



## (AUTO)PORTRAITS DE SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Docteur SELLIER Claire  
Médecin psychiatre  
[sellier\\_claire@orange.fr](mailto:sellier_claire@orange.fr)

06 83 00 81 34

## INTRODUCTION

Médecin psychiatre, responsable jusqu'à récemment d'une unité d'hospitalisation destinée aux professionnels de santé<sup>1</sup>, j'ai animé des groupes thérapeutiques avec ces patients pendant près de deux ans.

A la clinique de Chatillon, l'unité d'hospitalisation des professionnels de santé a été envisagée dès le projet médical initial, avant même sa construction. Cette unité était la première d'une série prévue pour être répartie sur l'ensemble du territoire national. Elle devait permettre aux professionnels de santé d'être hospitalisés dans des conditions spécifiques et optimales. Les indications d'hospitalisation étaient les mêmes que pour tout service de psychiatrie en clinique, respectueuses du consentement du patient. Il pouvait s'agir de crises suicidaires, de dépressions graves et de troubles anxieux invalidants et, plus spécifiquement, de *burn out* c'est-à-dire de crise adaptative en lien avec les conditions de travail, entraînant épuisement physique et psychologique.

Au démarrage de l'activité de la clinique, les professionnels de santé étaient accueillis dans des locaux qui leur étaient consacrés, au 3<sup>ème</sup> et dernier étage. A la suite de l'augmentation du nombre de patients accueillis à la clinique, les locaux ont été progressivement partagés avec d'autres patients. Perdurent des groupes thérapeutiques spécifiques. L'équipe soignante de l'étage a progressivement acquis un savoir-faire particulier.

Pour ma part j'avais entrepris le DIU « Soigner les soignants » organisé par les universités de Paris VII (Pr Éric Galam) et Toulouse III (Pr Jean-Marc Soulat) sous la direction pédagogique du Dr Jean-Jacques Ormières dont l'énergie et l'enthousiasme ont marqué cette formidable formation. Formation bouleversée par la pandémie du Covid qui nous a pris par surprise, enseignants et étudiants, a impacté rudement l'exercice de tous et a imposé la distance géographique à certaines de nos sessions de regroupement.

Formation indispensable car les professionnels de santé ne sont pas des patients comme les autres. Pour beaucoup, il est difficile de « *passer de l'autre côté de la barrière* » : difficile, douloureux et entraînant des résistances et des attitudes contre-productives au moins dans le premier temps de l'hospitalisation. Accepter et dépasser ces particularités pour créer une alliance thérapeutique ne s'improvisent pas.

---

<sup>1</sup> Clinique de Chatillon à Valserhône dans l'Ain, ouverte en 2018

## LE DISPOSITIF

Munie du diplôme et de la légitimité qu'il me conférait, j'ai réfléchi au dispositif qui permettrait d'aborder avec les soignants-patients leur rapport avec leur métier et les connexions ou plutôt déconnexions, voire incompréhensions ou impasses, qui les avaient conduits là. Mettre en place un groupe thérapeutique à médiation me paraissait une proposition adaptée, plus à même qu'un groupe de paroles de créer des échanges sans effaroucher.

J'ai fait le choix d'utiliser l'écriture comme média : choix personnel car j'entretiens avec l'écriture des liens d'amour anciens sans qu'ils soient toujours gratifiants. J'ai participé pendant des années à des ateliers d'écriture. C'est en écrivant sur la difficulté d'écrire, il y a une quinzaine d'années, que j'ai décidé de m'engager dans l'exercice de la psychiatrie et me suis formée à celle-ci, après avoir été médecin généraliste puis médecin de santé publique. Un mouvement qui était la suite logique de mon parcours professionnel et a apporté à ma pratique la dimension que j'avais désirée dès mes études de médecine. Les chemins sont quelquefois plus sinueux qu'on ne l'avait prévu.

Dans la réflexion sur ce travail groupal, le premier fil conducteur a été de reprendre une proposition qu'avait faite Jean-Jacques Ormières lors de notre première session du DIU : « *comment je me soigne, comment je prends soin de moi ?* ». Les autres propositions ont découlé les unes des autres après les premières séances.

Je vais adopter pour décrire ce travail le temps du présent, par commodité et pour mieux restituer la vitalité de ce qui s'est passé.

