

Peut-on soigner sans s'impliquer et comment s'impliquer sans s'user ?

Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN

Conférence du jeudi 9 Octobre 2014

Dans le cadre de la journée professionnelle organisée à l'Hôpital Henri Guérin à Pierrefeu du Var

"Ce n'est pas le monde extérieur qui nous empêche de réussir, c'est le monde intérieur"

Dr Bruce LIPTON

En cette époque marquée de l'effroi du néo-management¹ qui va jusqu'à envahir le secteur hospitalier,

"Il ne faut jamais coopérer avec le mal."

Mahatma GANDHI

N'ayant pas l'illusion que vous changiez le système par des efforts individuels ou collectifs inspirés de la seule réaction,

"Acquiers la paix intérieure et des foules d'hommes et de femmes autour de toi seront en paix."

Saint Séraphin de SAROV

Constatant que les changements requerraient une très solide mobilisation et donc d'implication

*"Là où croît le péril... Croît aussi ce qui sauve."*²

Hubert REEVES

J'ai accepté de réfléchir avec vous sur le thème

Peut-on soigner sans s'impliquer et comment s'impliquer sans s'user ?

Encore faut-il accepter une réalité :

"On a tort de se plaindre qu'un flambeau se consume en éclairant les autres"

Saint François de SALES

Une publication récente de l'American Sociological Association diffuse une "étude" de l'Université d'Akron aux termes de laquelle *"Trop d'empathie, serait un risque de burn out"*. L'étude précise que *"si la profession reste majoritairement féminine c'est parce que la femme est naturellement associée et encline à la bienveillance, à l'altruisme, à la protection... ainsi le désir d'aider les autres est donc souvent une motivation essentielle pour choisir la profession, ce qui serait la cause de l'épuisement. Ainsi les Infirmières un peu moins habitées par cet altruisme mais qui trouvent cependant un intérêt réel à leur exercice professionnel et/ou au mode de vie qu'il implique, seraient les plus heureuses dans leur métier" !!!*

Un certain recul affectif est recommandé... et pour faire face aux inconvénients du surcroît d'implication à risque, l'étude préconise l'ouverture de la profession... **aux hommes !!!** Merci pour eux!!!!

Les extraits publiés sur internet soulignent quand même *"que les Infirmières capables de prendre du recul et ayant cependant la capacité d'inter-agir avec les patients sont plus heureuses dans leur travail et restent plus longtemps dans l'établissement"*... Ouf !!!

Une autre étude réalisée en France par des étudiantes de l'École de Cadres Infirmiers de la Pitié Salpêtrière clarifie d'autres éléments très intéressants pour le sujet qui nous occupe. Il s'agissait d'un mémoire collectif sur un établissement hospitalier de 4000 lits à l'époque, donc sur une grande échelle, cette étude montrait que, **faute d'avoir une formation suffisante à la relation d'aide infirmière** (ou, en d'autres termes, à la gestion de l'interaction), les professionnelles(**els aussi**) commençaient la plupart de temps par s'impliquer affectivement : à "laisser parler leur cœur" (anarchiquement ?).

Cette étude montrait que faute d'avoir une formation suffisante à la relation d'aide infirmière³, les professionnelles(**els aussi**) commençaient, la plupart de temps très rapidement, quelquefois dès les études en IFSI⁴, à développer un processus défensif qui consistait à ranger **inconsciemment** les malades et leurs familles en trois catégories.

La première catégorie comportaient les **"bons malades"**. L'enquête montrait que les "bons malades" étaient les malades qui renvoyaient les professionnelles(els) à un **"bon moi" professionnel ou personnel**, un "moi" qui "réussit". Avec ces "bons malades", les professionnelles(els) s'impliquaient dans la **"sympathie"** et se mettaient à **"souffrir avec"** ce qui est le sens du mot sympathie.

Après quelques expériences de "souffrir avec", ces professionnelles(els) s'efforçaient de ne plus s'impliquer et se retiraient dans **l'inhibition de l'action**⁵ ce qui est un stresser majeur. Stresser qui conduit directement à l'usure du soignant.

La seconde catégorie était constituée des **"mauvais malades"**, ceux qui les renvoyaient à un **"mauvais moi" professionnel ou personnel**, un "moi" qui "échoue, qui rate la cible". Avec ces "mauvais malades", les professionnelles(els) développaient de **"l'antipathie"** qui, comme le mot l'indique, consiste à **"souffrir de"** (l'expression est de Françoise DOLTO). Après quelques expériences de "souffrir de", ces professionnelles(els) s'efforçaient de ne plus s'impliquer et se retiraient dans **l'inhibition de l'action** ce qui est un stresser majeur. Stresser qui conduit directement à l'usure du soignant.

Restait une troisième catégorie celle des soignants qui choisissaient de "faire souffrir", position hautement perverse...

"Souffrir avec", "souffrir de" "faire souffrir", symptômes d'usure du soi-niant.

Les quelques critères retenus à l'époque par les équipes pour définir le **"bon malade"** ont de quoi faire réfléchir :

Il(elle) arrive propre sur soi,

Il(elle) parle français,

Il(elle) a une pathologie qui intéresse les médecins, on n'a pas besoin de leur courir après pour qu'ils s'intéressent à lui (elle),

Il(elle) ne pose pas de questions gênantes auxquelles on ne sait pas répondre,

Il(elle) est plutôt blond(e) aux yeux clairs,

Il(elle) a une famille inexistante...

Quant au **"mauvais malade"** :

Il(elle) arrive sale sur lui(elle)

Il(elle) est vieux(vieille)

Sa pathologie n'intéresse personne,

Il(elle) pose des questions auxquelles on ne sait répondre

Il(elle) a une famille harcelante

Il(elle) est plutôt de type méditerranéen

Il(elle) ne parle pas français,

Il(elle) fume...

24 critères avaient été répertoriés pour chaque catégorie et réutilisés pour tester quelles étaient les réponses relationnelles qu'envisageaient les Infirmières(iers) dans des situations illustrées pour chaque critère. Ces situations, qui surchargeaient d'appels le service de psychiatrie interne pour intervention, témoignaient d'une absence quasi totale de formation à la communication, et bien sûr à la relation d'aide infirmière.

Pour être efficaces et/ou seulement intelligents les intervenants du service de psychiatrie devaient s'occuper non seulement des patients mais également des soignants. Activité pour laquelle aucun budget de la Sécurité Sociale n'est prévu.

**Ne pas rester indifférent à la douleur et/ou aux difficultés d'autrui est d'ailleurs un signe de santé.
À l'inverse rester indifférent est un signe d'usure avancée.**

La communication avec une personne souffrant de troubles "bio, psycho, socio, spirituels ou environnementaux" et, plus encore la relation d'aide infirmière, ne s'organisent ni à partir de la sympathie "souffrir avec", ni à partir de l'antipathie "souffrir de", encore moins à partir de réponses perverses, sadiques et/ou cyniques "faire souffrir" et parfaitement non professionnelles.

La relation d'aide infirmière, et d'ailleurs la simple communication, se construisent à partir de l'empathie.

Qu'est-ce que l'empathie ? **C'est d'abord et avant tout la capacité acquise de se comprendre soi-même quand on est confronté à la douleur, à la souffrance, aux limites, aux comportements divers et bouleversants ou choquants, de l'autre. Cela suppose un "travail sur soi".**

Certains manuels de formation québécois, pour les Infirmières(iers) étaient rédigés de la façon suivante : en tant que soignant **"comment prendre soin de soi ?"** face à un malade qui vous sollicite sur le mode sexuel, sur le mode de la violence, sur le mode de la manipulation, sur le mode de la peur, etc.

Il n'y a pas d'empathie pour l'autre, s'il n'y a pas d'empathie pour soi-même.⁶

Mais parler d'empathie suppose une certaine conception de l'exercice infirmier ou, si vous n'êtes pas de cette profession, une certaine conception de votre métier **au service de l'humain**, tout à fait incompatible avec les principes du néo-management.

Pour la profession d'Infirmière(ier) les **principaux buts de l'exercice** sont les suivants :

- ***"Préserver, maintenir et développer les capacités à vivre de la personne soignée, quelque soit le défi imposé par le problème de santé.***
- ***Développer les habiletés de la personne soignée à utiliser les hyper structures de soins mises à sa disposition par la médecine.***
- ***Soutenir les compétences des personnes soignées à s'actualiser comme sujets capables de décision et de choix pour vivre une vie de qualité, empreinte de sens et d'espérance en dépit de l'épreuve que constitue la maladie, et éviter la confiscation de soi par la technologie et la consommation passive."***⁷

Pour la profession d'Infirmière(ier) les **principaux buts de la relation d'aide** sont les suivants :

- ***Aider la personne soignée à développer et/ou à retrouver la capacité à assumer sa réalité,***
- ***Aider la personne soignée à développer et/ou à retrouver la capacité de se réconcilier avec soi-même, la capacité d'amour de soi***
- ***Aider la personne soignée à développer et/ou à retrouver la capacité de faire des projets qui donnent du sens à sa vie.***

Ces trois buts ne sont évidemment pas exhaustifs, ils correspondent également aux critères minimum de santé mentale.⁸

On l'aura donc compris pour la profession d'Infirmière(ier) la personne soignée n'est ni une "maladie", ni un "objet de soins", encore moins une "enveloppe budgétaire", mais un **Sujet**, "système ouvert" qui s'actualise en 5 dimensions : bio, psycho, sociale, spirituelle et environnementale. **Sujet capable de décisions** (même si les motifs de celles-ci lui restent en partie inconscientes), ayant des droits et des responsabilités.⁹

Traiter le malade en "objet" ou en "maladie" ou en "enveloppe budgétaire" est une source d'usure rapide quasi assurée, par perte de sens pour le soignant.

