



Nos soignants, athlètes du soin et artistes en humanité !

Clotilde Potez

DANS **PSN 2024/2 Volume 22** , PAGES 9 À 32

ÉDITIONS **ÉDITIONS MATÉRIOLOGIQUES**

ISSN 1639-8319

Date de mise en ligne : 30/10/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-psn-2024-2-page-9?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 Éditions Matériologiques.

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](https://shs.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.

Nos soignants, athlètes du soin et artistes en humanité!

Clotilde Potez, psychologue clinicienne et docteur en psychologie, ER IPC-Facultés Libres de Philosophie et de Psychologie, 70 avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France - Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement, Université Paris 8, Saint-Denis, France, cpotez@ipc-paris.fr, rédactrice en chef de la revue¹.

Résumé: Rendre compte de l'expérience des soignants revient à les faire à leur tour devenir sujets d'attention, eux qui en portent tant aux autres, dans le quotidien de leurs pratiques respectives. Cette démarche conduit à leur donner la parole, à les écouter, pour saisir ce qu'ils vivent dans l'exercice de leur fonction, et ce qu'ils disent de l'Homme et de la société. Le rapprochement métaphorique du soignant avec l'athlète et l'artiste qui de prime abord peut surprendre, voire faire sourire, permet néanmoins de soulever des questions profondes. Celles-ci concernent notamment la formation, les moyens et les techniques dont disposent les soignants pour prodiguer des soins, les difficultés auxquelles ils se trouvent confrontés, la souffrance pouvant en découler et la mobilisation de ressources pour y faire face ou les dépasser, ainsi que le potentiel de transformation inhérent à l'expérience soignante. Pour parfaire les pratiques de soin, plutôt que de viser essentiellement leur efficacité et leur rentabilité en s'inscrivant dans une logique du « quoi qu'il en coûte » au patient et au soignant, peut-être faut-il commencer par travailler à les rendre plus humaines? Prendre soin du soignant revient à le mettre lui-même dans de « bonnes dispositions » pour accompagner vers un mieux-être physique, psychique et social, le « patient » qui lui est confié. Une société qui prend soin de ses soignants n'est-elle pas une société prenant soin de l'ensemble de ses citoyens? Pour soi-même ou pour nos proches, tous, indéniablement, sommes concernés par ce sujet des soins.

Mots-clefs: épuisement professionnel, expérience transformatrice, relation de soin, rétablissement, vécu des soignants.

Abstract: Giving an account of the experience of carers means making them, in turn, the subjects of attention, as they pay so much attention to others in the day-to-day running of their respective practices. This approach means giving them the floor, listening to them, to understand what they experience in the exercise of their function, and what they say about Man and society. The metaphorical comparison of the carer with the athlete and the artist, which at first glance may surprise or even make people smile, can nonetheless raise some profound questions. These relate in particular to the training, resources and techniques available to carers to provide care, the difficulties they face, the suffering that may result and the mobilisation of resources to deal with or overcome them, as well as the potential for transformation inherent in the caring experience. To perfect care practices, rather than aiming essentially

1. Le point de vue exprimé dans cet éditorial reflète les opinions de l'auteur, non de la revue.

for efficiency and profitability by adopting a logic of ‘whatever the cost’ for the patient and the carer, perhaps we could start by working to make them more human. Caring for carers means putting them in the right frame of mind to support the ‘patient’ entrusted to them towards physical, psychological and social well-being. Isn’t a society that takes care of its carers a society that takes care of all its citizens? Indeed, for ourselves or for our loved ones, we are all undeniably concerned by this issue of care.

Keywords: burnout, care relationship, carers’ experiences, recovery, transformative experience.

Le soignant implique un soigné : le « patient ». La place ou la fonction de l’un n’est assurée que par la présence de l’autre. Derrière l’usage de ces termes il ne s’agit nullement de l’intention de maintenir le soignant dans les hauteurs d’une tour de Babel, avec les pleins pouvoirs, ni de réduire le patient à ses symptômes. L’intention est plutôt d’utiliser un vocabulaire évocateur de la réalité de la fonction et de la pratique des professionnels proposant un accompagnement en vue d’un mieux-être physique, psychique et social : « soigner » exige l’instauration d’une relation profondément humaniste et donc authentique.