Le groupe comprend entre cinq et dix participants, quelquefois une des soignantes de l'unité se joint à nous. C'est un groupe hebdomadaire qui peut se dédoubler quand le nombre de professionnels de santé hospitalisés le nécessite. Je tiens à jour un tableau Excel afin que chaque participant (à part moi !) puisse écrire sur une proposition différente, aussi longtemps que dure son séjour à la clinique.

J'ai fait provision de stylos et de feuilles que je mets à la disposition des participants. Au fil des semaines, certains participants apportent leur propre cahier, leur stylo préféré.

La séance commence par le même rituel : se présenter chacun par son prénom. Lors des premiers groupes, les participants faisaient suivre leur nom de leur profession mais j'ai réalisé que ça n'apportait rien de plus, si ce n'est l'inhibition de certain.es (les aides-soignantes par exemple) en présence d'autres, plus diplômés. Ce relatif anonymat professionnel est devenu l'un des socles du groupe : nous sommes tous et toutes des soignants, engagés

professionnellement dans un rapport particulier à l'autre, celui-ci ayant souvent participé à l'émergence de difficultés et de souffrance.

J'explique le fonctionnement du groupe pour les nouveaux arrivants, en particulier la règle stricte de la confidentialité : ce qui se lit, ce qui se dit, ce qui s'échange restent entre nous.

Je fais ensuite part de la proposition d'écriture et nous avons dix minutes pour écrire. « Nous » car j'écris aussi, au titre de soignante, engagée comme les autres participants dans la complexité du lien aux patients. Puis, à tour de rôle, nous lisons notre production, sous la règle du volontariat. Peu n'ont pas lu leur texte, et quand cela a été le cas c'était seulement lors de leur première participation.

Après chaque lecture nous commentons, évoquons les réflexions et associations d'idées suscitées par ce que nous venons d'entendre. Pas de jugement de valeur sur le texte de l'autre, seulement les échos suscités en soi, les liens avec sa propre histoire... Les échanges sont riches, foisonnants, quelquefois donnent lieu à des débordements émotionnels. Je lis mon texte la dernière.

Je prends des notes pendant les lectures, pendant les échanges. Il est étonnant de voir comme souvent les textes résonnent les uns avec les autres, alors que rien n'a été préparé.

Le groupe est « ouvert », c'est-à-dire qu'il n'y a pas de progression explicite d'une séance à l'autre puisque le patient arrivé la semaine précédente peut intégrer le groupe, côtoyant la patiente présente depuis quatre à cinq semaines. J'attends quelques jours avant de proposer le groupe à un patient juste hospitalisé : il faut le temps qu'il ait « pris ses marques » et qu'il ne soit plus dans l'état de confusion ou d'appréhension ressenties à l'arrivée.

Les patients participent pour la plupart à trois à six séances, selon la durée de leur hospitalisation.

Les propositions d'écriture sur lesquelles le groupe a travaillé sont les suivantes :

- Comment je me soigne ? Comment je prends soin de moi ?
- Comment je suis devenu.e soignant.e ?
- C'est quoi pour moi être soignant.e ?
- Puis-je être un.e bon.ne soignant.e si je suis fragile, si je ne suis pas attentif à mes propres besoins ?
- Etre soignant.e, si c'était à refaire ?

Se dessine au fil des séances un portrait complexe du professionnel de santé, du soignant, de la soignante devrais-je dire car nos soignants-patients hospitalisés sont pour 80% des femmes, proportion fidèle à la démographie française des professionnels de santé. Le masculin gardant

valeur d'universalité dans l'usage de notre langue, j'emploierai le masculin dans ce texte mais gardons à l'esprit que ce travail est le reflet d'une réalité très majoritairement féminine. C'est ce portrait complexe que je vais essayer de reproduire ici.

## **PORTRAITS DE SOIGNANTS**

### **Comment devient-on soignant ?**

Dans nos échanges, il est souvent question de déterminisme familial et de filiation : famille de soignants, culture familiale, modèle parental, père, mère, tante qui rentraient heureux de leur travail, qui donnaient envie. Il est question de « *la potion dans laquelle on est tombé étant petit* » et de l'identité familiale mais aussi « *du prix à payer pour faire partie de cette famille* » et l'histoire plus rare d'une fille illégitime qui a « *fait médecine* » pour retrouver son père biologique, chef de service hospitalier, qu'elle ne connaissait pas.