Pour redevenir plus généraliste, moins "Infirmière(ier)" allons visiter quelques grands "spécialistes de l'humain".

La première partie de ce titre amenait à s'interroger sur ce que "soigner" et "s'impliquer" veut dire.

Un éminent psychanalyste, Masud KHAN (1924-1989), offre une définition qui "*fait sens*" pour tous : "**Soigner : c'est se préoccuper de**"¹⁰. Masud KHAN eut comme psychanalyste Donald WINNICOTT (1896-1971) figure du Middle Group avec Michael BALINT¹¹ que, j'imagine, tout le monde connaît ici, grâce aux fameux "groupes BALINT"¹². Donald WINNICOTT choisit d'écrire sur sa tombe l'épithète suivante : "*Je souhaite remercier mes patients à qui je dois ma psychothérapie*" ! Il ne s'agissait pas d'argent mais de "co-développement" dirait-on aujourd'hui ! On peut donc conclure qu'on ne peut soigner, même comme psychanalyste, sans assumer le "*souci de l'autre*"¹³, donc un certain degré de "*préoccupation*".... Soigner dans l'indifférence, ça n'existe pas. Qui plus est si l'on en croit Donald WINNICOTT on peut conclure que le fait de "**soigner**" en "**se préoccupant de**" peut être **facteur d'épanouissement** et non d'usure, de repliement ou autres états pathologiques abscons...

Soigner dans l'indifférence est un état suicidaire pour "soi-niant"

Encore faut-il, en se "se préoccupant de", ne pas le faire n'importe comment.

Plus loin nous allons voir que l'usure du soignant commence par l'usure "spirituelle", **la perte du sens** profond d'un engagement. Or **le sens naît dans la relation**.¹⁴

Une profession qui s'origine dans la relation à autrui, et ceci encore plus en psychiatrie, ne peut faire l'impasse sur la relation à soi-même.

On soigne avec ce qu'on est bien plus qu'avec ce qu'on fait.

Effet sur-multiplié auprès de personnes en souffrance mentale. Dans "*l'alchimie du bonheur*" Isabelle FILLIOZAT¹⁵ rappelle que la première nécessité dans la relation thérapeutique est de "*soigner le patient en soi*". Elle est rejointe par de nombreux chercheurs...

Selon Carl Rogers, il existe deux types de soignants : ceux qui soignent à partir de ce qu'il appelle "l'**amour "D"**", c'est à dire l'amour **D**éficitaire. Ces soignants s'impliquent dans l'espoir qu'on leur rendra la pareille, qu'un jour, sans avoir à le demander, ils obtiendront enfin pour eux, ce qu'ils estiment donner aux autres. Ces soignants courent directement à l'épuisement.

Le second type de soignants est celui de ceux qui soignent à partir de ce que Rogers appelle l'**amour "E"**, c'est à dire l'Amour d'**Ê**tre. Ils ont accès à la source d'un amour inconditionnel en eux qui fait qu'ils peuvent soigner sans s'user, ni s'épuiser... mieux en y trouvant des opportunités de d'épanouissement.

On trouve une trace de cette catégorie de soignants dans la charte des droits des malades mourants qui écrivent : "*J'ai le droit d'être accompagné par des soignants pour qui le fait de m'aider donnera du sens à leur vie*"¹⁶.

Reprenons cette constatation de Boris CYRULNIK : **le "sens" naît dans la relation à autrui**. C'est dire que "soigner" sans "s'impliquer" dans la relation c'est déjà s'user... ou être hors d'usage !!

Mais comment s'impliquer ?

Dans un système d'attachement suffisamment sain

ce qui suppose une reconnaissance de l'altérité et le renoncement à toute position de dominance, un peu de patience nous y arrivons.

Pour tous les humains, l'usure, "le burn out", s'origine dans **la perte de sens**, ce qu'on appelle dans nos milieux infirmiers **l'usure "spirituelle"**. Le "père" de la logothérapie, Viktor FRANKL qui fut confronté à l'horreur des camps d'extermination nazis écrit : *"L'être humain est capable de tout supporter pourvu qu'il sache pour quoi"*.^{17 18}

Christophe DEJOURS, Psychiatre et Médecin du travail fait un exposé très précis des conséquences d'une activité professionnelle privée de sens dans son récent ouvrage : *"La Panne"*. Il propose une révision complète de l'organisation du travail dans : *"Travail vivant Tome 2 : Travail et émancipation"*¹⁹ Éléments sur lesquels je ne reviendrai pas puisque vous les avez à disposition.^{20 21 22 23}

Selon Georges KOHLRIESER^{24 25} les "niveaux" de l'usure des soignants sont, dans l'ordre :

1- **l'usure dite "spirituelle"**, la perte de sens, syndrome d'autant plus dangereux qu'il est "silencieux". On ne se parle pas entre collègues, surtout en France, d'usure spirituelle. Usure spirituelle bientôt suivie de :

2- **l'usure émotionnelle** caractérisée par deux symptômes : le plus repérable :

- la **"labilité émotionnelle"**, la personne ne sait plus utiliser ses émotions comme des énergies positives, elle passe de la colère à la peur, à la tristesse ou à l'excitation pseudo joyeuse sans transition, ni déclencheur spécifique. Ou elle est rivée à une émotion "racket"²⁶ qu'elle manifeste répétitivement quelque soit le déclencheur : par exemple elle se met sans cesse en colère ou elle est saisie de terreurs inexplicables sans déclencheurs spécifiques et l'expression de ses émotions ne parvient ni à un résultat, ni à un état renouvelé de relaxation et de disponibilité nouvelle, l'état de tension est accru.

Ce symptôme d'usure émotionnelle est moins "dangereux" que le suivant appelé :

- **"l'aplasie émotionnelle"** par analogie avec l'aplasie cancéreuse. Ce deuxième symptôme étant beaucoup plus grave car c'est un symptôme silencieux. On le retrouve chez les soignants devenus cyniques.

Le niveau d'usure suivant est :

3- **l'usure sociale** : la personne raréfie ses relations ou elle les limite au seul corps professionnel ou aux amis de son conjoint, ceci peut remonter à l'époque de sa scolarité si aucun moyen d'auto compréhension ne lui a été donné. L'isolation professionnelle semble être la norme dans certain milieu, or dans notre métier **l'isolation tue**.

Suit le niveau d'usure suivant :

4- **l'usure intellectuelle**. Le déficit est fortement "recommandé" en ce qui concernent les Infirmières(iers). Ainsi à Geneviève DECHANOZ, Infirmière Générale correspondante de l'OMS, les Autorités recommandaient, au moment où elle tentait d'instaurer le dossier de soins infirmiers dans les années 1970 : *"Madame DECHANOZ ne les rendez pas trop intelligentes(ts), on ne pourra plus les tenir."* Autre recommandation bien connue : *"ici il n'est pas nécessaire d'être con pour réussir mais ça facilite grandement les choses"...* *"une Infirmière(ier) ça ne pense pas : le Médecin s'en charge"...* etc etc. En France, très tôt, souvent au cours de la formation, les Étudiantes(iants) Infirmières(iers) sont invitées(és) à ne pas se poser trop de questions et surtout à ne pas en poser qui pourraient remettre le système en cause... Dès sa formation la(e) future(r) professionnelle(el) ne lit pas trop, ne parle pas trop et apprend par mimétisme à garder pour lui les questions qui fâchent... Son évaluation en stage en dépend. Un questionneur est "inadapté".

