

L'angoisse : ses sources et ses répercussions chez le patient

► L'angoisse en psychanalyse

On peut définir l'angoisse (voir *Fiche 18*, page 167) comme « un affect de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer. »¹ Autrement dit, l'impossibilité, pour une personne, de pouvoir circonscrire précisément la source d'un mal être, de pouvoir en parler – faute parfois de pouvoir affronter l'idée, la pensée, la chose – fait surgir un autre sentiment déplaisant : l'angoisse, à la place du sentiment encore plus déplaisant, voire effrayant, qui ne parvient ainsi pas à la conscience. Le sujet peut supporter cette angoisse, en dépit du déplaisir qu'elle occasionne, tandis qu'il n'est pas encore prêt à affronter la pensée qui occasionne l'angoisse. L'angoisse a donc ici la fonction de protéger la personne du sentiment lié à un innommable, à un impossible à dire. En même temps, si le sujet parvient à travailler cette angoisse, en essayant de savoir à la place de quelle représentation elle surgit, ce qu'elle vient boucher, empêcher comme représentation, et que le sujet parvient à symboliser ce momentanément innommable, l'angoisse peut s'atténuer, voire disparaître tout à fait.

L'angoisse a plusieurs formes, plusieurs étiologies. Son évolution dans la pensée freudienne puis lacanienne montre les différents aspects qu'elle revêt : tout d'abord, elle était pour Freud le signal que le moi était attaqué par des affects déplaisants. Mais, limiter l'angoisse au moi (voir *Fiche 5*, page 149) ne satisfaisait pas Freud. Il s'est ensuite rendu compte que les sources de l'angoisse pouvaient varier. Il en décèle deux : l'une est involontaire, inconsciente, automatique lorsque le sujet se trouve dans une situation de danger qui menace sa vie ; l'autre, est volontaire, consciente, et correspond à l'angoisse qui naît lorsque le moi se sent en danger, l'angoisse vient alors comme évitement de ce qui met en danger le moi (voir *Fiche 5*, page 149). Pour Freud, l'angoisse surgit lorsque le sujet se trouve face à la perte d'un objet fortement investi². Pour Lacan qui reprendra cette étude sur l'angoisse, elle est un signal que quelque chose de déplaisant se passe, mais surtout, elle est ce qui apparaît quand le sujet ne peut dire, ne peut symboliser ce face à quoi il se trouve.

L'angoisse a partie liée avec le sujet et avec ce qui constitue le sujet, c'est-à-dire sa capacité à rester un être désirant. Lorsqu'il n'y a pas de possibilité de désir ni

1. Roland Chemama, Bernard Vandermersch. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, 1998.

2. Roland Chemama, Bernard Vandermersch. *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, 1998.

de demande, l'angoisse surgit d'un sentiment de trop plein et d'envahissement des objets (voir *Fiche 9*, page 154).

Par exemple, dans une situation de maladie, de prise en charge hospitalière, le désir est celui de la guérison. Lorsque ce désir manque chez le patient ou lorsque manque chez le soignant le désir de voir son patient guéri, l'angoisse peut surgir pour le malade qui ne peut adresser une demande de changer sa situation ou d'y voir un mieux. Devant cet envahissement de la maladie, devant sa toute présence, le patient tombe dans l'angoisse de ne pas parvenir à trouver un espace lui permettant d'espérer autre chose, de désirer et de demander autre chose que sa situation actuelle.

L'angoisse peut naître de n'être pas consulté sur son mal, de n'être pas pris en compte dans sa demande, de ne plus être perçu comme un être désirant : recevoir des injonctions de soin, être confronté à un regard d'indifférence d'un soignant, n'être pas écouté dans la formulation de sa plainte, par exemple, peut entraîner la personne malade à développer un sentiment d'être envahi par des présences, des actes qu'ils ne comprennent pas et qui sont dispensés sans parfois que rien ne soit verbalisé à ce sujet, ce qui peut faire trauma (voir *Fiche 12*, page 157) par envahissement du « faire », de « l'acte », sans symbolisation.

Il n'est pas rare que les patients qui n'arrêtent pas d'appeler les infirmiers sans raison précise ou pour des motifs dérisoires en apparence, aient en réalité envie de formuler une demande d'être reconnu comme des êtres désirants, aimés et aimables, respectables aussi, vivants.

Une personne âgée qui se retrouve dans une maison de retraite, aussi bien soit-elle, peut voir surgir en elle une grande angoisse devant l'impossibilité d'échapper désormais à cette situation de personne assistée selon le bon vouloir des autres et non le sien. L'absence de liberté si elle ne peut plus se déplacer, l'absence de demande et de désir si on ne lui laisse pas le choix de décisions diverses la concernant peut susciter un très grand mal être lié, non pas à un manque, mais au fait qu'il n'y a pas de place pour le manque, celui qui correspond à la nécessité de travailler, d'avancer dans la vie parce que ce manque fait de nous des personnes qui désirent quelque chose et qui le cherchent. Dans la condition de la vieillesse et de la maladie en maison de retraite, l'angoisse peut naître de l'absence de ce manque qui permet de vivre et d'avoir envie de vivre.

Absence de paroles des soignants et angoisse du patient

Voici l'exemple d'une situation d'angoisse pour une personne âgée liée à une situation médicale violente, faute de communication et de parole :

« Mme G., 86 ans, vivant chez elle, est victime d'un accident vasculaire cérébral. Elle est emmenée à l'hôpital par une ambulance. Les membres de sa famille étant tous partis en vacances pour des destinations lointaines, elle se retrouve seule à l'hôpital. À son réveil, elle ne sait pas où elle se trouve. En outre, elle n'a aucune affaire à elle car l'équipe médicale des urgences n'a pas songé à prendre certains effets lui appartenant en l'emmenant. Seule, avec une atteinte cérébrale, sans repères, sans souvenirs, sans explication de ce qui lui arrive par l'équipe soignante, elle se réfugie dans le mutisme. Elle expliquera plus tard qu'elle voyait tout le monde comme des pantins articulés ; elle n'a gardé que des sentiments d'étrangeté, des

visions floues de ce moment, avec la persistance d'une extrême angoisse qu'elle calmait en se disant qu'elle allait sûrement mourir d'une minute à l'autre, ce qui la soulageait. Cette situation a duré plusieurs semaines dans une solitude et un sentiment de déréalisation très grands. Puis, sa fille est rentrée de vacances et lui a apporté quelques effets personnels. Surtout, elle lui a expliqué ce qui lui était arrivé. Mme G. s'est trouvée mieux à partir de ce moment et a pu retrouver la santé. »

On reviendra sur cette source d'angoisse très courante chez le patient, lorsque les soignants ne lui expliquent pas les soins qu'ils opèrent, ne parlent pas et restent techniques sans plus d'explication ou de contact relationnel.

La situation rapportée plus haut est un cas extrême, mais il n'est pas certain que cela soit un événement unique et isolé dans le monde hospitalier qui là, s'avère plutôt inhospitalier. L'angoisse est très liée à une absence de paroles. La parole est indispensable dans le domaine des soins infirmiers. Une ou deux paroles bien formulées et vraies (ce qui ne demande pas beaucoup de temps à l'infirmier) peuvent considérablement rassurer une personne déjà en souffrance. Le mutisme de Mme G. peut être une attitude courante chez les patients angoissés ou dépressifs, lorsqu'ils se sentent si abandonnés et marginalisés qu'ils désertent à leur tour le lien social. Lorsque Mme G. s'est sentie à nouveau existante et exister, vivante, lors du retour de sa fille, elle a de nouveau parlé. Le problème principal de la prise en charge de Mme G. c'est cette manière dont, devant l'urgence, l'oubli de l'être en tant que sujet et personne humaine semble disparaître : l'équipe des urgences ne songe pas à prendre des habits ou des choses pouvant permettre à Mme G. d'avoir des repères là où elle se retrouvera. Or, pour le sujet âgé qui a peur de perdre la tête ou qui a effectivement des problèmes de mémoire, les repères sont extrêmement importants. L'organisation des urgences ne prévoit sans doute pas cela, alors que sauver une vie n'est pas seulement un geste mécanique dans l'immédiateté (ça l'est aussi bien sûr, et parfois, c'est l'essentiel dans un premier temps), mais aussi une façon de considérer la personne comme sujet capable de souffrances diverses, notamment l'angoisse qui en est une importante.

Dans le témoignage de Mme G., on voit bien que la suite de la prise en charge lui donne envie de mourir plus que de rassembler ses efforts pour survivre. L'âge (86 ans) et l'isolement de cette personne ont entraîné peut-être l'équipe à oublier son statut de personne dans son intégrité. On considère souvent les personnes âgées comme des déments incapables de comprendre ce qui leur arrive ou, pire, comme des personnes désormais condamnées. L'angoisse de Mme G., ici, était liée à cette impossibilité pour elle de mettre du sens sur l'endroit où elle se trouvait et sur ce qui s'était passé, situation compliquée par l'AVC subi ainsi que par l'absence de propos rassurants et d'empathie autour d'elle. L'angoisse d'être elle-même un pantin, une marionnette dépourvue de décision et de subjectivité aux yeux de ceux qui l'entouraient entretenaient cette situation cauchemardesque.

Angoisse et crainte d'abandon chez le patient : les difficultés d'un infirmier stagiaire

La crainte de l'abandon, pouvant raviver chez certains patients des traumatismes issus de l'histoire infantile, est également fréquente comme source

d'angoisse. À cet égard, il est important de rapporter ici une vignette clinique livrée par une élève infirmière à l'issue de son stage en rééducation en gériatrie. La situation du stagiaire dont le temps au sein de l'institution est court et l'investissement auprès des patients, intense le plus souvent, peut susciter ces angoisses chez ceux qu'il prend en charge :

« Pour préparer ma formation, j'ai choisi de présenter une patiente que j'aimais bien pour l'entretien de la mise en situation professionnelle. Elle m'a dit qu'elle était d'accord. Je me suis beaucoup investie auprès d'elle, c'est pour ça que je voulais faire cet examen avec elle. Mais, au dernier moment, la personne a eu peur, parce que l'entretien que je devais faire avec elle la gênait. Elle m'a dit qu'elle avait peur que je dise ses secrets dans mon école. Elle était mal et a reculé. J'étais énervée et je lui ai dit que, puisque c'était comme ça, elle avait le droit de refuser mais, moi, j'allais choisir quelqu'un d'autre. Alors, elle m'a dit : « et vous n'allez plus vous occuper de moi ? Bon, alors, j'accepte de faire cet entretien. » Je me serai quand même occupée d'elle mais moins, c'est vrai, si j'avais dû m'investir avec un autre patient. J'ai été mal après ça. Je rentrais dans la chambre avec appréhension. »

C'est une situation complexe. Un stage crée un attachement tout particulier, presque exclusif, parfois très affectif avec le patient pris pour cas clinique. Cela peut susciter des situations où l'infirmier a le sentiment d'abandonner son patient lorsque le stage se termine et s'en trouve très mal comme en témoignent souvent les élèves infirmiers. Ou bien, comme dans ce dernier cas, il y a un risque de ne plus voir la personne que comme un bon cas clinique au détriment de ses sentiments et de ses appréhensions : l'élève infirmière n'a pas compris l'angoisse de sa patiente qui a d'abord craint qu'elle ne divulgue des choses sur elle qu'elle ne maîtriserait plus une fois dites.

L'assurance, par exemple, de convenir avec elle par avance de ce qu'elle voulait bien que l'infirmière divulgue ou non aurait pu la rassurer. De même, certaines précautions auraient été les bienvenues de la part de la stagiaire, au lieu d'être « énervée » du refus de la patiente, énervement dû à la peur de ne pas réussir son examen, peut-être aussi à l'impression de n'être pas payée de son investissement auprès d'elle comme elle l'avait souhaité. Cela a rendu l'élève infirmière agressive et cruelle à son insu lorsqu'elle a dit à cette personne (âgée) qu'elle allait choisir quelqu'un d'autre. La personne s'est crue abandonnée. L'infirmière s'est d'ailleurs sentie très mal par la suite, peut-être à cause d'une culpabilité liée à sa position. Certes, elle a obtenu ce qu'elle voulait, mais elle a senti que, dans sa pratique, elle en était venue à oublier la personne humaine à laquelle elle devait prodiguer des soins. La situation de l'examen et du stage font parfois oublier le plus important dans la formation : le bien-être de la personne malade.

Nous reviendrons plus loin sur les angoisses que peut générer la situation de stage du côté du futur infirmier. En ce qui concerne le patient, il est important de le respecter en tant que personne en lui annonçant combien de temps dure le stage et quand la prise en charge est amenée à prendre fin dans le but de limiter la crainte de l'abandon de part et d'autre, surtout lorsqu'il s'agit d'une personne âgée dont chaque investissement affectif est extrêmement important du fait qu'il est parfois le seul et peut-être (en tout cas elle peut le redouter), le dernier.

■ L'écoute du patient, un moyen de diminuer son angoisse

Une autre situation angoissante pour le patient est celle de n'être pas écouté ni pris au sérieux dans ses plaintes. Là aussi, l'exemple concernera la personne âgée, parce que cette situation est plus fréquente concernant ces personnes qui se trouvent souvent seules, sans ressources, et dans la peur qu'on ne s'occupe plus d'elles si elles venaient à se plaindre des soignants. Toutefois, il n'est pas rare que cette situation se présente pour le soignant de penser savoir mieux que le soigné ce dont il souffre. Voici l'exemple clinique donnée par une infirmière ayant une certaine expérience :

« Dans une maison de retraite, une femme de 87 ans, Mme B., se plaint sans cesse de manquer de magnésium, de vitamines, d'avoir des douleurs dans le dos, dans le ventre, etc. Elle débute une démence qui fait qu'elle perd un peu la tête de temps en temps. Un jour, elle tombe de son lit. À la suite de cette chute, elle se plaint fréquemment de douleurs sur le côté et dans le dos. Je l'ai même entendue crier de douleur tandis qu'on lui faisait sa toilette. J'appelle le médecin de cette patiente qui met plusieurs jours à se déplacer, reste cinq minutes avec elle et décrète qu'elle n'a rien. Comme la douleur dont cette femme âgée me parlait ne cessait pas, d'après ce qu'elle me disait, j'en réfère à l'infirmier coordonnateur qui me dit que cette patiente se plaint tout le temps et qu'il faut « la secouer ». Je prends sur moi d'appeler à nouveau le médecin qui refuse de se déplacer encore une fois. Je lui dis que Mme B. devrait avoir une radio. Il pense que cela va faire faire des frais pour rien à la sécurité sociale. Je finis par avoir gain de cause et il consent à faxer une ordonnance pour la radio. Outre des tassements de vertèbres, la radio révèle que la patiente a une côte cassée.

La position de l'infirmier coordonnateur est restée la même, sans remise en cause : « de toute façon, des côtes, ça ne se soigne pas, ça change rien de le savoir, on va pas faire des examens à chaque fois qu'une personne âgée se plaint ! On ne s'en sortirait pas ! ». C'est difficile de travailler dans ces conditions. Et les médecins qui pensent souvent qu'ils ont toujours raison et qu'on n'a rien à leur apprendre ! Mme B., elle, a été très soulagée qu'on lui ait fait une radio. Elle n'a cessé de me remercier et de dire qu'elle était heureuse de savoir de quoi elle souffrait, cela la rassurait. Elle était heureuse également que sa parole ait été prise en compte. Elle se dit satisfaite de voir qu'on l'a prise au sérieux et non pour une « folle qui dit n'importe quoi » selon ses propos. »

Cet exemple est éloquent. Ce n'est pas une situation rare. La plainte, correspondant d'autant plus à une réelle et constante souffrance lorsque le corps vieillit, est aussi un appel et une demande d'amour. Elle est à considérer très au sérieux en tant qu'adresse d'une douleur de vivre parfois aiguë de la part du patient.

La non prise en compte de la parole de la personne âgée dans les institutions médicalisées (ou non) peut avoir de graves conséquences sur le moral de ces

personnes qui, parfois, se laissent mourir de n'être plus traitées comme des sujets, des personnes humaines. L'angoisse, dans ce cas, naît d'être comme annihilé en tant qu'être désirant et sujet d'une demande.

De même, les situations où les soignants prennent une position toute puissante à l'égard du patient en ne lui expliquant pas soigneusement les soins qu'ils vont prodiguer, ou en ne jugeant pas utile de le tenir au courant du déroulement de sa prise en charge, peuvent avoir des conséquences violentes et destructrices comme on le verra dans le dernier chapitre de cette partie.

► L'angoisse dans la psychose

Aux angoisses liées à la crainte de perdre un objet (voir *Fiche 9*, page 154) cher³, investi affectivement, ou aux angoisses de type phobique qui peuvent apparaître lorsque l'objet de la peur n'est pas repérable, s'ajoutent d'autres formes d'angoisses. Ce sont les angoisses que connaissent les personnes psychotiques. Ces angoisses prennent des formes extrêmes, mais néanmoins réelles pour la personne, d'angoisse d'anéantissement, de désintégration, de terreur sans nom. Ce sont des situations où le psychotique subit un effondrement de son statut de sujet. Cet effondrement est dû à la fragilité de son moi (voir *Fiche 5*, page 149), à la sensation de se perdre parfois en tant que sujet et de ne plus maîtriser son corps ni les limites entre le dedans et le dehors de ce corps. Les angoisses éprouvées mettent en jeu la difficulté de maintenir une intégrité en tant que sujet. Les craintes des personnes psychotiques consistent en une terreur d'effraction de leur corps, de morcellement, de prise de possession de leur corps par l'autre (le soignant) et un sentiment de persécution intense.

L'aide d'un psychiatre est alors souhaitée. Le comportement de l'infirmier peut consister en une écoute des peurs du patient afin d'être renseigné sur sa latitude d'action auprès de lui, en une tentative de le rassurer par des paroles si la personne est accessible à cela ; la prudence consistant à toucher le moins possible le corps du patient, pas plus que ne le nécessite le soin, et de lui expliquer strictement et clairement les gestes effectués et leurs raisons d'être est souvent bénéfique.

► L'angoisse devant la mort

Enfin, l'angoisse devant la mort peut devenir envahissante pour les patients atteints de maladies à pronostic vital très incertain ou pour ceux qui se savent condamnés. Le temps réel de survie n'a que peu d'importance si ce temps est désormais compté, réduit. L'angoisse vient alors du fait que la personne se trouve confrontée à quelque chose d'irreprésentable, d'innommable, de non symbolisable puisque personne ne sait ce qu'est la mort. L'important est que le soignant, s'il le peut, écoute ces patients dire leur angoisse en l'accueillant comme telle. L'aide d'un psychologue s'avèrera utile également.

3. La santé est un des objets possibles.

Les mécanismes de défense du patient face à ses angoisses

► Définition

Les mécanismes de défense consistent en des opérations psychiques grâce auxquelles le moi (voir *Fiche 5*, page 149) se défend, se protège contre un événement ingérable par lui, intolérable. Ces défenses sont liées à la maladie, à la souffrance, à des annonces de diagnostics difficiles, voire impossibles à accepter. L'anxiété qui naît alors vient du fait que ce qui est vécu, ce qui est communiqué n'est pas psychisé : l'élaboration psychique, psychologique ne se fait pas ou se fait lentement, dans une temporalité différente pour chaque individu. L'anxiété est remaniée grâce aux mécanismes de défense afin de produire une interprétation acceptable pour l'individu.

Les mécanismes de défense sont là pour laisser au moi (voir *Fiche 5*, page 149) le temps de réagir sans se détruire, le temps de s'adapter à une représentation et de permettre à la personne d'établir un nouveau rapport entre le monde et elle-même, nouveau rapport narcissiquement supportable et le plus économique possible pour son fonctionnement psychique. Il est donc important de les respecter puisqu'ils protègent l'individu. Il est important de les repérer car certains peuvent avoir l'air de s'adresser à la personne du soignant, de le remettre en cause, alors qu'en fait, ils sont adressés à la maladie.

Les mécanismes traités ici ne sont pas exhaustifs de tous les mécanismes de défenses existants, ils sont néanmoins les plus courants. Le mécanisme de défense majeur, commun aux différentes névroses, est le *refoulement* (voir *Fiche 6*, page 151). Les autres défenses se modèlent sur le refoulement.

► Le refoulement

Il consiste à mettre à l'écart les représentations désagréables, source de déplaisir, dangereuses pour la bonne santé mentale de l'individu. Le refoulement leur empêche l'accès à la conscience et les rejette dans l'inconscient. Le refoulement peut être observable corporellement lorsque la physionomie du patient ne correspond pas à ses paroles : s'il est crispé, que l'expression de la douleur s'y fait jour et qu'il dit : « *je vous assure que tout va bien* », le corps parle d'une souffrance que le sujet ne veut pas accepter.

► La dénégation

Lorsque la réalité de la maladie s'impose avec force, générant une angoisse terrifiante, le malade peut mettre en place des défenses correspondant au refou-

lement de la représentation de sa maladie : il sait mais préfère se défendre contre ce qu'il sait, c'est la dénégation : « *Non, ce n'est pas possible.* » Il repousse la menace pour tenter d'écarter une réalité trop traumatisante pour lui et il refuse d'admettre la gravité du mal qui s'est enraciné en lui. À travers la dénégation, le patient tente d'intégrer ce qui est acceptable, supportable pour lui dans les renseignements donnés et de nier ce qui tendra à être vécu trop douloureusement. La *dénégation* est à différencier du *déni* qui est une défense plus radicale, plus rigide. Dans la dénégation, le sujet a intégré la réalité mais la nie, la refuse. Elle est là pourtant, mais il faudra du temps pour l'accepter. Le conflit se situe entre le moi et le ça (voir *Fiche 5*, page 149) qui est le réservoir pulsionnel, le lieu de l'inconscient.

Dans le déni, la réalité n'est pas intégrée, le conflit se situe entre le moi (voir *Fiche 5*, page 149) et le monde extérieur. Il ne s'agit plus de refuser ou de nier l'évidence en la refoulant mais de la rejeter, sans refoulement.

La dénégation consiste à n'accepter qu'une part de la réalité. Par exemple, quelques jours après l'annonce qu'il souffre d'une leucémie, un patient qui s'est entretenu des conséquences de cette maladie avec les médecins et qui est conscient de son état peut néanmoins dire : « *Je ne sais pas ce que j'ai, je ne vais pas bien, je suis très fatigué en ce moment. Peut-être à cause des médicaments ?* » Il reconnaît qu'il ne va pas bien, mais n'impute pas son état de fatigue à son cancer, pas consciemment en tout cas. Il nie la connaissance qu'il a de son mal : « *je ne sais pas ce que j'ai.* »

Le déni serait un comportement où la personne, malgré l'annonce du diagnostic, dit qu'elle se sent parfaitement bien et que les médecins lui ont dit qu'elle était en pleine forme. La personne ne peut accepter une seule parcelle de la réalité qui est totalement rejetée.

Que ce soit l'un ou l'autre de ces mécanismes de défense, le soignant qui l'a repéré sera plus apte à ne pas commettre certains actes qui pourraient s'avérer très violents pour le malade, notamment le fait de le détromper et de le ramener trop brutalement à la vérité de sa situation : « *vous avez un cancer, c'est très grave, vous pouvez mourir.* » ; « *c'est normal que vous alliez mal, votre maladie est très grave, et vous avez atteint un stade très avancé* ». C'est très imprudent et parfois, dit ainsi entre deux soins vite dispensés, en laissant ensuite la personne seule avec cette parole, cela peut entraîner des réactions très violentes chez le patient et à l'égard du soignant. Attendre que le patient soit prêt à aborder sa maladie (dans le cas de la dénégation), qu'il tende des perches en posant des questions de plus en plus précises est une attitude plus prudente et humaine. Cela montre que l'infirmier a compris aussi la souffrance de son patient et qu'il mettra en place des choses pour l'aider.

