

Interaction entre le stress du soignant et la prise en charge des proches

S. BEHAGHEL¹

Points essentiels

- Le terme stress est un mot d'ordre culturellement constitué, il nécessite d'être précisé.
- Chaque groupe de soignants fonctionne et réagit de façon spécifique selon la nature des échanges qui se déroulent dans ledit groupe, les réactions personnelles sont donc à envisager sous l'angle du collectif.
- Dans des groupes dits « démocratiques » (au sens du partage du pouvoir), la parole de chacun peut être entendue et lorsqu'un événement difficile survient, des échanges dans l'équipe sont possibles ce qui favorise l'élaboration et tend à éviter les effets négatifs durables.
- Comme dans tout service, les soignants des services d'urgences ont besoin de moments où la pensée s'exerce, où l'action est suspendue, où l'on s'assoit pour réfléchir en individuel et collectif ; ils en ont d'autant plus besoin du fait qu'ils sont souvent amenés à réagir en toute hâte sans qu'un travail de pensée approfondi ne puisse être réalisé sur le coup.
- Face à une personne accueillie pour être soignée et qui vient à décéder, un soignant est confronté à la mort, à celle de l'autre mais aussi à la sienne propre ce qui peut l'inciter à un travail de restriction narcissique, autrement dit à se reconnaître limité.
- En psychanalyse, une situation traumatique peut correspondre, d'une part, à une situation qui apporte à une personne/un groupe de personnes plus d'excitations physico-psychiques qu'elle/il n'est capable de traiter et/ou, d'autre part, à une situation qui entraîne un effondrement chez une personne/

1. S. Behaghel – 81, rue de Douarnenez, 29000 Quimper. Tél. : 06 82 33 49 95.
E-mail : sandrine.behaghel@gmail.com

un groupe de personnes dans la mesure où une figure de toute-protection a subitement disparu.

- Pour le patient comme pour ses proches, le soignant qui accompagne (et le groupe qu'il représente) peut être au mieux aidant ou neutre ou maltraitant.
- S'il est donné aux soignants la possibilité d'élaborer en équipe ce qu'eux-mêmes vivent, pensent, ressentent, ces soignants seront aptes à proposer aux patients et aux proches des échanges favorisant et invitant à un travail d'élaboration analogue.
- Toute situation difficile qui n'est pas traitée et élaborée est susceptible d'effets aussi divers que les groupes et personnes concernés, à un niveau somatique, à un niveau psychosomatique et à un niveau comportemental et psychique dans les cas les mieux élaborés.

1. Introduction

Un soignant éprouve-t-il nécessairement du stress au travail ? S'il en éprouve, comment ce stress se manifeste-t-il ? Qu'en est-il du stress du soignant urgentiste ? Est-il à envisager de manière particulière ? Si oui, d'où provient-il ? Les prises en charge des patients sont-elles source de stress ? Un soignant stressé stresse-t-il les patients ? Des patients stressés stressent-ils leurs proches ? Patients et soignants sont-ils stressés par les proches ?

À énumérer ces questions, l'on comprend vite que le terme stress utilisé de manière aussi globale sert la confusion. Afin d'y remédier, cette réflexion invite à examiner l'emploi de ce mot et à tenter de recourir à une pensée plus raffinée. Psychologue clinicienne d'orientation freudienne ayant exercé en unité médico-psychologique et travaillant à l'heure actuelle en unité de soins palliatifs, je propose d'analyser les phénomènes dits de « stress » chez les soignants sous l'angle des dynamiques psychiques individuelles et collectives.

Dans un premier temps, il s'agira de définir la notion de « stress » du soignant. Établissons d'emblée qu'il n'existe pas « un » soignant mais « des » soignants, tous différents, réagissant de manière distincte. Par ailleurs ces soignants ne consistent pas en une addition d'individualités mais constituent un groupe en interaction. Il s'agit dès lors de réfléchir à la façon dont un groupe de soignants et les soignants qui le composent font face aux situations « stressantes » qu'ils peuvent rencontrer.