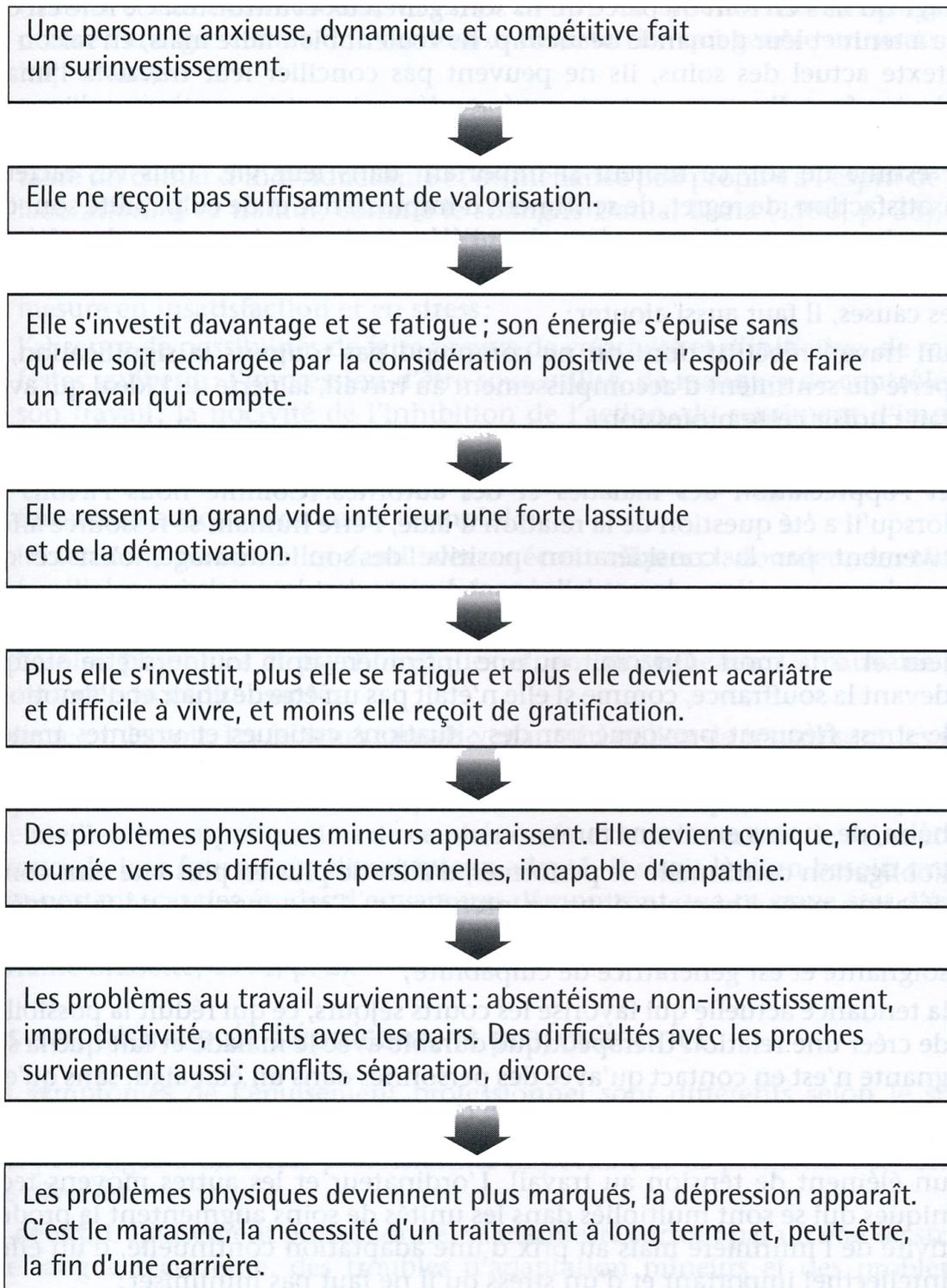
L'usure résultante est :

5- l'usure physique.

À ce niveau d'usure se multiplient les troubles musculo-squelettiques. Consultez les 4 pages ci-jointes des significations possibles des maux de dos selon l'Approche de la symbolique des pathologies de structure répertoriées Philippe BERTHOLON²⁷. Les problèmes de circulation : ça coince ! Les dépressions diverses, etc

Lorsqu'apparaissent les troubles physiques, l'usure spirituelle a depuis longtemps miné la résistance saine du soignant. Le ver est dans les racines depuis longtemps.

Margot PHANEUF²⁸ décrit de la façon suivante la descente aux enfers de l'usée(é).



En résumé à cette séquence :

**Une profession qui s'origine dans la relation à autrui et ceci encore plus en psychiatrie,
ne peut faire l'impasse sur la relation à soi-même.**

On soigne avec ce qu'on est au moins autant qu'avec ce qu'on fait.

À l'inverse, rester indifférent, est un signe d'usure avancée.

C'est une forme d'a-liénation, de non-sens, une façon d'être in-sensée.

Soigner dans l'indifférence est un état suicidaire pour "soi-niant"

Ne pas rester indifférent à la douleur et/ou aux difficultés d'autrui, s'impliquer est un signe de santé.

Mais il s'agit de savoir comment.

L'usure, "le burn out", s'originent dans la perte de sens.

**Le "sens" naît dans la relation à autrui,
la naissance du sens n'exonère pas d'avoir à faire un travail éthique.**

"Soigner" en "*se préoccupant de*" peut être facteur d'épanouissement, de pleine conscience²⁹.

La relation d'aide infirmière, et d'ailleurs la simple communication, se construisent à partir de l'empathie.

Il n'y a pas d'empathie pour l'autre, s'il n'y a pas d'empathie pour soi-même.

Que faire ?

De très nombreux textes ont été édités sur les moyens organisationnels et individuels à développer.

Je vous renvoie en particulier au site de Margot PHANEUF^{30 31 32 33 34 35 36 37 38 39}

<http://www.infiressources.ca/MyScriptorWeb/scripto.asp?resultat=277962>

et <http://www.prendresoin.org/?p=3268>.

Parmi bien des possibilités et expérience faite, l'essentiel tient à :

Inscrire tout acte de "prendre soin" dans un système d'attachement sain.

**Cela suppose
un développement de l'altérité,
le renoncement à toute position de dominance,
donc, un "travail sur soi", pour tout soignant, est déterminant**

Voyons donc : Le développement de l'altérité

Je vous propose le schéma suivant :

Les niveaux d'altérité

a/ La sensorialité

Visuel, Auditif,
Kinesthésique,
Olfactif, Gustatif

b/ Les émotions

Peur, Colère, Tristesse,
Joie

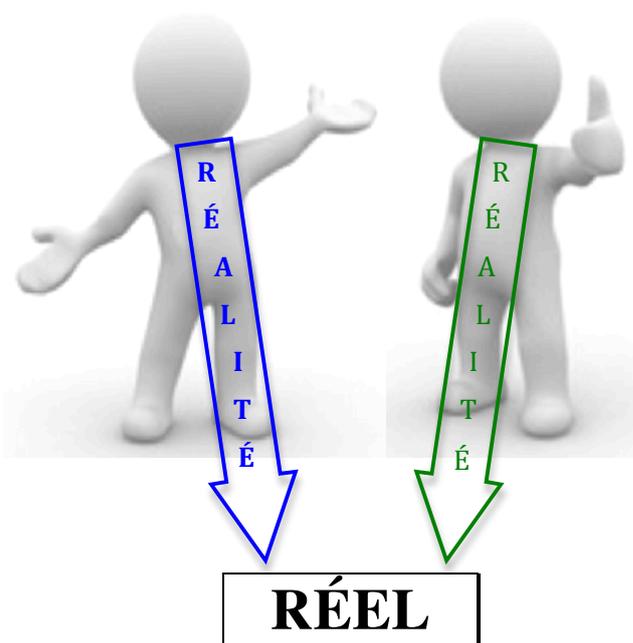
c/ « Les mots pour le dire »

d/ L'expérience,
généralisation, sélection,
déduction

e/ Les connaissances

(savoirs),
personnelles et
professionnelles

f/ La signification accordée au vécu



a/ La sensorialité

Visuel, Auditif,
Kinesthésique,
Olfactif, Gustatif

b/ Les émotions

Peur, Colère, Tristesse,
Joie

c/ « Les mots pour le dire »

d/ L'expérience,
généralisation, sélection,
déduction

e/ Les connaissances

(savoirs),
personnelles et
professionnelles

f/ La signification accordée au vécu

Si nous voulons communiquer, établir une relation qui, **faisant sens**, sort l'un et l'autre de l'a-liénation, de la "fusion confusion", et **permet une saisie utile du réel**, il faut prendre en compte ces niveaux minimum de l'interaction. Je n'exclue évidemment pas les niveaux inconscients.

L'autre n'est pas moi. Pour Martin BUBER⁴⁰ (1878-1965) Philosophe, conteur et pédagogue "*Toute vie réelle est rencontre*".

**Cette rencontre s'inscrit dans le développement
d'un système d'attachement professionnel suffisamment sain.**

De très nombreux travaux ont été réalisés sur l'attachement. Voici ce qu'en ont retenu les sciences infirmières pour l'exercice clinique.

Qu'est-ce que l'attachement ?

"L'attachement est la **nécessité vitale** dans laquelle se trouve tout être vivant de créer une proximité physique avec un autre être" Pour les êtres humains proximité physique qui va devenir symbolique grâce à la triangulation père, mère, enfant.⁴¹

Selon Nicole JEAMMET : "*Nous apprenons ce qu'aimer veut dire à partir de trois expériences fondatrices :*

1/ *Au creux des bras maternels qui nous ont tenus.*

2/ *À partir de la façon dont notre père s'est imposé ou non à cette relation privilégiée; et cela à la fois parce que, par son désir pour lui, la mère a fait une place à son mari et parce que le père a assumé cette place.*

3/ *Et aussi à partir de la manière dont les parents s'aimaient entre eux; un enfant a existentiellement besoin que ses parents s'aiment en se reconnaissant dans leurs différences. Si tel est le cas, c'est le gage pour l'enfant qu'il pourra se permettre à son tour d'être différent, sans craindre de perdre l'amour de ses parents.*"⁴²

L'attachement, dans ses dimensions physiques, n'est pas spécifiquement humain. Les animaux (oiseaux, mammifères, etc) ont besoin, dans les premiers moments de leur vie, d'être proches de leur mère ou de leur père. C'est une nécessité vitale pour un grand nombre d'être vivants.