La vocation est évidemment évoquée : c'est quelque chose d'écrit, une évidence, c'est là depuis toujours comme une passion. C'est là depuis l'enfance : jouer au docteur, à l'infirmière, prendre soin des animaux. Un jeu d'enfant qui peut être détaillé : « *l'entonnoir comme respirateur, le balai comme potence, le scotch pour poser la perf* ».

L'idéal est très souvent mis en avant ainsi que les valeurs qui le soutiennent : besoin de se sentir utile, aller vers les exclus, les étrangers, prendre soin d'autrui, rendre la vie des gens meilleure ou moins pénible, donner ou faire plaisir aux autres. On aime les autres ou leur contact, on aime communiquer, on désire faire du bien (même trop).

Il y a aussi une dimension sociale : réparer des injustices, montrer de la solidarité, désirer être bénévole quand on regarde les infos, les crises humanitaires, qu'on voit l'inégalité et l'injustice, oser aller dans des zones où les autres n'osent pas aller et même sauver le monde !

A l'opposé, un patient, provocateur, évoque la jolie secrétaire et la belle voiture du dentiste qu'il allait consulter enfant et qui, selon lui, ont déterminé sa vocation.

L'idéal est en lien avec sa propre histoire : on désire réparer, se réparer, s'accomplir (après une orientation frustrée et contrainte), on se questionne sur la force qu'on a ou qu'on pensait avoir, on voudrait être « *celui qui apporte la lumière* » et donner l'amour qu'on n'a pas reçu.

Le désir de réparation vient de son histoire familiale traversée par la maladie. Les patients-soignants racontent comment la maladie et le soin se sont tressés ensemble. Ce peut être une scène fondatrice, un épisode marquant, le décès du père ou du meilleur ami, une sœur malade, un bébé décédé et une mère ravagée, une amie anorexique, la différence, le

handicap. C'est un traumatisme. On a été pendant l'enfance spectateur impuissant de la maladie, au contact de la souffrance, on a ressenti le besoin de soins et les points de souffrance qui poussent à prendre soin d'autrui, réparer, conjurer le sort, consoler, protéger, soigner maladroitement une mère victime d'un AVC... Il s'agit de comprendre le monde, chercher des réponses pour les autres et pour soi-même. Il s'agit aussi de se protéger soi-même, par exemple fuir un père alcoolique.

Avoir été aidé donne envie d'aider, avoir expérimenté le manque d'aide aussi... ou tout simplement, « *si moi j'avais la chance d'aller bien, il me semblait logique d'aider ceux qui en avaient besoin* ». Mais on s'oublie souvent en désirant aider les autres.

On devient soignant en pratiquant, c'est un cheminement long, ce n'est pas un hasard. Cela se tient dans la relation avec les gens, le toucher, le contact, l'effort physique. Et rapidement des questions se posent : comment avoir de l'empathie sans être trop proche ? Être présent sans s'imposer, accompagner sans diriger ? On sent que l'on fait du bien aux patients, le relationnel ça s'apprend avec eux, avec les collègues, avec l'expérience mais on aurait besoin d'une formation à la relation.

Devenir soignant, c'est découvrir et conforter ses compétences, apprendre en travaillant, observer les autres soignants, les collègues qu'on admire... Apprendre en se trompant (pas trop) : il y a une culture positive de l'erreur.

Le Pr Éric Galam distingue trois aspects dans le curriculum d'un soignant, le curriculum formel, qui démarre au moment des études, le curriculum informel formé des apprentissages au niveau des interactions interpersonnelles et des routines du quotidien et le curriculum caché (hidden curriculum) qui se construit à partir de règles implicites dont on parle pas et qu'il vaut mieux taire<sup>2</sup>, « *ce qui est connu des coutumes et des rituels intimement impliqués dans la construction de ce qu'est une «bonne» et «mauvaise» médecine* ». <sup>3</sup> Cela participe à la formation des professionnels de santé tout au cours de leur vie.

Certains patients nous font devenir soignants et nous font grandir, il y a des expériences dont on se souvient au détail près, l'expérience du décès d'un enfant pendant un soin, la façon dont les histoires des patients se mêlent avec nos histoires personnelles.