Puis l'attention focalise sur les dynamiques psychiques relatives à la mort et aux traumatismes et à la manière dont différents groupes de soignants et les soignants qui y évoluent sont susceptibles de réagir à des situations impliquant de telles dynamiques.

Un troisième et dernier temps tente de préciser l'impact de ces réactions sur les patients et leurs proches.

2. Définir la notion de « stress du soignant » face à des personnes traumatisées et/ou des personnes qui viennent de décéder

À partir des années 1950, Selye emploie le terme stress pour désigner un ensemble de réactions biologiques, physiologiques et psychologiques présentées face à une agression ou une menace d'agression physique et/ou psychologique. Il est rapidement passé dans le langage courant, en France notamment.

D'après *Le Petit Robert*, ce terme apparaît en 1950. Il est issu de l'anglais et signifie dans cette langue « effort intense, tension ». En français, deux sens sont proposés :

- En biologie ou psychologie, un stress ou des stress : « Agent physique ou psychologique provoquant une réaction de l'organisme. » ; le stress : « Ensemble de réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) à cet agent agressif. »
- Dans le sens courant : « Situation, fait traumatisant pour l'individu, tension nerveuse. »

Les termes « agression » et « pression » apparaissent comme synonymes.

D'après cette définition, en biologie ou psychologie, « le » stress chez un soignant serait un ensemble de réactions non spécifiques (physiologique, métabolique, comportementale) du soignant face à « un » stress, autrement dit face à un agent physique ou psychologique, notamment agressif. Remarquons que la composante émotionnelle n'est pas invoquée.

Dans le langage courant, « un » stress chez un soignant correspondrait à une situation traumatisante provoquant une tension nerveuse et « le » stress à la tension nerveuse qui en découle.

Sur le terrain, la définition par des soignants du « stress » qu'ils peuvent éprouver ne correspond pas toujours à celles proposées par *Le Petit Robert*. Chacun peut définir de manière différente un « stress » et ce qu'il provoque chez lui.

Le terme *stress* apparaît ainsi être un mot d'ordre culturellement constitué (dont il conviendrait d'élucider l'histoire de l'apparition et ses enjeux dans un autre travail). C'est un concept passe-partout qui peut tout dire et ne rien dire à la fois. De plus, ce concept est suffisamment flou pour détenir un pouvoir propagatif, justement grâce à cette imprécision. Ce « stress », auquel tout un chacun est censé être confronté, peut aussi être envisagé comme un mot d'ordre idéologique. Tout se passerait comme si lorsque l'on ne se situait pas d'emblée en position de « stress », la culture, *via* notre langue, nous y plongeait.

En effet, un soignant n'est pas toujours « stressé » au travail. Il ne se sent pas forcément « sous pression/tension » ou « agressé » ou « traumatisé ». Et s'il l'est, les raisons qui sont à l'origine ne sont pas toujours celles qui paraissent les plus évidentes.

Par exemple, certains soignants en soins palliatifs expliquent ne pas être tant « stressés » par la confrontation régulière à des décès ou par le fait de côtoyer au quotidien des personnes en fin de vie mais avant tout par les conditions de travail dans lesquelles sont réalisés ces accompagnements. Les unités de soins palliatifs sont, elles aussi, soumises aux pressions institutionnelles : tarification à l'acte et durée moyenne de séjour... (Les unités nouvellement créées sont en général rattachées à un pôle « court séjour ».) Les urgentistes connaissent sans doute un environnement professionnel analogue qui ne favorise pas toujours la réalisation du travail dans des conditions adéquates.

Par ailleurs, la manière dont un soignant « stresse » dépend du groupe auquel il appartient. Chaque groupe de soignants fonctionne et réagit de façon spécifique selon la nature des échanges qui s'y déroulent et selon son histoire. Autrement dit, les réactions personnelles sont à envisager sous l'angle du collectif. (Désormais au lieu d'employer le terme « stress », pour éviter toute confusion, nous parlerons de réaction(s) face à une situation/à un événement plus ou moins difficile.)