« Prendre soin » dans une relation authentique

Au sens large, le soignant est celui qui prend soin d’autrui. Selon Hesbeen, « prendre soin c’est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » [24]². Dans la perspective de Collière, le soin s’avère intrinsèquement relié à la vie et à sa préservation : « Dès que la vie apparaît, les soins existent : il faut “prendre soin” de la vie pour qu’elle puisse demeurer » [13, p. 121]. Prodigués de tout temps et dans des circonstances pouvant être très ordinaires, telle une mère répondant au besoin de sécurité affective de son nouveau-né en le berçant doucement, ou à son besoin de s’alimenter en lui présentant son sein, les soins se manifestent par « l’entraide des uns envers les autres pour assurer la survie » [11, p. 46]. Au-delà de l’objectif de préservation de la vie, selon le philosophe Mayeroff, le *caring* (littéralement « action de prendre soin ») désigne : « l’activité d’aider une autre personne à croître et à s’actualiser, un processus, une manière d’entrer en relation avec l’autre qui favorise son développement » [34, p. 1]³. Prendre soin nécessite d’« être avec » (*being with*) et d’« être là pour » (*being for*) l’autre

2. Cité dans Hesbeen [25, p. 8].

3. Traduction proposée par Charron *et al.* (2012, p. 44) [11].

[34], dans une relation humaniste ou « transpersonnelle » [51] permettant une rencontre profonde, une « présence vraie » [38], vectrice de transformation et de mieux-être.

Charron *et al.* [11] rapprochent en ce sens la rencontre soignant-soigné du dialogue authentique que décrit Buber entre un « Je » et un « Tu » singuliers, se distinguant d'un monologue du « Je » à propos d'un « Cela », dans lequel l'autre serait réduit à l'état d'objet [9]. Quelles que soient la nature de la situation vécue et la sévérité de la douleur associée, c'est cette présence même du soignant *auprès* du soigné, *pour* le soigné, qui confère à celui-ci l'assurance d'être considéré dans sa dignité de personne humaine [11]. Pour le soignant, accompagner autrui ne consiste donc pas à l'emmener sur sa propre route, ni à lui imposer une route tracée d'avance. Il s'agit plutôt de « marcher » à ses côtés dans un rapport de confiance mutuelle, de tenter de le rejoindre dans ce qu'il vit pour l'aider à se défaire du fardeau qu'il porte ou à supporter celui-ci.

Chacun, professionnel de santé ou non, peut être amené à se retrouver dans la situation de prodiguer des soins, et donc à être « soignant », à condition d'avoir l'intention de prendre soin de la personne concernée car lui donner des soins ne signifie pas automatiquement en prendre soin [24]. C'est lorsque les affections ayant trait au domaine du corps ou du psychisme atteignent un certain niveau de préoccupation ou de gêne que peuvent alors être appelés à intervenir les professionnels de santé, formés à des techniques spécifiques pour soulager la douleur physique ou morale. Ainsi, le terme « soignants » leur est bien souvent consacré. En revanche, chez les Anglo-Saxons, « *caregivers* » (littéralement « donneurs de soins ») a tendance à désigner également les aidants (aidants familiaux, par exemple) compte tenu de la distinction faite entre le *care* et le *cure* [29].

Dans la littérature scientifique, le concept de *care*, dont l'apparition remonte aux années 70 aux États-Unis et dont la définition fluctue selon les auteurs [18], a souvent été considéré comme l'apanage de la profession d'infirmière, en opposition au *cure*, assigné quant à lui au médecin. D'après Watson, s'inscrivant dans la perspective humaniste du *care*, l'infirmière est chargée d'accompagner la personne dans sa singularité en prenant en compte ses différentes dimensions – corps, âme, esprit – [16, p. 489]⁴, selon « une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé soit une mort paisible » [50, p. 21]. Quant aux médecins, ils utiliseraient – uniquement semble-t-il donc

4. Cité par Hesbeen [25].

dans cette perspective – « les facteurs curatifs [qui] ont pour but de traiter la pathologie d'un patient » [50, p. 21].