Pour les humains, la proximité physique indispensable, pourvu qu'elle soit suffisamment assurée, va permettre à l'enfant de développer **une capacité d'intériorisation symbolique de la présence de l'autre**. C'est ainsi qu'il sera en mesure, passés quelques mois de vie, de garder son intégrité et ses liens avec son papa, sa maman et les personnes de son environnement même si ceux-ci sont absents.

Commentaire du schéma :

L'attachement est un cycle permanent. Toute notre vie, nous passons par des étapes de contact, de tissage de liens, de différenciation, de pertes, de deuils et de renouvellement de la relation.

Lorsqu'il y a des ruptures trop graves, du fait en particulier du non accompagnement ou de problèmes anciens réactivés par la perte actuelle, il peut y avoir une installation dans un état qu'on a appelé l'isolation ou l'isolement, le non attachement, l'a-liénation. L'installation dans cet état conduit aux dépressions qui se manifestent de trois grandes manières : les maladies physiques ou psychiques, la violence, les comportements compulsifs.

La première étape du cycle de l'attachement est **le contact**. Il faut rappeler que le contact qu'on peut établir avec autrui dépend du contact qu'on a avec soi-même. Et le contact qu'on a avec soi-même dépend du contact qu'on a eu avec ses propres parents, lesquels sont capables de contact s'ils en ont eu suffisamment avec leurs parents, ou ceux qui leur ont servi de parents. On aperçoit là les aspects transgénérationnels⁴³

Le contact avec soi-même et avec l'autre dépend de la qualité de nos **perceptions sensorielles**. Ce que je vois et non ce que j'imagine, ce que j'entends et non ce que j'interprète, ce que je ressens, ce que je renifle : les odeurs et ce que je goûte, le VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif).⁴⁴

Si une maman ne voit pas vraiment son enfant, mais le frère ou la sœur qu'elle a perdu quand elle avait 3 ans, ou l'enfant idéal qu'elle imaginait avoir, le contact n'est pas suffisamment assuré avec cet enfant. Lorsqu'un bébé ressent chez sa maman la perte qu'elle a eu d'un enfant précédent, on se rend compte que le contact est faussé entre la maman et l'enfant présent etc.⁴⁵

Mais, à un autre âge, si un jeune fiancé ne voit pas vraiment sa fiancée actuelle mais celle qu'il a perdu quand il avait 17 ans, le contact est difficile.⁴⁶

De même, si une jeune femme est restée "accrochée" à un frère, un père, un oncle et qu'elle ne voit pas son actuel mari, mais son frère, son père, son oncle... la possibilité d'attachement au présent est fortement perturbée.

Le deuxième niveau du contact est celui que nous avons à travers nos **émotions**, la peur, la colère, la tristesse et la joie sont des filtres puissants dans la relation.⁴⁷

La maman ou le papa endeuillés parce qu'ils ont perdu leurs propres parents au moment de sa conception et de sa naissance, peuvent ne pas être totalement disponibles, émotionnellement parlant, pour l'enfant.

Il en est de même à l'âge adulte, c'est pourquoi on recommande après un divorce, une perte ou une séparation, de ne pas se jeter dans les bras du premier passant, histoire d'oublier le précédent !

Une autre façon d'établir le contact est la **parole**. Il y a des expressions qui tuent. Généralement les phrases qui commencent par "TU" tuent. C'est ce qu'on apprend en Communication Non Violente⁴⁸. Projeter sur l'autre que, "*si l'on est malheureux, c'est de sa faute*", n'est pas une façon très efficace de développer un

système d'attachement. Cela démontre une co-dépendance⁴⁹

L'**expérience**, elle aussi, filtre notre façon d'établir notre contact avec les gens.

Si un parent projette sur l'enfant qu'il va mourir comme est mort son grand-oncle à la naissance, et qu'il le traite en conséquence, c'est-à-dire dans la crainte, sa façon de lui parler en sera perturbée. L'acquisition du langage chez l'enfant risque de l'être également. C'est pourquoi les orthophonistes s'intéressent tellement aux approches transgénérationnelles.⁵⁰

Quand un adulte insulte un enfant, on peut être à peu près sûr qu'il déverse sur l'enfant ce qu'il n'a pas pu exprimer à ses propres parents^{51 52}

Les **connaissances** dont nous disposons nous aident évidemment à établir un contact plus ou moins réussi avec la réalité. La connaissance commençant par la connaissance de soi.

Enfin, **le sens que nous affectons** à notre vie et à la relation à autrui est déterminant sur la façon dont nous nous comportons avec l'autre. Si je ne vois dans l'autre que quelqu'un à manipuler, à utiliser pour me compléter, j'ai peu de chances de développer un système d'attachement satisfaisant.⁵³

Lorsque le contact est suffisamment établi, se tissent des liens, c'est **l'étape de la familiarisation**. Pour qu'un enfant se développe harmonieusement, il faut que ces liens soient suffisamment constants. Un bébé qui passe d'une nourrice à l'autre, d'une crèche à l'autre, d'une garde à l'autre, va manifester des signes de détresse affective et, plus tard présenter un isolement, des dépressions, des maladies physiques et psychiques, de la violence ou des comportements compulsifs. Fort heureusement, les bébés sont plus solides qu'on imagine et s'ingénient à construire leur système d'attachement malgré les conditions difficiles dans lesquelles certains se développent. C'est ce qu'on appelle la résilience⁵⁴.

Lorsque le contact est suffisamment assuré, les liens suffisamment tissés et la stabilité affective satisfaisante, l'enfant peut se différencier de ses parents. C'est l'étape de **différenciation qui s'accompagne d'un vécu de séparation**. Hormis l'accouchement, qui est une différenciation très importante, il semble que l'étape suivante, la différenciation symbolique se situe vers l'âge de 9 mois. Ce qu'on appelait le stade du miroir. Cette étape de différenciation permet à l'enfant de devenir lui-même, de s'ouvrir à des relations nouvelles et d'accéder si besoin est à ses capacités d'assumer les pertes, de faire des deuils.

Dans le cas d'un jeune couple, l'étape de différenciation est extrêmement importante pour que le couple arrive à maturité. C'est le retour de la lune de miel, la reprise de l'activité ou plus tardivement l'arrivée du premier enfant qui provoque le couple, encore fusionnel, à s'apercevoir qu'**être un couple c'est être deux différents**. Certains couples s'arrêtent là, particulièrement si les époux sont trop jeunes. En fait la différenciation est un mouvement constant. Un couple repose sur le consentement à soi lorsqu'on est confronté à l'autre comme différent. Parmi les étapes de différenciation qui risquent d'être déterminantes, on peut citer celle où les enfants deviennent des adolescents, celle où les enfants devenus grands quittent la famille, celle où l'un ou l'autre des conjoints change d'activité, prend sa retraite... La construction du système d'attachement dans un couple est un "travail" constant.^{55 46}

S'il ne peut pas se différencier, être lui-même, un humain court le risque de s'isoler, de renoncer à s'attacher, de s'a-liéner et donc d'adopter un comportement in-sensé, Boris CYRULNIK constate "le sens naît dans la relation à autrui" ?

Si les perturbations dans le système d'attachement ne sont pas vécues à un âge trop tendre et surtout si un système d'attachement a pu se développer lorsque la personne était jeune (entre la conception et 19 ans), les

accidents de la vie vont pouvoir être assumés et dépassés. Dans le cas contraire, ils peuvent conduire à des réponses dites de dépressions qui se caractérisent par trois grandes séries de symptômes : les maladies physiques et psychiques, la violence ou les comportements compulsifs.

Les maladies physiques et psychiques sont toujours des expressions de souffrance dans le système d'attachement. C'est pourquoi on ne peut pas soigner des gens sans établir une relation d'être humain à être humain avec eux. Les médicaments psychotropes ne doivent servir qu'à aider la personne en souffrance mentale à rétablir une relation. Ils ne servent à rien si la relation n'est pas le soubassement de l'accompagnement du patient voire ils sont nuisibles⁵⁶

Les personnes ne sont pas des choses ou des machines qu'il suffirait de réparer pour qu'elles "remarchent".

L'écosystème du poisson, c'est l'eau, l'écosystème de l'oiseau c'est l'air, l'écosystème du ver de terre est la terre, l'écosystème de l'humain... c'est l'Amour (pas la baise).

La violence est toujours l'expression d'une absence, d'un "trou noir" de la Présence. La violence est toujours l'expression de souffrance dans le système d'attachement intérieur et extérieur du violent. La façon d'aider est de **restaurer une relation forte**. La punition n'a jamais servi à rien. Si, dans certains milieux de soins, on isole les personnes violentes, c'est en espérant qu'elles retrouvent le contact avec elles-mêmes et que les sur-stimulations qu'elles enregistraient, venant de leur environnement, les perturbent moins. C'est ce qu'on espérait également lorsqu'on mettait les enfants dissipés au coin. Mais si on laisse la personne isolée, sans aucune relation avec les soignants et l'enfant dissipé sans aucune relation avec son éducateur, le fait de l'isoler ou de le mettre au coin est une violence de plus⁽³⁹⁾.

