



Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même

La littérature scientifique confirme que les soignants ont besoin de soutien. Par-delà la surcharge clinique et administrative, le stress lié à la signifiante des facteurs contextuels est une source de détresse importante. La reconnaissance et la gestion de ce stress peuvent soutenir le clinicien de manière durable. L'article discute les éléments clés de ces stressors, notamment le rôle des émotions du soignant, la reconnaissance des limites, la confusion concernant l'empathie, l'influence du développement et de la trajectoire de vie sur l'identité professionnelle ainsi que le conflit que représente le fait d'être un soignant qui a besoin d'aide.

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 424-7

F. Stiefel
P. Guex

Prs Friedrich Stiefel et Patrice Guex
Service de psychiatrie de liaison
CHUV, 1011 Lausanne
Frederic.Stiefel@chuv.ch
Patrice.Guex@chuv.ch

Professional stress in health care workers

A growing body of evidence indicates that health care professionals are in need of support. Beside heavy clinical patient volume or administrative duties, stress related to the significance of contextual factors is an important source of clinician's distress. Identification of and working through such stress can be a durable source of support. This article discusses key elements of these stressors, namely, the role of emotions of the clinician, awareness of limits, confusion about empathy, the influence of development and life trajectory on professional identity and the conflicting roles of the health care provider being in need of support.

INTRODUCTION

Cet article est tout particulièrement destiné aux professionnels de la santé amenés à soutenir les patients souffrant de maladies graves. Ces soignants nécessitent de l'aide comme l'indiquent – à titre illustratif – les études qui montrent qu'environ 30% des oncologues ont une souffrance psychique (double de la prévalence pour la population générale) ou bien la recherche sur le burn-out qui démontre qu'un tiers des cliniciens impliqués dans le champ du cancer indique un haut niveau d'épuisement émotionnel, une démotivation ou une mauvaise estime de leurs réussites professionnelles.¹

Shanafelt rapporte que les cliniciens sont stressés par les tâches administratives, le volume des consultations, les horaires de travail irréguliers et surtout l'exposition à la souffrance et à la mort.² Notre article, néanmoins, ne se focalisera pas sur les aspects «extérieurs» et contextuels du stress professionnel, mais sur les stressors intrapsychiques qui eux peuvent se réactiver en écho avec des événements extérieurs particulièrement significatifs. Peu de littérature traite ce thème, probablement parce que de telles études sont difficiles à mener de par le type de données et la conscience réflexive requise des personnes recrutées. Cependant, les stressors intrapsychiques aident à la compréhension du stress lié au travail puisqu'ils constituent le lien entre réalité intrapsychique et monde externe du clinicien. Comme Graham et Ramirez³ l'affirment : bien que des facteurs généraux soient associés à une mauvaise santé mentale, la raison pour laquelle certains professionnels les supportent fort bien et pas les autres reste inconnue.

Ceci est illustré par l'expérience d'une oncologue participant à une formation à la communication. Elle rapportait la situation clinique suivante lors d'une supervision avec l'un des auteurs de cet article.^{4,5} De garde, cette femme médecin de 36 ans devait examiner une patiente âgée souffrant d'un cancer du sein avancé qui se plaignait de douleurs dues à des métastases osseuses. Ses plaintes et son refus de toute médication avaient tellement agacé cette collègue qu'elle avait commencé à l'interpeller violemment, lui reprochant de ne pouvoir tout à la fois se plaindre et refuser les antalgiques. La première partie de cette supervision visait à voir quel sens on pouvait donner au comportement apparemment déraisonnable de cette patiente (craintes concernant la médication, refus comme



expression de besoin d'autonomie, etc.). Ensuite cette médecin a été encouragée à parler davantage de ses émotions et de la manière dont elle pouvait comprendre sa réaction. Elle raconta que non seulement elle avait ressenti de la colère et de la rage mais aussi une anxiété intense, qu'elle pouvait mettre en lien avec sa propre histoire médicale. En fait, elle avait été opérée d'un mélanome trois ans auparavant et relatait que «si elle n'avait pas suivi le conseil des médecins, elle ne serait plus en vie».

Cette supervision illustre le lien entre contexte et sens d'une réaction émotionnelle ou entre éléments de stress extra- et intrapsychiques. Les éléments clés de ce sujet sont illustrés par d'autres aspects émergeant dans trois séances supplémentaires de supervision durant lesquelles cette collègue a pu reconnaître que sa propre maladie interfère de manière importante dans sa vie professionnelle et privée et qu'il s'avérait nécessaire qu'elle obtienne de l'aide (voir ci-dessous). L'identification de ces stressors intrapsychiques et la signification qu'on peut leur donner lui permirent de réduire considérablement la souffrance professionnelle et constituer ainsi une stratégie de soutien.