Dans le cas du déni, insister trop pour que la personne réalise son mal pourrait entraîner une décompensation psychotique. Il est donc très dangereux d'essayer d'ôter les mécanismes de défense à un sujet dans la mesure où ils sont là comme protection du moi et que, plus le mécanisme est rigide, plus cela signifie que le moi a besoin de protection.

La dénégaration peut s'accompagner d'un autre mécanisme de défense lorsque la réalité s'impose trop au sujet et constitue un « ennemi » pour son équilibre psychique parce que trop chargée d'affects de déplaisir : c'est la projection agressive.

■ La projection agressive

La projection est l'opération par laquelle un sujet rejette dans le monde extérieur, au dehors de lui, une pensée, un sentiment, une pulsion qu'il localise dans une autre personne parce qu'il ne peut pas l'assumer par lui-même. C'est un mécanisme imaginaire fondé sur la méconnaissance de soi. Par exemple, telle personne est jugée nocive ou malveillante par un sujet parce qu'en fait, le sujet qui la juge ainsi nourrit des sentiments négatifs à l'égard de cette personne mais ne peut assumer ces sentiments, ne peut les prendre à son compte.

Dans la situation de soins, ce mécanisme, violent pour les soignants parce que très agressif, correspond à une très grande angoisse de mort chez le patient. La personne agresse, persuadée souvent inconsciemment qu'elle est agressée. En fait, chez le malade, l'agression vient de la maladie, des soins douloureux auxquels il est soumis. Le malade qui a recours à ce mécanisme de défense peut faire un amalgame et mettre inconsciemment l'équipe médicale à la place de l'agresseur. Alors, il agresse. Cela s'exprime au niveau du comportement par une plainte constante envers l'équipe médicale.

Voici un exemple de ce mécanisme rapporté par une infirmière débutante :

« J'avais une patiente qui venait de subir une opération et dont l'hémoglobine était tombée très bas après cette opération. Les médecins disaient qu'il fallait la transfuser. Deux médecins en parlent avec elle. J'étais là. La patiente répond : « je ne pense pas que je suis malade, tout va très bien. J'ai pas besoin de transfusion. J'ai déjà été dans cet état. C'est rien du tout. Une bonne bouteille de vin rouge et un steak, c'est ça qu'il me faut. » Le taux d'hémoglobine continuait de descendre et la patiente refusait toujours les transfusions en disant qu'elle n'était pas malade et que tout était très bien. Dans le service, les infirmiers tournaient beaucoup. Un jour, arrive un infirmier très « carré » qui ne connaissait pas cette patiente. Il s'étonne du taux très bas d'hémoglobine de la patiente et lui demande pourquoi elle n'est pas transfusée. La patiente répond : « On ne m'en a pas parlé, personne ne m'en a parlé. On ne me dit jamais rien d'ailleurs et on ne m'écoute pas. Ce sont tous des incompetents dans ce service. », alors qu'elle avait refusé la transfusion. Heureusement, le passage des deux médecins et le refus de la patiente avaient été consignés dans son dossier, sinon, je me serais fait disputer. J'avais du mal avec elle, parce qu'elle me disait sans cesse que, si elle ne pouvait pas sortir de l'hôpital et qu'elle n'allait pas mieux, c'était ma faute, c'est que j'étais incompetente. À chaque fois que j'essayais de lui expliquer quelque chose, elle se mettait à sonner violemment l'infirmier responsable de l'équipe en disant que je lui racontais n'importe quoi. Au bout d'un moment, je ne tenais plus dans le service. Comment on peut réagir ? Est-ce que je peux lui dire qu'on n'a pas à se prendre tout et n'importe quoi dans la figure ? Comment ne pas être agressif ? »

Les mécanismes de défenses s'enchevêtrent. La déniation (« je ne pense pas que je suis malade. Tout va très bien. ») se mêle à la projection agressive consistant à projeter la cause de son mal sur la jeune infirmière en la traitant d'incompétente. C'est plus facile pour la patiente de penser que, si elle ne guérit pas c'est parce qu'elle est mal soignée, que d'accepter qu'elle nécessite des soins du fait d'un état de santé dégradé qui l'angoisse et lui fait peur. Le risque de la projection agressive, lorsqu'il n'est pas analysé par le soignant comme un comportement défensif de la part du patient, c'est que le patient risque d'être détesté par les membres de l'équipe soignante qui se sentent attaqués dans leur savoir-faire et parfois dans leur être. En réalité, c'est un signal d'appel vital qui est lancé là par la personne. Il est très nocif d'y répondre par de l'agressivité car cela ne ferait que développer une montée de la violence qui n'arrangerait rien dans la relation ni dans l'amélioration de l'état du patient. Tenter de prendre les choses avec humour, quand c'est possible, ne pas répondre sur le même plan, parfois conserver un silence réprobateur pour montrer à la personne qu'elle va trop loin ou bien dire posément que l'on repassera lorsqu'elle sera plus disposée au dialogue peuvent rétablir une relation porteuse et bénéfique dans le cadre du soin plutôt qu'une incompréhension réciproque faite de malentendus dans son fondement. En effet, ce n'est pas la personne du soignant qui est attaquée mais ce qu'il représente de la situation du malade. Il ravive la réalité de la maladie par sa présence seule. L'agression est liée au transfert (voir *Fiche 10*, page 155) où le soignant est confondu avec la maladie.

■ La régression

Cette expression désigne un retour à une position liée à l'infantile, à des stades archaïques de la vie libidinale afin d'y retrouver une satisfaction fantasmatique susceptible de protéger le sujet de l'extrême déplaisir, de la souffrance générant une forte angoisse consécutive à l'annonce de la maladie.

Certains malades, incapables de faire face à la maladie, vont se protéger en n'existant plus qu'à travers la maladie. C'est une façon de surmonter la rupture avec leurs activités antérieures à leur hospitalisation auxquelles ils ont dû renoncer, parfois avec douleur. Comme ils ont du mal à supporter cette rupture (sociale, affective, narcissique), ils vont régresser, abandonnant toute autonomie et volonté pour se laisser totalement prendre en charge comme des enfants dans une complète dépendance au soignant et une extrême passivité. C'est le patient en apparence « obéissant », mais qu'y a-t-il derrière cette attitude ? Souvent des angoisses terribles et des frustrations intolérables.

Adopter un comportement de lâcher prise total par rapport à la réalité de la situation de soin et de la maladie, en laissant aux soignants l'omnipotence de tout décider, est une défense qui permet au patient de ne pas penser à son mal, à sa souffrance. C'est une sorte d'abnégation pour repousser l'angoisse. Comme une mise entre parenthèse de l'être en attendant qu'il puisse faire face à ce qui lui arrive. L'infirmier est alors mis à la place de la « bonne mère » susceptible de comprendre, d'étayer son patient.

Ce mouvement est temporaire puisqu'il correspond à des moments de souffrances aiguës et difficiles à communiquer autrement que par cette attitude. Le

tout pour le soignant est de ne pas croire qu'il s'agit d'une soumission du patient à sa maladie et de ne pas penser que ce dernier l'a acceptée sans broncher et avec courage. En fait, il n'y fait pas face et, le moment régressif passé, il se peut qu'il soit en proie à de la colère, à un sentiment d'injustice profonde qui peuvent surprendre si l'on pensait que la personne malade était résignée.

■ La fantasmatisation

Il s'agit pour le soigné de tenter de mettre un sens sur ce qui lui arrive et de combattre parfois un fort sentiment d'injustice : « *pourquoi moi ?* ». Le sujet va alors développer des réactions, des explications sur les raisons de sa maladie et les causes de son apparition. Ces explications lui rendront plus facile l'acceptation de son état, puisqu'il leur aura trouvé un sens acceptable à ses yeux. C'est un remaniement psychique, en tant que mécanisme de défense, permettant au malade d'intégrer son mal en donnant un nouveau sens, subjectif, à ce qui survient dans sa vie et la bouleverse. Ce « savoir » subjectif qu'il substitue au savoir médical, parfois trop lourd à supporter, insensé, source de culpabilité, donne une explication aux choses plus aisée à élaborer psychiquement. Voici un exemple :

« Une femme d'environ 50 ans ne va jamais chez le gynécologue, ne fait jamais de mammographie alors que sa mère est décédée d'un cancer du sein. Sa fille unique part en Australie. Cette femme déclare un cancer du sein et dit que c'est uniquement dû au départ de sa fille, c'est l'unique raison, parce qu'elle a toujours été en très bonne santé jusque là. C'est la faute de sa fille. Cette femme ajoute : « La preuve, on va m'enlever le sein gauche, c'est le sein du cœur ». »

La fantasmatisation de la maladie s'accompagne d'une dénégaration : la personne reconnaît qu'elle a un cancer mais nie le fait que son corps soit atteint par une maladie réelle ; pour elle, c'est uniquement une atteinte affective. Le départ de sa fille a pu constituer un choc psychologique auquel son corps a réagi violemment. Toutefois, l'atteinte somatique est bien présente, la maladie existe et se trouve niée en tant qu'agression somatique et réalité biologique.

D'autres mécanismes de défenses se font jour sur un mode très obsessionnel et rigide :

■ L'isolation et le déplacement

L'isolation permet de séparer la situation de son contexte affectif. L'annonce d'une maladie grave ne recevra pas l'accueil attendu : le patient peut très bien intégrer la réalité, poser des questions techniques sur la suite des soins, retenir les termes techniques donnés par le médecin, mais il gardera un grand sourire en annonçant aux autres son mal, le ton de la voix pourra être badin ou enjoué, en complet décalage avec la gravité du contenu de la parole. Voici un exemple :

« Un monsieur de 60 ans est hospitalisé suite à une décompensation cardiaque globale. L'insuffisance cardiaque sévère dont il souffre nécessite une greffe cardiaque. Le chirurgien vient lui annoncer la nécessité de l'opération et le pronostic vital qu'un refus occasionnerait. Un infirmier vient voir le patient juste après le passage du chirurgien. M. H. l'accueille avec un grand sourire et un ton très gai : « Ah, ça va bien ? Il fait beau aujourd'hui. C'est agréable. Le chirurgien vient de m'annoncer que ma vie était en danger et qu'il fallait me greffer un autre cœur, c'est très grave ce que j'ai. Sinon, je me porte comme un charme ! Bon, le cœur s'emballe un peu de temps en temps, mais le chirurgien vient de m'expliquer comment ça fonctionne. Eh bah, dites donc, c'est une mécanique incroyable ! C'est passionnant tout ça ! Je viens d'avoir un cours de médecine gratuit en somme. J'ai appris beaucoup de choses. J'ai été très emballé par la précision, les détails qu'il m'a livrés sur l'opération que je vais avoir. J'aurais voulu faire médecine quand j'étais jeune. Qu'est-ce qu'il y a pour le dîner ce soir ? Je dois dire que je ne suis pas du tout content de ce qu'on me sert ici, c'est très déplaisant. J'espère que ma femme va venir me voir, j'ai un peu peur qu'elle m'aime moins depuis mon accident, j'ai une mine à faire peur. Vous pensez qu'elle viendra ? »

Ce monsieur reconnaît son mal, il a intégré les précisions données par le médecin mais de manière rationnelle, technique, comme si cela ne concernait pas sa santé, comme si le chirurgien était venu lui faire un cours général sans raison précise. Il isole la réalité de l'opération qu'il va subir en rationalisant les choses, en séparant l'information des affects de déplaisir, de douleur et de crainte qu'il serait normal qu'il ressente mais qui occasionneraient un surplus d'anxiété auquel il n'est pas près à faire face.

Ce mécanisme de défense est indissociable d'un autre, le déplacement, qui consiste à reporter l'anxiété sur une autre cible, moins pénible à affronter. Dans l'exemple précédent, le déplacement s'opère sur la crainte du patient que sa femme l'aime moins. C'est plus facile pour lui de faire face à cette douleur qu'à l'anxiété de mort le concernant. L'émotion est déplacée sur un événement auquel le sujet peut penser sans se sentir en danger vital.

■ L'annulation

L'annulation est plus radicale que la dénégation. Elle empêche toute bribe de réalité d'accéder à la conscience du sujet. Elle permet de nier la réalité de la maladie en faisant en sorte d'en effacer l'annonce, de faire comme si elle n'avait jamais eu lieu afin d'éviter toute menace. C'est un mécanisme consécutif à un événement reçu comme inacceptable, inabordable dans le moment où il se produit. L'annulation ne dure pas, le plus souvent, et elle se trouve relayée par d'autres défenses.

Dans l'exemple suivant, une infirmière stagiaire a pu repérer que la réaction du patient montrait son refus d'intégrer l'événement annoncé :

« J'étais là quand le médecin a annoncé à ce monsieur qu'il avait un cancer. Le Monsieur n'a rien dit. Le médecin, qui ne savait pas quoi faire devant ce mutisme, a essayé de le rassurer sur le fait que les choses étaient prises à temps, qu'on allait le guérir et il lui a proposé de faire venir le psychologue. Le Monsieur s'est alors animé et lui a dit : « Ah bon, j'ai cru que vous m'annonciez que j'étais malade. Bon, je rentre chez moi quand ? » On n'a pas vraiment compris sa réaction. Le médecin a dit qu'il repasserait le voir et qu'il fallait qu'il reste encore un peu à l'hôpital. Il lui a dit que la psychologue du service viendrait le voir. Le lendemain, le patient était en pleurs lorsqu'il a réalisé son cancer. Il nous a fait une vie très dure ensuite en se montrant très agressif. »

Le patient s'est saisi de l'annonce que le psychologue viendrait le voir pour annuler la représentation d'une maladie physique grave et faire comme si l'événement portait sur un problème psychique sans aucun risque d'atteinte vitale. Le lendemain, l'annulation n'ayant pas tenu et n'ayant pu se déplacer sur une réalité moins grave, le patient s'est écroulé en comprenant qu'il souffrait d'un cancer. C'est dans ce moment qu'il convient de mettre en place une écoute et une relation d'aide et de soutien pour la personne.

■ La maîtrise

C'est peut-être, avec la projection agressive, le mécanisme de défense qui rend la relation au malade la plus difficile. En effet le malade, afin de sauvegarder son statut de sujet vivant, résolu et volontaire, lui qui risque de devenir objet de la médecine et des soignants, va tenter par des rites obsessionnels, précis, de maîtriser le cours des choses. La tentative de maîtrise peut passer par l'humour et la dérision, mais aussi par une démarche de rationalisation de l'origine de sa maladie. Maîtriser la maladie, c'est croire que l'on a un pouvoir sur la maladie. Les rites obsessionnels peuvent consister à vérifier chaque médicament, à tenir en suspicion chacun des actes des infirmiers regardés parfois avec défiance : « Hier, vous m'avez donné trois comprimés rouges, aujourd'hui seulement un, je ne comprends pas. En plus, votre collègue me les donne à heures fixes tous les jours et vous, vous me les apportez quand ça vous chante. Qu'a dit le médecin dans sa prescription ? Il a vérifié au moins ce que vous faisiez ? Vous n'avez pas pris de liberté par rapport à mon traitement ? De toute façon, il passe tout à l'heure, je lui poserai la question. » Ces malades peuvent arriver à certains excès qui peuvent être perçus comme tyranniques par les soignants. Il est très important de respecter cette défense du malade, en l'ayant repérée comme telle et non comme une remise en cause des compétences de l'équipe soignante, ce n'est absolument pas de cela dont il s'agit en réalité ! De plus, la non reconnaissance du malade de demeurer dans une maîtrise psychique pour repousser la souffrance et sauvegarder un semblant d'emprise sur son corps, risque de provoquer un effondrement et une détresse totale, voire une décompensation psychotique dans certains cas.

D'autres mécanismes destinés à combattre l'angoisse existent et portent le nom de « mécanismes de dégagement ». Tandis que les mécanismes de défenses sont automatiques, inconscients, et correspondent à une défense primaire du moi (voir *Fiche 5*, page 149), les mécanismes de dégagement sont plus élaborés, ils obéissent à des stratégies de pensées conscientes. Un exemple important de ces mécanismes est *la sublimation*.

► La sublimation

Elle permet de transformer l'angoisse et le sentiment d'inutilité de certains malades souffrant de maladies invalidantes en détournant les pulsions visant un but primitif vers des objets de valeur sociale positive. La souffrance n'est pas oubliée, mais elle permet à l'individu de construire un nouveau sens à sa vie. Par exemple, certaines personnes s'investissent dans des œuvres caritatives concernant des personnes atteintes de la même maladie qu'eux, ils écrivent un livre sur leur souffrance, etc. Ils font de leur souffrance une source de création ou de lien social là où ils pourraient se sentir marginalisés et exclus de la société.

La sublimation peut arriver après les mécanismes de défenses décrits précédemment, une fois que la maladie a été acceptée, après un travail d'élaboration consécutive à l'annonce de l'atteinte. Il faut du temps.

Le temps est un facteur nécessaire au processus de soins et de guérison mais qui est fort peu pris en compte dans les institutions où le « faire » s'impose presque sans répit pour les équipes.

C'est pourquoi, il est utile d'insister sur le fait suivant : les principaux mécanismes de défense utilisés par le malade lui permettent de vivre, de supporter la souffrance, il faut donc les respecter et ne surtout pas chercher à les lui enlever car sinon il se peut qu'il n'y survive pas. Le temps permet au patient d'accepter son état, de « digérer » l'annonce. Le faire parler de ses affects, de ce qu'il craint, de la menace qu'il voit peser sur lui, de son angoisse, mais aussi l'aider à se remettre dans un processus de projets raisonnables pour l'avenir, peuvent être des comportements apaisants et constructifs pour le patient et pour l'élaboration psychique de sa souffrance.

L'angoisse : ses sources et ses manifestations chez le soignant

► Les diverses origines de l'angoisse du soignant

La difficulté accrue du travail de l'infirmier vient également du fait qu'il doit répondre de plus en plus à des demandes d'origines diverses : celles du malade (c'est le fondement du travail infirmier) mais aussi celles des familles qui sont de plus en plus mises à contribution et présentes sur les lieux de soins ; enfin, celles de l'équipe.

Le soignant aussi est soumis à l'angoisse. Cette dernière peut avoir plusieurs sources :

- l'angoisse devant la souffrance du patient ;
- l'angoisse de mal faire ou de ne pas savoir faire ;
- celle liée aux relations avec la famille du patient ;
- le mal être institutionnel dans les liens d'équipe ou dans l'impossibilité de s'extraire du *faire* pour élaborer, par la parole et l'analyse de sa pratique, ses ressentis ;
- l'angoisse due à la position de stagiaire pour les infirmiers débutants qui se voient souvent confier les tâches que ne veulent pas faire les autres...

Il est normal que l'élève infirmier puisse se retrouver complètement décontenancé, sur le terrain, dans la clinique donc, parce qu'il aura à faire face à des situations violentes auxquelles les cours ne peuvent préparer.

L'angoisse d'une étudiante en soins infirmiers dans un service de rééducation

Une jeune étudiante raconte la chose suivante :

« J'ai dû prendre en charge, dans un service de rééducation, une personne sourde et muette qui ne savait ni lire ni écrire et avec laquelle je ne pouvais pas communiquer. La personne, pour me faire comprendre sa souffrance et sa désapprobation, se jetait violemment par terre, ce que je ressentais comme très violent pour moi aussi à chaque fois. Personne ne connaissait le langage des signes. Le patient, en agissant ainsi, a aggravé son état par des fractures diverses. Je me sentais nulle. »

Personne n'avait dit à la jeune stagiaire d'essayer d'écouter la personne dans ce qu'elle montrait par son regard, par ses gestes, ce qui entraînait ce patient à user de stratagèmes extrêmes qui l'ont conduit à aggraver son problème physique. Et là, seule une adaptation à la situation, à la personne, la recherche

d'une trouvaille faute d'apprentissage du langage des signes (à inclure dans la formation, pour les volontaires ?) pouvait permettre d'inventer et de mettre en place une situation de communication spécifique, nécessaire aux soins et à l'acceptation des soins par le patient. En outre, l'impuissance de l'étudiante à comprendre le patient lui faisait ressentir son intervention comme insatisfaisante alors qu'en fait l'absence de dispositifs institutionnels adaptés participait à cette violence.

Et puis, il y a ceux qui découvrent ce qu'implique de souffrir et prennent peur : souvent, lorsque les élèves infirmiers font leur premier stage auprès des personnes âgées, ils sont bouleversés car ce qu'ils voient les renvoie à leur propre vieillissement, à leur crainte de la déchéance physique ou à celle de leurs proches. Parfois, un profond dégoût naît du spectacle qui s'offre à eux dans la crudité et la cruauté de ce qu'il peut arriver dans l'existence d'un de leur semblable. C'est tout à fait humain que ces sensations de tristesse, de détresse même, de recul devant la lourdeur de la tâche et la répulsion qu'elle peut inspirer surviennent chez l'élève infirmier et même par la suite, chez des professionnels plus avertis.

La question, déjà soulevée dans la première partie du livre, est de pouvoir transformer ces ressentis, parfois angoissants, en motivations pour poursuivre ce métier. Les formateurs des IFSI ont un rôle d'encadrement des études et des stages à jouer en ce sens.

■ L'angoisse comme signal d'un désir de bien faire

En effet, l'angoisse n'est pas forcément négative chez le soignant : elle montre une envie de bien faire, le conflit entre un désir (parfois idéaliste, idéalisé) et la réalité, les limites qu'offre le terrain. Comment être et rester bon soignant ? Que signifie « bien faire son travail » ? Le soignant qui ne connaît pas l'angoisse peut se demander s'il n'a pas mis en place de trop fortes défenses, de trop grands automatismes qui l'empêcheraient d'être à l'écoute des personnes dont il s'occupe. Il est normal que l'écoute de la souffrance d'un être puisse rendre anxieux, triste, ou ému. C'est le signe, pour l'infirmier, qu'il est en transfert (voir *Fiche 10*, page X) avec le patient, qu'il accepte le lien. L'infirmier qui ne s'émeut pas est-il dans une position de lien à l'autre, d'écoute du patient ?

Il arrive que la fatigue du terrain puisse faire oublier aux professionnels les raisons du choix de cette profession d'infirmier, souvent en lien au début avec une réelle envie d'apporter de l'aide aux personnes qui en ont besoin, parce qu'ils ont reçu une aide qu'ils veulent rendre, parce qu'ils ont eu plaisir à s'occuper d'une personne âgée, par exemple, à un moment donné de leur vie, et que ces liens affectifs, le plaisir qu'ils en ont reçu, ont impulsé le désir chez eux de poursuivre une formation médicale.

L'angoisse peut être un moteur pour se chercher humainement, chercher une position satisfaisante dans le lien aux patients, à la souffrance, et continuer de rester vivant, de penser, de réfléchir, d'analyser et de remettre les choses et soi-

même en question. Il y a des angoisses dominées par la pulsion de vie (voir *Fiche 14*, page 160) comme c'est le cas ici.

D L'angoisse source d'inhibition ou de réactions préjudiciables aux soins

L'angoisse devient difficile à vivre et nécessite que le professionnel puisse être aidé psychologiquement lorsqu'elle est une source d'inhibition et qu'elle l'empêche d'avancer, lorsqu'elle constitue une entrave aux soins, qu'elle incite à l'abandon des personnes malades ou à l'abandon de la profession. Là, c'est une angoisse où la pulsion de mort (voir *Fiche 14*, page 160) prédomine.