Il s'agit de trouver sa place, « *ni paillason ni hérisson* » : un jour on a la confirmation d'être à sa place en face des patients. Ça s'est construit comme ça, construction mentale, colonne vertébrale, statut, stabilité. C'est devenu une structure. Identité et profession se juxtaposent.

---

<sup>2</sup> Galam Eric. Soigner les soignants, la formation implicite des médecins et leurs fragilités. Médecine 2015 ; 11 (9) : 388-390

<sup>3</sup> Galam Eric. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. La Presse Médicale. Vol 43 : pp 358-362. Avril 2014.

Être soignant nécessite d'ajuster le curseur entre d'une part, une « force » qui serait toute puissante, comme une « armure », et d'autre part une fragilité qui rendrait trop perméable aux intrusions, aux douleurs, à tout ce qui peut faire agression pour le psychisme.

Cela nécessite d'aménager, d'assouplir un idéal souvent tyrannique, avec les caractéristiques que l'on va décrire, dont le risque majeur est de conduire à l'épuisement.

## **Être soignant, comment le décrire ?**

C'est allier compétence technique et compétence humaine, « *agir et rassurer* ». La dimension relationnelle est longuement détaillée.

C'est prendre soin, être à l'écoute des besoins des patients (au risque de s'oublier), soulager et apaiser, être dans l'empathie et dans l'écoute envers la souffrance et les difficultés, comprendre et accompagner ceux qui ont une expérience de vie difficile, accompagner l'autre dans son autonomie, le guider, s'adapter à lui, rassurer, expliquer, offrir un lieu d'accueil, un espace d'expression, mettre le patient en confiance, lui tenir la main, l'accompagner, le soutenir. Il faudrait rester solide et sans faille pour gagner sa confiance...

Cela demande présence, réceptivité et attention, écoute et bienveillance, tolérance envers la singularité de chacun, écoute globale, observation, communication, douceur, compréhension, discrétion, tact, compassion...

Cela s'accompagne en retour de satisfaction et de gratification, dans la dimension relationnelle mais aussi sociale, on donne et on reçoit, on apprécie le regard du patient apaisé, on s'investit à deux, un lien particulier se noue, une réconciliation, un partage d'émotions. On intervient sur l'autre en le protégeant, en respectant sa liberté, on propose sans imposer, on est facilitateur d'autonomie ou d'indépendance.

En filigrane de ce portrait idéal, idéaliste, se pose la question de l'identification : « *le patient, comme si c'était moi ?* ». Être dans l'émotion avec un patient, ça peut ouvrir une porte.

C'est un tableau exigeant, s'occuper d'autrui idéalement, avoir la vocation, aimer les gens, être bien soi-même, « *se sentir humain parmi les humains* », soigner de façon unique en mettant le patient au centre, « *en le faisant passer avant moi* ».

Il y a aussi une dimension technique : faire des soins demande une formation, des compétences, une technicité. On apprend à travailler en équipe, on est soignant à plusieurs. On apprend la déontologie, l'éthique. On essaie d'être créatif, d'identifier et mobiliser les ressources des patients et de les transformer en force. Il s'agit de savoirs, savoir académique,

savoir-faire, savoir-être. Il s'agit de ne pas se tromper. Le décalage entre les études et la réalité est parfois brutal.

On acquiert aussi une identité sociale : être utile, avoir une place dans la société, être reconnu, être respectable, être applaudi à 20h lors du confinement. C'est la consécration d'un besoin de sens, on se sent exister. L'identité peut se confondre avec le rôle de soignant.

On comprend qu'il y a des limites. Il faut être bien dans ses baskets, on a le devoir de s'occuper de soi. Il est nécessaire de prendre de la distance, d'être à la « *bonne distance* », de mettre un cadre, ne pas se laisser envahir. On évoque « *la mère suffisamment bonne* », qui est empathique en gardant sa neutralité, qui respecte l'équilibre entre « *ce que je donne et ce que je peux donner* », qui ne va pas là où elle ne veut pas être emmenée, qui s'aménage des sas de décompression.

On n'est pas obligé d'avoir tout vécu pour être un bon soignant, d'être « *solide à tous les étages* ». Quand on est trop fort, on a une plus grande assise mais « *l'ego est surdimensionné* ». D'ailleurs, être fort et sans faiblesse, cela existe-t-il ?