Les praticiennes du *care soutiendraient*, – avec le risque peut-être d'enfermer dans la pathologie ou de maintenir une certaine vulnérabilité en survalorisant celle-ci comme pour donner au *care* sa raison de subsister –, tandis que les techniciens du *cure* s'attelleraient à *guérir* le corps, au détriment éventuellement du psychisme ou de l'esprit. Chaque soignant se retrouverait alors face à un dilemme, celui de choisir d'accorder de l'importance au « relationnel » ou de s'attaquer au symptôme, de considérer la personne ou bien la maladie, comme si l'un devait exclure l'autre. Hesbeen met justement en garde contre les risques associés à cette « pensée disjonctive » [25, p. 7] : une telle opposition tranchée du *care* et du *cure* conduirait à opposer les valeurs humanistes du *caring* aux valeurs scientifiques. Or, cloisonner drastiquement les interventions des différents professionnels ne peut qu'exacerber les disjonctions entre les équipes au détriment du bien-être du patient, mais aussi du bien-être des soignants avec le risque de perte de sens associé à cette façon d'exercer.

Certes, les formations des différents professionnels de la santé et les fonctions qu'ils assurent sont spécifiques, ce qui permet une complémentarité des approches. Néanmoins, toutes ces professions ne devraient-elles pas comporter dans leurs exercices respectifs une part – toutes proportions gardées – de *care* et une part de *cure*, soit une composante de soutien, d'attention à la personne soignée, ainsi qu'une composante de technicité, contribuant toutes deux à favoriser la guérison ou le rétablissement (*recovery*) de la personne ? Le médecin ne devrait-il pas intégrer une certaine dose de *care* à sa pratique pour humaniser celle-ci et améliorer les effets du traitement curatif ?

Les résultats de travaux de recherche incitent à se rendre à l'évidence : la qualité de la relation entre le médecin et son patient a toute son importance dans l'efficacité de la prescription médicale [1]. L'alliance thérapeutique entre le médecin et son patient, c'est-à-dire « la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » [4, p. 317], s'avère positivement corrélée à l'adhésion au traitement et à la satisfaction vis-à-vis de celui-ci [21]. Ainsi, en dehors de la réflexion éthique que soulèverait une telle pratique, il ne serait pas même souhaitable dans une perspective d'efficacité, voire de rentabilité, que le médecin délègue aux infirmiers et aux aides-soignants toute l'attention à porter à la personne soignée, en ne la considérant que comme un « corps-objet » à réparer. De la même façon, un infirmier à l'écoute de son patient gagne à être compétent dans les actes

techniques qui lui sont propres puisqu'ils ont toute leur importance sur la santé et la vie du patient. Du côté des psychothérapies, l'alliance thérapeutique – et non l'approche théorique utilisée – apparaît comme le facteur le plus corrélé à leur efficacité [26, 32].

Ainsi, dans le vocabulaire du soin, si le *cure* peut être distingué du *care*, le soignant, tel qu'entendu ici, en tant que professionnel médical ou paramédical formé à une technique spécifique n'aurait-il pas justement vocation à les réunir ? Concilier *care* et *cure*, ou plus exactement intégrer le *curing* au *caring* [24], en veillant à respecter le domaine d'expertise propre à chaque professionnel tout en tirant profit de la pluridisciplinarité, conduit à préférer le recours au terme de « prendre soin » [25, p. 14] – plus inclusif que la notion de *caring* – pour qualifier la mission de tout soignant. S'intéresser au devenir de la personne, et non plus seulement au devenir de ses symptômes, devient alors un positionnement éthique dans le domaine médical. La personne ne se réduisant pas à ses symptômes ou à sa maladie, le soin ne peut se réduire à la technicité. Sans négliger toute l'importance à accorder au savoir scientifique, le soin gagne à s'appuyer sur les ressources du patient, de ses proches et d'une équipe pluridisciplinaire, dans un échange respectueux de chacun, ce que préconise la clinique fondée sur les valeurs [22, 40].