L'inhibition due à la peur de « mal faire » peut se traduire par des tremblements, des bégaiements, des lapsus qui accroissent l'émotion du soignant. Parfois, il compense ce malaise par un ton de voix inapproprié : il n'est pas rare que les soignants parlent très fort à un malade alité. Cela peut apparaître comme une tentative inconsciente de prise de pouvoir sur lui par ce biais, attitude venant compenser une défense contre le manque de confiance en soi, d'assurance chez le soignant. Il est bon d'apprendre à poser sa voix quand on s'adresse à une personne malade, sous peine de paraître intrusif, d'ajouter une violence à la douleur. En outre, cela n'est pas rassurant pour le patient qui peut percevoir l'aspect autoritaire et défensif de cette attitude.

La crainte de mal faire son travail, celle d'être remis en cause peut entraîner chez l'infirmier, débutant ou non, une attitude très défensive liée à l'angoisse d'être jugé sur son travail et à une position infantile que peut raviver ce jugement dans l'histoire du sujet. L'angoisse vécue alors peut rappeler celle liée à la position autoritaire des parents, à la mise en place des limites, à l'entrée dans la Loi que vient signer la constitution du surmoi (voir *Fiche 5*, page 149) par exemple lors de la période œdipienne. Le problème lorsque cette angoisse (qui peut être liée à un manque de confiance en soi et/ou en l'autre, à la réouverture de blessures narcissiques insupportables) reste non analysée, c'est qu'elle peut bloquer l'évolution de l'infirmier, lui fermer les divers intérêts de son travail et le laisser dans un état d'anxiété ou dans un risque d'anxiété par la prédominance de la susceptibilité sur le désir d'amélioration. Les personnes soignées font également les frais de cette susceptibilité (qui peut, selon les cas, correspondre à une véritable angoisse, plus ou moins développée) du soignant auquel elles n'osent plus parler de peur de se faire réprimander, ou de le vexer.

Je pense notamment à une observation d'une infirmière stagiaire :

« J'ai fait un stage en gériatrie. Un matin, j'ai fait une remarque à l'infirmier coordonnateur sur une personne âgée qui s'était coupée le mollet et avait une blessure. Je lui ai dit qu'elle s'était sûrement accrochée au lit durant le transfert du lit au fauteuil le matin même. L'infirmier coordonnateur, à ma grande surprise, s'est mis dans une grande colère et il s'est mis à crier que c'était lui qui avait fait ce transfert avec une aide-soignante (c'est elle d'ailleurs qui était venue me prévenir, je ne sais pas pourquoi elle n'en a pas parlé à l'infirmier). Il dit qu'il n'avait blessé personne en vingt ans de carrière et que je n'avais pas de preuves. Il a ajouté que

cette dame était très lourde à porter et que ça pouvait arriver qu'elle s'égratigne durant les transferts. Je lui ai répondu que la peau des personnes âgées était particulièrement fine et fragile et que les causes de la blessure de la dame m'importaient peu, je le prévenais juste que j'allais faire un soin. Il m'a évitée durant tout le reste de mon stage. »

L'infirmier s'est défendu immédiatement de ce qu'il a pris comme une attaque de la part de la stagiaire : la situation, le fait qu'elle soit stagiaire, le blessait vraisemblablement et venait mettre en péril quelque chose chez lui, peut-être lié à un narcissisme mal en point. C'est ce qui justifie que l'aide soignante ait préféré aller voir la stagiaire plutôt que l'infirmier lorsqu'elle s'est aperçue de la blessure de la personne âgée. Crier et se mettre en colère est, en outre, une tactique empêchant l'autre de parler, interdisant tout échange, toute discussion. Il n'a pas été possible pour cet infirmier de s'interroger sur sa responsabilité dans l'événement que venait lui rapporter la stagiaire. Pourtant, le faire n'aurait pas signifié qu'il était un mauvais soignant, bien au contraire : le bon soignant est celui qui parvient à se former à partir de ses erreurs, de ses manquements, de ses décisions malheureuses, bref, des actes qu'il pose et dont il parvient à analyser les effets. Le soignant qui rencontrera le plus de difficultés et en fera rencontrer à ses patients sera celui qui refusera cette remise en question et se bloquera sur ses idées, même si elles lui sont préjudiciables.

En outre, dans l'exemple précédent, aucune prise en compte de la souffrance de la patiente due à la blessure n'a pu être évoquée. Trop occupé à se défendre, l'infirmier n'a songé ni à la nécessité de soigner la personne âgée, ni ne s'est soucié de ce que la stagiaire allait faire du côté du soin.

Parfois aussi le refus de voir la souffrance du patient, de la personne malade, est une manière de se protéger contre une angoisse de mort visant son propre moi (voir *Fiche 5*, page 149) et qui s'avèrerait destructrice. L'absence de remise en question est une façon économique de ne pas vouloir voir le malheur quotidien pour ne pas sombrer dans la dépression ou une autodestruction qui peut prendre d'autres formes tout aussi dangereuses pour la bonne santé du psychisme. Il est bon, dans le cas où la position dans le métier d'infirmier révélerait à la personne une rigidité préjudiciable à son travail ou mettrait à jour des fragilités qui n'étaient pas apparues jusqu'alors, que ce soignant n'hésite pas à se faire aider par un psychologue qui l'écouterait et l'aidera, entre autre à faire la part des choses entre son histoire personnelle et ce qui se joue pour lui à l'occasion de sa profession.

Les mécanismes de défense en jeu chez le soignant

Les soignants aussi mettront en place des mécanismes de défense face à la souffrance et au risque de mort des personnes dont ils s'occupent. C'est normal et vital. Le tout, c'est que le soignant puisse admettre que ces mécanismes⁴ correspondent à des réponses, des réactions par rapport à des événements qui blessent, qui suscitent de l'angoisse et mettent en danger l'investissement auprès des sujets en souffrance. Les repérer, les accepter permet de les travailler, d'élaborer l'angoisse. En effet, en tant que protection, ils ne sont pas répréhensibles. Ils font partie de la relation à l'autre.

Certains mécanismes de défense peuvent être identiques à ceux du patient puisque l'infirmier lui aussi tente de refouler ce qui lui est pénible. Nous verrons dans cette partie les mécanismes de défense propres au soignant et qui sont destinés à mettre une distance avec la souffrance du patient. C'est un moyen inconscient, pour le soignant, de se protéger contre l'émotion et l'angoisse qu'elle pourrait générer.

► « L'évitement »

C'est un signe que le moi (voir *Fiche 5*, page 149) se défend contre un événement qui le met dans une situation de grande anxiété, d'un trop d'anxiété. Certains infirmiers, surtout au début de leur carrière ou lors de leurs stages, vont avoir de réelles difficultés à entrer dans la chambre d'un patient pour diverses raisons qu'ils ne parviennent pas à expliquer clairement. Il y a une résistance inexplicable qui se produit chez eux au point qu'ils se demandent s'ils sont faits pour ce métier. Parfois, les causes apparentes paraissent plus claires : le dégoût pour la personne, l'antipathie qu'elle inspire, l'agressivité dont elle fait preuve, mais aussi l'extrême état de vieillissement dont elle est victime parfois, le spectacle de déchéance qu'elle impose au regard. Il est naturel que le moi du soignant tende à se protéger de ces émotions sources d'angoisse et destructrices puisqu'elles rappellent au sujet sa condition d'être mortel, ses propres fragilités, ou aussi la souffrance de personnes proches du soignant qui peut faire alors inconsciemment un amalgame entre ses proches et ses patients d'un point de vue affectif. Tout cela peut entraîner des réticences plus ou moins grandes et plus ou moins conscientes à s'occuper de quelqu'un et à avoir une relation humaine avec lui, une relation d'écoute dans le cadre du soin. L'infir-

4. Certains noms de ces mécanismes de défense ont été empruntés au livre de Martine Ruzniewski, *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Dunod, Paris, 1999 ; ils seront alors cités entre guillemets.

mier va alors dévier la conversation, se trouver « hors sujet » par rapport à ce qui l'amène auprès du malade.

Un infirmier me confie le traumatisme lié à l'une de ses toutes premières expériences dans le monde hospitalier :

« Un patient hospitalisé pour un cancer au niveau de l'orbite avait été opéré. La plaie était horrible. Comme j'étais un très jeune infirmier, nouvellement diplômé, on me donnait souvent des tâches que les autres ne voulaient pas faire. Je n'osais pas refuser de peur qu'on me juge incompetent et de crainte de paraître incompetent à mes propres yeux. Il y avait une odeur intenable dans la chambre à cause de l'infection. Je faisais très vite les soins, sans parler, sans autre contact que le strict nécessaire. Au début, le patient essayait de me poser des questions, d'avoir une conversation avec moi, mais je ne pouvais pas. J'étais bloqué. Je le regardais peu. Je sifflotais pour qu'il évite de m'adresser la parole. C'était violent ce que je vivais. »

Il est tout à fait naturel, dans la situation de ce jeune infirmier, de se protéger. Le spectacle horrible, l'odeur nauséabonde suscitaient des angoisses très fortes, très archaïques chez lui. Or, le comportement de l'infirmier, lié à ses craintes, pouvait donner l'impression que le soignant était indifférent à la souffrance du patient. La violence de part et d'autre aurait pu s'apaiser avec l'aide d'un tiers (psychologue, cadre infirmier, médecin...) qui aurait pu aider le soignant à exprimer ses angoisses, à les admettre. La mauvaise position de l'infirmier était en partie due à la crainte qu'on le prenne pour un mauvais professionnel et que ses résistances soient injustifiées alors qu'elles étaient parfaitement compréhensibles. Donner au malade une chance de parler de lui, pouvoir mettre en place une relation d'écoute avec lui aurait pu alléger la situation en retrouvant l'humain à la place du spectacle où l'œil prenait la place de l'humain, où la partie de cet être qu'est l'œil prenait la place de l'être entier devenu source de terreur et d'envie de fuir. Les comportements de fuite, d'évitement, de rejet relatifs à ces situations extrêmes constituent des mécanismes de défenses courants et tout à fait avouables et surmontables aussi lorsqu'ils sont élaborés.

Dans l'exemple précédent, l'infirmier fait vite ses soins et ne parle pas au patient pour éviter de se confronter à la réalité de la souffrance de ce dernier car il risquerait de se sentir très angoissé, sans savoir affronter cette angoisse.

Certains soignants vont aussi, par exemple, éviter de croiser le regard du malade où ils lisent la souffrance, la lassitude. Ils vont se réfugier dans des gestes techniques, ne pas même dire « bonjour » à la personne alors que c'est la première chose à faire en entrant dans la chambre du soigné. Certains soignants regardent par la fenêtre en donnant les médicaments et ont des difficultés à affronter le sujet lorsqu'ils savent, par exemple, qu'il va mourir.

Les soignants peuvent réduire le malade à un dossier, à un objet afin de ne pas se laisser toucher par lui de peur de souffrir aussi. Le considérer comme un objet de soins permet de se protéger de la violence de la situation et parfois, de

continuer à prodiguer un minimum de soins alors qu'il serait totalement impossible autrement de rentrer dans la chambre.

Plus radicales que l'évitement, certaines réticences peuvent conduire à un refus de soigner la personne. Comme dans l'évitement, le soignant fuit et refuse le lien d'affectivité avec le patient mais avec un sentiment de rejet car le soignant est confronté à un impossible qu'il ne peut surmonter. Il est bon d'écouter un infirmier lorsqu'il dit qu'il refuse de soigner telle personne, qu'il ne peut pas. Le remplacer auprès de cette personne pour son bien et celui du patient est une bonne réaction. Il n'est pas honteux de passer la main à un collègue que la situation ne gênera pas. C'est au contraire très professionnel puisque cela dénote un intérêt et un respect certains pour les personnes à soigner et un grand sens de la responsabilité. Cette attitude vaut parfois mieux que l'évitement et la fuite. Je pense notamment à une élève infirmière qui s'est retrouvée dans la situation suivante :

« Quand j'ai fait mon stage en psychiatrie, j'ai dû m'occuper d'un pervers qui avait violé une petite fille de cinq ans. Je suis maman d'une petite fille de cet âge-là, le type m'a dégoûtée tout de suite. En plus, il n'arrêtait pas de me dire des obscénités quand je venais lui apporter des médicaments. Il se débrouillait pour être nu à ce moment-là et il me regardait comme s'il voulait me sauter dessus. J'avais physiquement envie de vomir et je me sentais sale. En plus, je pensais à ce qu'il avait fait et j'avais envie de le tuer. Alors, je l'ai dit à ma référente de stage qui a demandé que je m'occupe de quelqu'un d'autre. Mais à chaque fois que je le croisais dans les couloirs, j'évitais de le regarder et je fuyais. »

Ce rejet est understandable. Il est très bien que, ne se sentant pas prête à faire face à cette situation pour toutes les raisons conscientes qu'elle donne, cette jeune infirmière se fasse aider par son maître de stage sans craindre d'être jugée et puisse poursuivre son stage autrement au lieu de subir la situation. Sa réaction est très saine et louable. Pour un autre soignant, il ne sera peut-être pas difficile de soigner ce patient pervers.

► Le danger pour le soignant de la non-reconnaissance de ses mécanismes de défenses et de ses résistances

Les réactions violentes qui peuvent s'exprimer inconsciemment lorsque le soignant ne parvient pas à s'avouer *qu'il ne peut pas* avoir affaire à cette personne ou *qu'il ne supporte pas* la personne et s'entête à s'en occuper en manifestant une violence liée à un insupportable non déclaré, sont plus problématiques.

Si le soignant s'installe dans cette position de violence, les collègues qui s'en aperçoivent devront réagir, le faire réagir ou demander à ce qu'un responsable du service prenne la décision d'en parler avec lui, de le faire parler et de lui enlever la responsabilité de ce patient, voire de le changer de service selon les cas, pour le bien de tous et le bon équilibre de chacun.

Il n'est pas rare de rencontrer une certaine maltraitance dans les lieux de soins pour les personnes âgées qui se laissent mourir parce qu'elles souffrent et ne trouvent plus de but dans leur vie. Cette décision peut engendrer la violence des soignants qui les « secouent », les obligent à se lever contre leur gré et en dépit de leur mal être, à manger en les gavant et ne reculent pas devant leurs cris aigus, leurs protestations. Il y a là quelque chose d'insupportable pour le soignant qui, au lieu de se remettre en question et d'analyser la violence que lui cause la situation va faire « payer » inconsciemment au patient de la lui infliger. Peut-être ce soignant ne peut-il pas s'occuper de personnes âgées alors qu'il fera un travail correct dans un autre service ?

Si le soignant se sent atrocement remis en cause par la décision de mort du sujet âgé et que cette décision le met personnellement en échec alors que la volonté de lâcher prise sur la vie ne concerne que le sujet âgé et ne vise personne d'autre, il doit en parler à un psychologue et ne pas en venir à des actes brusques. Les paroles doivent primer sur des gestes qui s'apparentent, dans leur manque de délicatesse et de respect, à de la maltraitance.

Un élève infirmier me rétorque un jour :

« Dans mon stage, un infirmier m'a dit que, de toute façon, ça ne servait à rien de parler à une personne âgée dont je m'occupais parce qu'elle n'écoutait pas et criait tout le temps plus fort que nous. En plus, certaines sont sourdes. »

Il est toujours important que le soignant tente d'expliquer les choses par la parole et non par des actes non accompagnés de mots. Si la personne âgée hurle, crie, c'est qu'elle est en grande souffrance et que le soignant ne lui apporte peut-être pas la réponse à son mal être par ce qu'il propose. La voix, l'intonation, la fermeté du ton qui n'empêche pas une certaine douceur, des paroles précises, simples, bien articulées face à la personne qui peut parfois s'aider du mouvement des lèvres pour comprendre, l'écriture dans le cas d'une grande surdité (et en cas de non appareillage des oreilles qui devrait peut-être être prescrit), sont des moyens pour tenter de faire partager à la personne ce que l'équipe soignante pense être bon pour elle afin qu'elle se sente mieux. L'important est de montrer à la personne qu'il y a un vif désir du soignant qu'elle se porte au mieux.

■ L'agressivité

Elle peut être liée à l'angoisse. Le soignant agresse verbalement, parce qu'il se sent agressé par la souffrance de la personne. Par l'agressivité, le soignant repousse, rejette inconsciemment le fait qu'il a peur de se retrouver dans la même situation de souffrance que son patient ou que celle-ci le fait souffrir au-delà de l'acceptable et le met en danger pour cette raison. Il met, par l'agressivité, une distance entre lui et la souffrance de son patient pour éviter toute possibilité de confidences de sa part. L'agressivité peut être, au préalable, une auto-agressivité liée à un sentiment de culpabilité profondément inscrit dans l'histoire du soignant et que chaque être en souffrance réveille en lui. Il

s'agresse lui-même face à son impuissance insupportable à les guérir mais cela va s'exprimer par de l'hétéro-agressivité afin de préserver le moi des sentiments de culpabilité et d'impuissance.

■ « Le mensonge »

Le soignant se trouve confronté à une situation conflictuelle pour lui et la résout en mentant sciemment au malade, pensant ainsi le protéger alors qu'il risque de lui donner de faux espoirs, de l'entretenir dans une illusion dont il lui sera encore plus difficile de sortir par la suite. En outre, le patient se trouve privé du laps de temps nécessaire à l'acceptation de son mal. Parfois, le soignant ne peut faire face à l'annonce de mort ou de maladie grave du patient et il pense que le malade ne le pourra pas non plus, il se met trop « à sa place ». Cette défense par le mensonge fait faire l'économie au soignant de la réaction de souffrance du patient, mais aussi de sa propre confrontation avec la mort. Il est plus économique pour son fonctionnement psychique de substituer un mensonge à la réalité qu'il dénie en fait ainsi.

Un infirmier de métier me raconte ainsi une situation où il s'est surpris à mentir, tant il est vrai qu'en tant que mécanisme de défenses, la réaction vient de l'inconscient, je le rappelle :

« J'étais infirmier au SAMU. On est appelé en urgence pour la perte de connaissance subite d'un petit enfant d'un an. C'était la nuit. On arrive et on le prend en charge dans l'ambulance pédiatrique. On essaie de le réanimer car il n'était pas mort, mais en vain. Je sors du camion pour parler avec la mère qui me dit : « vous appelez une deuxième ambulance ? » Je lui réponds : « Oui, ne vous inquiétez pas, les spécialistes sont là, ça va s'arranger. » Alors que les médecins venaient de me dire qu'ils étaient en train de le perdre. Mais je ne pouvais dire cela à la mère. C'est elle qui me dit alors avec violence : « Vous vous foutez de moi ? Je suis pédiatre. Mon enfant, il va mourir. » J'ai rien dit et j'ai fui. Je ne pouvais plus lui parler. C'est la première et dernière fois que j'ai menti. »

Le problème du mensonge, ainsi qu'en a fait l'expérience cet infirmier, c'est qu'il fausse une possible relation d'aide, d'écoute de la personne en souffrance. Le soignant, très malheureux d'avoir menti et d'avoir été découvert, s'est enfui et n'a pas pu être un soutien pour cette mère qui venait de perdre son fils. Le soignant aide donc davantage le sujet malade lorsqu'il dit la vérité, en plusieurs étapes parfois et en fonction de ce que la personne est capable d'entendre, d'accepter. Il ne s'agit pas non plus de tout dire d'un coup en risquant d'être violent pour se débarrasser de l'annonce. Dire la vérité tout en faisant preuve de sensibilité, d'empathie pour la personne, en se proposant comme soutien sur le moment de l'annonce est une démarche qui demande un certain courage mais s'avère, pour le soignant et le soigné, une grande source d'échanges, de respect mutuel et assure la meilleure mise en place possible des protocoles de soins.

■ « La banalisation »

Le soignant sait que son malade souffre mais il ne va s'occuper que de la souffrance physique, de la maladie, au lieu de s'occuper aussi de la souffrance psychique et donc du malade dans son ensemble. C'est une mise à distance de la personne, une focalisation sur le concret de la maladie pour éviter toute émotion qui viendrait de la plainte du patient. Le malade reste enfermé alors dans sa souffrance psychique dont il ne peut parler, faute de quelqu'un pour l'écouter.

■ « La rationalisation »

Ce mécanisme de défense consiste à se protéger derrière des explications médicales techniques, compliquées concernant les soins qui vont être prodigués au patient ou l'étiologie de la maladie, par exemple. C'est un moyen de le laisser dans une incompréhension et une réflexion qui le rendent interdit et l'empêchent de poser des questions. Cette attitude crée une distance avec le patient et empêche de s'attacher à lui affectivement, ce qui pourrait faire souffrir le soignant dans le cas où le pronostic vital serait incertain. Il y a une isolation de l'affect due à la tentative de maîtrise de la situation vers un non dialogue.

■ « La dérision »

Elle consiste à dire au patient que sa souffrance est exagérée et à la diminuer : « Allez, c'est rien du tout ça ! Il y a pire dans la vie ! ». C'est une façon de s'abstraire de la relation car l'angoisse serait trop lourde à porter. La dérision impose le silence au sujet malade qui se sent incompris et renvoyé à une grande solitude.

Donner aux personnes âgées des surnoms « pour rire », entre soignants, au sein de l'équipe, peut procéder de la dérision pour ne pas penser à la mort qui guette les patients ni aux séparations qui se profilent. Le problème de ces surnoms (« Le râleur » ; « Le piou-piou » pour une personne toute petite, maigre et fragile, etc.) c'est qu'ils tendent à résumer en un mot une personnalité, à cantonner le sujet dans cette appréciation très réductrice. Ils permettent aux soignants d'échapper à la réalité de la situation qui est celle de la souffrance et de la vieillesse qui amène l'humain à se trouver démuné, ce qui peut être une grande source d'angoisse pour les soignants qui se projettent dans cette déchéance.

La dérision, lorsqu'elle s'apparente à de la moquerie, peut atteindre des degrés de cruauté et d'irrespect dont voici un exemple :

« Dans une maison de retraite, des ambulanciers viennent chercher une personne âgée nécessitant des soins hospitaliers que la maison de retraite ne peut lui fournir. Cette personne âgée, dans un état critique, était à demi-consciente et ne parlait plus.

L'infirmier, très ému et touché, raconte la chose suivante : « Les ambulanciers ne m'ont même pas laissé habiller correctement la personne. Il faisait froid dehors et je ne pouvais pas lui mettre ses bas, je lui ai mis ses chaussons et je n'ai pas eu le temps de faire autre chose. Ils l'ont enveloppée dans un grand drap et ils lui ont attaché une sorte de veste autour de la tête, nouée au-dessous du menton avec les deux manches. Ils ont rigolé en disant qu'elle ressemblait à une roumaine qui faisait la manche. Dans l'ascenseur, ils ont continué à se moquer d'elle et un ambulancier a pris la main de la patiente en mettant la paume tournée vers le haut comme si elle faisait la manche et ils ont ri en disant : « à vot'bon cœur ». J'avais les larmes aux yeux mais j'ai appris à me blinder avec les ambulanciers parce que ce n'est pas la première fois que je vois ça. »

On comprend les mécanismes de défenses mis en place par l'infirmier face à cet irrespect de l'humain. Mais, ces mécanismes ne fonctionnent pas très bien puisque l'infirmier n'a pas pu refouler la scène et qu'il restait réellement affligé de n'avoir rien fait pour cette femme, de n'avoir pas réagi. Il a eu conscience d'avoir tordu le cou à son éthique et de n'avoir pas agi selon son désir. En effet, « se blinder », se défendre, lui, devant les réactions irrespectueuses des ambulanciers (eux-mêmes la proie peut-être de mécanismes de défenses mais sans remise en question) l'avait empêché de défendre la personne âgée, de dire aux ambulanciers son désaccord devant ce qu'ils faisaient. Or, il se serait sorti de cette situation moins angoissé s'il l'avait fait, et la personne âgée aurait entendu qu'elle était défendue. Le soignant gagne à défendre ses idées et à donner son avis contre ce qu'il trouve injuste ou anormale car, même si c'est difficile sur le moment, il s'en porte mieux après vis-à-vis de lui-même, de ses collègues et de ses patients.