Les comportements compulsifs sont des façons d'être et d'agir que les personnes ne maîtrisent pas. On pourrait dire que c'est le comportement qui maîtrise la personne. Il en est ainsi pour l'alcoolisme, la drogue, le tabac, la boulimie, l'anorexie⁵⁷ dans ses aspects d'addiction la surconsommation de médicaments, le jeu compulsif, la télévision plus de 2h/jour, les jeux vidéo et l'informatique, le travail compulsif (workoolic), la vitesse sur l'autoroute, les dépenses excessives, la cleptomanie, l'exhibitionnisme, certaines formes de masturbation, les automutilations, les Tocs (*un enfant qui a des Tocs cherche des morts pas en paix* Idris LAHORE⁵⁸ etc, etc sont des comportements compulsifs. Il est inutile d'essayer de les contrer tant qu'on n'a pas rétabli un système d'attachement suffisant. Ce qui explique pourquoi la punition⁵⁹ ne marche pas, au "mieux" elle installe la personne dans une boucle infernale, celle du sado-masochisme ou de la perversion. Par contre ce qui marche ce sont les groupes de type Alcooliques Anonymes.... parce qu'il y a développement d'un système d'attachement

Les pertes et les deuils font partie des étapes du système d'attachement. Dans la plupart des cas, nous sommes capables de les traverser et c'est cette étape que nous allons considérer rapidement. Pour les maintenant approfondir vous reporter à ma conférence sur l'attachement.^(*)

Quelles sont les pertes susceptibles d'entraîner un état de deuil ?

Si l'aide aux mourants est un terrain devenu familier et relativement bien balisé, il n'en est malheureusement pas de même, en France, pour les personnes endeuillées. Or les problématiques de deuil sont très onéreuses pour la santé, non seulement des personnes ayant subi une perte, mais pour la santé de leurs descendants. Des statistiques américaines ont établi que plus de 50% des maladies somatiques pouvaient être référées à des deuils non terminés et que 98% des couples qui perdent un enfant divorcent dans les 7 ans

(*) BAL-CRAQUIN, Marie-Thérèse "Attachement, séparations, deuils, dépressions : ouvertures transgénérationnelles. Conférence du vendredi 5 octobre 2007 à Déols". Disponible sur le site www.infiresources.ca

s'ils ne sont pas aidés. Les conséquences d'un deuil non terminé peuvent se transmettre de génération en génération⁶⁰.

Il faut rappeler que le deuil est un état ressource dans lequel on se met pour faire face aux pertes. On parle de travail de deuil par assimilation au travail de l'accouchement. Il s'agit donc bien d'un mouvement de la vie et comme nous savons vivre, "nous savons faire le deuil".

Les pertes qui peuvent générer des états de deuil sont les suivantes :

- les pertes d'objets ou de biens, le deuil est d'autant plus grave que l'objet était investi de façon affective.

- les pertes de lieu : pays, maison, quartier...

- les pertes liées aux étapes de croissance, c'est ainsi qu'on a pu décrire chez le nouveau-né⁶¹ des deuils de placenta ou de cordon ombilical... la survenue des caractères sexuels secondaires chez l'adolescent s'accompagne d'un certain état de deuil, ne dit-on pas "enterrer sa vie de garçon", l'arrivée d'un premier enfant peut être vécue par les parents comme un certain deuil, celui de leur vie à deux...

- les pertes de réalités symboliques : langue, nationalité, honneur, confiance, projets, idéaux, croyances, foi. La trahison, la perte d'une idéologie, la perte de la liberté, la perte de la foi engendrent un état de deuil.

- les pertes liées aux fidélités ancestrales : changer de classe sociale, être incapable de reprendre un patrimoine...

- les pertes de projets ou les pertes liées à l'investissement professionnel, le chômage, la mise à la retraite... et même, curieusement, une promotion.

- les pertes de parties de soi et d'apparence de soi : devenir obèse, perdre la vue, perdre un membre, perdre sa force physique.

- les pertes d'animaux.⁶²

- les pertes de générativité : se découvrir stérile, ne plus pouvoir faire d'enfant, perdre son inspiration et sa créativité, voir son œuvre détruite, ne pas pouvoir transmettre ce qu'on sait ou ce qu'on a fait...

- les pertes de maîtrise de rôle.

- les pertes liées à la violence subie.

- les pertes liées aux maladies et au vieillissement.

- les pertes partielles de personnes : la personne reste vivante mais elle nous quitte (c'est le cas du divorce), devient inaccessible du fait d'une maladie, perd la raison, se fâche, trahit.

- les pertes partielles en ce qui concerne les enfants : l'enfant naît avec une malformation ou est victime d'un grave accident qui le laisse invalide, l'enfant se drogue, l'enfant échoue scolairement, l'enfant tombe malade psychiquement, l'enfant est victime d'une maladie somatique grave...

- les pertes liées à la disparition d'un enfant ou d'un adulte, ce sont des pertes très graves, car il y a une grande difficulté à admettre la réalité, du fait qu'on ne peut vérifier que l'autre est mort.

- les pertes d'enfant : l'avortement, les réductions embryonnaires et les pertes de jumeaux intra-utérins (le "deuil" est aussi vécu par le ou les enfants survivants), les fausses couches, les morts-nés, les morts subites du nouveau-né... La perte d'enfant est un deuil qu'il est très difficile de dépasser, car souvent l'enfant est investi comme étant celui qui nous permet d'espérer survivre à notre propre mort. Selon le type d'accident arrivé à l'enfant, le deuil est plus ou moins difficile à surmonter. Si l'enfant a été enlevé, torturé, etc., s'il a été tué lors d'un accident dont on est responsable, s'il a été tué par un tiers, la plus grande difficulté est de dépasser le ressentiment à l'égard de l'autre ou à l'égard de soi. L'enfant peut également se suicider, se droguer, échouer, le parent est alors confronté à un sentiment de perte très important. Il faut mettre dans les états de deuil liés aux pertes les situations où l'enfant perd son statut social en devenant délinquant.

- les pertes de petits-enfants sont très sensibles. Il faut se rappeler que même, à 90 ans, l'enfant qui en a 70 reste l'enfant de sa maman.

Les pertes d'enfants sont à considérer du point de vue des frères et sœurs qui peuvent développer de très graves pathologies de l'affectivité à la suite d'une disparition dans la fratrie. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui se sont unies à un conjoint représentant leur frère disparu ou qui projettent sur leur enfant l'ombre du frère ou de la sœur disparu(e). Cela entraîne beaucoup de problèmes dans le couple et des troubles très importants chez les enfants.

- les pertes d'adultes sont du même ordre que celles que j'ai répertoriées pour les enfants. Les plus graves restent les disparitions, les meurtres, les suicides puis les maladies et la mort de vieillesse, sans oublier la déchéance, par exemple l'alcoolisation d'un conjoint.

Pour le sujet qui nous intéresse il faut ajouter les deuils professionnels qui sont absolument ignorés

- Perdre les idéaux qui ont conduit au choix d'une profession tournée vers l'humain,
- S'identifier aux deuils des familles et des patients du fait de deuils non terminés chez soi,
- Perdre des patients soit du fait de leur mort, soit du fait de leur déplacement en cours de prises en charge,
- Perdre l'espoir de "sauver" un patient
- Perdre l'espoir de reconnaissance services rendus à la société etc etc.

Rappelons qu'on peut d'autant plus faire son deuil qu'on a pu développer un système d'attachement suffisant.

Quelques manifestations des états de deuil ?

Les états de deuil "normaux" dans le cas d'une perte grave comme celle d'un emploi ou d'une personne, demandent pour se résoudre entre 6 mois et 2 ans, **à condition que la personne accepte de se faire aider**. En effet, comme il s'agit d'une rupture de liens, ce n'est que dans la reconstruction de liens que l'endeuillé va pouvoir progresser.

Les endeuillés traversent différentes étapes qui ressemblent aux étapes du mourir mais qui ne sont pas du même ordre, car il s'agit là de réinvestir progressivement la vie et non de disparaître. Jean MONBOURQUETTE⁶³, qui est un grand spécialiste de l'accompagnement des personnes endeuillées parle de 7 étapes.

1 - Le choc qui se caractérise par une paralysie de l'émotivité, par une diminution des facultés de perception et par des réactions somatiques intenses dont les larmes. Je vais reprendre ces manifestations en détail plus loin.

2 - Le déni qui tente de protéger la personne en gommant la réalité.

3 - Vient ensuite l'expression des émotions et des sentiments : l'anxiété, la peur, l'impuissance, la tristesse, la colère et la culpabilité précèdent un sentiment de libération et la pleine conscience de la perte où reprennent force lamentations. Plusieurs crises de larmes précèdent l'étape d'acceptation.