La façon dont une équipe et ses différents membres réagissent à un événement potentiellement difficile dépend du mode de fonctionnement de l'équipe. Il existe des groupes capables d'affronter et surmonter des événements pénibles sans trop de difficultés. Dans ces groupes, les échanges fonctionnent, on peut parler. Ces groupes sont dits « démocratiques » au sens du partage du pouvoir. Le pouvoir n'est pas détenu par une seule personne, la parole de chacun est entendue et élaborée. Lorsqu'un événement difficile survient, des échanges sont possibles à son sujet (sans être obligés). Les vécus collectifs et individuels peuvent être discutés en équipe ce qui favorise l'élaboration. Tout se passerait comme si les pensées et émotions étaient « détaillées » en petits éléments, traitées une à une par le groupe entier et perdaient ainsi en pouvoir traumatogène.

Si le groupe fonctionne de manière autoritaire, la parole n'est pas possible sur un mode de confiance réciproque. Ce fonctionnement engendre des paquets d'émotions non traitées. Elles correspondent à la quantité d'énergie qu'il a fallu mobiliser pour faire face à la situation délicate. En effet, une situation qui affecte nécessite d'être transformée et élaborée en quantités d'énergies plus petites et fines, et plus stables, ce que l'échange normal rend possible, ce que l'échange autoritaire interdit.

Le fonctionnement d'une équipe dépend de son fonctionnement général et de celui du responsable du service et de son cadre infirmier. En tant que « chefs » désignés, les responsables doivent assumer leurs fonctions d'autorité réglementaires tout en ménageant une place à la dynamique démocratique (ce qui n'est pas des plus commodes...). Ils peuvent tenter de fonctionner sans trop accentuer le pouvoir qui leur est d'emblée attribué dans le fonctionnement hospitalier français actuel. Le fonctionnement de chaque service s'inscrit en plus dans le fonctionnement général de l'établissement qui l'héberge.

Des personnes en position tierce peuvent favoriser un mode de fonctionnement démocratique. Un psychologue dans une équipe permet un échange de paroles

excentré parce que non soumis immédiatement aux forces d'autorité en jeu. En effet, un psychologue n'est pas placé sous l'autorité hiérarchique du responsable de service ou du cadre. S'il dépend du responsable du service, c'est d'un point de vue fonctionnel, non hiérarchique. Le seul supérieur hiérarchique du psychologue est le directeur de l'hôpital, lequel peut déléguer cette autorité au directeur des ressources humaines. Néanmoins, l'exercice atteint vite ses limites, parce que le psychologue est membre du groupe, et donc, pris dans sa dynamique.

Ainsi, il ne s'agit pas du « stress du soignant » comme indiqué dans le titre mais du « stress de l'équipe et des soignants qui la composent ». Ce « stress », autrement dit la façon dont le groupe et chaque membre du groupe réagit, dépend du fonctionnement du groupe. Si le groupe est capable d'échanger au sujet de cet événement, de le penser, les réactions seront moins aiguës.

3. Exposer les manifestations cliniques de ce stress et les retentissements physiques et psychologiques

Avant de poursuivre, notons que les équipes d'urgentistes doivent faire face à une composante supplémentaire : l'urgence. D'après *Le Petit Robert*, une *urgence* correspond à la nécessité d'agir vite, sans délai, en toute hâte. En latin, **urgere** signifie « pousser, presser ». Une urgence est donc une absence de pensée (accompagnée d'un état d'excitation) et par conséquent l'urgence n'est pas toujours favorable au meilleur exercice de la médecine. Convenons qu'il existe des actes à réaliser en urgence. Cependant, en général, il y a eu en amont une réflexion, un apprentissage pour qu'ils ne soient pas réalisés n'importe comment. Un adage de salle de garde disait jadis « Il n'y a jamais d'urgences, mais que des gens pressés ».