Sans compter que l'infirmier s'est beaucoup inquiété de savoir la personne seule pendant le trajet où elle a été emmenée à l'hôpital par les deux ambulanciers, alors que, voyant la maltraitance psychologique dont ils étaient capables, il aurait dû demander à quelqu'un de la maison de retraite d'accompagner la patiente pour veiller à ce qu'on la respecte dans ces moments de grande souffrance physique et psychique que peut constituer une fin de vie. Cette décision était de la responsabilité de l'infirmier qui n'a pas osé la prendre et l'a payé cher par l'inquiétude, la déception et le mal être où son manque d'à propos l'ont plongé. Ce qu'il a sur le cœur à présent est plus compliqué à gérer que ne l'aurait été les conséquences de son action. Se protéger pour l'avenir au lieu de le faire dans le présent permet de s'interdire de cautionner des situations avec lesquelles le soignant se trouve en grand désaccord parce qu'elles ne lui paraissent pas traiter dignement une personne.

■ L'humour

Dans un autre contexte plus agréable, l'humour, lorsqu'il est ponctuellement destiné à désamorcer une situation un peu tendue, sous forme d'un trait d'esprit, est souvent une bonne façon gaie et vivante de faire face à l'angoisse de la personne et à celle que le soignant peut ressentir aussi, on l'a vu à diverses reprises dans ce livre. C'est une manière de dédramatiser la situation et de

montrer au patient qu'il a été entendu tout en variant le registre qui peut désamorcer la plainte, l'angoisse, de manière joyeuse et thérapeutique dans certains cas.

Néanmoins, certaines formes d'humour systématiques, lourdes, qui consiste pour le soignant à enchaîner les « blagues » sans laisser place à de vrais échanges, sérieux et sincères, révèlent souvent un grand mal être intérieur, une peur d'entrer en relation. C'est une grande défense destinée à se protéger de l'autre, souvent le patient, ou à conjurer l'angoisse que suscite l'accompagnement de personnes très malades. Le soignant n'est pas vraiment lui-même, il développe une personnalité défensive de crainte d'un effondrement.

D'autres mécanismes de défenses consistent à créer un lien affectif privilégier avec la personne en souffrance afin de transformer l'anxiété qu'elle suscite en une relation où la question du pronostic vital est évincée :

■ L'identification projective

Contrairement aux mécanismes de défenses précédents qui cherchent à mettre une distance entre le soignant et la souffrance du patient, ce mécanisme d'identification projective consiste à anéantir cette distance en s'identifiant à l'autre, c'est-à-dire en lui attribuant certains traits de soi-même, ce qui crée un attachement où le soignant se substitue au malade en quelque sorte. Comme il ne parvient pas à aider le patient à affronter sa maladie, parce qu'il ne l'accepte pas lui-même, le soignant crée un lien fusionnel avec son malade. Ainsi, le soignant pense qu'il est le seul à savoir ce qui convient au malade. Il opère une main mise sur lui qui l'entraîne à se montrer jaloux si d'autres soignants venaient à s'en occuper : lui seul comprend ce patient, lui seul peut l'aider. Il impose au patient son mode d'emploi, sa vision des soins sans se douter qu'il projette sur son malade ce à quoi il aspirerait lui à sa place, ce qui lui conviendrait en fait à lui. Il fait taire son angoisse en s'accrochant à des certitudes qu'il ne remet pas en cause. C'est une façon pour lui de combattre l'impuissance à laquelle peut le réduire la maladie d'un sujet auquel il s'est attaché. Mais c'est très lourd pour le patient qui subit la toute puissance de ce soignant qui pense qu'il *sait* tout de lui et agit pour son bien. Le patient ne peut se confier à ce soignant, ni n'ose faire le moindre reproche tant l'implication de ce dernier est grande même si elle n'est pas adaptée au fond et que le soignant se fourvoie.

■ Le ton hypocoristique ou mignard⁵

C'est un excès d'affectivité dans le ton qui infantilise et peut tendre à mettre à distance le malade en tant qu'adulte. Par exemple en utilisant le *on* : « *Alors, on a passé une bonne nuit ? On a bien pris son petit café ce matin ? C'est très bien ! On va s'habiller maintenant.* » Cette confusion dans le *on* peut être une manière, à travers la symbiose opérée, de ne pas voir le patient, de nier son

5. Il ne s'agit pas d'un mécanisme de défense répertorié comme tel d'habitude mais d'un ajout de ma part car je trouve que cet excès d'affectivité défensive chez certains soignants agit comme mécanisme de défense.

existence comme séparée, distincte, de ne pas penser à lui comme différencié et donc comme malade susceptible de souffrir ou de mourir. Le ton parfois très mièvre, comme si le soignant s'adressait à une personne limitée dans sa compréhension, peut constituer un excès d'affectivité qui vient combattre l'angoisse et la haine que suscite en réalité la personne dans l'inconscient du soignant. Ces sentiments ne sont pas acceptables pour le moi (voir *Fiche 5*, page 149) de ce dernier parce qu'ils sont culpabilisants et répréhensibles à son sens.

La mort et la question du deuil



► L'annonce aux patients et aux familles

Lorsqu'un infirmier annonce aux familles le décès d'un de ses membres, il est tout à fait naturel que des mécanismes de défense se mettent en place à cette occasion. Toutefois, il est important aussi d'en avoir conscience pour éviter d'adopter une attitude qui pourrait s'avérer blessante pour la famille. Les mots prononcés ont, dans ce cas, une grande importance car ils peuvent amplifier la douleur et la colère ou au contraire, constituer un soutien, un réconfort.

Une infirmière me confiait que dans le service de cancérologie où elle avait travaillé, elle avait entendu certains infirmiers dire aux membres de la famille que leur mère « *n'était plus très fraîche* » ou bien « *qu'elle était dégradée* » pour leur signifier qu'il n'y en avait plus pour très longtemps. Elle s'est, à juste titre, prononcée contre ces formules où l'on ne voit pas que le soignant parle d'un être humain. « *Pas très fraîche* », on dit cela d'un légume, pas d'un sujet. De même, ce n'est pas la personne qui est « *dégradée* », c'est sa santé qui l'est. Ces phrases révèlent la position inconsciente du soignant par rapport à la personne en fin de vie : ne plus la considérer comme un être humain à cet instant de sa mort constitue une attitude défensive, protectrice pour mettre à distance l'inacceptable, l'insensé, c'est-à-dire, qu'il est mortel aussi.

L'annonce de la mort ne va pas de soi. Que ce soit pour le patient lui-même ou pour sa famille. À la question de la personne : « Est-ce que je vais mourir ? », la tentation d'esquiver l'interrogation est grande. Pourtant, si la personne pose la question c'est peut-être qu'elle sait qu'elle n'a plus longtemps à vivre ou qu'elle l'a entendu dire indirectement par les soignants, ce qui est le pire. Elle a donc besoin de trouver un interlocuteur pour en parler.

Les formulations des réponses qu'on peut apporter à cette terrible question du patient sont à traiter au cas par cas, selon la personnalité du malade. Dans le fond, dire la vérité au lieu de mentir (mécanisme de défense tentant dans ce cas) est toujours préférable pour laisser à la personne le temps de se préparer, de voir ses proches, de régler ses affaires comme elle le souhaite. Il peut y avoir plusieurs étapes dans cette annonce si l'on sent que le patient n'est pas prêt à l'accepter. Il est possible aussi que le soignant fasse parler le patient sur ses craintes de mourir pour savoir ce qu'il en fait, où il en est par rapport à cette question, comment il voudrait que les choses se passent. C'est peut-être la manière la plus douce de procéder : accepter d'écouter, d'en parler et de ne pas détromper la personne si elle est dans le vrai mais être là et lui demander de quel soutien elle a besoin. Tout dépend, encore une fois, de la personne et de ce qu'elle demande. En outre, peut-être vaut-il mieux laisser cette annonce aux médecins afin que l'infirmier puisse être ensuite un confident au lieu d'être

porteur de la terrible nouvelle. Cette « multifocalité »⁶ dans le travail auprès de la personne en fin de vie est utile : elle lui permet d'avoir divers interlocuteurs, avec des fonctions bien distinctes et un lieu d'écoute et de soutien bien défini qui peut être le psychologue du service en collaboration avec l'infirmier chargé des soins quotidiens qui recueille souvent des confidences complémentaires de celles qui peuvent être adressées au psychologue.

Plusieurs précautions restent à prendre pour que l'annonce du pronostic au patient ait lieu de manière respectueuse : tout d'abord, que les soignants ne parlent pas à voix basse devant le patient ou à sa porte ; qu'ils fassent attention aux mots qu'ils emploient. Il y a une préparation de l'annonce à faire, dire au patient : *« c'est mieux comme ça », « ce sera tant mieux pour vous parce que vous souffrirez moins »*, sont des expressions toutes faites qui sont agressives pour le patient : lui, il ne veut pas mourir la plupart du temps et s'il le veut, les choses restent difficiles tout de même puisque la mort est l'ultime expérience humaine qui sépare l'être de ceux qu'il aime et parce qu'il ne sait pas ce qui l'attend. Une autre précaution est de ne pas parler de ce patient mourant devant les autres malades afin de ne pas leur faire subir plus d'angoisse qu'ils n'en ont déjà.

Pour l'annonce aux familles, lorsque cela est trop pénible pour l'infirmier responsable du patient, il est possible que ce soit le médecin ou le cadre infirmier, ou une personne de la hiérarchie médicale ou institutionnelle qui s'en charge. En deuxième instance, si la famille en a besoin, le psychologue du service peut être un lieu d'accueil pour les proches.

■ Le vécu du soignant

C'est toujours une très grande violence pour les personnes qui travaillent dans des services, des structures où la mort est omniprésente, de s'y trouver confrontées. Heureusement qu'elles ne s'y habituent pas. « Heureusement », parce que cela montre qu'elles ne développent pas de défenses trop importantes qui n'engageraient que des actes techniques au détriment d'une présence humaine et empathique. L'habitude de la mort, l'insensibilité défensive qu'elle engendrerait, créerait des soignants rigides et qui risqueraient de ne traiter les patients que comme des objets ou comme des êtres déjà morts en risquant de rater l'accompagnement qui est crucial. En effet, il est important pour certaines personnes de ne pas mourir seules mais soutenues par un être qui leur parle et les aide par sa présence. Les soignants qui travaillent dans ces services, ou dans les maisons de retraite, ont un rôle éminemment important, une place humaine décisive : ils sont souvent les dernières personnes que voient le sujet avant de mourir, ils constituent ses derniers liens sociaux. Accepter cela permet également de mieux faire son deuil puisque le soignant aura été indispensable à son patient et qu'il ne pouvait pas faire mieux que de l'écouter et d'être là, c'est même là un rôle essentiel qu'il aura tenu.

6. Ce terme désigne le fait que divers professionnels, aux fonctions diversifiées, interviennent auprès du patient dans des rôles spécifiques et peuvent échanger entre eux leurs observations cliniques le concernant, de sorte à assurer un soutien cohérent et contenant à son égard.

En soins palliatifs, le plus important est cette qualité humaine, cette présence au moment décisif que le soignant peut offrir. C'est extrêmement difficile. Un suivi et une écoute de ces professionnels sont en général organisés dans ces services compte tenu de la proximité constante avec la mort. Une infirmière me raconte ce qu'elle a vécu dans une unité de soins palliatifs :

« C'est très violent de voir comment les patients sentent qu'ils vont mourir et la manière dont ils réagissent : j'ai remarqué que, souvent, même lorsqu'ils n'étaient qu'à demi conscients, ils ôtaient tous leurs habits, comme un réflexe, et se retrouvaient entièrement nus. Cela, c'est un signe que la mort est imminente. C'est très violent pour moi à chaque fois de les voir faire cela, pour l'équipe en général. C'est très violent aussi pour les membres de la famille de voir leur proche tout nu, mais, lorsqu'on essaie de le couvrir, par pudeur, il n'est pas rare que le patient se découvre à nouveau. »

La question du respect et de la pudeur dus aux personnes en fin de vie est cruciale.

À l'occasion de la mort, les soignants remarquent effectivement les manquements institutionnels, les laisser-aller qui prennent tout à coup de la valeur en ce qu'ils révèlent parfois l'oubli du sujet, l'oubli du respect dû à la personne. Ainsi, au moment de la grande canicule à Paris en août 2003, des soignants d'une maison de retraite remarquent que certaines personnes âgées n'avaient pas d'habits convenables dans lesquels ils pouvaient être enterrés. L'une des soignantes raconte les larmes aux yeux qu'elle a été obligée de mettre les habits d'une autre résidente à une personne décédée, seule, sans famille. La question soulevée est celle de la dignité de la personne jusque dans la mort. La violence ressentie par la soignante est justifiée : la situation révélait l'état de négligence humaine, d'abandon affectif, même si les soins étaient correctement dispensés, dans lesquels s'est trouvée cette personne âgée jusqu'au dernier moment et qui n'a pas été vraiment pris en compte de son vivant. Chacun avait sa part de responsabilité dans ce drame et la soignante venait de prendre la mesure de la sienne en parlant, avec émotion et beaucoup de cœur, de la pénible prise de conscience qui s'était opérée pour elle à l'occasion de cette mort.

Il est beaucoup plus aisé de faire le deuil d'une personne à laquelle on s'est attaché durant les soins et l'accompagnement prodigués, quand tout a été mis en œuvre pour elle jusqu'au dernier instant. La peine est un sentiment normal d'autant plus que l'attachement du soignant pour la personne aura permis à celle-ci de mieux vivre la fin de sa vie que si le soignant s'était contenté de dispenser des soins techniques. Toutefois, si la peine ne passe pas, si le deuil ne se fait pas, s'il se meut en dépression ou en mélancolie (voir *Fiche 18*, page 167), un élément pathologique s'ajoute à cette peine, relative à l'histoire personnelle du sujet, et il vaut mieux que celui-ci ait recours à une aide psychologique pour mettre en lumière ce qui se rejoue pour lui à l'occasion du décès de son patient. Pour faire son deuil, il est nécessaire de parler de la mort de la personne. Faire son deuil permet également de continuer de penser à la

personne sans se trouver immédiatement submergé par une émotion ou une angoisse incommensurables.

■ « Deuil et mélancolie »

Dans son texte de 1915, *Deuil et Mélancolie*⁷, Freud, s'inspirant des travaux de Karl Abraham, s'intéresse au deuil en tant que processus psychique et à la façon dont il permet d'éclairer la mélancolie. Cet article marque l'histoire de la psychanalyse puisqu'il fait du deuil un état constitutif de la subjectivité, idée que reprendra et enrichira Mélanie Klein en 1934 puis en 1940 lorsqu'elle présentera la notion de l'existence d'une position dépressive infantile issue du processus de deuil de l'objet perdu⁸.

L'article de Freud ouvre la voie à une nouvelle vision et considération du deuil dans les sociétés occidentales : observé par les scientifiques comme une étape importante de l'humanisation en lien avec l'apparition d'un affect de tristesse et des sentiments pour un autre être différencié et considéré comme un semblable, le deuil représente une étape importante de la civilisation. Toutefois, l'évolution que le deuil a connue dans nos sociétés s'est centrée davantage sur l'apparition d'usages et de rituels obligatoires que sur la considération pointue de l'état de deuil chez la personne qui le subit et qui justifie tous les soins apportés aux défunts.

La définition que Freud donne de cet état est la suivante : « *Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc.* »⁹

En outre, Freud pose l'état d'affect lié à la perte d'un objet aimé comme une normalité à partir de laquelle il éclairera l'état de mélancolie : le deuil, selon Freud, est au centre du mécanisme mélancolique et constitue un modèle permettant de penser cette dernière, en rapport avec la notion de narcissisme : toutefois, l'élément essentiel qui différencie le deuil normal de la mélancolie, c'est l'absence de délire de petitesse et du « trouble d'estime de soi »¹⁰ dans le deuil.

Freud admet la perte mélancolique du respect de soi sur le mode de la perte de l'objet : « Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le moi lui-même. Le malade nous dépeint son moi comme sans valeur, incapable de quoi que ce soit et moralement condamnable. »¹¹ L'objet perdu prend un intérêt surdimensionné par rapport à sa réalité, d'où l'impossibilité du deuil : « On ne peut reconnaître clairement ce qui a été perdu. »¹² C'est

7. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métapsychologie*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968 ; 145-171.

8. M. Klein. « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs ». *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1967 ; 311-340 et dans « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs », 1940 ; 341-369.

9. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métapsychologie*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968, P.146.

10. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métapsychologie*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968, P.147.

11. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métapsychologie*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968, P.150.

12. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métapsychologie*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968, P.149.

bien, par conséquent, le statut de cet objet perdu qui fait problème et qui permet de poser la question suivante : pourquoi et comment l'objet d'amour perdu générerait-il davantage le reproche, donc la mélancolie, que la nostalgie, c'est-à-dire le deuil ?

Le « respect de la réalité »¹³ est conservé dans le deuil, malgré la douleur et la difficulté à commencer un travail de deuil, visant à se séparer libidinalement de l'objet aimé et perdu. Ce respect de la réalité fait du deuil un état normal, non pathologique.

L'aspect de normalité, expliquée par Freud, qui caractérise les affects même extrêmes liés à cette épreuve, ainsi que l'issue projetée comme potentiellement heureuse dans le cas d'un travail de deuil réussi¹⁴, permettent à l'endeuillé qui accepte d'en passer par le processus de deuil de pouvoir s'auto-riser ensuite une ouverture nouvelle à la vie en l'absence de la personne aimée.

Ainsi, Freud ouvre la voie à une pensée qui fait du deuil une source de construction subjective. L'intérêt de Freud pour le deuil trouvera également son rayonnement dans la pensée de Lacan qui s'intéressera aussi à cette question en lien avec la pièce de Shakespeare, *Hamlet*. Il y montre l'importance des rituels d'exhumation : lorsque ces derniers ne satisfont pas les exigences du deuil, comment retrouver la possibilité d'un *manque*, à travers le deuil de l'objet perdu, dans ces conditions ? Comment désirer à nouveau si rien ne manque ? Comment continuer à vivre ?

On voit bien comment dans la pensée psychanalytique, la notion de deuil en tant que constructive pour le sujet a pu prendre son essor et se présenter comme un élément essentiel dans la vie psychique de l'individu. La lecture de *Deuil et mélancolie* montre l'aspect positif du deuil, comme ouverture possible vers une nouvelle position subjective à condition que soit mené un « travail » propre à ce deuil, aussi lourd et difficile puisse-t-il être. Le deuil n'apparaît plus comme une obligation pour la personne vivante de s'enfermer dans la perte subie et de poursuivre une vie recluse, mais au contraire, le texte de Freud engage à ce que l'être endeuillé parvienne à se séparer de l'objet aimé perdu pour se reconstruire et reconstruire sa vie sans lui.

13. S. Freud. « Deuil et Mélancolie », *Métopsychoanalyse*, 1915, Folio/Essais, Gallimard, 1968, P.148.

14. « Le fait est que le moi après avoir achevé le travail du deuil redevient libre et sans inhibitions », *Ibid.*, P.148.

Une violence insidieuse dans des contextes de souffrance et d'angoisse

► Le manque d'informations comme source la plus courante de violence

On a déjà observé que la violence, que ce soit de la maltraitance ou de l'agressivité physique ou verbale, s'insinue dans les situations de soins. Elle peut être liée aux mécanismes de défense qui se mettent en place chez les patients (la projection agressive étant la plus aisément repérable) ou chez les soignants. Elle peut être liée au poids institutionnel, à l'ambiance qui règne dans un lieu de soins, à la façon dont il est dirigé et à l'impulsion que donnent ceux qui la dirigent en matière de qualité humaine dans le soin. Je pense ici à un cadre infirmier qui travaillait dans une maison de retraite en province et qui disait sans cesse lorsqu'un soignant l'appelait parce qu'une personne âgée se sentait mal : « *C'est pas grave, il est temps qu'elle meurt, non ?* » d'un ton très sérieux. Il ne se déplaçait pas pour aller voir ce qui se passait. L'oubli de la personne humaine, du sujet dans les soins est également un terrain propice à la violence : traiter un patient comme un objet, ne pas l'associer aux soins qui le concernent, ne pas le regarder, ne pas lui dire « bonjour » en entrant dans sa chambre, ne pas prendre en compte ses demandes et ses plaintes, ne pas y apporter de réponses même uniquement orales, sont des attitudes qui entraînent le soignant vers une mauvaise position professionnelle, faute d'avoir travaillé sur son désir d'être soignant.

On a pu voir aussi dans les différents cas cliniques déjà étudiés, et on va le voir également dans les suivants, que l'une des sources principales de violence est très souvent liée à l'absence de paroles, à l'absence d'explication et d'accompagnement par la parole des personnes soignées. Des cas extrêmes ont même une influence, une répercussion dramatiques sur la vie des personnes bien au-delà du moment du soin. Et cela est inadmissible bien entendu.

Exemple clinique d'un manque de communication dans une situation d'urgence en maternité

Voici l'une de ces situations qui, pour être extrême, n'en est pas moins fréquente.

Une soignante témoigne de l'évènement suivant :

« C'était en 1998 dans une maternité publique de la région parisienne. Mme O. était sur le point d'accoucher. Pendant douze heures, elle a eu des contractions. Le bébé n'arrivait pas à sortir. Les soignants ont alors utilisé les forceps et ont forcé pour l'extirper du ventre de la mère. Le bébé naît à 5 h du matin. Les infirmiers prennent l'enfant, ne disent rien à la mère et laissent cette dernière dans la salle d'accouchement où elle reste seule, dans de grandes souffrances et sans aide pendant un long moment. Personne ne la prend en charge ni physiquement, ni psychologiquement, jusqu'à ce que, après un scandale provoqué par son mari exaspéré, des aides-soignantes arrivent pour s'occuper d'elle. Personne ne lui adresse la parole, ni à son mari non plus. On ne lui donne pas son enfant, elle ne le voit pas et ne sait pas où il est, et personne ne répond à ses questions. L'équipe laisse ainsi la mère et le père, sans un mot d'explication, sans une parole, jusqu'à la fin de l'après-midi du même jour. Les parents, qui sont allés voir à la pouponnière si leur enfant y était en fin de matinée, ne l'y ont pas trouvé et ont fini par se dire que leur bébé était mort. Pour eux, il était mort et personne n'osait le leur annoncer. En fait, ils ont su vers 15 h que l'enfant avait été emmené en hélicoptère à Paris, dans un centre de puériculture. Une infirmière leur dit que l'enfant avait avalé ses selles et le liquide amniotique. En outre, à la naissance, il s'est retrouvé avec la clavicule cassée dans la violence de l'accouchement. À l'hôpital, on ne dit rien de plus à la mère et on ne lui propose même pas de l'emmener en ambulance à Paris voir son enfant. C'est le mari et la mère de cette femme qui font les démarches pour qu'elle sorte et qui la conduisent dans le centre de puériculture où se trouve son nouveau-né. Toute la famille se trouvait dans un état de souffrance extrême, le bébé aussi certainement. Ses parents ne pouvaient s'empêcher de penser à lui comme à un enfant mort ou qui le serait bientôt jusqu'à ce qu'ils le revoient. En revanche, au centre de puériculture, l'accueil a été très empathique et apaisant. Une infirmière a immédiatement reçu la famille, a montré l'enfant (qui recevait des soins) à ses parents qui ont pu le prendre dans leur bras, le toucher enfin. Elle les a rassuré sur le pronostic vital. Si la mère n'avait pas eu sa famille auprès d'elle, elle n'aurait pas pu se déplacer et l'enfant serait resté seul. Maintenant, il est grand, mais, psychologiquement, il reste des séquelles de cette venue au monde : il bégaye, il a de gros problèmes physiques et il est très peureux de tout, très méfiant, c'est difficile de nouer un lien avec lui bien que ce soit un enfant extrêmement intelligent et attachant. »

Ce récit apparaîtra peut-être pour certains soignants, dans certains hôpitaux, un quotidien qui n'a rien d'exceptionnel, ce qui est terrifiant. À notre époque où l'on sait l'importance du lien de l'enfant avec sa mère et de son existence dès que le bébé se trouve dans son ventre, comment peut-on encore traiter un nouveau-né comme un objet, comme un paquet à expédier par hélicoptère sans en avertir les parents, sans avoir mis l'enfant au préalable dans les bras de sa mère ? Bien entendu, les soignants ont vu d'abord l'urgence de sauver médicalement et techniquement la vie de cet enfant, mais cela n'était pas incompatible avec le fait que les bras de sa mère, sa chaleur, son amour pouvaient constituer une aide supplémentaire pour cet enfant et un soutien à son désir

de vivre. En outre, laisser les parents sans un mot, sans une aide ni physique ni psychologique pendant une journée entière, dans une souffrance d'une grande violence, est inimaginable : les défenses qui se sont développées chez les soignants pour en arriver à ne pas avoir une once d'empathie pour la mère et ne pas répondre à ses questions, sont devenues un handicap sévère à la pratique du métier de soignant dans la situation décrite précédemment, faute d'un travail sur ces défenses qui se sont développées, installées, ancrées, sans que personne ne vienne là les remettre en question, sans que les soignants eux-mêmes, peut-être, n'en aient pris conscience et n'aient trouvé à redire dans cette manière d'agir concernant les événements catastrophiques comme celui-ci.