4 - L'étape suivante comporte l'accomplissement des tâches inhérentes au deuil : on peut ainsi compléter les dialogues non terminés par des lettres, ranger les photos dans des albums, se défaire des objets du disparu, accomplir les promesses qu'on lui a faites, effectuer les rites funéraires requis par les croyances ou la culture. Cette étape précède la suivante :

5 - La découverte d'un sens à la perte. La personne commence à discerner quelle nouvelle connaissance d'elle-même et des autres elle a acquis à travers cette épreuve. Elle se sent plus mûre, elle a renouvelé le sens de sa vie. Il arrive fréquemment que la crise lui ait permis de discerner qui sont ses vrais amis. Elle a développé la certitude que chaque instant de vie est précieux, etc.

6 - À cette étape survient la possibilité d'une réconciliation. Réconciliation avec elle-même, elle admet ses propres faiblesses, ses erreurs et ses limites humaines, elle se soulage de sa culpabilité malsaine. Elle arrive, de ce fait, à admettre ces éléments chez la personne qui a disparu. La colère intérieure s'apaise elle est prête à pardonner et à se pardonner, si besoin.

7 - À la suite de cette évolution, l'étape ultime du deuil apparaît qu'on appelle l'héritage ou le cadeau, c'est ainsi que l'épreuve permet de discerner le vrai niveau de l'attachement qu'on avait à l'autre. Il devient alors source de bienveillance dans l'être.

Les principales étapes d'un groupe d'accompagnement comportent :

- 1 - la constitution du groupe
- 2 - la formulation des objectifs de chacun, donc des caractéristiques des pertes qu'il convient de travailler
- 3 - le récit de l'histoire du deuil par chacun des participants
- 4 - le développement de l'espoir de résoudre son deuil
- 5 - la prise de conscience des résistances à le faire et l'expression de l'attachement que cela témoigne, en particulier à travers la tristesse
- 6 - l'acceptation et l'expression de la colère comme une étape normale, le renoncement progressif au ressentiment
- 7 - l'expression et la transformation des traces de culpabilité
- 8 - le développement d'un plan de soin pour soi en tant qu'endeuillé (voir plus loin)
- 9 - le redéploiement de la carte des alliances, le réajustement des relations humaines
- 10 - le règlement des affaires non terminées
- 11 - la découverte d'un sens à l'épreuve
- 12 - la réconciliation avec soi, l'autre et l'univers et l'acceptation de l'héritage.

Ces thèmes sont à traiter avec les autres personnes, selon un rythme qui convient à chacun. Je vous recommande le petit livre de Jean MONBOURQUETTE⁶⁴ qui explique comment pratiquer l'aide aux endeuillés.

Exemple de plan de soin à réaliser pour soi-même ou à conseiller à autrui lorsqu'on est en situation de deuil.

Faire le deuil demande beaucoup d'énergie. C'est pourquoi, pendant une certaine période, la personne endeuillée souffre d'un stress sérieux. Elle doit apprendre à prendre soin d'elle-même pour se donner toutes les chances de réussir son travail de deuil. Voici quelques conseils selon Jean MONBOURQUETTE :

"1. Bien s'alimenter et prendre le plus de sommeil possible.

2. Régler les problèmes d'insomnie de préférence par des méthodes naturelles : massages, acupuncture, relaxation, etc.

3. Prendre des "vacances temporaires du deuil" en acceptant de se donner des loisirs et des moments de détente de manière à être plus en forme pour poursuivre son deuil.

4. Suivre le plus possible sa "routine quotidienne". Ce n'est pas le moment de tout changer, alterner les moments d'activité et les moments de détente.

5. Profiter des moments où les émotions sont à fleur de peau, car ce sont des moments de grâce, le plus pathogène dans un processus de deuil est l'inhibition émotionnelle. Pleurer en regardant une émission de télé n'est pas craquer. Ce n'est pas une faiblesse. C'est la chance de progresser dans le deuil, s'émouvoir en lisant un livre ou en voyant une scène triste aussi.

6. *Selon la situation du moment, s'accorder des temps de solitude pour mieux "digérer" son deuil.*
7. *Trouver une "grande oreille" pour être écouté, un témoin bienveillant de cette période de la vie.*
8. *Se dire que le pire du deuil est passé et que, peu à peu une vie nouvelle va commencer.*
9. *Éviter de prendre de grandes décisions, fuir les personnes qui épuisent notre énergie, éviter les situations dangereuses comme les sports violents, la vitesse excessive en voiture, etc.*
10. *Toujours préférer un moment de détente, un bon loisir, la main de quelqu'un, un massage... aux tranquillisants ou à l'alcool.*
11. *S'entourer de personnes ou d'êtres vivants : plantes, animaux...*
12. *Apprendre à rendre inopérante les voix intérieures culpabilisantes en les chantant ou en les dansant !*
13. *Se faire des litanies d'amour : "maman m'aime, Paul m'aime, mon chien m'aime, le soleil m'aime, la nature m'aime, mes amis m'aiment..."*
14. *Savoir que l'on n'oubliera pas l'être cher disparu, même si l'on apprend peu à peu à ne plus y penser sans arrêt.*
15. *S'encourager avec tous les progrès que l'on fait.*
16. *Ne pas s'inquiéter de retours soudains de la tristesse. C'est un recul temporaire pour un nouvel élan vers la santé.*
17. *Prendre son temps pour guérir, éviter les fuites dans un faux bien-être, dans une hyperactivité, dans la reconstruction de liens fondés sur la réaction (exemple retrouver immédiatement un amant ou refaire immédiatement un enfant n'est pas recommandé). Éviter les états de fatigue excessifs.*
18. *Retrouver des ressources spirituelles : les prières de la jeunesse, les lieux de méditation, etc.*
19. *Rechercher ou retrouver une vision spirituelle ou religieuse de l'au-delà de la vie."*

Or pour la plupart des situations d'endeuilement professionnel, on passe, on fait l'impasse. On ridiculise le soignant trop sensible, comme disaient les "Bonnes Sœurs" de mon temps : "*Ne vous inquiétez pas ma petite demoiselle vous finirez par vous endurcir!!!*" c'est aussi intelligent que de dire à un musicien : "*Ne vous inquiétez pas, vous finirez par devenir sourd*". On voit que pour les soignants il y aurait fort à faire

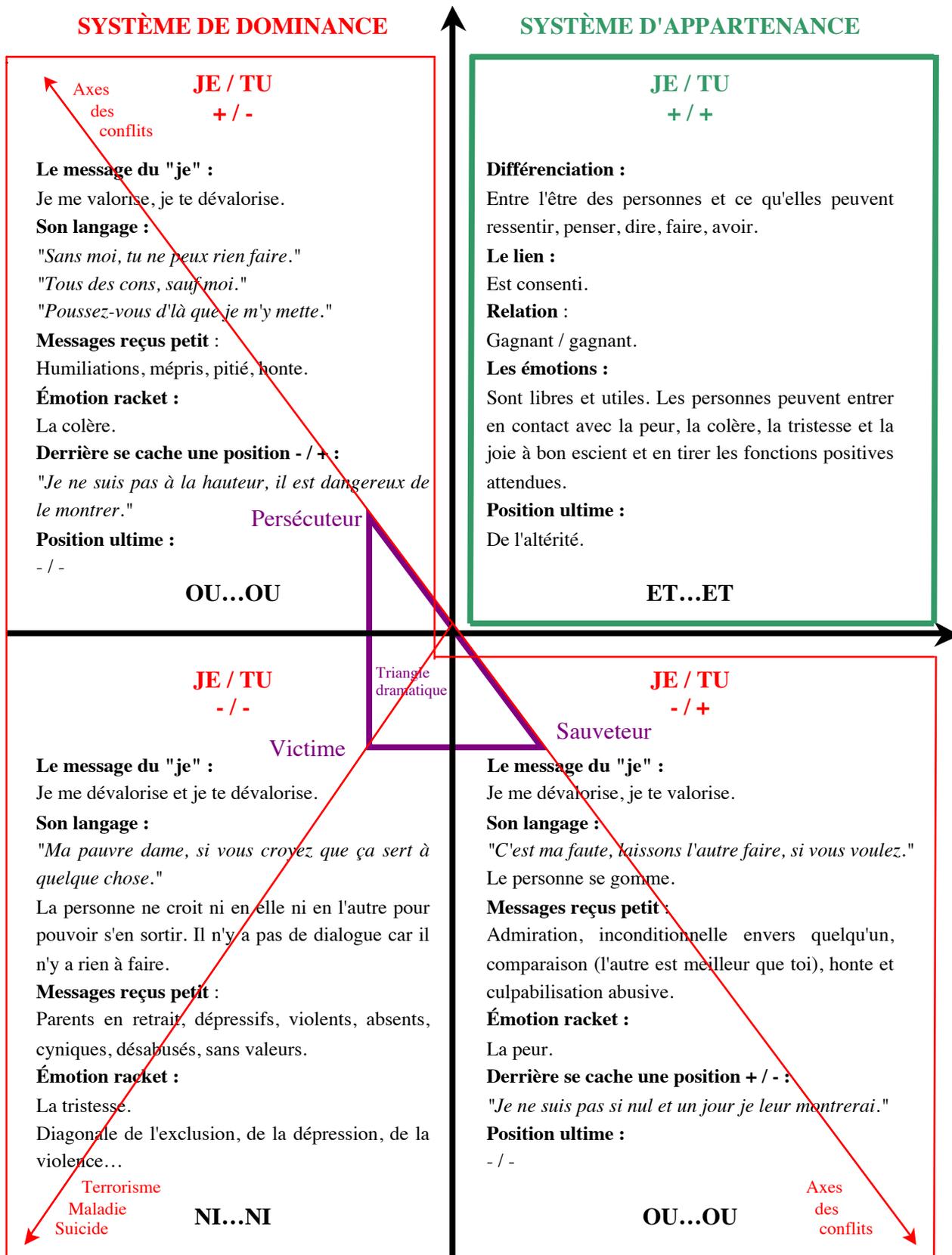
Pour avoir plus d'informations sur tous ces éléments, je vous conseille de vous reporter à ma conférence sur le sujet qu'on a déjà cité.^(*)

^(*) BAL-CRAQUIN, Marie-Thérèse "*Attachement, séparations, deuils, dépressions : ouvertures transgénérationnelles. Conférence du vendredi 5 octobre 2007 à Déols*". Disponible sur le site www.infiressources.ca

À l'opposé d'un système d'attachement suffisamment sain, aussi appelé système d'appartenance, peut s'organiser ce qui nous rend malade, un système de dominance.