La fragilité peut avoir des atouts. La sensibilité et l'émotivité permettent de mieux comprendre les autres. « *Mes fragilités font partie de mes richesses* ». Les soignants le reconnaissent, être fragile c'est quelque chose de complexe, pas forcément mauvais ni marque de faiblesse. On apprend à faire avec sa fragilité. La fragilité peut être synonyme d'empathie, de sensibilité, de bienveillance. Mais il est préférable d'avoir conscience de ses fragilités et de les mettre en mots pour qu'elles se transforment en forces.

Avoir traversé des épreuves relève de la compétence expérientielle, de même avoir été patient transforme en un meilleur soignant...

Cela évoque la notion de résilience, « *phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable. La résilience serait rendue possible grâce à la structuration précoce de la personnalité, par des expériences constructives de l'enfance (avant la confrontation avec des faits potentiellement traumatisants) et parfois par la réflexion, la parole ou l'encadrement médical d'une thérapie.* »<sup>4</sup>. C'est Boris Cyrulnik qui médiatise en France le concept de résilience<sup>5</sup>. Mais la résilience reste l'exception et non la règle, la marque du traumatisme est le plus souvent indélébile.

---

<sup>4</sup> Wikipédia. Résilience (psychologie) [https://fr.wikipedia.org/wiki/Résilience\\_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Résilience_(psychologie))

<sup>5</sup> Cyrulnik Boris. Les Vilains Petits Canards, Paris : Odile Jacob 2004

On retrouve la nécessité d'un curseur interne à ajuster en fonction des épreuves de la vie, entre fragilités, traumatismes, défenses psychologiques du « *surmoi* » et idéal. L'idéal que l'on porte en soi est un moteur à condition qu'il ne s'emballe pas !

### **Est-ce que je me soigne en soignant les autres ?**

Cette question revient souvent. Là encore plusieurs aspects sont identifiés. On peut être soignant pour compenser sa fragilité, la mettre de côté, l'oublier, par exemple devant des cas graves. On se soigne en se sentant en bonne santé à côté des malades, on laisse ses problèmes au vestiaire, on recouvre l'abcès, on essaie de faire comme d'habitude. « *On est comme le roc* ». Faire du bon boulot c'est une gratification, ça permet de tenir le coup.

Soigner les autres et faire passer les autres avant soi conduisent aussi à éviter de se soigner. Ou bien est-ce une façon (détournée) de prendre soin de soi ? Qu'est-ce qu'on répare en étant soignant ?

Savoir reconnaître les besoins d'autrui est plus facile que reconnaître les siens propres, on est moins impliqué émotionnellement. Donner plus, aller plus loin, garder la conviction d'être un bon soignant : est-ce une illusion ?

Un accord se fait autour de la nécessité de prendre en compte ses propres besoins pour devenir un meilleur professionnel de santé. Il s'agit d'identifier les signaux précoces de l'épuisement, ne pas attendre le *burn out*, ne pas attendre de ne plus avoir le choix. « *S'écouter pour entendre le petit enfant présent en nous* ». Comment identifier ses émotions, les signaux de notre corps et les verbaliser ? Le danger est fréquent de banaliser.

Quels sont les signaux qui doivent alerter ? On identifie plusieurs niveaux dans ce qui conduit au *burn out*, ça peut commencer par une diminution de ses compétences et de ses capacités, on est moins performant, moins patient, parfois agressif, plus suffisamment rassurant, on perd patience avec les patients, avec les collègues, on a peur des reproches, on démarre au quart de tour... Le danger est de devenir maltraitant en se protégeant trop, de fonctionner en « *mode robot* » qui est épuisant, on fait semblant, on joue un rôle, on se blinde, on a encore la force de prendre sur soi. Mettre un masque, une armure peut bloquer les patients et être un danger pour le patient et le soignant. On risque des erreurs, on ressent plus vivement les exigences des patients, leur possible tyrannie. On n'est plus à l'écoute.

On est insatisfait du travail que l'on fournit, coupable de ne pas aller bien vis-à-vis de ceux dont on s'occupe. Se négliger c'est négliger les patients et on s'interroge : jusqu'où, jusqu'à quand s'occuper d'autrui quand on est fragile ? C'est une utopie, un non-sens, quand être là pour les autres s'oppose à être là pour soi. Quand il n'y a pas de frein, le désir de perfection mène à l'épuisement.