ÉMOTIONS À L'ÉGARD DU PATIENT

La rencontre avec le patient suscite pensées et émotions chez le soignant, qui ne se limitent pas à la situation clinique rencontrée. Parfois ces émotions sont agréables car elles collent à l'image du «sauveur» dans le combat contre la maladie, surtout lorsque l'on aborde la voie royale du traitement d'une pathologie «curable». Les émotions dites «négatives» provoquent en revanche de l'angoisse et sont souvent réprimées. Pourtant, elles existent et influencent les interactions entre soignants et soignés surtout si elles sont déniées ou transformées en honte ou culpabilité. Ceci est illustré par un médecin qui – lors d'un groupe de soutien à des patientes souffrant de métastases de cancer du sein – avait rassuré immédiatement la patiente qui l'interpellait sur sa guérison en lui garantissant qu'elle allait effectivement guérir, tant il se sentait coupable et prenait sur lui chaque échec thérapeutique.

Comme Holmes l'a affirmé dans le *British Medical Journal*:⁶ «N'avons-nous pas tous été une fois perturbés ou irrités par des patients, et pressés que la consultation en finisse? N'avons-nous jamais désiré au fond de nous-mêmes la mort de certains patients et le soulagement que cela pourrait apporter non à eux mais à nous, soignants devenus impuissants?». Les émotions, particulièrement les émotions dérangeantes ne devraient pas être perçues comme de simples «artéfacts» du travail clinique quotidien, mais doivent être analysées comme des indicateurs essentiels de la relation médecin-malade ou soignant-soigné. L'expérience montre que plus nous serons à l'écoute de notre vécu émotionnel, mieux nous percevrons une situation donnée et moins nous serons soumis à l'emprise relationnelle. Dans notre exemple de supervision, notre collègue constatait qu'elle ne supportait pas d'être fâchée avec ses patientes. Cette censure, pourtant brièvement brisée lors d'une situation qui l'irritait particulièrement, l'empêchait de voir que le conflit soulevé par la situation clinique était de fait en lien avec sa propre histoire.

ÊTRE CONSCIENT DE SES LIMITES ET LES ACCEPTER

Etre conscient des limites du pouvoir médical et de nos propres ressources sont un autre élément propre à réduire le stress. Trop souvent, en effet, les soignants sont très exigeants à l'égard d'eux-mêmes et ont de la peine à se mettre des limites. Winnicott avait introduit le concept de «mère suffisamment bonne – *good enough mother*»; personne ne nous demande d'être des mères parfaites et nous n'avons pas à l'être. Il suffit d'être suffisamment bon et de prodiguer les soins adéquats en étant sensible aux besoins de l'enfant.⁷ Dans le domaine du soin, notre devoir est de guérir les malades qui le peuvent et de soigner les autres.

Lors de sa supervision mentionnée plus haut, l'oncologue précisa qu'après son opération du mélanome elle avait recommencé à travailler immédiatement, bien qu'elle se soit sentie épuisée. En discutant, elle reconnut à quel point il avait été absurde qu'elle n'accepte pas pour elle-même un arrêt de travail alors même qu'elle en prescrivait quotidiennement à ses malades. Elle admit également que dans son travail, elle avait beaucoup de peine à mettre des limites aux traitements «agressifs» malgré le fait qu'elle comprenait intellectuellement combien en oncologie il était déterminant de pouvoir bien analyser le passage du curatif au palliatif. Et là, derrière les limites, apparaît toute la thématique de la crainte de la mort, souvent en filigrane des consultations, et qui terrorise de nombreux cliniciens.⁸

ENTRE LE MOI ET L'IDÉAL DU MOI

Comme quiconque, les professionnels de la santé ont non seulement un «Moi», qui les aide à être ce qu'ils sont dans la réalité, mais ont aussi une forme de «super Moi», l'idéal du Moi, celui vers lequel ils tendent, qui héberge les représentations des valeurs les meilleures, les plus investies, incarnant par exemple une médecine «trompe-la-mort» qui aurait une solution à toute souffrance. Tout comme le «je veux ressembler à mes parents, je les imite», le jeune médecin va progresser par identifications successives avec des maîtres rêvés ou supposés.

Cet idéal est une importante source de motivation, mais aussi de tension et d'épuisement s'il est trop décalé par rapport aux ressources réelles dont dispose la personne au quotidien. Pour certains collègues, l'idéal du Moi qui procède par réaménagements successifs face à la réalité, peut se confondre avec des résidus de Moi idéal de la petite enfance, lieu du «fantasme» héroïque, dans lequel le sujet se voit accomplissant maintes merveilles, ce qui peut coller avec certaines représentations qu'ont les oncologues de leur guerre contre le cancer.