Qu'est-ce qu'un système de dominance ? Si l'Analyse Transactionnelle⁶⁵ l'a vulgarisé sous la forme du schéma suivant, Henri LABORIT souligne que ce qui rend le plus malade les humains, ce qui les menace fondamentalement, c'est le **système de dominance**⁶⁶. L'Analyse Transactionnelle qui propose ce schéma le rejoint.

POSITIONS DE VIE



La sortie du système de dominance suppose le développement d'un système d'attachement sain.

Comme je n'aurais pas le temps de commenter ce schéma sur les positions de dominance je vous le livre et vous pourrez peut-être me poser des questions.

Enfin il faudrait aborder une question importante : "**comment changer ?**" ou **les étapes d'une évolution**, et pour certains d'une "révolution" **réussie**. Comme pour le système de dominance je vous renvoie à une de mes conférences "tiré à part"^(**)

Pour commencer à conclure, je voudrais citer ce qu'Élisabeth DARRAS (Belgique), Infirmière, Docteur en Santé Publique et gestion hospitalière, Responsable de la formation des Infirmières à l'Université Catholique de Louvain recommandait comme étant les pouvoirs de vie à développer chez la personne de l'étudiante infirmière pour en faire une Infirmière quasi insubmersible !!!

LE POUVOIR DE L'ENRACINEMENT :

- Connaître son histoire
- Acquérir une sécurité individuelle et de groupe
- Acquérir une liberté personnelle

LE POUVOIR DE LA COMMUNICATION :

- Écouter, échanger, comprendre

LE POUVOIR DE LA CONNAISSANCE :

- A un niveau personnel
- Et au niveau professionnel

LE POUVOIR DE LA PASSION :

- Créer
- Transformer
- Investir avec énergie

LE POUVOIR DE L'AMOUR :

- Être en relation
- S'accepter
- Accepter les autres

LE POUVOIR DE LA TRANSCENDANCE :

- Trouver un sens
- Être en paix avec soi et avec Dieu ou celui qui nous sert de Dieu

^(**) *BAL-CRAQUIN, Marie-Thérèse "Comment et pourquoi initier une démarche éducative ? Conférence du 3 juillet 2003 aux élèves Infirmier(ère)s de Bar-Le-Duc". Disponible sur le site www.infiressources.ca*

Je voudrais pour terminer, proposer deux questions :

Dans pas mal de situations de soins **insupportables**, si on s'impliquait vraiment ??????...

Quelle "révolution" ça risquerait d'entraîner ???

À qui donc profitent les recommandations de non implication???

Dans pas mal de situations de soins **insupportables**, est-ce que des "soignants-soignés", c'est-à-dire pas trop malades, accepteraient de continuer à travailler ?????? La réponse est évidemment très délicate.

L'état de souffrance de certains soignants profiterait-il à la sauvegarde d'un système défaillant ?

Face à certaines situations de soins **intolérables**, il faudrait donc se donner aussi comme programme de formation le développement de la capacité de promouvoir des "révolutions" et choisir comme sainte Patronne Calamity Jane^{67 68} qui fut aussi une Infirmière, le Robin Hood des enfants abandonnés⁶⁹.

"Résignation, je n'ai jamais compris ce mot"

disait Florence NIGHTINGALE⁷⁰

"Il ne faut jamais coopérer avec le mal" disait le Mahatma GANDHI

**Parce que le mal ça fait mal à l'âme
et le mal d'âme ça tue**

Pour rester positive, je propose une phrase de Christiane SINGER en conclusion :

"Si nous ne voulons pas mourir de soif sur cette terre, il nous faudra être source."



Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN est Formatrice et Infirmière Clinicienne Spécialiste Clinique. Maître en Programmation Neuro-Linguistique, formée en psychanalyse, relaxation analytique, Analyse Transactionnelle, Gestalt, , Psychologie Transpersonnelle, Approche Rationnelle Émotionnelle, Thérapie systémique des familles et phénoménologique transgénérationnelle, elle anime des séminaires de repositionnement familial et d'entreprises depuis près de 20 ans dans différents pays d'Europe.

Elle fut par ailleurs la principale initiatrice de la création des Infirmières Cliniciennes, Spécialistes Cliniques, et Cliniciennes Consultantes en France et Présidente de leur Association. Elle fut également une des Fondatrices de l'Université Libre Européenne en Sciences Infirmières, dont la Présidente d'honneur était Virginia Henderson, son amie, Université dont elle a été Directrice pendant plus d'un quart de siècle, faisant appel, pour la France, aux meilleurs intervenants du monde en Sciences Infirmières. Elle se déplace partout où au moins 26 personnes la sollicitent pour consteller.

Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN

7, avenue Marcel Martinié

92170 VANVES

info@ulesi.fr

<http://www.marie-therese-bal-craquin.fr>

Bibliographie

- 1 CAZZADORI, Chantal "*L'effroi du néo-management*" Éditions Efedition, France, 2013, 219 pages.
- 2 REEVES, Hubert "*Là où croît le péril... Croît aussi ce qui sauve*" Collection Sciences, Éditions Seuil, Paris, 2013, 163 pages.
- 3 PHANEUF, Margot "*La relation soignant-soigné*" Éditions Gaetan Morin, France, 2011, 336 pages.
- 4 PHANEUF, Margot "*Relève infirmière lorsque les exigences du travail viennent briser les rêves*" PhD, Août 2014. www.prendresoin.org.
- 5 LABORIT, Henri "*L'inhibition de l'action*" Éditions Masson, Paris, 1986, 344 pages.
- 6 PORTELANCE, Colette "*Relation d'aide et amour de soi*" Collection Psychologie, Éditions du CRAM, Canada, 1998, 452 pages.
- 7 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTÉGRATION, Direction des Hôpitaux : "*Rapport conjoint des groupes de travail, évolution des fonctions de la profession d'Infirmière, être Cadre Infirmier aujourd'hui*" Éditeur Direction des Journaux Officiels, Paris, septembre 1991.
- 8 TRAVELBEE, Joyce "*La relation d'aide en nursing psychiatrique*" InterÉditions, Paris, 1978.
- 9 CHÊNEVERT, Mélodie "*Techniques spécialisées d'entraînement à l'affirmation de soi à l'usage des professionnelles de la santé*" Éditions Maloine, Paris, 1980, 142 pages.
- 10 KHAN, Masud "*Le soi caché*" Éditions Gallimard, Paris, 1987, 440 pages.
- 11 BALINT, Michael "*Le Médecin, son malade et la maladie*" Collection Bibliothèque scientifique, Éditions Payot, Paris, 2003, 418 pages.
- 12 GOEDERT, Jean ; ROSOWSKY, Oscar "*Une guérison "impossible" : Dissection dans un groupe Balint*" Collection Science de l'homme, Édition PAYOT, 1976, 258 pages.
- 13 HENNEZEL, Marie de "*Le souci de l'autre*" Éditions Robert Laffont, Paris, 2004, 225 pages.
- 14 CYRULNIK, Boris "*La naissance du sens*" Collection Questions de Sciences, Éditions Hachette, Paris, 1995, 168 pages.
- 15 FILLIOZAT, Isabelle "*L'alchimie du bonheur : Utiliser le stress pour réussir sa vie*" Collection Chemins de l'harmonie, Éditions Dervy, France 1998, 303 pages.
- 16 POLETTI, Rosette A. "*La mort restituée*" Éditions Labor et Fides, Genève, 1982, 79 pages.
- 17 FRANKL, Viktor E. "*Découvrir un sens à sa vie*" Collection À la Découverte De Soi, Éditions de l'homme, Canada, 2013, 144 pages.
- 18 FRANKL, Viktor E. "*Le Dieu inconscient - Psychothérapie et religion - Préface de Georges-Elia Sarfati*" Collection Grandes références, InterÉditions, France, 2012, 160 pages.
- 19 DEJOURS, Christophe "*Travail vivant Tome 2 : Travail et émancipation*" Éditions Payot, France, 2013, 256 pages.
- 20 DEJOURS, Christophe "*Panne, Comment changer le travail en France*" Collection Essais, Éditions Bayard Culture, France, 2012, 178 pages.
- 21 DEJOURS, Christophe "*Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*" Collection Points Essais, Éditions Points, France, 2009, 237 pages.
- 22 DEJOURS, Christophe ; BÈGUE, Florence "*Suicide et travail : que faire ?*" Collection Souffrance et théorie, Éditions Presses Universitaires de France - PUF, France, 2009, 128 pages.
- 23 DEJOURS, Christophe "*Conjurer la violence, Travail, violence et santé*" Collection Petite Bibliothèque Payot, Éditions Payot, France, 2011, 350 pages.
- 24 KOHLRIESER, Georges "*Le cœur et son langage*" Interéditions, France, 2007.
- 25 KOHLRIESER, Georges "*Négociations sensibles : Cessez d'être otage et reprenez la main !*" Éditions Pearson Village Mondial, France, 2009, 288 pages.
- 26 ENGLISH, Fanita "*Qui suis-je face à toi ?*" Éditions Hommes et Groupes, France, 1995.
- 27 BERTHOLON, Philippe "*Métakinébiologie : La mécanique du mieux-être : de la souffrance à la conscience les clés du passage*" Éditions Dangles, France, 2012. Bertholon Philippe - 107 rue des acacias - 01170 GEX.
- 28 PHANEUF, Margot "*Communication, entretien, relation d'aide et validation*" Éditions Chenelière/McGraw-Hill, Montréal, 2002, 634 pages.
- 29 KOTSOU, Ilios "*Petit Cahier d'Exercices de Pleine Conscience*" Collection Petit Cahier, Éditions Jouvence, France, 2012, 64 pages.