Ces défenses s'expliquent sans doute comme un évitement de devoir dire à la mère dans quel état se trouvait son enfant, ou peut-être aussi parce que la mauvaise organisation de l'hôpital faisait que personne n'avait été officiellement désigné pour assumer la responsabilité de parler aux parents et que, par conséquent, personne n'osait prendre cette responsabilité.

Tout d'abord, il aurait pu être annoncé à la mère, dans des termes les plus apaisants possibles qu'on ne lui mettait son enfant dans les bras que quelques secondes parce qu'il nécessitait des soins complémentaires urgents dans une autre maternité et que les médecins s'occupaient de tout. Ensuite, il aurait été bon que la mère, ou le père ou quelqu'un de l'équipe si cela était trop pénible aux parents, puisse dire sur un ton affectueux à l'enfant qui était vivant, qu'il allait être emmené et que ses parents l'aimaient et l'accompagneraient. Une aide psychologique aurait pu être proposée pour entourer et soutenir la famille. Tout au moins, un soutien empathique de l'équipe soignante autour de la mère, destiné à la rassurer ou à organiser son transfert à Paris pour qu'elle soit avec l'enfant, aurait pu rendre la situation moins dramatique que cette attente effrayante. Surtout, les parents auraient su que leur enfant était vivant et l'auraient investi ainsi, quitte à devoir apprendre par la suite qu'il n'avait pas survécu, ce qui heureusement n'était pas le cas. On peut dire que l'hôpital s'est montré efficace pour sauver la vie de l'enfant. C'est un fait. Mais la vie de cet enfant, avec la violence inouïe (physiquement et psychologiquement) dans laquelle il est né, connaît d'importantes difficultés dans les premières années de sa vie. Elles auront des conséquences sur sa vie d'adulte à moins d'une prise en charge psychothérapeutique très efficace.

On peut faire l'hypothèse aussi que le risque de mort de l'enfant a engagé l'équipe à faire en sorte que la mère ne le connaisse pas pour qu'elle ne s'y attache pas, d'où le fait que personne n'ait songé à lui montrer son enfant, ni à lui en parler, comme s'il était un sujet tabou du fait du pronostic vital incertain planant sur lui. Toutefois, l'enfant était vivant. Ce n'était pas à l'équipe de juger à la place de la mère si celle-ci devait voir son enfant ou non. En outre, parler à la mère de son enfant aurait pu le faire vivre et exister à ses yeux au lieu, d'une certaine façon, de l'avoir fait mourir fantasmatiquement pour ses parents.

Certains soignants pensent que leur rôle est de faire rester en vie la personne à n'importe quel prix, sous n'importe quelle forme, considérant la vie pour la vie, sans considérer le sujet parce qu'au fond, ce n'est pas cette éthique du sujet que leurs études leur ont présentée. Une chose importante consiste à ne pas oublier que le sujet est indissociable de son corps : traiter le corps, c'est traiter le sujet ; ce qui est infligé de violence et de maltraitance au corps, l'est au sujet.

Les soignants sont des sujets qui doivent rester sujets de leurs désirs, de leurs décisions et non objets de leur profession ou de l'institution dans laquelle ils exercent, violence insidieuse qui a de graves répercussions sur tous.

Il n'est pas rare de rencontrer de la violence dans les maternités à l'égard des nouveaux-nés et/ou des parents, ne serait-ce que dans la façon où, malgré les écrits de Françoise Dolto et de Ginette Raimbaud, certaines personnes pensent encore que les bébés ne souffrent pas physiquement, ou beaucoup moins que les adultes, et ne comprennent rien, sont des objets. Or, ces deux psychanalystes ont beaucoup œuvré pour qu'au bébé et à l'enfant puisse être reconnu le statut de sujet dès la venue au monde. Le bébé est un sujet livré à l'angoisse, aux émotions, à la douleur, aux affects en général. Il est d'autant plus important d'avoir une position claire avec un bébé que son angoisse risque d'être décuplée du fait de son incapacité encore à analyser par la parole, par des pensées nettes ce qu'il ressent. Il est d'autant plus soucieux, angoissé, craintif d'une possible absence de soins qu'il est totalement tributaire de la personne qui les lui octroie. Il y a donc un soutien plus grand à lui apporter. Dans le domaine des soins médicaux, il a été prouvé qu'un bébé souffrait encore plus qu'un adulte du fait d'un parexcitation non encore constitué et d'une peau plus fragile : le corps prend la douleur brutalement sans pouvoir mettre de sens sur cette souffrance d'autant plus intrusive et violente qu'elle reste imprévisible. Le bébé perçoit en outre beaucoup de choses par ce que lui dévoile sur lui-même et sur ce qu'il représente, le visage de la personne qui s'en occupe.

Je renvoie les infirmiers travaillant en puériculture et en maternité à la lecture notamment de ces deux auteurs, ou à des formations sur ces sujets. Continuer à se former est un excellent moyen de garder un esprit d'analyse et de continuer d'évoluer dans sa profession. C'est aussi un temps de réflexion salutaire lorsque l'on pratique des métiers où le « faire » est continu et n'offre que peu de temps de recul sur les situations vécues.

Une situation de violence dans un service d'IVG

Il y a la violence faite aux femmes qui accouchent et il y a aussi la violence faite aux femmes qui avortent. Une infirmière me confie la violence du dispositif institutionnel mis en place pour les femmes qui avortent, soit par choix, soit par obligation médicale, ce qui est très différent alors qu'elles sont traitées parfois comme s'il s'agissait d'une IVG :

« Certaines femmes subissent une intervention endormie, elles ne voient rien et s'en sortent tout de même avec des séquelles psychologiques. Dans notre service il n'y avait pas de psy pour les accueillir. Certains médecins se trompent et disent à la patiente : « Vous venez pour une IVG » et la patiente en larmes répond que non, que l'enfant est mort dans son ventre alors qu'il était désiré. J'ai déjà assisté à ça, c'est terrible. Le médecin ne s'est même pas excusé et a juste dit : « Ah bon, très bien ». Moi, j'essayais d'avoir des gestes doux pour que la patiente se sente entourée pendant l'anesthésie, j'essayais de lui montrer par mon regard, mes mimiques, que je la comprenais et que j'étais là pour elle, même si je ne trouvais pas toujours les mots pour le dire.

Mais il y avait pire que cela : on faisait accoucher certaines femmes, seules, dans un boxe, avec un comprimé à prendre avec de l'eau. Il y avait une infirmière qui s'occupait de plusieurs boxes. C'était une grande souffrance pour ces femmes : en effet, elles étaient conscientes et restaient actives dans leur IVG jusqu'au bout au lieu d'être passives comme lors de l'intervention chirurgicale. Elles disaient des tas d'insultes à mon encontre et se montraient violentes mais c'est parce qu'elles subissaient quelque chose de violent et qu'elle voyait le bébé partir. »

On peut se poser des questions sur ces pratiques relatives à l'avortement : s'agit-il, en imposant ces souffrances, de dissuader les femmes de recommencer ? En tout cas, la violence avec laquelle ces femmes sont prises en charge peut laisser penser qu'une certaine agressivité du corps médical s'exprime encore à leur encontre, sur ce sujet.

Que ce soit les lapsus blessants des médecins ou la solitude à laquelle ces femmes sont livrées au sein d'un choix qui n'en est pas toujours un et qui n'a jamais rien de facile, il est évident que la prise en charge des sujets en souffrance reste un champ de travail qui est loin d'avoir trouvé des réponses satisfaisantes, quels que soient par ailleurs les progrès médicaux qui se sont opérés. Or, qu'est-ce qu'un progrès médical sans l'accompagnement du sujet d'un point de vue humain ? C'est une réflexion possible à laquelle peuvent se livrer les infirmiers actuellement.

■ La violence en psychiatrie

En psychiatrie ou dans des centres qui reçoivent des personnes handicapées ou malades mentales, certaines violences sont dues au fait que les personnes psychotiques ou autistes par exemple, ne sont pas toujours écoutées à cause de leur différence.

Un infirmier, stagiaire dans un lieu de soins psychiatriques, raconte la chose suivante :

« Un adulte schizophrène paranoïde disait toujours qu'il détestait le rouge parce que c'était la couleur du diable et dès qu'il voyait du rouge, il se mettait à hurler. Moi, je faisais bien attention si je portais une chemise rouge, à la cacher sous ma blouse. Un jour, un infirmier a changé le fauteuil qui se trouvait dans sa chambre, parce qu'il était cassé, et, à la place, il a mis un fauteuil rouge alors qu'il connaissait bien ce patient ! Le patient est sorti de sa chambre en hurlant : « Le Diable est entré dans ma chambre ! Le Diable est dans ma chambre ! Au secours ! » et il a fallu un long moment avant qu'on réussisse à le calmer. J'ai enlevé le fauteuil rouge de sa chambre et il a pu y rentrer à nouveau, non sans frayeur. Je n'ai pas compris pourquoi l'infirmier avait agi ainsi. »

Effectivement, il n'est pas aisé de comprendre pourquoi l'infirmier n'a pas tenu compte des terreurs du patient en changeant le fauteuil, pourquoi il n'a pas

pensé à la violence qu'il lui faisait en introduisant du rouge, symbole du diable pour lui, dans son univers. Est-ce un acte manqué ? Une manifestation agressive inconsciente à l'égard de ce patient ? Un manque d'écoute et de prise en compte de la personne ? L'idée qu'il est schizophrène entraîne le fait que ses paroles ne comptent pas alors que les paroles d'un psychotique sont à prendre souvent au pied de la lettre : il ne fallait pas mettre de rouge dans sa chambre puisque c'était le diable pour lui et qu'il a vu rouge à cette occasion – c'est le cas de le dire – sauf que, pour lui, sans métaphore, il s'est cru possédé par le démon.

Là aussi, dans le domaine de la psychose, il existe, il subsiste un sujet sain, capable de souffrances, de joies, qui comprend sa maladie et en ressent de la douleur, et qui mérite d'être traité avec tout l'égard dû à n'importe quel sujet malade.

■ La crainte de la mort et ses répercussions dans la relation soignant/soigné

Les situations citées ont en commun de mettre en valeur les dysfonctionnements insidieux qui se glissent dans les pratiques de soins et que, faute d'un recul et d'une analyse suffisants parfois, les professionnels ne perçoivent plus. Ou bien, parce que leur métier est extrêmement difficile, pénible, les soignants ont développé de telles défenses d'évitement, d'isolation de l'affect, que c'est l'automatisme, la technique qui prennent le pas dans la pratique, au détriment d'un raisonnement plus humain.

En même temps, on a pu voir qu'une certaine agressivité à l'égard du malade pouvait se développer de manière insidieuse : un malade est toujours quelqu'un de lourd, qui va mal, qui remet parfois en cause les compétences des soignants – lorsque ses mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse sont la maîtrise, la rationalisation par exemple – afin de faire face à ses angoisses et souvent à l'angoisse de mort.

L'agressivité dans la relation entre soignant et soigné peut provenir de la rencontre entre deux personnes angoissées par la mort, la présence de ce risque chez le patient avant des blessures et des angoisses chez ceux qui s'en occupent. De manière latente, il se peut que l'infirmier en veille au patient de son état de souffrance parce qu'elle vient lui rappeler une certaine impuissance humaine et le conduit à faire des deuils, à revivre des traumatismes, à le confronter à ses angoisses. De même, de manière inconsciente, le soigné peut en vouloir à l'infirmier d'être là et de prendre soin de lui car sa vue lui rappelle qu'il est malade. C'est, de part et d'autre, la maladie ou bien la situation de détresse comme dans le cas des patientes subissant une IVG, qui suscitent l'agressivité et la colère. Parfois, s'expriment sous forme de lapsus ou d'actes manqués les désaccords idéologiques des soignants avec le choix de leurs patients.

Parfois, c'est l'incompréhension de la situation d'une personne, le sentiment de révolte devant certaines injustices qui durcissent les défenses au lieu d'ouvrir à l'écoute et à la tentative de ne pas juger mais d'accepter les person-

nes en souffrance telles qu'elles se présentent, avec leur histoire et leurs différences. Cela demande un grand travail personnel et une vigilance permanente pour le soignant, par rapport à ce qu'il peut faire passer, à son insu, dans les soins (dans son regard, dans ses gestes, dans ses paroles surtout) de sa position psychique vis-à-vis du patient.

► Les stages des élèves infirmiers et la violence qu'ils y perçoivent

Je voudrais terminer sur une question importante qui est celle des stages des infirmiers, eux aussi terrain d'une certaine forme de violence et de souffrance : d'abord parce que ces élèves se trouvent pour les premières fois de leur vie confrontés à des spectacles et à des situations très difficiles, et puis parce qu'ils sont parfois découragés par le fonctionnement d'infirmiers de métier, ce qui les entraîne à se poser beaucoup de questions (ce qui est très précieux) sur la raison du choix de cette profession. Enfin, les fonctionnements institutionnels souvent lourds, du fait des résonances des pathologies des personnes reçues sur l'institution (le cadre, les soignants, les dispositifs mis en place, l'organisation...) ajoutent à la complexité de la tâche.

Il n'est pas aisé non plus pour une institution de recevoir des infirmiers stagiaires à former car cela ajoute un surplus de travail aux soignants sur le terrain. Les problèmes concernant l'encadrement d'un élève infirmier sont nombreux : il y a le risque de lui faire prendre une place d'infirmier comme s'il était déjà formé et apte à en assumer les responsabilités alors qu'il n'est, en tant que stagiaire, pas légalement responsable, ce qui ne l'empêche pas de se sentir responsable humainement. Il se trouve mis dans une situation trop lourde pour lui parce qu'elle ne correspond pas encore à son niveau. Le risque est qu'il se décourage tandis qu'il est normal qu'en début de formation, en première année par exemple, il n'ait pas encore développé pour le premier stage toutes les capacités requises par le travail qu'on lui demande sur le terrain.

Il n'est pas rare que les infirmiers en stage se voient comme un « danger » pour certains de leurs collègues en poste qui n'ont plus leur vivacité, leur attitude passionnée et se trouvent épuisés par le terrain.

Il peut advenir que l'on empêche certains stagiaires de mettre en place des initiatives visant le bien-être des soignés parce que « lorsqu'ils partiront, personne n'aura le temps de continuer ce qu'ils ont mis en place ». En outre, ces initiatives constituent parfois, aux yeux des infirmiers de métier, un confort inutile pour les malades alors qu'il s'agit souvent de mettre en place des choses correspondant au respect normalement dû à un individu pour les stagiaires débutants.

Par exemple, dans les maisons de retraite souvent, l'équipe soignante reproche aux élèves infirmiers de « trop s'investir ». Les élèves font fréquemment preuves d'inventivité. Le désir qu'ils nourrissent envers leurs patients constitue un moteur que la réalité difficile et longue de la pratique a pu ôter à certains pourtant tout aussi motivés au départ : il n'est pas rare que les stagiaires prennent du temps pour stimuler les personnes âgées, jouant avec les malades atteints d'Alzheimer, préférant l'usage du déambulateur, même si les déplacements prennent plus de temps, à celui du fauteuil roulant lorsque la personne peut

encore marcher. Une élève infirmière témoigne parfaitement de ses difficultés d'intégration en tant que stagiaire jugée « trop » volontaire par ses pairs :

« Je me suis faite tout de suite critiquer par l'équipe soignante. Ils m'ont dit : « tu t'investis trop ; tu vas trop au fond des choses ; tu veux trop ; tu t'attaches trop aux patients. » Alors que je n'avais pas cette impression. J'avais l'impression de seulement faire ce qu'il fallait, sans plus. Mais, tout de suite, dès le premier jour, dès la première prise de contact, ils m'ont mise en garde et ça m'a marquée ; ils m'ont dit : « Il faudra pas trop en faire sinon, ça ira pas. » C'était un infirmier qui m'a dit ça. Il a ajouté : « Il faut pas se laisser faire par les patients, sinon, ils te « bouffent » ». La personne que j'avais à charge, elle était Alzheimer. C'était pas facile de rentrer en communication avec elle. Donc, je favorisais beaucoup les jeux, j'essayais de communiquer avec elle par d'autres moyens. Il fallait essayer de la mobiliser, donc, j'ai décidé avec une collègue qu'elle ne se déplacerait plus en fauteuil roulant mais en déambulateur. Tout le monde s'est foutu de moi : « mais ça va pas, tu vas perdre ton temps. » Je n'étais pas contente, j'étais triste aussi de découvrir que ça pouvait être cela une ambiance de soins. Pour moi, favoriser le déambulateur c'était pas « trop s'investir ». J'ai été choquée de ce que j'ai découvert. »

Les mécanismes de défense de l'infirmier qui la « conseille » n'ont pas échappé à cette élève : la crainte de se laisser « bouffer » par les patients vient peut-être d'une difficulté, jadis, de ce professionnel à mettre les limites convenables à sa position, c'est-à-dire à adopter une position qui soit un juste milieu entre un investissement envahissant et angoissant auprès des patients et un désinvestissement, voire une méfiance à l'égard des personnes dont il doit s'occuper et qu'il perçoit désormais comme un danger pour lui. Travailler en restant disponible humainement, à l'écoute de la personne en souffrance, tenter toujours de soulager son mal être, son angoisse, sans se laisser happer, détruire par ces sentiments, demande de pouvoir être écouté et entendu à son tour en tant que professionnel, et de se remettre en question pour pouvoir améliorer ses capacités au fur et à mesure des années.

Ces confrontations n'enlèvent rien à l'intérêt du stage, bien au contraire, c'est très formateur du fonctionnement en équipe : l'élève infirmier peut dire qu'il a fait un bon stage, voire un excellent stage, s'il est parvenu à faire valoir son point de vue, en prenant auprès de la personne dont il s'occupe toutes les précautions nécessaires pour la prévenir que sa présence au sein de l'institution est limitée et que, ce qu'il met en place avec elle ne se poursuivra peut-être pas au-delà de son temps de présence. C'est un risque à prendre. Peut-être l'élève infirmier donnera-t-il envie à certains collègues de continuer ses actions, parce qu'ils en verront le bien fondé pour les personnes à soigner et parce qu'ils y trouveront une plus grande satisfaction personnelle au sein de leur profession.

La qualité du référent de stage, sur le terrain, sa capacité d'écoute et d'analyse du stagiaire infirmier, jouent beaucoup dans l'intérêt du stage et l'apprentissage de l'aspect humain du métier, et pas seulement du savoir-faire technique.

Pour ce qui est de la relation soignant/soigné durant un stage, certaines situations douloureuses relatives à des angoisses d'abandon peuvent se produire, de part et d'autre, d'où la nécessité d'un bon encadrement du stagiaire du point de vue de l'écoute de ses ressentis, de ses émotions et de ce qu'ils entraînent dans les actes. Il n'est pas rare en effet que des élèves infirmiers témoignent de leur envie de pleurer au moment de se séparer de leur premier patient. D'autres ont l'impression de les abandonner lorsqu'ils les quittent en mauvaise santé. Du fait aussi du mécanisme de l'identification projective, décrit précédemment, souvent très présent chez les jeunes infirmiers qui ont parfois tendance à s'approprier le patient lorsque le transfert est très fort, la séparation est souvent douloureuse tant il y a eu d'affects investis, au point qu'ils ont l'impression de laisser une petite part d'eux-mêmes au moment de leur départ. S'il est évident qu'on ne peut que travailler avec ses affects, positifs ou négatifs, avec ce qu'on est, avec ses réticences et son désir personnel, la nouveauté du transfert qui s'avère de ce fait fulgurant, envahissant parfois, et le fait que ces futurs infirmiers ne sont pas habitués encore à aller parler avec un psychologue, rendent certaines fins de stage pénibles du fait de tout ce que la personne y a investi, à juste titre, mais qui n'a pas été suffisamment élaboré par rapport au cadre du stage. La volonté de guérir même quand c'est impossible, de « sauver le monde » sont des deuils douloureux mais indispensables à une juste position de responsabilité, ce qui n'empêche nullement l'infirmier de garder foi en ce qu'il fait, puisque c'est la condition *sine qua non* pour continuer d'être un très bon professionnel, soucieux et respectueux de ceux qu'il soigne d'un bout à l'autre de sa carrière.

La psychologie et ses différents champs

La psychologie est, au sens large, l'étude du comportement humain. C'est une science qui permet d'étudier l'esprit, la pensée, les comportements et les sentiments humains selon différentes méthodes. Elle naît de la philosophie et s'en séparera par la suite. En effet, la notion est introduite au XVIII^e siècle comme « étude de l'âme »¹, c'est le sens étymologique de ce mot : la psychologie est l'étude (*logos*) de l'âme ou psyché (*psukhê*) de l'individu. Platon décrit une hiérarchisation du psychisme : dans le *Phédon*, il sépare l'âme immatérielle (la pensée) du corps matériel et considère que l'âme pilote le corps. Dans la mythologie grecque, la *psukhê* est la personnification du principe de vie, de l'âme, par opposition au corps matériel ou *sôma*.

L'histoire de la psychologie conservera cette opposition entre âme et corps. De là naît une position psychologique dite objective, qui récuse les notions relevant de la vie intérieure, du mental (c'est la position du béhaviorisme ou « comportementalisme », puis des sciences cognitives), et une psychologie qui ne se fonde pas sur la rigueur théorique mais sur la connaissance d'autrui, de l'autre comme autre, individuel et doué de subjectivité – et non objet d'étude empirique –, ainsi que sur la parole comme moyen de connaissance de soi (principe de la psychologie clinique et de la psychanalyse).

Il existe en effet des pratiques psychologiques variées selon leur objet et leur domaine d'étude. On distingue entre autres : la psychologie clinique (voir *Fiche 3*, page 144), la psychologie cognitive (voir *Fiche 2*, page 143), la psychopathologie (voir *Fiche 4*, page 146). Cette liste n'est pas exhaustive des différents courants psychologiques, mais ce sont ceux auxquels on fait le plus couramment référence dans le domaine du soin.