Il est nécessaire de distinguer fragilité et surmenage mais l'un peut mener à l'autre et conduire à l'épuisement, on devient manipulable, on n'a plus la force ou de capacité de mettre des limites : donner un peu plus et un peu plus encore, risquer de s'effondrer davantage. Le travail nous abîme. On parle à nos enfants comme s'ils étaient des patients, quand ils sont malades on les fait garder pour aller travailler, on va travailler même quand on est en repos ou mal fichu. On inverse le paradigme : « *Je suis irremplaçable pour mes patients mais pas pour ma famille* ». On ramène les patients à la maison. Les patients occupent toutes les pensées. « *Le cabinet fonctionne comme le psychisme : même quand c'est verrouillé les patients rentrent* ». Il n'y a plus de limite entre vie professionnelle et vie privée, on ne laisse plus la blouse au vestiaire. On est englouti dans le travail, la pensée permanente du travail, c'est une oralité passionnante, dévorante.

Ce trop grand investissement physique et psychologique met en danger. La rupture avec l'épanouissement date de longtemps avant la fatigue physique, c'est insidieux et « *ça fait péter tous les pans de la vie* ».

A un certain point, c'est l'emballement jusqu'à l'épuisement, il n'est plus possible de rester soignant. « *J'écoute mais je n'entends pas* ». On est en lutte avec soi-même, en lutte pour sa propre survie, mis à mal par l'angoisse, « *la broyeuse* », les blessures non soignées : le vacarme des échos et des réminiscences est trop fort, on n'arrive plus à avoir la maîtrise de soi, on est submergé, on perd pied, le corps lâche.

On s'isole, on n'entend plus les collègues, on tourne sur soi. Il y a quelque chose dans le métier qui serait du tout ou rien : pour échapper au tout, aller dans le rien. « *Le travail m'a bouffée* ».

On n'identifie pas de différence majeure entre soignants en institution et soignants qui travaillent seuls. Même si les facteurs et les parcours qui conduisent au *burn out* ne sont pas identiques (maltraitance institutionnelle vs isolement délétère), les mécanismes internes qui se mettent à l'œuvre se ressemblent étrangement.

## **Aller vers les soins**

D'autant que le fait d'être soignant empêche de se faire soigner. On préfère gérer les choses soi-même, par abus de confiance en soi, par peur de montrer sa faiblesse, par crainte d'être disqualifié, par honte. « *Je me soigne moi-même, je m'automédique* ». Il est difficile d'aller voir les collègues alors on n'a pas de médecin traitant, on ne consulte pas, on consulte au dernier moment.

On croit à la magie : « *quand on est soignant, la maladie ne peut pas nous atteindre, on est à l'abri.* »

On se sent coupable d'aller vers le soin, comme si les autres étaient plus légitimes à se faire soigner que soi-même (idem pour ses propres enfants). Orgueil, prétention ? On a une mauvaise image de soi, on ne fait pas attention à soi : nourriture rapide, somnifère, arrêt du sport... On boit de l'alcool, on fume du tabac ou du cannabis pour faire baisser la pression. On n'ose pas demander de l'aide, on est inconscient ou sourd à ses propres besoins. Les soignants ont souvent un haut seuil de tolérance à leurs propres souffrances.

Le seuil minimal c'est ne pas se laisser aller, être propre et décent, on ne se donne plus le temps de faire les choses qu'on aime. On n'a plus assez d'énergie pour s'occuper de soi. C'est si dur de prendre soin de soi quand on ne va pas bien, on camoufle ce qu'on ne soigne pas. Il faut juste rester présentable et acceptable pour les autres et pour soi.

Prendre soin de soi ? On ne sait plus faire, pour peu qu'on ne l'ait jamais su. On se sent perdu, on se force à pratiquer un loisir sans en profiter, ces moments où on est censé se faire du bien deviennent bien trop coûteux.