- 30 PHANEUF, Margot "*Comment survivre au travail en soins infirmiers... et demeurer professionnelle? Contexte relationnel et modèles de prestation des soins*" Infiressources, inf., Ph.D., octobre 2011, 8 pages.
- 31 PHANEUF, Margot "*Plan Thérapeutique Infirmier (PTI), leadership, imputabilité et supervision : jusqu'où aller ?*" Infiressources, inf., Ph.D., janvier 2010, 13 pages.
- 32 PHANEUF, Margot "*Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*" Infiressources, inf., Ph.D., 16 pages.
- 33 PHANEUF, Margot "*Apprendre à travailler dans un contexte relationnel difficile*" Infiressources, inf., Ph.D., 21 pages.
- 34 PHANEUF, Margot "*L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie*" Infiressources, inf., Ph.D., 12 pages.
- 35 PHANEUF, Margot "*Une profession en marche*" Infiressources, inf., Ph.D., Conférence donnée à l'Hôpital du Haut-Richelieu 11 mai 2010, 24 pages.
- 36 PHANEUF, Margot "*Le "team building", une urgence en soins infirmiers*" Infiressources, inf., Ph.D., 14 pages.
- 37 PHANEUF, Margot "*Efficacité, sérénité et empathie - des opposés irréconciliables en soins infirmiers ?*", *une urgence en soins infirmiers*" Infiressources, inf., Ph.D., juin 2014, 10 pages.
- 38 PHANEUF, Margot "*Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*" Infiressources, inf., Ph.D., août 2010, 24 pages.
- 39 PHANEUF, Margot "*Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*", *une urgence en soins infirmiers*" Infiressources, inf., Ph.D., mai 2013, 11 pages.
- 40 BUBER, Martin "*Je et Tu*" Éditions Aubier, Saint-Amand-Montrond, 2012, 154 pages.
- 41 THIS, Bernard "*Le Père : acte de naissance*" Collection Points-Essais, Éditions Seuil, France, 1991, 316 pages.
- 42 JEAMMET, Nicole "*Les Violences morales*" Éditions Odile Jacob, France, 2004, 192 pages.
- 43 VAN EERSEL, Patrice ; MAILLARD, Catherine "*J'ai mal à mes ancêtres : La psychogénéalogie aujourd'hui*" Collection Espaces libres Éditions Albin Michel Spiritualités, France, 2012, 208 pages.
- 44 SAINT-PAUL, Josiane de ; CAYROL, Alain "*Derrière la magie, la Programmation Neuro-Linguistique (PNL)*" Collection Développement personnel et accompagnement, InterÉditions, 2^{ème} édition, Paris, 2010, 216 pages.
- 45 MARTINO, Bernard "*Le bébé est une personne*" Collection J'ai lu Bien-être, Éditions J'ai Lu, France, 2004, 250 pages.
- 46 NESSI TRIPPI, Carla ; TRIPPI, Carlo "*Grandir et guérir grâce au couple*" Collection Les Pratiques Jouvence, Éditions Jouvence, France, 2013, 96 pages.
- 47 THALMANN, Yves-Alexandre "*Le Décodateur des émotions*" Collection Le petit livre, Éditions First, France, 2013, 158 pages.
- 48 ROSENBERG, Marshall B. "*La communication non-violente au quotidien*" Éditions Jouvence, Genève, 2003, 96 pages.
- 49 BEATTIE, Melody "*Vaincre la codépendance*" Éditions Pocket, France, 2011, 320 pages.
- 50 ANCELIN SCHÜTZENBERGER, Anne "*Aïe, mes aïeux !*" Collection La Méridienne, Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 2007, 268 pages.
- 51 HARRUS-RÉVIDI, Gisèle "*Parents immatures et enfants-adultes*" Éditions Payot et Rivages, Paris, 2004, 366 pages.
- 52 VANIER, Catherine "*Qu'est-ce qu'on a fait à Freud pour avoir des enfants pareils ?*" Éditions Flammarion, Paris, 2012, 258 pages.
- 53 FRANKL, Viktor E. "*Découvrir un sens à sa vie*" Collection À la Découverte De Soi, Éditions de l'homme, Canada, 2013, 144 pages.
- 54 CYRULNIK, Boris "*Les nourritures affectives*" Éditions Odile Jacob, Paris, 2000, 252 pages.
- 55 SONET, Denis "*Construisons notre amour*" Éditions Le Livre Ouvert, France, 2006, 46 pages.
- 56 HUGNET, Guy "*Psychotropes : l'enquête : La face cachée des antidépresseurs, tranquilisants, somnifères, neuroleptiques*" Éditions Archipel, France, 2012, 280 pages.
- (39) KANT, Emmanuel "*Critique de la raison pure*" Préface de la deuxième Édition, Éditions Nathan, Paris, 1982.

-
- 57 MAINE, Margo "*Anorexie, boulimie, pourquoi ? Troubles de la nutrition et relation père-fille : Faim du père, soif de contact*" Collection Parole, Éditions Souffle d'Or, 1997, 305 pages.
- 58 LAHORE, Idris "*Les 7 points de la Guérison (Livre + DVD)*" Collection Médecines douces, Éditions EccE, France, 2012, 262 pages.
- 59 FAURE, Jean-Philippe "*Éduquer sans punitions ni récompenses*" Éditions Jouvence, 2005, 96 pages.
- 60 VIGOUROUX, François "*Grand-père décédé - Stop - Viens en uniforme*" Éditions Presses Universitaires de France, France, 2001, 176 pages.
- 61 RISSE, Jean-Claude "*Le Pédiatre et les petits poucets*" Éditions Stock-Laurence Pernoud, France, 2001, 144 pages.
- 62 SAINT-MARS, Dominique de "*Le chien de Max et Lili est mort*" Collection Ainsi va la vie, Éditions Calligram, Paris, 2005, 46 pages.
- 63 MONBOURQUETTE, Jean "*Aimer, perdre, grandir, assumer les difficultés et les deuils de la vie*" Éditions Bayard, Paris, 2006, 136 pages.
- 64 MONBOURQUETTE, Jean "*Groupe d'entraide pour personnes en deuil. Comment l'organiser et le diriger ?*" Éditions Bayard/Centurion, Paris, 1996, 135 pages.
- 65 CHALVIN, Dominique "*Les nouveaux outils de l'Analyse Transactionnelle : pour réussir avec les autres*" Collection Formation Permanente en Sciences Humaines, Éditions ESF, Paris, 2011, 176 pages.
- 66 LABORIT, Henri "*L'inhibition de l'action : biologie, physiologie, psychologie, sociologie*" Éditions Masson, Paris, 2000, 214 pages.
- 67 DUFOUR, Hortense "*Calamity Jane - Le diable blanc*" Collection Grandes biographies, Éditions Flammarion, France, 1998, 367 pages.
- 68 MORRIS ; GOSCINNY, René "*Lucky Luke, tome 30 : Calamity Jane*" Collection Lucky Luke, Éditions Dupuis, France, 1986, 48 pages.
- 69 JANE, Calamity "*Lettres à sa fille*" Collection Rivages poche, Éditions Rivages, France, 2007, 126 pages.
- 70 BALY, Monica "*Florence NIGHTINGALE à travers ses écrits*" InterÉditions, Paris, 1993, 147 pages.