Étant donné ces éléments, les services d'urgences ont d'autant plus besoin de moments où la pensée s'exerce, où l'action est suspendue, où l'on s'assoit pour réfléchir en individuel et collectif. Non seulement pour agir de manière raisonnée, mais aussi pour élaborer les situations difficiles. Aux urgences, ces dernières ne manquent pas. Les urgentistes sont souvent confrontés à des patients gravement blessés, malades, mourants, traumatisés... Examinons deux cas particuliers : le soin et l'accompagnement de patients qui viennent à décéder et celui de personnes qui se présentent comme traumatisées.

Face à une personne accueillie pour être soignée et qui vient à décéder, un soignant est confronté à la mort, à celle de l'autre mais aussi à la sienne propre, celle de l'autre venant lui rappeler qu'il n'est pas immortel.

Concevoir la mort, sa mort ne va pas de soi. La mort est un concept à élaborer. Envisager sa propre mort nécessite de recourir à la notion d'anticipation et de se représenter ce qu'est la négation de la vie. D'un point de vue psychanalytique, *grosso modo*, ce travail de pensée consiste en un travail de restriction narcissique : concevoir et tenter d'accepter en quelque sorte que l'on est bien peu de chose. La mort constitue ainsi une limite et notre propre mort constitue la plus importante

des limites auxquelles nous sommes confrontés. Elle s'oppose à nos souhaits de toute-puissance, notamment à ceux d'invulnérabilité et d'immortalité.

Dans ses premières années, l'enfant attribue l'immortalité aux « grands », à ses parents en particulier. Puis, dans des conditions d'éducation classiques, à partir de 5/6/7 ans, les « grands » eux-mêmes sont reconnus comme mortels, ce qui ne manque pas de susciter maintes angoisses. À l'adolescence, le processus aboutit (dans le meilleur des cas) à reconnaître que les parents sont des semblables, aussi limités que soi-même. Cette temporalité vaut pour les enfants en bonne santé et/ou qui n'ont pas été confrontés au décès d'un (ou plusieurs) proche(s). La psychanalyste Ginette Raimbault a observé et décrit comment des enfants, atteints d'une maladie grave, se forment beaucoup plus tôt une idée de ce que représente la mort.

Ce mouvement de restriction narcissique consistant à se reconnaître mortel est particulièrement malaisé dans la culture occidentale qui tend à encourager les vœux de toute-puissance.

Si ce travail d'élaboration n'a pas été réalisé par chacun des soignants et si le groupe d'appartenance ne permet pas de se reconnaître comme des *alter egos* mortels, la confrontation régulière à des décès peut être difficile. Qui plus est, ce travail de restriction narcissique est à renouveler. Souvent, tant que l'entourage se porte bien et que l'on est en bonne santé, la tendance à ignorer leur mort et la sienne propre est massive, à moins d'y être confronté d'une autre manière, au niveau professionnel notamment.

Ainsi avancer dans une dynamique de séparation de la toute-puissance correspondrait à se reconnaître limité et à continuer à vivre avec cette limite ou peut-être en fonction de cette limite. Par exemple, de nombreux patients atteints de maladie mortelle changent de modes de vie et/ou réévaluent leurs priorités. À un niveau collectif, ce travail de pensée est possible dans les groupes démocratiques. Dans les groupes autoritaires où une figure prend le pouvoir, la toute-puissance n'est pas élaborée puisqu'elle est incarnée en cette figure.

Outre cet impact sur le versant narcissique, la mort de patients soignés peut avoir des effets sur un versant objectal. (L'objet en psychanalyse correspond à tout ce qui n'est pas soi et qui est investi d'amour, haine, peur : objets et personnes). À ce niveau, la réaction du soignant et du groupe des soignants dépendra de l'investissement psychique établi envers le patient. Par le choix même de son métier, un soignant est plutôt enclin à investir les patients mais pour x raisons, il y a des patients plus investis que d'autres. Certains patients ont le don de se faire aimer, d'autres détester. La dynamique du groupe intervient, par ailleurs, quant aux possibilités d'investissement.