1. Morfaux L., Lefranc J. *Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Colin, Paris, 2005.

Le béhaviorisme ou « comportementalisme »

Le terme vient de l'anglais *behaviour* qui signifie « comportement ». Cette théorie est développée au début du XX^e siècle par J-B Watson² dont les premiers écrits datent de 1913. À peine un siècle auparavant, vers 1879, la psychologie s'était séparée de la philosophie pour s'instituer en science autonome. On peut considérer le béhaviorisme comme une conséquence de cette séparation.

Watson tente de faire de la psychologie une science, par réaction aux pratiques consistant à l'introspection, à l'étude des sentiments, des représentations du monde intérieur qui constituent alors l'objet d'étude d'une certaine branche de la psychologie. En effet, Watson considère que ces pratiques ne sont fondées que sur des hypothèses non rigoureuses et personnelles, ce qui ne permet pas de fonder une science. Il propose donc un autre objet d'étude.

Le béhaviorisme fait du comportement observable l'objet même de la psychologie. Le monde intérieur de la personne n'est plus pris en compte. L'environnement est considéré comme l'élément clé de la détermination et de l'explication des conduites humaines. Le schéma est le suivant : un stimulus provenant de l'environnement agit sur l'individu et provoque une réponse comportementale de sa part. Toutefois, l'individu comme personne unique, avec une originalité propre liée à une histoire subjective, n'est pas l'objet d'étude des behavioristes (alors qu'il est celui de la psychologie clinique et de la psychanalyse). Ces derniers s'intéressent aux conditions et aux processus par lesquels l'environnement contrôle le comportement, sans se soucier des variables liées au cas individuel. La psychologie devient alors science du comportement. L'étude des états mentaux, des mécanismes internes et des processus subjectifs est écartée. Les béhavioristes considèrent l'organisme comme une « boîte noire » dont il faut déterminer ce qu'elle contient (et qui serait identique pour tous) afin d'en mesurer l'influence dans les théories comportementales. C'est cette voie qui donne naissance à la psychologie cognitive.

2. Cadet B. *Psychologie cognitive*. Press, Paris, 1998.

La psychologie cognitive

Elle se fonde sur l'analyse de nos modes logiques de pensée et sur les moyens mis en œuvre dans l'acquisition des connaissances. Cette psychologie dont l'origine historique relève de l'étude de l'intelligence artificielle (l'homme fonctionnerait *comme* un ordinateur), se définit comme scientifique du fait qu'elle forge ses conclusions sur des faits observables, vérifiables, et une démarche reproductible et codifiée.

Elle se rapproche de la méthode expérimentale des sciences exactes par la visée objectivante de son objet d'étude, mais psychologies cognitive et expérimentale ne sont pas toujours assimilables pour autant.

La psychologie expérimentale est une démarche qui conçoit le corps comme identique pour tous (pas d'individualité), fixe, et qu'il convient d'utiliser comme un recueil officiel de données. La psychologie cognitive pense que le corps est un outil adaptable selon la situation.

L'objet d'étude de cette science consiste à acquérir de nouvelles connaissances sur ce corps qui se définit essentiellement par le fonctionnement du cerveau et des moyens qu'il utilise dans les domaines du langage, de la perception, de l'attention, de la mémoire, etc.

Les fonctions psychologiques font l'objet d'évaluation sous forme de tests, d'échelles, car elles sont conçues comme des processus de traitement de l'information.

La psychologie clinique

La psychologie clinique a pour objet d'étude des personnes (des sujets ; voir *Fiche 8*, page 153) dont les manifestations d'affectivité et l'histoire sont considérées comme uniques, subjectives et échappant à toute investigation expérimentale, à toute possibilité de mesure. Elle est fondée sur l'empathie, l'interprétation, et elle s'intéresse, en référence à la psychanalyse, à la vie inconsciente. Ce domaine de la psychologie s'inspire fortement des découvertes et des théories psychanalytiques de Freud puis de Lacan.

La pratique thérapeutique repose sur la compréhension d'une histoire personnelle, singulière, et l'investigation du contexte spécifique qui permet d'éclairer la genèse d'un trouble d'adaptation et la souffrance engendrée³. Le sujet de la psychologie clinique n'est pas celui de la médecine ni celui de la psychanalyse. « Clinique » est un terme de médecine qui désigne ce qui se fait « au lit du malade » et souligne l'aspect individuel du malade dont le traitement est pris en charge. Deux personnes sont convoquées dans la situation clinique : un sujet souffrant qui demande de l'aide, un soignant qui, par l'application d'un savoir, est susceptible de lui rendre la santé.

Le sujet se constitue lui-même comme son propre objet scientifique, ce qui constitue la difficulté de cette psychologie. La relation entre le psychologue et celui qui le consulte est fondée sur la parole : le patient met en forme, par la parole, l'histoire de sa maladie, l'énigme qu'elle contient. L'écoute du psychologue clinicien, portée par le désir d'aider la personne, de comprendre sa demande, de trouver une signification au symptôme (voir *Fiche 11*, page 156), est fondée sur un savoir acquis, théorique et personnel, sur ce qu'il perçoit, ressent à travers la prise en compte du transfert (voir *Fiche 10*, page 155), avec son patient, mais aussi sur ses propres défenses et résistances qu'il doit analyser.

La psychologie clinique intéresse tout particulièrement les infirmiers en ce qu'elle permet, ainsi que la psychanalyse⁴, d'avoir à l'esprit la complexité des processus psychiques humains qui expliquent par exemple la difficulté de la relation à l'autre de manière générale et dans le cadre du soin en particulier, ainsi que la manière

3. Richard J-F. *Général et singulier dans la connaissance et la pratique en psychologie*. Bulletin de psychologie, éthique en psychologie et déontologie des psychologues, Paris, Tome 53, janv.-fév 2000.

4. La psychologie clinique s'inspire de la psychanalyse, mais le sujet (voir *Fiche 8*, page 153), auquel elle s'adresse reste différent de la conception psychanalytique du sujet.

dont un sujet s'est construit de manière singulière, unique. Ceci permet de comprendre sa souffrance et la façon dont cette souffrance peut se rejouer dans certaines situations douloureuses au sein desquelles les infirmiers ont pour fonction d'intervenir.

La psychopathologie

Elle se définit étymologiquement comme *la science de la souffrance psychique* (*pathos* : « la souffrance ») et consiste en une étude méthodique des troubles mentaux. Elle a beaucoup apporté à la psychologie clinique et à la psychiatrie avec laquelle elle est en liens étroits. La psychopathologie étudie l'écart entre le « normal » et le pathologique. Freud explique cet écart en disant que le pathologique est un grossissement du symptôme que l'on peut trouver aussi chez un névrosé mais qui, dans la psychose par exemple, atteint des proportions qui empêchent l'individu de vivre et le met en danger. La psychopathologie décrit et tente de comprendre le trouble psychique d'un sujet.

Le terme date du XIX^e siècle. Pourtant, la réflexion que cette science suppose sur l'homme, sur l'étrangeté de certaines manifestations remonte à l'Antiquité. C'est Freud qui, au XIX^e siècle, lorsqu'il écoute les femmes hystériques, introduit l'hypothèse d'un lien entre la pathologie mentale et l'histoire qu'un sujet donne de sa maladie. Cette dernière constitue l'identité de la personne, le symptôme (voir *Fiche 11*, page 156) dit quelque chose du psychisme du sujet. C'est dans le cadre de l'amour de transfert (voir *Fiche 10*, page 155) découvert par Freud qu'un soin peut être apporté à la personne.

L'approche psychopathologique se fonde sur plusieurs postulats⁵ : l'existence d'une *logique du vivant* qui ne peut être considéré comme une machine, le fait que le psychisme humain n'est qu'en partie *conscient* et qu'il existe un *inconscient* (voir *Fiche 7*, page 152) dévoilé par l'histoire de la souffrance. De ce fait le *corps*, indissociable de l'esprit, participe à la vie psychique et c'est par la *parole*, le *langage*, qu'un sujet va pouvoir exprimer la relation qu'il entretient à son corps, à sa souffrance, dans une élaboration où il relate leur apparition ainsi que son histoire en tant que sujet singulier. Cette démarche permet le traitement.

Enfin, la relation aux autres constitue un élément important. En effet, l'interaction avec le monde environnant est un fondement du développement du psychisme humain. La prise en compte du *genre* (féminin, masculin) avec toutes les subtilités et la complexité que comprend ce paramètre, est également une référence de base de la psychologie et de la psychopathologie car le *genre* influence la constitution psychique et la détermine.

La psychopathologie peut se résumer en l'étude des interactions entre le « moi », le « ça » et le « surmoi » (selon la terminologie freudienne) et les différentes pathologies qui en découleront : la névrose, la psychose, la perversion, les personnalités limites.

5. Ménéchal J. *Introduction à la psychopathologie*. Les Topos, Dunod, Paris, 1997.

La psychanalyse

► Un mode particulier d'approche thérapeutique à partir de quelques définitions

La technique psychanalytique est une méthode dévoilée par Freud (il introduit le terme « psychanalyse » en 1896) à partir de l'étude et de l'observation des femmes hystériques. Freud est en effet le premier à considérer que les symptômes somatiques de certaines femmes dont la médecine ne parvenait pas à définir l'étiologie, étaient liés à une histoire psychique particulière que seule la malade connaissait. Chez l'hystérique, l'atteinte somatique sans lésion organique paraissait incompréhensible aux médecins.

Freud déclare alors qu'il faut écouter le sujet, lui seul sait de quoi il souffre (en tant que sujet de son inconscient) et c'est en l'écoutant qu'on peut l'aider à soigner le symptôme (voir *Fiche 11*, page 156) : l'hystérique convertit sur son corps un problème psychique qu'elle seule connaît. Freud définit la psychanalyse comme « *la science des processus psychiques inconscients* » (*Freud présenté par lui-même*, 1925).

La psychanalyse repose de ce fait sur la verbalisation de ce qui est, pour le sujet, inaccessible parce que refoulé⁶. À partir de cette « interlocution »⁷ et de l'amour de transfert qu'elle engendre, l'analysant va réactualiser dans sa cure le symptôme (voir *Fiche 11*, page 156) qu'il a élaboré à un âge précoce et qui est une solution inadéquate puisqu'elle engendre la souffrance, la névrose, mais qui constitue en même temps une résolution qui a permis à l'être de se construire.

C'est pourquoi il ne s'agit pas, dans la cure psychanalytique, d'éradiquer le symptôme. Au contraire, le respect du symptôme en ce qu'il soutient la personne, permet à cette dernière de l'approcher, de le connaître. La prise de conscience qui s'opère en provoque la levée grâce à la trouvaille par le moi (voir *Fiche 5*, page 149) d'une solution et d'une résolution plus adaptée socialement.

6. *Dictionnaire de psychanalyse*. Sous la direction de Chemama R. et Vandermersch B., Larousse-Bordas, 1998.

7. *L'Apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Sous la direction de Kaufman P., Larousse, « IN EXTENSO », 1998.

Pour Freud, c'est la sexualité infantile, le problème du complexe d'Œdipe (voir le champ des névroses ci-après) qui fonde le conflit intrapsychique entre les instances du moi, du ça et du surmoi (voir *Fiche 5*, page 149). La solution que chaque sujet apporte au conflit détermine sa structure névrotique, psychotique, ou perverse.

En outre, Freud montre en quoi le moi est corporel⁸, notamment à travers l'hystérie et le mécanisme de défense de la conversion hystérique (voir névrose hystérique ; voir *Fiche 15*, page 163), le psychisme et le corps étant indissociables et se répercutant l'un sur l'autre, ce qui est très important à garder à l'esprit dans le contexte des soins infirmiers lorsqu'il est impossible de trouver une lésion organique à une souffrance corporelle.

Lacan, au XX^e, siècle se réappropriera la théorie freudienne et élaborera ses propres thèses psychanalytiques à partir d'une nouvelle définition du moi (voir *Fiche 5*, page 149), d'une place prépondérante faite au langage dans la cure.

La « libre association » définie préalablement par Freud et reprise par Lacan, est un principe de la technique psychanalytique : le patient doit exprimer tout ce qui lui vient à l'esprit sans discrimination, même si cela lui paraît insensé, incohérent, impudique. Par l'expression de ses pensées, images, idées, émotions, dans l'ordre où elles se présentent, c'est le surgissement des représentations inconscientes qui s'opèrent et se trouvent réactualisées dans la parole. Elles peuvent être alors analysées, ce qui contribue à une prise de conscience et à une diminution de l'angoisse.

La difficulté de la libre association est ce qu'on appelle « la résistance » : Le moi (voir *Fiche 5*, page 149) se défend de réminiscences douloureuses et le patient a du mal à dire ses pensées, ses sentiments. La résistance entrave la parole et apparaît à des moments où des représentations désagréables émergent : le patient, dans la mesure où il se remémore des affects déplaisants, tente de les tenir cachés et résiste à les livrer à l'analyse. Pouvoir dépasser cette résistance est déjà un premier pas vers la connaissance de ce qui fait problème.

Le principe de la psychanalyse, et son objectif, est de se remémorer, de répéter pour amener à la conscience le trauma (voir *Fiche 12*, page 157) refoulé, puis élaborer le souvenir retrouvé grâce au transfert (voir *Fiche 10*, page 155).

8. Freud S. *Le moi et le ça*. Essais de psychanalyse, Petite bibliothèque Payot, 1923.

Le moi, le ça et le surmoi

► Le moi

Lorsque Freud pose la question de la constitution du *moi*, il découvre qu'il n'est pas une unité au départ mais l'effet d'un investissement de la libido (la libido est une énergie pulsionnelle, une tension provenant d'une excitation corporelle et cherchant une décharge psychique pour réduire la tension à travers un objet source de plaisir) dont le moi devient le « réservoir » susceptible alors d'être objet d'amour pour lui-même (narcissisme) ou pour un objet externe.

Pour Freud, le moi est une instance régulatrice entre le *surmoi* (agent des exigences morales), le *ça* (la source des pulsions ; voir *Fiche 14*, page 160) et la réalité⁹. Le moi est le siège de la conscience mais aussi le lieu de manifestations inconscientes. La précarité du moi vient de ce qu'il doit répondre à la fois aux exigences du *ça*, du *surmoi* et de la réalité. Pour cela, il a recours à des formations de compromis ou à des mécanismes de défenses qui sont des opérations psychiques dans lesquelles apparaît une opposition du moi contre un événement incontrôlable, ingérable. Le mécanisme de défense permet au moi d'éviter l'angoisse, de la transformer de sorte à supporter ce qui arrive sans s'effondrer et sans perdre d'énergie.

Une finalité de la cure psychanalytique consiste à aider le névrosé à se faire sujet de son histoire névrotique en en découvrant le trauma initial. Comprendre les défenses que le moi a mises en place et prendre conscience du danger qui les a provoquées de sorte à s'appropriier subjectivement le symptôme, amène à se créer une nouvelle façon d'être au monde, plus porteuse et satisfaisante. Le moi se trouve moins fragilisé grâce à la prise de conscience des sources de sa souffrance.

Freud décrit le moi comme une partie du *ça* qui s'est détachée de lui sous l'influence du monde extérieur. Il est une sorte de tampon entre les conflits des instances psychiques (le *ça* et le *surmoi*) et le monde extérieur. Les liens entre moi, *ça*, *surmoi* détermine la nature de la souffrance psychique : psychose, névrose, perversion.

Pour Lacan, le moi se construit par identification (voir *Fiche 13*, page 159) au semblable et d'abord par l'image que renvoie le miroir au moment du *stade du miroir* lorsque le petit enfant prend conscience de l'adéquation entre son image et lui du fait que sa mère le nomme face à cette image : « c'est toi ».

9. *Dictionnaire de psychanalyse*. Sous la direction de Chemama R. et Vandermersch B., Larousse-Bordas, 1998.

► Le « ça »

Pour Freud le « ça » est inconnu et inconscient. C'est le réservoir des pulsions (voir *Fiche 14*, page 160). La connaissance du « ça » est facilitée par la technique psychanalytique. Dans le domaine de la souffrance physique et psychique, le patient mais aussi le soignant, dans leurs réactions, sont aux prises avec cette instance dans les manifestations d'angoisse, d'agressivité par exemple qu'ils manifestent.

Le « ça » est totalement inconscient tandis que le moi et le surmoi ne le sont qu'en partie. Le « ça » est constitué d'une partie des représentations refoulées parce que jugées inacceptables ou dangereuses pour le moi qui en serait alors fragilisé. C'est ce qui se passe dans le « ça » qui entraîne la somatisation, c'est-à-dire l'expression du conflit psychique par une réaction du corps, un symptôme physique : l'eczéma, la paralysie d'un membre, la cécité temporaires sont des événements qui peuvent survenir dans la conversion hystérique (voir *Fiche 15*, page 163).

► Le surmoi

C'est une instance psychique qui a pour rôle de juger le moi. Il est au centre de la question morale. Il représente tout d'abord, dans la théorie freudienne, l'agent de la censure du moi : il exerce une autorité sur lui en empêchant certaines représentations d'y accéder parce que liées à un interdit.

Il est conçu comme l'héritier du complexe d'Œdipe et des interdits parentaux, intériorisés : l'enfant renonce à la satisfaction de ses désirs œdipiens (ses désirs pour le parent de sexe opposé) parce qu'ils sont interdits du fait de leur caractère incestueux. Il intériorise cette interdiction et le surmoi naît alors de cette identification réussie aux interdits parentaux. De sorte que le surmoi de l'enfant s'édifie d'après le surmoi parental. Il peut être différent de ce dernier néanmoins car il ne correspond pas toujours au degré de sévérité de l'éducation donnée.

L'instance du surmoi, qui donne des interdits à l'intérieur de l'individu, s'est donc d'abord manifestée à l'extérieur. En effet, le petit enfant n'obéit qu'à ses impulsions dictées par le plaisir. L'interdit parental l'oblige à renoncer à ces plaisirs et provoque une angoisse en lien avec cette autorité externe. En effet, la peur de perdre l'amour du parent, la menace de la punition (et de la castration dans le complexe d'Œdipe) se transforme en surmoi par identification à ces interdits ainsi intégrés. Puis, petit à petit, à l'angoisse qui résidait dans l'autorité extérieure, parentale, se substitue l'angoisse devant l'autorité interne exercée par le surmoi censé réguler les pulsions du « ça ».

Le refoulement

Le refoulement constitue un pilier de la psychanalyse. Il maintient à distance de la conscience des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion (voir *Fiche 14*, page 160), afin d'éviter un conflit pulsionnel entre le « moi » et le « ça » : en effet, ce qui peut être agréable et source de plaisir (c'est le but de la pulsion d'apporter cela) pour le « ça » peut avoir des conséquences désagréables pour le « moi ». Le refoulement permet de rejeter dans l'inconscient (voir *Fiche 7*, page 152) ce risque de déplaisir pour le moi. De ce fait, le refoulement permet aussi la constitution de l'inconscient.

Il est important de pouvoir « refouler ». C'est lorsque le refoulement n'opère pas bien que la névrose se déclare par retour, dans le conscient ou le préconscient, d'éléments refoulés.

Ces éléments refoulés ne reviennent que de manière diffuse et partielle, c'est pourquoi ils sont source d'angoisse, de souffrance et nécessitent d'être analysés pour que le souvenir dont ils sont issus reviennent à la conscience de manière à n'être plus douloureux pour le sujet.

Le refoulement est également un *mécanisme de défense* en ce qu'il éloigne la représentation désagréable, et parce qu'il constitue le prototype d'autres opérations défensives.

L'inconscient

Dans sa première théorie générale sur la constitution du psychisme humain (« première topique »), Freud établit un « schéma » du psychisme (conçu alors comme un « appareil psychique »), constitué par trois lieux (ou topiques) :

- le *conscient*, comprenant les sensations internes mais aussi la perception du monde extérieur ;
- le *préconscient*, constitué d'éléments en partie inconscients mais accessibles à la conscience ;
- l'*inconscient* qui est le lieu des représentations refoulées. Il est séparé du préconscient et du conscient par la censure, la résistance et le refoulement (voir Fiche 6, page 151).

Freud renomme plus tard ces trois instances, dans une deuxième théorie du psychisme, en « moi », « surmoi » et « ça » où, à moins d'identifier l'inconscient au « ça », il n'y a plus d'inconscient comme lieu dans l'appareil psychique, mais des pulsions et des représentations inconscientes. Les deux théories sont utilisées de manière compatible.

Une représentation reste active dans le psychisme même lorsque le champ de la conscience lui demeure fermé, interdit. Ces représentations, exclues du champ de la conscience, sont des représentations inconscientes. Les représentations qui ne sont que temporairement absentes du conscient mais peuvent y revenir sont préconscientes. C'est entre l'inconscient et le préconscient que se situent les mécanismes de défense et la résistance pour faire face au conflit psychique. La psychanalyse a pour but, en quelque sorte, de faire remonter au préconscient puis au conscient ce que contient l'inconscient, avec beaucoup de difficultés à cause du déplaisir né de ces réminiscences.

Les représentations inconscientes restent néanmoins actives car elles constituent un savoir sur l'être (savoir qui devient conscient par une psychanalyse). Elles règlent également ses fantasmes, sa perception et elles ont des retentissements sur l'organique et dans le déclenchement de maladies.

L'inconscient ne connaît ni le temps (il n'y a ni passé, ni présent, ni futur), ni la contradiction, ni la différence des sexes, ni la mort (dans l'inconscient, nous sommes immortels car l'inconscient ne connaît pas la mort dit Freud¹⁰). Le fait que nous soyons immortels dans notre inconscient est très important à considérer et à prendre en compte dans le cadre des soins médicaux, surtout dans les services où le risque de mort du patient est envisageable : certains comportements du patient sont induits par la crainte et l'impossibilité de concevoir sa mort.

10. Freud S. *Notre relation à la mort*. Essais de psychanalyse, Payot, 1981 : « Personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité ».

Le sujet

Le « sujet » de la psychologie cognitive et comportementale désigne l'individu considéré dans le cadre d'une expérience. C'est sur lui que porte les tests effectués. Mais il est considéré comme passif.

En psychologie clinique et en psychanalyse, le « sujet » est très actif, il renvoie à la question de l'inconscient. Pour Lacan, il y a un sujet de l'énoncé : celui qui parle, et un sujet de l'énonciation : celui de l'inconscient. C'est ce sujet-là qui émerge petit à petit lors de la cure psychanalytique. Le sujet est le seul à savoir ce qui ne va pas en lui.

Pour Freud et pour Lacan, le sujet se constitue grâce à la pulsion (voir *Fiche 14*, page 160) : l'être devient véritablement un *sujet* lorsqu'il parvient à élire un objet (voir *Fiche 9*, page 154), un autre conçu comme différencié de lui et dont il cherche à se faire voir, à se faire considérer, auquel il cherche à plaire. A travers cette tentative de séduire l'autre, il se fait l'objet (de séduction) de cet autre qu'il perçoit comme sujet. Or, se faire objet d'un autre c'est pouvoir être sujet car le fait de concevoir qu'il existe des personnes différenciées, des autres que soi dont on cherche à se faire remarquer, c'est accéder à une individualité qui permet de se situer par rapport à d'autres individus, d'exister de manière autonome, en tant que séparés d'eux.

Le sujet est celui qui a des désirs et qui parle pour demander, pour s'adresser à un autre qui ne sait pas ce qu'il pense et dont il ignore aussi les pensées. L'adresse à l'autre, la demande, sont des effets pulsionnels : se faire activement et volontairement l'objet de l'autre c'est aussi se faire sujet d'une demande d'amour de la part de cet autre.