On se néglige comme si on voulait se punir, « *de quoi je me punis ? de quoi je me sens coupable ?* », on sait écouter les patients, on ne sait pas s'écouter soi-même. La douleur d'autrui relativise la sienne. On n'écoute pas les alarmes, on attend trop, on fait du sport à en souffrir : on supporte la douleur au maximum, on se sent vivant quand on souffre. Les seules sensations que l'on éprouve encore sont liées à la douleur. « *C'est quoi les symptômes du bonheur ? je ne ressens rien, mon corps est froid* ». Les douleurs, les émotions, les pleurs et la souffrance deviennent preuve d'existence, seul registre de compréhension. Prendre soin d'autrui revient à se négliger soi-même jusqu'à la maltraitance, la souffrance somatique légitime. Il s'agit de rester une bonne soignante, à ses dépens, jusqu'à ce que le corps lâche. Il y a un côté sacrificiel : abnégation dévouement, continuer tant que ce n'est pas insupportable... Les signaux s'allument de plus en plus fort, on s'accorde de moins en moins de temps puis plus du tout, « *on a envie de mourir plutôt que d'aller au travail* ».

« *Marche ou crève* ». La réponse est radicale : le corps lâche. Surviennent la fracture ou la maladie grave qui obligent à s'arrêter, qui donnent « une chance » de s'écouter enfin. Ou bien un matin, on ne peut plus se lever, un poids énorme vous cloue au lit. Ou arrivent les idées noires, les idées suicidaires, une façon ultime de dire stop.

« *Personne autour de moi n'a vu que je n'allais pas bien.* »

C'est l'hospitalisation, en soins somatiques ou en psychiatrie. Il est difficile de se retrouver de l'autre côté de la barrière.

## Comment prendre soin de soi ?

Comment éviter d'en arriver là, où placer le curseur ? On distingue différents degrés dans la façon de prendre soin de soi. La recherche du bien être en est le premier aspect, souvent insuffisant face aux fêlures d'une vie de soignant.

Voilà à quoi rêvent les soignants hospitalisés : tout ce qui a manqué, ce qu'on n'a pas été capable de préserver face aux débordements émotionnels internes et externes du quotidien professionnel et personnel.

On voudrait (re)mettre comme priorité le besoin fondamental de prendre soin de soi, refaire des petites choses quotidiennes, prendre du temps pour soi. Cela se décline de multiples façons : faire du sport, voyager, voir des amis, prendre un thé ou un bain, passer du temps avec soi-même, être vacant, faire ou écouter de la musique, danser à nouveau, dessiner, lire, écrire, prendre soin de son corps par l'alimentation, le sport, le massage, le toucher, le plaisir, marcher en forêt avec le chien, faire de la cohérence cardiaque, du yoga, de la méditation, arrêter de fumer. Porter des vêtements confortables, se parfumer, se maquiller, jardiner, faire un bon repas, trouver un lieu où se ressourcer, ne pas oublier les soins primaires : dormir, manger, se laver, marcher, respirer... Être avec ses proches, ne pas regarder les infos, ressentir de bonnes sensations physiques, réintégrer son corps, se sentir porté, bercé...

Au-delà de ces mesures de bien-être, on prend conscience de la nécessité qu'il va y avoir d'alléger les journées et les relations sociales et professionnelles, en travaillant moins, en identifiant ses besoins et ses limites, en baissant ses exigences. Mettre la limite entre vie professionnelle et vie privée, prendre moins à cœur les soucis d'autrui, réduire la charge mentale, s'exprimer, affirmer ses envies, être en proximité avec soi-même, écouter ses besoins pour les satisfaire. On va avoir le devoir de s'occuper de soi, d'être bienveillant envers soi. On devra apprendre à utiliser le bouton « off », reconnaître ses forces et ses faiblesses, sa valeur, ses compétences, tout ce qu'on donne et ce qu'on reçoit, s'entourer bien (sans dépendance), apprendre à s'aimer, à rester en accord avec ses valeurs. Il sera quelquefois nécessaire de s'arrêter pour se préserver, se protéger. Travailler peut faire du bien mais jusqu'à un certain point, on identifiera ses limites et on les respectera. La famille, les intérêts personnels, les activités artistiques sont l'oxygène pour pouvoir fonctionner. Le travail ne sera plus au centre.

On arrêtera les relations avec les gens toxiques, on apprendra à reconnaître ceux qui nous exploitent affectivement, on apprendra à dire non.

Mais comment mettre en application ce qui nous ferait du bien ? Beaucoup ont lu des livres de bien-être, malgré cela la maladie, le *burn out*, l'hospitalisation sont survenus.