Plus un patient est investi d'amour et/ou de haine, plus le travail de séparation à réaliser lors de son décès sera important. Ce travail est à la fois individuel et collectif, et il demande du temps. Il s'agit notamment de pouvoir échanger à propos des émotions ressenties. Une conséquence des plus courantes dans les

difficultés à élaborer les séparations consiste sans doute à limiter fortement l'investissement des patients, voire à les considérer comme des numéros et faire du travail à la chaîne. S'il n'y a pas d'investissement, il n'y aura pas de travail de séparation à réaliser. Or d'autres difficultés rattrapent souvent les soignants et groupes de soignants amenés à fonctionner ainsi. Ils en viennent à se considérer eux-mêmes comme des numéros et le groupe devient des plus autoritaires...

En ce qui concerne la réaction des soignants face à des personnes qui viennent de vivre un événement potentiellement traumatisant, il est nécessaire de commencer par tenter de définir ce qu'est une personne traumatisée. La psychanalyse permet d'envisager un trauma selon deux points de vue particuliers : le point de vue économique et le point de vue topico-dynamique.

D'un point de vue économique, une situation traumatique correspond à une situation qui apporte à une personne/un groupe de personnes plus d'excitations physico-psychiques que la personne/le groupe est capable de traiter. Par exemple, une très forte détonation, d'autant plus si elle était inattendue, est susceptible d'effets traumatiques (outre les effets barotraumatiques). Chacun peut se souvenir d'un bruit très fort qui a provoqué chez lui une brusque augmentation de son rythme cardiaque alors même qu'il était en sécurité. Cœur et psychisme ont ensuite besoin d'un certain temps pour revenir à un rythme normal et une tranquillité coutumière. Une personne qui vient de vivre un événement très effrayant peut donc se trouver en position d'hyperréactivité à tout stimulus (visuel, auditif, kinesthésique...). Afin de se remettre de sa frayeur, un environnement calme et sûr donne la possibilité de traiter le surplus d'excitation. L'environnement physique n'est pas seul concerné, le groupe de soignants lui-même doit se sentir en sécurité et être calme. L'excitation des personnes traumatisées est facilement contagieuse. Le groupe de soignants doit veiller à élaborer l'origine de cette excitation pour ne pas y être entraîné. Les échanges entre les membres de l'équipe sont nécessaires.

D'un point de vue topico-dynamique, un trauma peut être conçu comme un effondrement d'une figure intrapsychique de toute-protection. Le point de vue topique correspond à la conceptualisation de lieux psychiques : conscient/préconscient/inconscient et Je, sur-Je, ça... Le sur-Je, encore appelé sur-Moi, est connu pour être l'internalisation des interdits. Par exemple, c'est la représentation psychique de la grosse voix du père. Mais c'est aussi l'internalisation des grands qui aiment et qui protègent, c'est à dire les parents perçus comme tout-puissants, tout-protecteurs. Ces figures surmoïques sont inconscientes. Le point de vue dynamique réfère aux jeux de forces en question.

Ici, le mouvement correspond à la disparition d'une figure surmoïque de la toute-puissance laquelle provoque un effondrement du Je qui s'étayait dessus. Le fonctionnement d'un groupe démocratique permet l'élaboration de la perte d'une figure de la toute-puissance (le pouvoir étant partagé, le renoncement à la toute-puissance a déjà opéré). Une situation traumatique demande ainsi un travail de pensée collectif et individuel pour être dépassée. Envers une personne effondrée après un événement effrayant, une forme d'impuissance peut être éprouvée. Si

cette impuissance n'est pas élaborée à un niveau collectif et individuel, dans un mouvement contraire, et pour s'en défendre, le groupe de soignants peut se lancer dans une forme d'hyperactivité vécue de manière intrusive par le/les patients (obligation à décrire l'événement notamment).

De manière plus générale, toute situation difficile qui n'est pas traitée et élaborée est susceptible d'effets aussi divers que de personnes concernées, à un niveau somatique, à un niveau psychosomatique et à un niveau comportemental et psychique dans les cas les mieux élaborés. Un exemple : au cours d'une période où de nombreux décès se sont succédés très rapidement dans notre service, une infirmière m'expliquait que c'était trop. Elle le remarquait en se plaignant d'éprouver le besoin de se laver les mains très souvent, sans justification hygiéniste. Tout se passerait comme si faute de temps pour élaborer le décès de chacun des patients, la mort devenait contagieuse et se laver les mains très souvent la repoussait. Dans ce contexte, on peut imaginer l'embarras à accompagner les proches si les soignants eux-mêmes sont en difficulté.