Si la pertinence d'une telle pratique du soin paraît de plus en plus évidente, sa mise en place l'est beaucoup moins pour le soignant. C'est ce que montre dans ce numéro thématique l'analyse de la littérature d'Anita Müller *et al.* portant sur la communication médecin-patient et la décision médicale partagée en oncologie adulte et pédiatrique. Dans un tel contexte, confronté à la mort, le soignant se retrouve bien souvent tiraillé entre ses connaissances scientifiques, la situation singulière, sa propre subjectivité, les émotions et le point de vue du patient mais aussi ceux de la famille. Pour bien soigner, notamment dans des contextes pouvant être extrêmement douloureux et anxiogènes, il apparaît primordial d'être bien formé et de prendre soin de soi pour pouvoir continuer à prendre soin des autres. Chaque soignant peut effectuer une partie de ce travail personnellement, mais des facteurs communs se dégagent et la manière dont ils vivent les situations de soin dépend également de causes externes. Rendre compte de l'expérience des soignants pour en tirer des leçons en vue d'améliorer les pratiques et de prendre soin d'eux en même temps que du patient, apparaît comme un « devoir d'État », de société, mais déjà de chacun à son échelle.

Nos soignants, « athlètes » du soin ?

Bien des personnes dans leur vie quotidienne ou extra-ordinaire méritent d'être mises en avant, à commencer par les patients, ces personnes qu'accompagnent les soignants et dont le terme les désignant, du latin « *patiens* » (« qui supporte », « qui endure »), invite à encourager – plutôt que contraindre – à garder patience face à la maladie. Patients (dans le sens ici de « plein de patience »), n'espère-t-on pas qu'ils le deviennent aussi, malgré eux, en les faisant attendre – pour des raisons institutionnelles ou politiques indépendantes du soignant souvent –, le temps qu'une place se libère pour une consultation, parfois des heures en salle d'attente, et après des jours ou des semaines voire plusieurs mois pour certaines spécialités [3] ?

Or cette attente que subissent les patients est en écho de ce que vivent les soignants (manque de personnel et de moyens). Afin de bien prendre soin des patients, il apparaît nécessaire de s'intéresser aux professionnels les accompagnant dans leurs parcours de soins. Comment les médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, psychologues, sages-femmes, orthophonistes, kinésithérapeutes, pour ne citer qu'eux, vivent-ils la relation de soin, les situations auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique clinique – étymologiquement « au chevet du patient » ? Prendre en compte leur expérience semble nécessaire pour la qualité du soin qu'ils proposent à leurs patients en évitant l'épuisement de leurs propres ressources. En effet, être soignant ne décuplerait-il pas le risque de devenir patient ?

Souffrance des soignants qui s'étend...

Les études et les articles sur l'épuisement professionnel et la détresse psychologique des professionnels du soin ne manquent pas [10, 53]. Chez les internes en médecine le taux de suicide est particulièrement alarmant en France, étant trois fois plus élevé que dans la population générale⁵. Non, les soignants ne sont pas des super-héros, des êtres aux capacités physiques et psychiques surhumaines, des demi-dieux, qui seraient capables de tout supporter comme de travailler sans compter leurs heures pendant des années, sans avoir besoin de se ressourcer malgré la confrontation quotidienne à la souffrance des personnes qu'ils

5. Communiqué de presse de l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) du 6 avril 2021 : « Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide. » <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>

accompagnent. Le métier aurait beau être « vocationnel », à l'impossible nul n'est tenu... !

Pendant la pandémie de Covid-19, la souffrance de certains professionnels, notamment chez les médecins généralistes [20], a été particulièrement préoccupante. Les résultats de travaux antérieurs à cette période montrent néanmoins un mal-être psychique déjà bien présent avant la crise sanitaire. D'après les résultats de l'étude ESTEM menée en France auprès de 600 médecins hospitaliers en 2017, 88,5 % d'entre eux présentaient des symptômes anxieux et 25,9 % des symptômes dépressifs [23]. Les syndicats de soignants continuent d'alerter sur la situation sanitaire en France avec des établissements et donc des professionnels fortement sous tension^{6/7}.

Par manque de personnel et de moyens, des soins ne peuvent plus être prodigués, le temps à accorder aux patients s'en trouve drastiquement réduit et la communication dangereusement altérée. Dans un tel contexte, la bienveillance entre les soignants eux-mêmes et avec le patient risque de ne plus devenir une priorité, par exemple à cause d'un planning ne permettant pas d'aller voir tous les résidents en une journée ni de prodiguer tous les soins dont ils auraient pourtant besoin. Adviennent alors la perte de sens dans le travail, l'épuisement professionnel, voire la dépersonnalisation dans le soin, ouvrant la porte au risque de maltraitance des patients [5, 14, 33, 46]. Le climat de tension que subissent nombre de professionnels de santé, en particulier dans les établissements publics, vient ajouter un poids émotionnel et moral supplémentaire à la relation de soin elle-même, déjà potentiellement éprouvante.