C'est là qu'il est nécessaire d'ajuster le curseur entre l'idéal qui nous a poussé à devenir soignant et l'écoute de ses propres fragilités et des traumatismes infantiles. L'idéal est tyrannique, on porte en soi le propre moteur de son épuisement. Comment lui tenir la bride ? Panser ? Compenser ? Les frontières sont incertaines. Essayer d'être au clair avec ce qui nous a conduit à devenir soignant aide à mieux cheminer.

Travailler en équipe ou en réseau, entreprendre une psychothérapie ou une supervision sont autant de lignes de protection qui, celles-ci, ne sont pas des fortifications mais apportent souplesse et possibilité de remaniements. On réalise qu'il est possible de recevoir les émotions et de les digérer sans se laisser envahir, sans y perdre de plumes...

De même, être malade et accepter de se faire soigner, demander de l'aide, ce n'est pas un échec. Prendre conscience de ses propres besoins perturbés, accepter l'aide humaine et médicamenteuse, confier ses difficultés, accepter d'être malade et se laisser soigner, accepter une hospitalisation, autant de révolutions pour (re)trouver un fonctionnement harmonieux, se retrouver soi-même.

## **Et les conditions de travail ?**

Tout n'est pas psychologique. On ne fait pas l'impasse sur les difficultés sociales du travail de soignant. On a en tête les contraintes spécifiques de son métier : la vie décalée avec les enfants, les horaires coupés interminables, le manque de temps. Les salaires ne sont pas à la hauteur de l'investissement humain qui est demandé, les conditions de travail sont dégradées : moins de personnel pour des tâches plus nombreuses, plus techniques, où le relationnel est négligé. Les valeurs ne sont plus partagées, on rencontre l'ingratitude de l'administration mais aussi des patients. « *La direction détruit l'équipe, on est harcelé par le chef, 4/5 de l'équipe est en burn out, pourtant on rajoute des patients, on enlève des locaux.* » Les dirigeants ne comprennent pas le soin : défaut d'organisation, défaut de communication. « *En 30 ans, on a encore moins de moyens.* ». Faire des actes, de la rentabilité déconsidèrent le métier de soignant.

On souffre de ne pas être en accord avec les gens avec qui on travaille : c'est un facteur d'épuisement. « *Les conflits ça me terrorise* ».

On a l'impression de n'être plus rien, qu'être soignant ce n'est plus rien, ça n'a plus de sens. Les qualités nécessaires ne sont plus suffisantes. La gentillesse et la bienveillance ne suffisent plus. Le patient n'a plus de respect, il y en a qui crachent, qui frappent, qui disent « *j'ai du fric, je veux* ».

On arrache sa blouse blanche, on arrache son identité, on casse le mythe.

Pas la vocation ? Plus la vocation ? Comment garder le cap ?

Jusqu'à quand on a envie d'être soignant ? C'est la question inévitable que se posent les soignants hospitalisés. Pour certains c'est impossible d'y renoncer. « *J'adore mon travail, ça me procure de la joie de travailler, ça fait partie de moi depuis toujours, ça fera toujours partie de moi.* »

Mais on apprendra à poser des limites pour continuer à en tirer des satisfactions.

D'autres regrettent : « *ce que j'avais à offrir n'a pas suffi* ». « *Le soin est une machine à broyer* ». « *C'est une guerre qu'on ne contrôle pas* ». On ne saura pas mettre de limites. Les conditions de travail se sont trop dégradées.

Alors, que faire ? S'occuper de chevaux, d'animaux, faire un bilan de compétences, de l'humanitaire, voyager, ouvrir un bar à chat... Faire son deuil et après ? « *Actuellement je n'ai plus d'objectif, plus d'envie. Je suis arrivée au bout mais que faire d'autre ?* » Pour tous c'est une réflexion fréquente, quotidienne...

Ou recommencer autrement, en prenant d'abord du repos et du recul par rapport au métier.

On envisage une reprise future, plus ou moins lointaine mais certaine. On va essayer de faire différemment, de prendre de la distance par rapport aux patients, de dire à l'employeur quand ça ne va pas, demander des horaires fixes, s'imposer un cadre. Un boulot plus soft, avec moins d'heures.

On va aussi poursuivre la psychothérapie entamée pendant l'hospitalisation.

On aimerait progresser dans son métier, reprendre des études, on peut travailler dans des secteurs différents, en tout cas rester dans le domaine du contact humain. Continuer à soigner les gens d'une autre façon. La réparation continue à être un moteur. « *Le métier colle à la peau* ».