Le sujet est lié à la constitution du narcissisme qui se fait par identification (voir *Fiche 13*, page 159) aux autres dont le sujet copie certains traits pour édifier sa subjectivité dans une polarité aimer/être aimé, actif/passif, où le sujet se constitue par rapport au regard, aux sentiments de l'autre.

Le sujet, le « je », et le moi ne sont pas réductibles l'un à l'autre mais ils ont partie liée dans la constitution de l'être par le narcissisme : il est important de s'aimer soi-même avant d'aimer quelqu'un d'autre et d'en être aimé.

L'objet

Ce terme peut désigner la personne (réelle et imaginaire) vers laquelle se dirige l'intérêt, l'amour, le désir. Une personne, en tant qu'elle est visée par les pulsions d'une autre est qualifiée d'objet ; il n'y a rien là de péjoratif car cela ne lui ôte pas ses qualités de sujet.

L'objet ne se réduit pas à un objet réel, externe, il peut être un objet psychique, interne, fantasmatique. Il existe des multitudes d'objets.

La psychanalyse décrit la relation qu'entretient une personne (un sujet) avec son entourage en termes de *relation d'objet*. Cette *relation d'objet* est pour une grande part fantasmatique, c'est-à-dire faite de représentations qui modifient l'appréhension de la réalité et du lien à l'autre.

Pour Freud, l'objet est ce qui permet à la pulsion (voir *Fiche 14*, page 160) d'atteindre son but et d'accéder à une certaine satisfaction de sorte à diminuer une tension de l'organisme.

Les liens entre le fantasme et le choix d'objet sont mis à jour dans l'investigation psychanalytique.

Dans le présent ouvrage, il sera question de cette définition de l'objet (en tant que sujet vers lequel se dirigent des intentions, des sentiments, des actes...) dans le cadre de la relation sujet/objet.

En revanche, la notion péjorative « d'objet » sera également employée dans le cadre de la situation de soins pour désigner le risque d'ôter à une personne ses qualités actives de sujet, capable de choix, de demande, de décision, pour la réduire à une passivité que sous-entend le terme d'objet en tant qu'il désigne une chose dépourvue des droits propres à la personne.

Le transfert

C'est sur lui que repose la cure psychanalytique. Le transfert peut se définir comme une intense relation affective, voire amoureuse, du patient à son psychanalyste. Ce n'est pas la personne réelle du psychanalyste qui est concernée : en fait, le patient s'adresse à quelqu'un (l'analyste) auquel il suppose un savoir. L'analyste vient incarner, au cours du travail analytique, différentes figures de la vie du patient et les affects qui y sont attachés. C'est cela que signifie « transférer » : c'est déplacer sur l'analyste des sentiments qui sont destinés à des personnes appartenant à l'entourage de l'analysant : père, mère, etc. L'analyste, par sa propre psychanalyse, a appris à repérer à quelle place son patient le met et quelle figure il incarne pour lui. À cette condition, il peut écouter l'inconscient de l'analysant sans prendre pour lui, en tant que personne dans la réalité, ce que son analysant lui adresse.

Le transfert est donc le lieu de répétition des fantasmes, des liens anciens. C'est lui qui fait que le patient revient et a envie de parler.

Grâce au transfert apparaissent au niveau conscient des indices nouveaux qui permettent au sujet de s'expliquer son mal être et de s'approprier subjectivement son histoire alors qu'il en était la victime passive du fait de sa névrose.

Il y a des transferts possibles dans d'autres domaines que celui de la psychanalyse : entre un patient et son médecin, entre un patient et les personnes qui le soignent de manière générale.

Les infirmiers ont affaire au transfert de leurs patients, c'est pourquoi il est intéressant qu'ils sachent, ainsi que cela est développé tout au long de l'ouvrage, qu'ils sont mis à la place d'autres figures et qu'ils ne sont pas visés, eux, en tant que personnes réelles. Cela est très difficile à percevoir lorsque l'on n'a pas fait soi-même de psychanalyse, mais garder cela à l'esprit permet déjà de mieux réagir à certaines demandes, à certaines situations ou à l'agressivité de certains malades en repérant qu'ils transfèrent sur le soignant des sentiments destinés en fait à des personnes de leur entourage, à leur maladie, ou bien qu'ils revivent, dans le cadre du soin, des traumatismes (voir Fiche 12, page 157) anciens, des situations chargées d'affects pénibles.

La charge émotionnelle dégageée n'est alors pas adressée au soignant mais à ce qu'il représente à ce moment-là (c'est le transfert), ou parce qu'il est présent dans un cadre source de souffrance pour le patient qui l'assimile à sa maladie, puisque la présence du soignant en ravive la réalité.

Le symptôme

En médecine, ce terme désigne l'apparition d'un signe révélateur d'une maladie. Il permet de trouver ce dont souffre le malade et de le guérir. Le symptôme disparaît alors en même temps que le processus pathologique.

En psychanalyse, le symptôme révèle un conflit psychique, inconscient. Le premier symptôme auquel Freud a affaire est le symptôme hystérique : la conversion, c'est-à-dire l'apparition dans le somatique d'un affect insupportable et refoulé.

Tout symptôme névrotique relève de la fixation de l'être à un désir originaire, impossible, dont il refuse de se séparer et qui engendre sa souffrance du fait de son inaccessibilité.

La « guérison » passerait donc par l'acceptation de la perte de l'objet de satisfaction originaire issu du complexe d'Œdipe (le désir pour le père ou la mère, réels et fantasmatiques). Ce renoncement est douloureux et génère des symptômes qui signent la névrose. Attention, le symptôme n'est pas la structure névrotique : on peut trouver des symptômes obsessionnels et compulsifs dans une structure hystérique (voir *Fiche 15*, page 163) ou psychotique, ainsi que des symptômes hystériques dans les névroses obsessionnelles (voir *Fiche 16*, page 164).

Le symptôme aide à définir les moyens de défenses du sujet et la manière dont il s'est organisé psychiquement. Le symptôme montre comment l'inconscient s'est structuré par rapport aux représentations refoulées qui échappent au refoulement sans pour autant être conscientes et qui génèrent des conflits psychiques.

Dans la cure psychanalytique, il ne s'agit pas d'éradiquer le symptôme puisqu'il dit comment l'être s'est construit et qu'il constitue en quelque sorte le fil d'Ariane pour retracer l'histoire de la névrose. Le respect pour le symptôme vient aussi de ce qu'il est une formation de compromis (une substitution inconsciente à l'objet de désir interdit) et qu'il a permis à l'individu de vivre, voire de survivre, en créant des aménagements psychiques qui, certes le font souffrir, mais qui lui permettent en même temps d'accéder à une satisfaction partielle.

Le symptôme finit par se modifier sous l'effet de l'analyse : la personne continue de désirer mais en relation avec des objets possibles, accessibles, et non source de douleur.

Le traumatisme, le trauma et l'après-coup traumatique

► Traumatisme et trauma

En médecine, un traumatisme désigne un trouble somatique déterminé par une lésion organique (exemple : traumatisme crânien).

En psychanalyse, la distinction est faite entre *trauma* (du grec, « blessure »), utilisé par Freud, et *traumatisme*. Le premier désigne l'effet produit dans le domaine psychique par un événement chez un sujet, tandis que le second désigne l'événement extérieur qui frappe le sujet.¹¹

Freud fonde sa théorie du trauma à partir de l'étude de l'hystérie (voir Fiche 15, page 163) : en effet, ses patientes hystériques lui raconte toutes qu'elles ont été séduites par un adulte dans leur enfance. Ce récit incite Freud à penser qu'un événement traumatique réel est directement lié au développement de l'hystérie. La sexualité est donc en cause : elle serait révélée à l'enfant par l'adulte séducteur et ferait ainsi effraction dans l'enfance.

Les expériences traumatisantes sont extrêmement pathogènes du fait qu'elles dégagent de trop grandes quantités d'excitation qui ne peuvent être traitées par l'appareil psychique. Le traumatisme constitue un événement inassimilable pour le sujet.

Puis, Freud revient sur sa croyance dans le caractère *réel* de la séduction : il découvre que la névrose ne se rattache pas à des événements réellement vécus mais à des fantasmes.

Les traumas se diversifient alors dans la théorie freudienne : il y a les traumas vécus lors de la guerre, ceux liés à la naissance et à la séparation d'avec sa mère, ou à des événements de la vie personnelle, individuelle. *Leur point commun étant l'état d'impuissance et/ou de détresse de l'organisme face à ces situations.* Le facteur individuel et subjectif est donc primordial : est vécu pour l'un comme un trauma ce qui sera plus facile à un autre d'élaborer. Les traumatismes psychiques inassimilables, refoulés, créent les symptômes névrotiques.

11. *L'Apport freudien, éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse.* Sous la direction de Kaufman P., Larousse, « IN EXTENSO », 1998.

► « L'après-coup » traumatique

« L'après-coup » désigne le fait qu'une expérience vécue précocement n'a pas eu d'effets immédiats et a pu paraître neutre, mais qu'un second événement vécu plus tard vient rappeler le premier en lui conférant une certaine violence.

L'après-coup suppose un remaniement psychique, une réorganisation des premières traces laissées dans la mémoire par le premier élément traumatisant. La seconde scène donne à la première sa valeur pathogène. Le souvenir refoulé ne devient traumatisant, en fait, que dans l'après-coup.

L'après-coup n'est pas une abréaction (décharge émotionnelle qui permet de se défaire d'un affect attaché à un souvenir traumatique afin qu'il ne reste pas pathogène). C'est une action différée qui se déroule en deux temps (le deuxième temps fait surgir le traumatisme). Cette action sous-tend la dynamique du refoulement.

Il est possible que la situation d'un accident, d'une maladie soit traumatisante en ce qu'elle peut réanimer une situation angoissante refoulée, précoce, vécue alors passivement mais qui devient effective et active lors de sa répétition. Ceci explique qu'un accident ou une maladie qui ne sont pas graves et ne mettent pas en jeu la vie de l'individu soient vécus par la personne comme une véritable catastrophe. C'est une situation violente pour cette personne, pouvant s'accompagner de dépression, et ce serait ajouter à la violence qu'elle vit déjà de ne pas prendre en compte cet état, de tenter de banaliser ou d'être agacé par le décalage introduit par le sujet entre la réalité peu grave de l'accident et la manière dont il le vit. Le mieux serait que l'infirmier montre qu'il prend très au sérieux ce que lui dit le patient, qu'il l'écoute sans le contredire, sans le juger. L'infirmier peut l'encourager lorsque des améliorations tangibles se font jour dans l'évolution de sa santé.

Si le patient sent que l'infirmier essaie de la mettre sur une échelle de souffrance, sans l'entendre, il n'aura pas confiance en lui. Si le soignant est attentif au problème particulier du patient, à la façon dont il vit son problème, il mettra en place une véritable aide à son égard.

Le remaniement du traumatisme, lorsqu'il n'est pas relié à une répétition formulée par la parole, peut être pathogène et vécu de manière violente par le patient.

Ce remaniement est à distinguer de celui, thérapeutique, qui a lieu dans la cure psychanalytique où se trouve symbolisé, par la parole dans l'association libre, ce qui était inassimilable par le psychisme parce que trop réel.

Identification et identité

L'identification est un processus psychique inconscient qui permet la constitution de la personnalité par emprunts de traits à d'autres personnes (les parents en premier lieu). L'identification n'est pas une imitation, c'est une propriété, un trait de l'autre libidinalement investi. L'individu se transforme par cet investissement. La personnalité d'un sujet est le résultat d'une série d'identifications.

Jacques Lacan reprendra cette question en développant la théorie du « stade du miroir », première identification de l'être à une image de lui-même (l'identification narcissique originaire) dont l'unité du moi dépend. Dans le miroir, l'enfant va se reconnaître, nommé par un autre (la mère par exemple). Cette nomination permettra l'identification de l'être à son image et sa distinction d'avec l'autre qui nomme.

La psychose peut survenir d'une absence de « stade du miroir » qui laisse par conséquent le moi morcelé et non unifié, d'où les problèmes de l'individu pour se constituer une unité corporelle par la suite et une individualité cohérente, distincte de l'autre : si l'on ne se reconnaît pas au préalable, il est difficile de se distinguer de quelqu'un d'autre.

L'identité se forme en différentes étapes.

Tout d'abord, apparaît une identité au moment de la séparation entre la mère et l'enfant. L'enfant a suffisamment intégré, incorporé les qualités de l'être qui le soigne et le nourrit pour avoir sa propre psyché différenciée de celle de la personne qui s'en occupe et qu'il perçoit alors comme n'étant pas lui. Une première prise de conscience de soi entraîne ce premier accès à l'identité. Certaines pathologies sont liées à un problème au niveau de la constitution de cette première étape identitaire : l'anorexie, la dépression, les addictions (l'alcoolisme, les drogues...) ou les compulsions se développent du fait de difficultés relationnelles avec le corps qui n'existe pour la personne que parce qu'elle lui impose (et s'impose par conséquent) ces épreuves extrêmes.

Puis, une identité au niveau de la pensée succède à cette première forme d'identité par la différenciation/séparation d'avec l'autre. Cette identité se fait par introjection du monde extérieur (donc par identification à certains traits de la réalité extérieure) pour le reconnaître, se le représenter et s'y inscrire en faisant la part des choses entre soi (l'intérieur) et non-soi (l'extérieur). C'est là que s'élabore notamment l'image du corps (c'est une image inconsciente, imaginaire, que l'on a de soi lorsque l'on se regarde dans le miroir et qui ne correspond pas à la manière dont les autres nous perçoivent ni, parfois, à la réalité du corps). L'image du corps se forme lors du stade du miroir précédemment étudié.

La pulsion

La pulsion est une tension qui prend sa source dans le corps et qui a pour but un objet (voir *Fiche 9*, page 154) apportant une satisfaction et un plaisir qui ne sont que provisoires. La pulsion représente une excitation pour le psychique qui doit en obtenir l'extinction pour retrouver un équilibre en ramenant la tension à son point le plus bas. Par exemple, dans la névrose obsessionnelle (voir *Fiche 16*, page 164), se laver les mains trois fois de suite permettra l'abaissement temporaire de la tension qui pousse à ce geste.

Les objets pulsionnels sont multiples et ne se réduisent pas à la recherche d'un partenaire sexuel dans le cadre d'un acte amoureux.

La pulsion n'est pas non plus l'instinct. Elle est constituée par une énergie (la libido) et se situe à l'interface du psychique et du somatique, ce qui permet le lien entre les deux et le fait qu'un symptôme hystérique (voir *Fiche 15*, page 163) puisse se convertir en symptôme somatique. La pulsion constitue le moteur du sujet humain et conditionne aussi l'organisation névrotique.

On distingue les pulsions de vie et les pulsions de mort. Les premières tendent à la conservation de la vie, au plaisir, elles ont une fonction de liaison des excitations et des représentations pour viser une stabilité de l'être dans un bien-être psychique et physique. Les pulsions de mort tentent de détruire ce travail des pulsions de vie dans le but de ramener l'être vivant à un état anorganique. Dirigées vers l'intérieur de l'être, elles visent l'autodestruction de ce dernier ; tournées vers l'extérieur, elles se manifestent sous forme de pulsion d'agression ou de destruction.

Il est plus facile de soigner un patient qui a envie de guérir, qui espère, qui a des projets pour sa vie (il est mû par la pulsion de vie) que celui qui se laisse complètement décourager, qui est seul et pour qui il est égal d'aller mieux (pour lui, la pulsion de mort l'emporte sur la pulsion de vie). Le patient mû par la pulsion de mort aura un comportement peu agréable, il risque d'être agressif sur un mode projectif puisqu'il rejette à l'extérieur, sur les soignants, la destruction (psychique) qu'il subit à l'intérieur de lui-même à cause de sa maladie, de ses souffrances, ou à cause de sa passivité forcée dans le contexte des soins. Mais, en même temps, l'intrication des pulsions de vie et de mort, le fait qu'elles s'entremêlent, permet d'analyser aussi la projection de cette destruction à l'extérieur comme un processus défensif qui est un instinct de survie : c'est une indication pour l'équipe médicale de ce que vit la personne intérieurement.

Les différentes structures cliniques : névrose, psychose, perversion et personnalités limites

► Le champ des névroses

La névrose dévoile la présence d'un conflit psychique permanent qui vient troubler l'équilibre du sujet et représente une source de souffrance pour lui. La névrose est une « solution » apportée par le sujet aux difficultés qu'il rencontre avec le monde extérieur. L'étiologie de la névrose prend racine, ainsi que Freud l'a montré, dans l'histoire infantile de la sexualité du sujet. Elle constitue un compromis entre le désir et l'interdit issu du complexe d'Œdipe¹². Œdipe est un héros de la mythologie grecque qui, au cours de ses aventures, est amené à épouser une femme sans savoir qu'il s'agissait de sa mère qu'il n'avait jamais connue, accomplissant ainsi une prophétie qui avait été cause de son abandon par son père dès sa naissance (je renvoie ici à la lecture du mythe).

Freud s'est ressaisi de ce mythe pour décrire l'évolution sexuelle de l'enfant.

Le garçon, vers deux ou trois ans, ressent du désir pour sa mère mais l'interdit qui frappe l'acte incestueux ainsi que la crainte d'être castré par le père s'il passait à l'acte (tout cela correspond au développement fantasmatique) vient créer un conflit en lui. Le désir de séduire la mère et la jalousie pour le père considéré à la fois comme un rival et en même temps une source d'identification idéale pour le garçon, vont être dépassés par la crainte de la castration comme punition de ce désir envers la mère. Lorsque la crainte de la castration émerge, c'est la fin de l'Œdipe : le garçon renforce son identification au père (c'est l'évolution qui accentue sa virilité) ou à la mère, ou aux deux. Ces identifications (et plus encore l'identification paternelle) lui permettent de développer son surmoi (voir *Fiche 5*, page 149) par introjection (acquisition et intégration psychiques) de l'autorité paternelle et de l'interdit. Cela aboutit au refoulement du désir pour la mère mais avec un retour du refoulé qui signe la névrose car il n'y a jamais résolution parfaite de l'Œdipe tant le conflit entre céder au désir et s'en défendre en acceptant l'interdit est difficile à surmonter. L'Œdipe n'est donc jamais totalement résolu. Il rejaillit à la puberté dans le choix du partenaire sexuel.

12. *Dictionnaire de psychanalyse*. Sous la direction de Chemama R. et Vandermersch B., Larousse-Bordas, 1998.

Pour la fille, il en va autrement : comme le garçon, la fille a la mère comme premier objet d'amour puisque c'est le premier objet (voir *Fiche 9*, page 154) qu'elle connaît (objet au sens de personne vers laquelle se dirige l'amour). Puis, cet amour se détache de la mère pour se reporter sur le père. Se détacher de la mère est toutefois difficile, il suppose que la petite fille se voit comme castrée et renonce à avoir un pénis comme le garçon. Trois choix s'offrent à elle alors : renoncer à la sexualité, ne pas accepter la perte du pénis et rester dans une certaine masculinité, admettre la castration et choisir le père comme objet d'amour en voulant un enfant de lui pour pallier la perte de son pénis (c'est le développement le plus courant de la féminité). L'acceptation de la castration ouvre la voie à l'Œdipe pour la fille, là où la crainte de cette castration mettait un terme à l'Œdipe pour le garçon. Dans le troisième choix (le choix du père comme objet d'amour), la petite fille s'identifie à la mère dont elle prend la place fantasmatiquement et qu'elle commence à haïr par jalousie, rivalité vis-à-vis du père.

Les principales névroses comme l'hystérie ou la névrose obsessionnelle découlent du conflit œdipien qui, dans la « solution » que le sujet apporte pour le dépasser, provoque un développement particulier de l'être par rapport à l'émergence sexuelle.

Certains auteurs parlent également d'autres névroses comme la « névrose d'angoisse » ou la « névrose phobique », mais la phobie et l'angoisse sont aussi des symptômes des deux grandes formes névrotiques précédentes et on les trouve dans divers tableaux cliniques. Bien qu'introduites sous le nom de « névroses » par Freud, la « névrose d'angoisse » et la « névrose phobique » ne constituent plus des entités nosologiques actuellement. On traitera donc de la phobie et de l'angoisse après avoir parlé des deux principales structures névrotiques : la névrose hystérique et la névrose obsessionnelle.

Certaines recherches en génétique et en pharmacologie tendent à montrer une origine biologique aux différentes pathologies citées (y compris concernant le champ des psychoses défini plus loin). Néanmoins, aucun traitement valable, hors celui de la thérapeutique psychanalytique reposant sur la relation transférentielle, n'a été mis à jour pour le moment pour parvenir à un changement psychique bénéfique permettant la réduction durable de la souffrance par la compréhension du conflit où elle s'enracine.

La névrose hystérique

Les manifestations cliniques de l'hystérie sont multiples. On distingue des manifestations aiguës comme les grandes crises avec palpitations, contorsions, transes, hallucinations qui étaient un mode d'expression de l'hystérie au temps de Freud, un temps où les hystériques étaient considérées comme « folles » et enfermées dans des hôpitaux psychiatriques, mais qui ne se rencontrent plus à présent.

Les manifestations organiques de l'hystérie sont les plus courantes : elles peuvent être durables ou non. On peut distinguer des paralysies du bras ou de la jambe qui montrent l'organisation imaginaire du corps de l'hystérique. Les manifestations corporelles peuvent aussi toucher la voix (l'hystérique devient muette), la vue (elle devient aveugle). L'hystérie est appelée par Freud *hystérie de conversion* du fait que la patiente (à l'époque de Freud, l'hystérie était une névrose féminine, ce qu'elle reste massivement aujourd'hui bien que les hommes puissent aussi souffrir d'hystérie) fait de son corps l'expression de son psychisme, de manière inconsciente. « Le corps de l'hystérique – et donc la « maladie » somatique contractée – participe directement de son élaboration psychique. »¹³ L'hystérique développe réellement des symptômes somatiques. Elle met la médecine en échec car leur étiologie demeure introuvable. Freud découvrira la psychanalyse à partir des cas d'hystérie qu'il étudiera à Paris auprès de son confrère Charcot à l'hôpital de la Salpêtrière. Freud dira que les hystériques savent de quoi elles souffrent et qu'en les écoutant, une levée du symptôme somatique pourra se produire.

Freud pense d'abord que l'hystérie est due à un « surplus d'excitation »¹⁴ : la patiente a été victime d'un choc qui a agi comme un traumatisme (voir *Fiche 12*, page 157) et le souvenir de ce choc continue d'agir dans le psychisme « comme un corps étranger » parce que l'affect lié au choc traumatisant n'a pas été abréagi, c'est-à-dire qu'il n'a pas pu trouver, du fait du refoulement, d'expression verbale ou somatique qui aurait permis une décharge d'énergie au moment même du choc. L'hystérique « souffre de réminiscence » comme le dit Freud, réminiscences inconscientes liées à un affect insupportable qui persiste dans le psychisme. La remémoration de la scène traumatisante produit la disparition du symptôme somatique dû au retour du refoulé.

Puis Freud, grâce à sa patiente Dora ainsi qu'à son étude de *L'interprétation des rêves* (1900) fait une autre avancée sur l'hystérie : l'hystérique se défend contre un désir (inconscient) et se positionne dans une continuelle insatisfaction.

13. Ménéchal J., *Introduction à la psychopathologie*, Les Topos, Dunod, Paris, 1997

14. Freud S., *Études sur l'hystérie* (1895)

La névrose obsessionnelle

La névrose obsessionnelle se développe en contrepoint de l'hystérie comme l'autre grande structure névrotique touchant le pôle masculin.