Durant une carrière professionnelle, le processus de déconstruction de ce Moi idéal est douloureux mais nécessaire et libérateur, puisqu'il permet au clinicien d'être en phase avec ses compétences et d'accepter de renoncer à devoir jouer systématiquement un rôle souvent impossible.

EMPATHIE, IDENTIFICATION, CONTRE-TRANSFERT ET COLLUSION

Des affects très forts peuvent circuler dans la relation



médecin-malade, soignant-soigné. Certains sont en lien avec une réponse empathique, qui peut être définie comme «comprendre, être attentif, sensible aux émotions et aux pensées d'un autre». L'empathie implique non seulement que l'on se sente proche du patient, mais que l'on soit ensuite à même de retrouver ses repères.

Des sentiments analogues peuvent également intervenir dans des moments d'identification massifs, qui se définissent comme une perte de différenciation entre soi et l'autre, conduisant à l'expérience «d'être l'autre». L'identification survient lorsque certaines caractéristiques du patient font écho avec celles du médecin (âge, figures amoureuses, images parentales intériorisées, etc.). L'identification est douloureuse pour le soignant et oblitère ses capacités professionnelles. Lors d'un jeu de rôle concernant la rencontre avec un patient en phase terminale, cela parut évident qu'un jeune médecin, qui avait une manière très subtile d'aborder le vécu de son patient, montrait après un moment des signes majeurs de désarroi car il perdait ses repères et entrait en «agonie» avec le malade à la place de désigner les affects du patient qu'il pouvait ressentir en lui, sans s'en laisser envahir.

En plus de l'identification, l'empathie peut être confondue avec le contre-transfert positif: c'est une expérience interpersonnelle qui trouve son origine dans l'histoire du clinicien. Par exemple, dans le cas qui nous concerne, l'expérience du mélanome a produit un contre-transfert négatif. C'est ainsi que des émotions fortes suscitées par le contre-transfert, négatif ou positif, peuvent influencer le jugement du médecin et l'empêcher de soigner de manière adéquate, par exemple en acceptant le passage du curatif au palliatif.

Encore plus problématique est le phénomène de la «collusion», qui est une régression (inconsciente), un retour à un problème personnel non résolu, en l'occurrence partagé par le patient et le médecin.⁹ Pour notre situation de supervision mentionnée ci-dessus, on pourrait parler de collusion entre la collègue et sa malade à propos d'une question d'autonomie non résolue. Alors que l'oncologue avait perdu une partie de son autonomie en raison du mélanome et qu'elle dépendait alors largement des autres pour ses soins («Si je n'avais pas suivi l'avis des médecins, je ne serais plus en vie»), elle continuait néanmoins de se maintenir comme d'habitude (*business as usual*) dans son travail. De son côté, la vieille patiente aussi avait perdu une partie de son autonomie mais tentait de la retrouver en refusant la médication, défiant la clinicienne avec un problème partagé, non résolu.

Pour bien faire la part des choses et percevoir ce qui distingue empathie, identification, contre-transfert et collusion, il est parfois utile de se faire superviser ou de participer à des groupes Balint. Les *communication skills training*, offerts depuis une dizaine d'années en Suisse pour tout clinicien qui traite des patients cancéreux, constituent également un outil puissant pour progresser avec ces sujets.^{10,11}

DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE ET TRAJECTOIRE DE VIE

Les influences du développement et la trajectoire de vie sur le choix et le parcours professionnels sont illustrées

dans une étude d'Elliott et Guy. Ils ont investigué 340 professionnelles de santé mentale qu'ils ont comparées avec 2623 femmes appartenant à d'autres professions.¹² Ils ont trouvé chez les professionnelles de santé mentale plus souvent une anamnèse de maltraitance, d'abus sexuels, d'alcoolisme, d'hospitalisation psychiatrique d'un parent, d'un deuil significatif et de dysfonctionnements dans les familles. Ils en conclurent que les enfants «parentifiés» intériorisaient un rôle de soignant et qu'ils nourrissaient ensuite grâce à leurs professions les besoins de proximité et d'intimité qui n'avaient pas été comblés durant leur enfance. Paris et Frank ont évalué 301 médecins et 246 étudiants en droit.¹³ Après avoir éliminé ceux qui avaient choisi la même profession que leurs parents, ils constatèrent que les candidats médecins avaient plus fait l'expérience de la maladie dans leurs familles. Les auteurs concluaient que la tentative impossible de réparation des traumatismes de l'enfance se fait à l'âge adulte en offrant aux autres ce que l'on aurait voulu donner ou recevoir comme enfant.

