

Désenchantement en terres hospitalières

Émilie Demule

DANS **PSYCHOLOGUES ET PSYCHOLOGIES** 2018/4 N° 257 , PAGES 009 À 011
ÉDITIONS **SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES**

ISSN 0297-6234

DOI 10.3917/pep.257.0008c

Date de mise en ligne : 07/09/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psychologues-et-psychologies-2018-4-page-009?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Syndicat National des Psychologues.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

DÉSENCHANTEMENT EN TERRES HOSPITALIÈRES

Émilie DEMULE*



Karl-Léo Schwering constatait qu'il est bien rare « d'entendre des psys parler publiquement de leur souffrance à travailler à l'hôpital » et plus encore « de croiser des publications où cette souffrance se donne à lire » [1]. Si Schwering témoignait de son vécu de honte et d'ennui, je souhaiterais ici partager mon propre désenchantement après plusieurs années à travailler en services de médecine et de chirurgie.

UNE CLINIQUE INCONFORTABLE

La pratique du psychologue dans de tels services porte déjà en elle les augures d'un inconfort, voire d'une certaine frustration. Si cette clinique se situe bien *au chevet* du patient, elle doit aussi composer avec l'environnement immédiat : bruits du *monitoring*, présence plus ou moins discrète d'un voisin de chambre, interruptions parfois abruptes pour un soin ou un examen qui ne peut attendre. D'ailleurs, le terme de *suivi psychologique* semble souvent bien ambitieux : les rencontres avec le patient peuvent aller de l'entretien ponctuel au suivi morcelé. Il faut composer avec des durées de séjour particulièrement courtes, des transferts vers d'autres hôpitaux ou services spécialisés, des créneaux d'entretien calculés en fonction du moment de la toilette, des soins, des examens, de la kiné, des visites. Autant de tensions entre le *chronos* hospitalier et le *kairos*¹ du Sujet, de la rencontre.

Sur cette terre hospitalière, le psychologue est

en proie à une certaine solitude : il reste un barbare, au sens le plus historique du terme, un étranger qui ne partage pas la même langue. S'il lui est nécessaire d'apprendre les rudiments du vocabulaire médical, il doit pourtant veiller à ne pas tomber dans un excès qui signerait une perte d'identité. Mais il doit également résister à la tentation de son propre jargon - tentation bien souvent sous-tendue par des questions de légitimité dans un milieu, l'hôpital, où celui-ci est gage de professionnalisme. À noter que l'appropriation du langage *psy* par les soignants n'est pas toujours heureuse non plus (« *ce patient est dans la maîtrise* » ou « *dans le déni* ») et potentiellement source de malentendus.

Je citerai encore K.-L. Schwering, affirmant que c'est « *le sentiment tenace de ne jamais avoir de place, et de ne jamais être à sa place qui [est] éprouvant* » [1]. Mais là n'est pas encore le lieu du désenchantement.

HYPERMODERNITÉ ET PENSÉE OPÉRATOIRE

Il nous faut encore tenir compte des métamorphoses récentes subies par les terres hospitalières sous la pression de l'hypermodernité.

Comme le souligne Jean-Pierre Pinel [2], cette dernière se caractérise par un culte de l'efficacité, du résultat quantifiable et de la technique,

* Psychologue clinicienne au Centre hospitalier d'Auxerre

1 Dans la mythologie grecque, Kairos est le dieu de l'opportunité, figure allégorique du *bon moment*, notamment utilisée par la philosophie et la psychologie.

porté par l'idéologie de la transparence et l'illusion d'une possibilité de prévenir tous les risques (rigorisme de la traçabilité, démarches d'accréditation). La temporalité en est également affectée : « *il s'opère une mutation telle que ce ne sont plus la durée, la mémoire et le passé qui font référence et modèle, mais la mobilité, le flux et l'urgence* » [2]. Ces terres deviennent mouvantes sous l'intensité des contraintes s'exerçant sur elles. Les pratiques professionnelles s'en trouvent bouleversées : le *diktat* des protocoles et procédures, en situation de flux tendu quasi permanent, fait glisser le professionnel de santé dans un paradigme simplificateur où il se voit souvent réduit au rôle d'« *opérateur administrant un protocole* » [2]. Tandis que le pragmatisme s'absolutise, le soignant est tenté de fuir la complexité du champ relationnel et d'occulter sa fonction réflexive.

Ces pressions fragilisent l'institution soignante, notamment dans sa fonction métadéfensive² : elle peine considérablement à contenir les angoisses - dépressives et persécutives - et les mouvements pulsionnels violents des sujets dont elle a à prendre soin [2]. Bien plus, ceux-ci se voient renforcés par la violence d'une logique purement pragmatique et gestionnaire. Sous ce feu croisé, la notion d'hospitalité entre en crise. De même que les professionnels de santé.