Trois registres principaux apparaissent dans la symptomatologie de la névrose obsessionnelle : les pensées compulsives (les obsessions), les actes compulsifs, enfin les rites et la pensée magique. Dans la psychiatrie d'influence américaine (DSM) cette pathologie n'apparaît plus et se trouve remplacée par les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) qui mettent l'accent sur des symptômes plus que sur la structure de base du sujet : on peut trouver des TOC dans un contexte de psychose ou de névrose. En effet, un symptôme ne signe pas une structure qui est une organisation complexe d'éléments psychiques considérés dans les relations qu'ils entretiennent les uns par rapport aux autres.

Les idées obsédantes incarnent pour Freud l'expression de désirs refoulés¹⁵. La névrose obsessionnelle a en commun avec la névrose hystérique de résulter d'un traumatisme lié à des expériences sexuelles vécues dans l'enfance. Le sujet se défend contre les représentations ou les affects issus de ces expériences. Mais, dans l'hystérie (dont la principale défense est la conversion somatique), la source d'excitation est reportée dans le corporel, tandis que la névrose obsessionnelle ne se dévoile pas par des symptômes somatiques. Les symptômes obsessionnels restent mentaux : les représentations et les affects demeurent dans le psychisme.

La névrose obsessionnelle¹⁶ est marquée par un sentiment de culpabilité précoce du sujet en lien avec le vécu sexuel infantile. L'obsessionnel se fait continuellement des reproches à lui-même.

Il est difficile pour l'obsessionnel de parvenir à l'amour d'objet (à pouvoir accepter un partenaire amoureux) parce que « là où il aime, il ne désire pas et là où il désire, il ne peut aimer »¹⁷. Toute relation d'objet (voir *Fiche 9*, page 154) fait émerger la culpabilité primaire du désir œdipien pour la mère à

15. Lire le cas de « l'homme aux rats » dans les *Cinq psychanalyses* de Freud, Paris, PUF, pour la cas de la névrose obsessionnelle et le « cas de Dora » pour l'hystérie dans le même ouvrage.

Pour approfondir et éclairer le texte de Freud, lire également l'article de Cyril Veken sur « L'homme aux rats » dans le *Dictionnaire de la psychanalyse* de Chemama R. et Vanderersch B., Larousse, Paris, 1998.

16. Je recommande, pour la bonne compréhension de cette névrose, le livre de Denise Lachaud, *L'enfer du devoir, le discours de l'obsessionnel*, Pluriel, Hachette littératures, Paris, 2000.

17. Freud S. « Contribution à la psychologie de la vie amoureuse », in *La Vie sexuelle*, PUF, Paris, 1999.

cause des excitations sexuelles précoces et envahissantes que ce lien entraîne chez le futur névrosé (souvent des hommes) et renvoie donc l'obsessionnel à cette relation interdite qui développe chez lui une phobie du contact en tant que peur de se rapprocher de l'objet du désir.

La phobie dans la névrose

C'est une peur spécifique et intense déclenchée par certains objets ou certaines situations qui ne présentent pas de danger en eux-mêmes. La réaction d'angoisse est donc disproportionnée par rapport à la réalité de la situation. Malgré tout, les sentiments de terreur demeurent incontrôlables et paralysants. L'angoisse est tout à fait réelle.

La phobie est liée à l'angoisse (ainsi que les autres formes de névrose) qui devient même le symptôme central de la phobie. Une fois surgie dans l'après-coup d'une situation traumatique, l'angoisse s'incarne dans un objet qui devient source de phobie¹⁸.

La phobie remplace en quelque sorte une angoisse interne en une angoisse externe, venant d'un objet extérieur à l'être sur lequel l'angoisse est déplacée. Le symptôme phobique participe donc également à l'équilibre de l'individu qui, en élisant un objet de peur, peut aller bien en s'organisant pour éviter cet objet. Il circonscrit son angoisse dans les limites de l'objet phobique et la traite ainsi. La phobie peut protéger l'individu d'un conflit plus grave, c'est pourquoi le respect du symptôme est important.

Faute d'une prise en charge psychothérapeutique ou psychanalytique qui permettent de remonter à l'origine du conflit psychique suscitant l'angoisse irréprésentable qui s'est déplacée ensuite sur un objet, la phobie persiste, nécessitant un rassurement de la personne, une mise en confiance afin de l'amener à y faire face momentanément pour se soigner (par exemple, lors d'un IRM ou d'un scanner auprès de patients souffrant de claustrophobie de manière prononcée).

Essayer de banaliser cette angoisse avec légèreté : « ce n'est rien, il n'y a pas de raison de vous angoisser », risque de la renforcer si son ampleur n'est pas prise en compte par le soignant. Le patient a des raisons de s'angoisser même si ces raisons sont inconscientes et n'ont rien à voir avec la situation présente. Accepter la phobie, la considérer comme très handicapante et source de peur réelle pour la personne qui en est la proie tout en essayant d'aménager le cadre pour lui rendre les choses plus faciles, sont des attitudes préférables à une tentative de raisonner le patient car cela ne sert à rien : le sujet sait déjà que sa terreur n'est pas justifiée dans la réalité, mais il n'y peut rien, elle est présente tant qu'il n'en a pas trouvé l'origine, et l'angoisse enfouie qui la sous-tend est intense.

18. Lire, concernant la phobie, « le cas de Hans » de Sigmund Freud, in les *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF.

L'angoisse dans la névrose

L'angoisse apparaît dans différents tableaux cliniques. On peut la définir comme un affect – ou un état affectif – marqué par un déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste dès qu'une situation reste innommable ou irreprésentable et demeure inconsciente.

Comme dans les symptômes hystériques, l'angoisse indique une résurgence d'une situation traumatique passée dont la personne n'a pas le souvenir conscient. Cette situation se manifeste alors dans l'angoisse.

On différencie l'angoisse de la peur en ce que la peur a un objet (on a peur de quelque chose, quelqu'un...) tandis que l'angoisse est sans objet ou plutôt sans objet concrètement identifiable.

L'angoisse s'exprime de manière visible dans ce que Freud appelle « la névrose d'angoisse » qui apparaît de manière ponctuelle, dans l'actualité d'un événement, et non de manière structurelle. La névrose d'angoisse consiste en une impossibilité de la psyché de réguler le surplus d'excitation apparue en réponse à un danger extérieur et qui se décharge alors en des réactions (souvent inadéquates) montrant l'extrême anxiété du sujet.

Pour Freud, au début de ses recherches, l'angoisse est un surcroît de tension, d'excitation physique et psychique qui cherche à se décharger. Une autre théorie freudienne consiste à montrer que l'angoisse protège le moi (voir *Fiche 5*, page 149) (lieu d'élection de l'angoisse) contre un danger le menaçant sans que le sujet puisse le définir. La naissance est, pour Freud, le traumatisme source d'angoisse par excellence, notamment en ce qu'elle est le moment de séparation physique du bébé avec sa mère.

Par la suite, l'angoisse se trouve articulée, selon Freud, à la perte d'un objet fortement investi, qu'il s'agisse de l'angoisse « originaire » du nourrisson qui s'aperçoit que sa mère n'est pas toujours présente et peut lui manquer puisqu'elle est un être séparé de lui, ou qu'il s'agisse de l'angoisse liée à la castration comme on la trouve à l'origine des névroses. Les névroses apparaissent alors pour empêcher la libération de l'angoisse : les symptômes obsessionnels canalisent l'énergie libidinale, l'excitation, dans des rituels obsédants, de même que l'hystérique convertit cette énergie libidinale en symptômes corporels qui l'occupent et lui donnent lieu de penser qu'elle connaît la cause de son mal. Le symptôme recouvre ainsi l'angoisse qui n'a plus besoin de se manifester.

► Le champ des psychoses

La psychose peut être décelée dès l'enfance (psychose infantile) ou plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte, avec survenue de bouffées délirantes et une décompensation psychotique (c'est-à-dire la déclaration de la psychose non perçue auparavant).

La psychose se caractérise par une transformation dans le rapport du sujet à la réalité. Là où la névrose signe une situation conflictuelle entre le moi et le ça, la psychose marque un conflit entre le moi (voir *Fiche 5*, page 149) et le monde extérieur.

C'est une maladie mentale grave qui peut se traduire par des hallucinations (auditives et/ou visuelles), des délires, une dépersonnalisation, un sentiment d'étrangeté et un rapport au corps où toute intervention à ce niveau est extrêmement intrusive et insupportable.

Le délire (du latin *delirare* : « s'écarter du sillon »), qui s'accompagne souvent d'hallucinations, est une production symptomatique, verbale. Il renseigne sur le vécu psychotique et la perte de la réalité dus au fait que le moi perd ses limites et ses investissements d'objets. L'énergie pulsionnelle destinée aux objets (voir *Fiche 9*, page 154) se reporte alors complètement sur le moi (voir *Fiche 5*, page 149) coupé des autres et du monde. Des pensées fausses vont acquérir une réalité pour le sujet psychotique et cette fausse réalité, qui est la vérité du psychotique, va s'exprimer en délire.

Le délire est une tentative de guérison : en effet, la personne psychotique tente de trouver une construction raisonnée, sensée, à un vécu qui est extrêmement inquiétant, insensé, intolérable et où le sujet sombre. C'est une reconstruction de la réalité invivable afin de pouvoir y vivre justement. En cela, le délire est une défense où le sujet aménage la réalité selon ce qui lui convient pour s'y faire une place en réintégrant un lien avec le monde extérieur.

Tandis que dans la névrose le moi obéit aux exigences de la réalité en refoulant les revendications pulsionnelles, dans la psychose se produit une rupture entre le moi et la réalité qui laisse le moi sous l'emprise du ça (voir *Fiche 5*, page 149). Puis, le moi reconstruit par le délire une nouvelle réalité conforme aux désirs du ça.¹⁹

19. Laplanche J. et Pontalis J.-B. *Vocabulaire de psychanalyse*. Quadrige/PUF, 2^e édition, Paris, 1997.

Les mécanismes de défense dans la psychose sont notamment : le déni, la forclusion.

Le déni tend à refuser la réalité extérieure, ou une perception de cette réalité et à en détacher le moi. En effet, le psychotique rompt son rapport à l'objet externe car son désir est insupportable, insurmontable pour le moi. Afin de sauver son moi – sous peine de mort psychique – le sujet coupe tout rapport à la libido d'objet qui se reporte sur le moi alors surinvesti. Ce peut être un mécanisme de défense névrotique, à la différence que, dans la psychose, il s'accompagne de la « forclusion », c'est-à-dire que, dans la névrose, la « castration » reste une crainte symbolique, tandis que dans la psychose, non, il y a crainte de castration concrètement, effectivement, dans le réel. C'est donc beaucoup plus violent pour le sujet resté fixé à un stade narcissique pour lequel la menace de castration est une menace vitale de destruction du moi.

Le terme de « forclusion » a été développé par Lacan ; ce mécanisme de défense s'oppose au refoulement qui a lieu dans la névrose : le refoulement permettait le retour de la représentation source d'angoisse par la formation du symptôme (névrose), tandis que la forclusion suscite un retour de cette représentation dans la réalité sous forme d'hallucinations, de délire qui signe le rejet d'un désir irréprésentable. Le rejet revient dans le réel (voir à ce sujet la définition de la paranoïa ; voir *Fiche 20*, page 172). La vérité rejetée va tenter de se faire admettre à travers les hallucinations et les idées délirantes. Il y a toujours quelque chose de la vérité du sujet dans le délire, vérité d'un désir rejeté et qui réapparaît déformé dans le délire.

Les principales psychoses traitées ici sont la schizophrénie, la paranoïa et la mélancolie.

Ces quelques précisions sont essentielles aux infirmiers en psychiatrie mais aussi aux infirmiers des divers secteurs hospitaliers où, suite à un accident, à un traumatisme consécutif à un accident, à un événement corporel et psychique grave, des décompensations psychotiques peuvent surgir avec productions délirantes, hallucinations et cela complique beaucoup la relation de soins, sa portée et sa compréhension pour ce patient.

Une personne psychotique est souvent incompréhensible car il ne vit pas dans le même espace ni la même temporalité que les personnes névrosées. Ils ne partagent pas la même réalité. Avoir quelques notions dans ce domaine peut aider le soignant à prêter attention à la psychose en y étant sensibilisé et à ne pas rentrer dans de grands discours avec le patient psychotique délirant en lui posant des questions ou en engageant un dialogue qui risquerait d'amplifier et d'aggraver le délire. Le mieux étant de mettre en place avec un psychiatre et un psychologue présents dans l'institution le complément de soin nécessaire pour ce patient et une stratégie commune d'écoute et de mise en confiance en vue de son rétablissement.

La schizophrénie

Pour Freud, la schizophrénie trouve sa prédisposition à un stade très précoce du développement de la libido (je rappelle que la libido est l'énergie psychique issue des pulsions sexuelles). La schizophrénie signifie, dans son étymologie grecque (*schizo* : « fendre » et *phrèn* : « esprit ») la dissociation dont la personne est victime, comme si elle était coupée en deux personnalités distinctes réunies en une seule personne. C'est cette image de dédoublement de la personnalité qui vient à l'esprit lorsque l'on parle de cette pathologie. C'est le phénomène du clivage psychotique : deux parties du moi très distinctes l'une de l'autre coexistent sans rentrer en conflit ni se contredire. Le sujet incarne l'une ou l'autre partie selon les moments, ce qui crée cette dissociation dans la personnalité.

Cliniquement, la schizophrénie se manifeste sous des formes diverses dont on dégage les traits suivants : l'incohérence de la pensée, de l'action et de l'affectivité, le détachement de la réalité avec repli sur soi, le désinvestissement des objets extérieurs et un retour à un stade autoérotique où l'autre n'existe pas, une activité délirante plus ou moins marquée selon les cas, mais dans un délire non systématisé, c'est-à-dire très morcelé, dissocié, illogique, contrairement au délire du paranoïaque.

Pour Freud, la tentative de guérison utilisée par le schizophrène pour tenter de réinvestir les objets (voir *Fiche 9*, page 154), le monde extérieur, est l'hallucination et le surinvestissement au niveau du langage qui provoque chez le schizophrène le caractère recherché, artificiel de l'expression verbale, les néologismes (création de mots nouveaux, inexistants), les bizarreries et la désorganisation syntaxique.

Le schizophrène a un rapport extrêmement problématique au corps, ce qui est à prendre en compte dans les soins : il ne le vit pas comme unifié, ses organes ne sont pas reliés les uns aux autres avec une fonction définie. Du fait de la dissociation du moi notamment, les différentes parties du corps perdent le lien avec le reste du corps et les unes par rapport aux autres, dans un morcellement où l'on peut entendre certains patients dirent qu'ils voient leur tête « courir dans le jardin » tandis qu'ils se trouvent à l'intérieur d'une maison et regardent par la fenêtre. Cette hallucination visuelle est une scène réellement perçue et vécue par le malade.

Dans le cas d'une situation de soins, l'infirmier gagne à écouter, à entendre et à prendre comme telles ces paroles sans commentaires, sans jugement.

La paranoïa

Cette psychose se caractérise par un délire systématisé, c'est-à-dire plus ordonné, plus cohérent que celui du schizophrène (voir *Fiche 19*, page 171). Il est marqué par le mécanisme de la projection (le sujet expulse de lui et localise dans l'autre des qualités, des sentiments, des pensées, des intentions, des désirs qu'il ne peut assumer et qu'il refuse, ayant trait notamment à l'homosexualité selon Freud), et une fixation narcissique. En effet, la paranoïa, de manière générale, se caractérise par une forte fixation de la libido au moi (voir *Fiche 5*, page 149), aux dépens d'une libido d'objet retirée des objets. Il s'ensuit un rapport imaginaire passionné du sujet à son moi qui rappelle le mythe de Narcisse et qui, s'il existe chez tous, prend un aspect agressif, érotique et extrême chez le paranoïaque. Différents délires paranoïaques existent : l'érotomanie, le délire des grandeurs, le délire de jalousie, le délire de persécution (le plus courant). Un cas célèbre de personne paranoïaque a été étudiée par Freud : le cas Schreber²⁰.

Lacan reprendra l'étude de ce cas et développera l'idée suivante : pour chacun, il y a une fonction paternelle symbolique (que Lacan nommera « métaphore paternelle » ou Nom-du-Père) et qui n'est pas le père réel mais ce qui passe de son autorité, de la légitimité de sa place auprès de l'enfant dans ce que la mère en dit à l'enfant. Quand cette autorité et cette légitimité paternelles ne sont pas reconnues, ne sont pas dites, ne circulent pas au niveau symbolique, il y a risque de psychose pour l'enfant. La fonction symbolique du père passe dans la parole : c'est la manière dont la mère (ou la personne faisant office de mère) va introduire une tierce personne entre elle et l'enfant. Cette tierce personne aura pour fonction d'incarner l'autorité (l'interdit, la loi, indispensables à la bonne construction du sujet en ce qu'ils lui permettent d'affronter le complexe d'Œdipe), et aussi de séparer la mère et l'enfant d'un lien fusionnel qui, perdurant, empêche l'enfant d'acquérir une vie propre et signe une possibilité d'accès à la psychose.

La paranoïa répond, comme la schizophrénie, à une sollicitation libidinale jugée impossible à vivre par le moi. Cependant, elle s'en distingue beaucoup dans la manière dont s'exprime le délire qui la caractérise.

20. Freud S. *le Président Schreber*. Quadrige, PUF.

La mélancolie

Cette psychose se caractérise par des alternances d'accès maniaques et d'états dépressifs (comme les maladies maniaco-dépressives). La dépression poussée à l'extrême peut aboutir à un état mélancolique où le risque de suicide du sujet est prégnant, c'est pourquoi il est important de diagnostiquer cet état et de garder le sujet sous surveillance. La mélancolie se caractérise par un ralentissement et une inhibition des fonctions motrices et psychiques, ainsi que par la perturbation des fonctions biologiques (insomnie, anorexie par exemple). Le mélancolique a le visage triste, les traits affaîssés, il est mutique ou parle peu et d'un ton éteint. Tout lui paraît insurmontable dans les gestes de la vie quotidienne.

La douleur morale est intense en lien avec un sentiment de culpabilité que rien ne peut ébranler et qui conduit certains mélancoliques à la mort comme autopunition. C'est une maladie du désir accompagnée d'une perte narcissique d'amour de soi grave.

Dans sa forme psychotique, la mélancolie consiste en un investissement de l'objet d'amour de façon narcissique, sous forme d'incorporation psychique : plutôt que de risquer de perdre l'objet et donc d'avoir à en faire le deuil, ce qui est un processus normal lié à la perte d'objet, le sujet l'installe en lui et ne peut plus en investir d'autres. Il reste replié sur lui-même pour garder l'objet d'amour qu'il ne veut pas perdre et qui continue donc de le combler par ce refus de perte, tout en le propulsant du côté de la pulsion de mort (voir *Fiche 14*, page 160) et non de la vie qui consisterait à accepter de rencontrer d'autres objets et à accepter le manque de l'objet disparu.

L'objet investi est à la fois source d'amour et de haine parce qu'il a disparu (il est parti, mort...).

En fait, les auto-reproches que se fait le mélancolique dans un *délire de petitesse* accompagné de culpabilité, sont un retournement contre lui-même des reproches adressés à l'objet haï parce qu'il a disparu. En fait, lorsque le mélancolique cherche à se détruire, c'est l'objet confondu avec lui qu'il cherche à détruire. Cette confusion où l'objet devient le moi est délirante. La mélancolie est une maladie du « *désêtre* ».

► La perversion

Au début de ses investigations, Freud considère un penchant pervers naturel à l'enfant dans la découverte de sa sexualité, donc à tous les futurs névrosés. Puis, il définira une structure perverse à l'âge adulte, à travers ses recherches sur le déni de la réalité, le clivage du moi et le déni de la castration.

La perversion est appelée « pathologie du lien ». Elle est inséparable de la question du sexuel : le pervers dénie, refuse la représentation de la castration chez la femme. En effet, le garçon, futur pervers, pour faire taire son angoisse extrême d'une perte qu'il ne voit pas sur un versant symbolique mais réel, va opter pour une solution de compromis où le moi se clive (se sépare) en deux parties qui coexistent sans entrer en conflit (c'est le clivage du moi que l'on peut trouver aussi dans la psychose) : une partie du moi sait que la femme n'a pas de pénis, l'autre partie nie cela. La perversion touche davantage l'homme que la femme.

Le pervers peut avoir recours à un objet fétiche : le fétichisme est l'attachement à un objet matériel indispensable à la jouissance. Cet objet lui permet de dénier la réalité de la castration, trop traumatisante, en incarnant en quelque sorte un pénis de substitution qu'il octroie à la femme. Le fétiche est une formation de compromis : à l'objet supposé manquer à la femme est substitué un objet de la réalité, le fétiche, qui permet de neutraliser l'angoisse de castration. Pour Freud, le fétichisme est lié à une fixation infantile précoce à des objets de satisfaction primaire surinvestis alors (le sein maternel, les selles...) que le fétichiste recrée avec son objet.

La perversion se manifeste aussi dans le sadisme et le masochisme. Pour le premier, actif, la jouissance sexuelle est conditionnée par une souffrance sexuelle infligée à autrui. Pour le second, passif, elle est liée à une souffrance qu'autrui lui inflige. L'exhibitionnisme, le voyeurisme sont des conduites perverses liées à ces aspects sadomasochistes.

Contrairement à l'aménagement psychotique qui consiste à trouver des voies de guérison et de réinvestissement des objets pour survivre psychiquement à la déstructuration que la psychose entraîne, le pervers agit intentionnellement, de sorte à jouer avec la loi et la transgression en refusant d'intégrer symboliquement cette loi. Le pervers jouit de transgresser la loi.

► Les personnalités limites

On les appelle aussi « états limites » ou « *borderline* ». Ce sont aussi des pathologies du narcissisme. Les différentes obédiences psychanalytiques discutent l'existence de ces « cas limites » qui se définiraient, sur le plan nosologique, à la frontière entre la névrose et la psychose, ce qui fait dire à certains auteurs que c'est peut-être une difficulté à poser un diagnostic clair entre les deux structures qui a entraîné la création de cette catégorie clinique ne pouvant s'apparenter à une structure.

La catégorie « cas limite » ne serait pas une structure à part entière mais viendrait révéler des situations nouvelles que la clinique « classique » de la névrose et de la psychose ne permet pas de comprendre dans un monde qui évolue et où de nouveaux comportements, de nouvelles pathologies surgissent, dont l'ambiguïté offre à réflexion et à analyse.

L'aménagement « limite » résulterait, ainsi que le théorise Bergeret, d'un traumatisme (voir *Fiche 12*, page 157) psychique vécu par un moi (voir *Fiche 5*, page 149) insuffisamment organisé qui arrête l'évolution libidinale²¹. Cela se situerait à un stade antérieur au complexe d'Œdipe, mais plus tardif que celui de la fixation des psychoses infantiles. La dépression en constitue le noyau principal.

Un sentiment de solitude et de vacuité constituent cette dépression, sans toutefois les ralentissements moteurs et les inhibitions que l'on rencontre chez les maniaco-dépressifs ou les mélancoliques. Ces sujets rencontrent, en outre, un sentiment d'insécurité intérieure, une intolérance à la frustration, des relations affectives instables même si, par ailleurs, ils sont plutôt intégrés socialement. Les conflits psychiques se résolvent par des passages à l'acte, des conduites d'autodestruction par impulsions suicidaires ou consommations de toxiques par exemple²².

21. C'est ce que rappelle J. Ménéchal dans *Introduction à la psychopathologie*. Les Topos, Dunod, Paris, 1997.

22. Chemama R. « État limite », *Dictionnaire de psychanalyse*, sous la direction de Chemama R. et Vanderersch B., Larousse-Bordas, 1998.