Il est essentiel que les professionnels soient attentifs à leurs propres développements, source importante de motivation et de succès. Des conflits non résolus en lien avec leurs trajectoires peuvent a fortiori les emprisonner dans une «mission impossible», qui va les exténuer. S'ils sont reconnus, ces éléments biographiques peuvent être travaillés et intégrés de manière qu'ils n'interfèrent plus avec la mission de soins.¹⁴ Lors de la supervision que nous discutons tout au long de cet article, la jeune collègue relatait qu'elle se sentait depuis «toujours» inadéquate, doutant de ses capacités professionnelles. Elle se souvenait être rentrée à la maison avec d'excellents résultats en final, mais avec l'impression de ne pas en avoir encore assez fait. Elle reliait ses souvenirs avec sa situation actuelle où elle se trouvait souvent hantée par une représentation idéale de sa profession et une difficulté à accepter ses limites. Elle put dire enfin à quel point sa maladie l'avait affectée, la laissant avec l'impression de ne plus pouvoir planifier son avenir professionnel et personnel. Ses stratégies de compensation du passé – de réussir parfaitement pour remplir la mission impossible de se sentir acceptée et récompensée par ses parents – semblaient tout à coup irréalisables et s'étaient retournées contre elle.

CONFLITS DE RÔLES, CONFLITS D'IDENTITÉS

S'occuper des autres, s'occuper de soi-même ou être l'objet de soins sont des situations distinctes, qui mobilisent des dispositions d'esprit différentes. L'identité du clinicien, dans ses choix professionnels, est centrée essentiellement sur l'aide aux autres. Si l'identité professionnelle est rigide, en raison par exemple d'un idéal du Moi et d'un choix de carrière non questionnable, cela peut handicaper une certaine conscience de soi nécessaire pour accepter une aide. Dans le cas de notre oncologue, elle a finalement perçu qu'elle avait besoin d'aide pour surmonter le traumatisme lié à sa maladie et pour comprendre le lien entre événements passés et réactions actuelles. Pour accroître son autonomie et pour se libérer des contraintes qui la handicapaient, elle décida de commencer une psychothérapie.



CONCLUSION

La recherche contemporaine aborde le stress professionnel sous la forme de contraintes externes. Cependant, dans de nombreuses situations, les stressés intrapsychiques pourraient être plus aisés à identifier et à réduire, offrant ainsi un soutien efficace et de longue durée au médecin ou à l'infirmière, spécialement dans les domaines où les soignants sont constamment exposés à des situations suscitant d'intenses réactions psychologiques.¹⁵ L'avenir de la psychiatrie de liaison et de sa recherche est peut-être de mieux comprendre ces stressés intrapsychiques afin d'en tirer des approches individualisées et mieux ciblées pour aider les professionnels. ■

Implications pratiques

- > Bien que des facteurs généraux soient associés à la détresse psychique du soignant, la résistance au stress professionnel varie de manière considérable
- > Parmi les stressés les plus importants figure l'émergence des émotions dans les situations cliniques qui produisent un écho individuel chez le soignant. Ces émotions ne sont pas un simple «artéfact» du travail quotidien, mais des indicateurs essentiels de la relation médecin-malade
- > L'analyse du lien entre contexte et sens d'une réaction émotionnelle du soignant face à un patient est une stratégie importante pour faire face aux risques d'épuisement professionnel
- > Les différentes approches réflexives telles que les groupes de Balint ou la supervision et, plus récemment, les *communication skills training* sont des outils intéressants pour mieux gérer le stress professionnel

Bibliographie

- 1 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347:724-8.
- 2 Shanafelt T, Chung H, White H, Lyckholm LJ. Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *J Clin Oncol* 2006;24:4020-6.
- 3 Graham J, Ramirez A. Improving the working lives of cancer clinicians. *Eur J Cancer Care* 2002;11:188-92.
- 4 Favre N, Despland JN, De Roten Y, et al. Psychodynamic aspects of communication skills training: A pilot study. *Supportive Care in Cancer* 2007;15:333-7.
- 5 Stiefel F. Support of the supporter. *Support Care Cancer* 2007 (in press).
- 6 * Holmes J. Good doctor, bad doctor. *BMJ* 2002; 325:722-3.
- 7 Winnicott DW. *Transitional objects and transitional phenomena*. London: Tarisstock, 1951.
- 8 Stiefel F. *Soins palliatifs: une pratique aux confins de la médecine*. Paris: L'Harmattan, 2007.
- 9 Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. The DSM-IV Edition. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
- 10 www.swisscancer.ch
- 11 * Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 1991;325:697-700.
- 12 Elliott DM, Guy JD. Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Prof Psychol Res and Pract* 1993; 24:83-90.
- 13 Paris J, Frank H. Psychological determinants of a medical career. *Canadian Journal of Psychiatry* 1983;28: 354-7.
- 14 * Stiefel F. *Communication in cancer care*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 2006.
- 15 * Vannotti M. *Le métier du médecin – Entre utopie et désenchantement*. Chêne Bourg: Editions Médecine et Hygiène, 2006.

* à lire

** à lire absolument