À ce sujet, est-il possible que le mode de fonctionnement imposé à l'institution entraîne chez ces derniers le développement d'une pensée opératoire ? Certaines réunions pluridisciplinaires

et temps de transmission, par exemple, témoignent de cette pensée concrète, collée au réel, sans association ni représentation, décrite par Pierre Marty dans sa clinique psychosomatique [3]. Le discours s'y rattachant est foncièrement médico-factuel et descriptif. Les affects émergent peu et sont d'ailleurs difficilement identifiés (que ce soit chez le patient ou chez le soignant lui-même). Je me souviens d'un échange avec une infirmière au sujet d'un patient veuf depuis quelques semaines et venant d'apprendre qu'il était atteint d'un cancer. Lorsque je demandais des informations sur l'état psychologique de cette personne, l'infirmière me répondit : « *Il ne dit rien, c'est qu'il va bien* ». La vie psychique - et en particulier la souffrance - tend à être réduite à ce qui est observable. Les conflits, quant à eux, trouvent une résolution factice dans l'immédiateté de l'agir, court-circuitant du même coup les capacités réflexives du soignant : « *je ne pense plus, j'agis* » écrit Daniel Schurmans [4]. La difficulté à investir des lieux d'élaboration et de métabolisation tels que les groupes de parole témoigne d'une butée dans l'accès à ses propres émotions et à l'introspection.

Mais si pensée opératoire il y a, n'est-ce pas le signe d'une souffrance et d'un débordement des capacités défensives chez les soignants ? Pour Claude de Tychev, il est possible d'admettre que ce mode de pensée - chez certains sujets - se présente comme un « *mécanisme de défense permettant de court-circuiter l'intensité de la charge de souffrance* » [3].

DU BON USAGE DU PSYCHOLOGUE

Dans ce contexte, la place du psychologue en services de médecine et de chirurgie peut s'avérer bien vite inconfortable. Sans doute est-ce un retour (mais pas seulement) de l'inconfort provoqué par les manifestations de la vie psychique des patients dans des lieux où le pragmatisme efficace fait loi. En effet, quelle place reste-t-il, dans une telle logique, à l'ambivalence des sentiments, à l'indicible des angoisses, à l'inscription des symptômes dans l'économie psychique des patients à toutes ces manifestations de la complexité de la personne humaine, qui la constituent comme sujet singulier

mais qui sont autant de grains de sable dans l'engrenage des soins protocolisés ?

Cette simplification de la conception du sujet et cette protocolisation du soin peuvent entraîner une incompréhension de l'identité du psychologue et de son *bon usage*. Il peut être présenté au patient comme *celui qui aura le temps* d'écouter ou de *discuter*. On se le représente tantôt professionnel du verbe (lui demandant alors d'annoncer une maladie, voire un décès), tantôt négociateur (en cas de tensions, ou pour investiguer *ce que sait* un patient). Au comble de la protocolisation, il

2 L'institution, en tant que groupe, a notamment pour fonction de fournir à ses membres une organisation défensive venant soutenir leurs défenses individuelles.

lui arrive même - de manière particulièrement désubjectivante - d'être prescrit *en si besoin*³, au même titre qu'un traitement (le principe actif du psychologue étant, bien entendu, la parole). La pensée magique n'est jamais loin : *on* s'attend tacitement à ce que le psychologue soit en mesure de soulager la peine dans l'immédiat d'un entretien comme *on* l'attendrait d'un antalgique (encore que ce dernier dispose d'un délai d'action). D'où l'incompréhension, plus ou moins dissimulée des soignants, devant des manifestations de tristesse ou d'angoisse alors même que le psychologue est intervenu. « *Était souriante ce matin. Mais a pleuré pendant l'entretien avec la psychologue* », écrivait un jour un soignant sur le dossier d'une patiente. Les professionnels de santé se retrouvent démunis lorsqu'ils expérimentent directement qu'aucun protocole ne peut supprimer les angoisses qui

assaillent le sujet gravement malade : « *En début de nuit, le patient dit qu'il va mourir bientôt. Patient déprimé. Écoute + compassion. Patient toujours déprimé* » écrivait un autre soignant.

Ce dernier exemple illustre à quel point notre conception de la souffrance est, elle aussi, marquée du sceau de la simplification et de la protocolisation. La soulager est-ce la supprimer ? Peut-on raisonnablement penser qu'il est possible - voire sain - de faire taire toute manifestation de tristesse, de détresse, d'angoisse ? Le psychologue est régulièrement appréhendé comme celui qui viendra effacer, par ses compétences techniques, la souffrance morale d'un sujet. Pour reprendre les mots de D. Schurmans, « *il faut détruire de toute urgence, chez nos contemporains, l'illusion pernicieuse qu'il existerait à la souffrance une solution technique* » [4].

Dans ces terres médicales, le psychologue est et doit rester étranger aux appels à l'efficacité, à la productivité, à l'urgence, à la protocolisation ; autant de menaces qui pèsent sur sa pratique et son identité, mais également sur ses relations avec les soignants. Il importe donc au psychologue de s'engager dans un travail d'équilibre entre identité propre et intégration en équipe, évitant tout autant l'écueil de l'isolement que de la fusion. Car c'est dans la relation que le psychologue trouvera l'espace d'exercer sa profession (parfois même avec créativité) malgré les contraintes de l'hypermodernité. ■

3 Expression médicale utilisée lors de la prescription ponctuelle de certains traitements.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Schwing, K-L., (2014), « La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital », *Champ psy*, n°66, pp. 31-44.
- [2] Pinel, J-P., (2015, septembre), « Nouvelles normativités et violences dans les institutions », communication présentée au colloque « Normes règles et lois », Ronces les Bains, France. Résumé : <http://www.avvej.asso.fr/fichiers/23e-s-minaire2015/jean-pierrepinel-avvej.pdf>
- [3] De Tychev, C., (2010), « Alexithymie et pensée opératoire : approche comparative clinique projective franco-américaine », *Psychologie clinique et projective*, n°16, pp. 177-207.
- [4] Schurmans, D., (2010), *L'homme qui souffre*, Paris, Presses universitaires de France.