4. Préciser l'impact de ces accompagnements sur la prise en charge des proches

La façon dont un soignant réagit dépend de celle dont son équipe réagit laquelle dépend du fonctionnement du groupe lui-même. Pour le patient comme pour ses proches, le soignant qui accompagne (et le groupe qu'il représente) peut être au mieux aidant ou neutre ou bien maltraitant.

S'il est donné aux soignants la possibilité d'élaborer en équipe ce qu'eux-mêmes vivent, pensent, ressentent, ces soignants seront aptes à proposer des échanges favorisant ce travail et invitant à l'élaboration chez les patients et les proches. Ce groupe pourrait être considéré comme aidant. Si les soignants n'ont pas cette possibilité, alors ils n'accompagnent pas les patients et leurs proches, voire, ils les dérangent. Plus le pouvoir est autoritaire, moins le groupe pense, plus les actes peuvent être dénués de sens, voire maltraitants (les exemples des sectes sont instructifs). En revanche, plus les échanges au sein d'un groupe sont raffinés, plus les personnes qui y évoluent pourront offrir aux patients et à leurs proches une pensée fine et adaptée à leurs besoins.

L'occurrence de modalités problématiques dans les accompagnements ne sont pas rares. Le fonctionnement sous un mode démocratique est difficile à instituer et maintenir. Souvent, les conditions de travail ne favorisent pas un tel fonctionnement. Les objectifs d'efficacité et de rentabilité à court terme sont difficilement compatibles avec le partage du pouvoir... Le manque de travail de pensée peut alors s'observer. Par exemple, dans le domaine des traumatismes, il n'est pas rare que la situation à potentiel traumatique soit quasi répétée par les accompagnants.

Ainsi, certains tiendront à contraindre à une hospitalisation des otages fraîchement libérés ou bien à les rencontrer avant même qu'ils n'aient pu revoir leurs familles, fomentant par là comme une sorte de seconde séquestration. Parfois, ce

sont les proches des victimes qui sont placés dans une situation analogue à celle du drame. En janvier 2005, après le crash aérien du vol 604, dans la mer non loin de Sharm el Sheikh, qui a eu lieu quelques minutes après le décollage et qui n'a laissé aucun survivant, il a été proposé aux familles endeuillées de se rendre en Égypte afin de participer à des cérémonies. L'avion qui les ramenait en France a décollé du même aéroport et à ce moment plusieurs personnes ont éprouvé de l'angoisse, ce vol de retour répétant le vol accidenté.

5. Conclusion

Chaque groupe de soignants fonctionne et réagit de façon spécifique selon la nature des échanges qui s'y déroulent et peut alors être aidant ou neutre ou maltraitant. Lorsque les soignants peuvent échanger et par là élaborer en équipe ce qu'ils vivent au travail, ils seront plus aptes à proposer aux patients et aux proches des échanges favorisant un travail d'élaboration analogue.

Les événements difficiles étant inévitables, les temps formels et informels où les soignants peuvent évoquer les difficultés qu'ils rencontrent sont gages de bonne santé. Les transmissions, les réunions de service et autres groupes de paroles sont particulièrement importants. Si la situation difficile n'est pas élaborée en collectif et en individuel, les répercussions sont immédiates sur les accompagnements suivants.

Les responsables d'un groupe peuvent veiller à instaurer et perpétuer un fonctionnement favorisant les échanges et la confiance réciproque. Les membres du groupe peuvent peser dans l'adoption et le maintien d'un tel fonctionnement. Faire appel à des tiers (psychologue du service ou mieux, intervenant extérieur tel que superviseur) constitue également une solution facilitant le travail de pensée susceptible d'être mis à mal en situation d'urgence.