Héroïsme et humanité

Lorsqu'un professionnel de santé est sollicité, le patient se retrouve généralement dans une situation délicate, complexe ou douloureuse sur le plan physique ou psychique. Nos soignants sont *valeureux* – « valeureux » (i. e., « qui témoigne de la vaillance ») dérive de *valoros*, c'est-à-dire « ce qui a du

6. Communiqué du SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers) du 6 août 2024 : « Urgences au bord du gouffre : le cri d'alerte des infirmières. » <https://www.syndicat-infirmier.com/Urgences-au-bord-du-gouffre-le-cri-d-alerte-des-infirmieres.html>

7. Communiqué de presse d'Action Praticiens Hôpital du 22 août 2024 : « Une nouvelle médaille d'Or pour la France !!! Action Praticiens Hôpital décerne au Ministre de la Santé la médaille d'Or pour sa mauvaise foi... » https://aph-france.fr/IMG/pdf/20240822_-_cp_aph_me_daille_d_or.pdf

prix, noble, excellent⁸ » – car le chemin à parcourir aux côtés du patient peut s'avérer très rude. Tel donc un *athlète*, pour prendre cette métaphore en ces temps olympiques, le soignant doit se préparer à parcourir ce chemin – avec la part d'inconnu qu'il comporte –, apprendre à se connaître, se former continuellement, tirer des leçons de ses échecs, faire preuve de résilience, de persévérance et de patience, se ressourcer suffisamment et pratiquer un régime de vie compatible avec ce parcours, sans jamais perdre de vue son objectif.

Certaines situations que traverse – dans une certaine mesure – le soignant avec ses patients peuvent faire écho à son propre parcours, le conduire à prendre conscience de ses vulnérabilités, ainsi que de sa propre finitude, comme le développent dans ce numéro thématique Victoire Vigneron et Anne-Laure Poujol, à partir de l'analyse des résultats d'une étude menée auprès de médecins en réanimation néonatale. Le professionnel de santé peut être exposé dans sa pratique à l'absurde, au sentiment d'impuissance, au mystère de la souffrance, à une violence inouïe, aux plus profonds des désespoirs. Oui, tout en restant bien humains, nos soignants peuvent s'avérer être des *héros*, non au sens mythologique du terme, mais en tant que personnes dignes des honneurs pour la *bravoure* et le *dévouement* dont ils témoignent, en se dépassant parfois pour sauver des vies, ou en continuant inlassablement d'accompagner et de soutenir au quotidien des personnes dans des situations d'extrême vulnérabilité.

Reconnaître l'héroïsme dont certains soignants font preuve est une forme de justice rendue. Seulement, à vouloir que tout soignant devienne héros, ne risque-t-on pas de tous les perdre ? L'héroïsme se manifeste généralement dans des situations ou des périodes exceptionnelles. Encourager les soignants à l'héroïsme hors situation d'exception et surtout sans réfléchir suffisamment aux moyens à mettre en place pour les protéger eux-mêmes, ne risquerait-il pas d'ouvrir à une forme de maltraitance ? Les vouer à l'héroïsme reviendrait alors à les pousser au sacrifice, ultime parfois, en les incitant à s'épuiser, à s'oublier, à s'annuler pour sauver la vie d'autrui. Si cela peut faire exception et qu'il ne peut qu'être loué de donner sa vie pour un autre lorsqu'aucune autre issue n'est envisageable, une société comptant sur quelques héros pour remédier aux maux qu'elle rechigne à traiter, relèverait d'un fonctionnement toxique.

Le héros ne l'est qu'en étant désigné comme tel par la société. La figure du héros dépend donc du bon vouloir de la communauté. Être élevé à ce rang,

8. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [https://www.cnrtl.fr/etymologie/valeureux#:~:text=Étymol.&text=278\).,noble%2C%20excellent%20%20est%20att](https://www.cnrtl.fr/etymologie/valeureux#:~:text=Étymol.&text=278).,noble%2C%20excellent%20%20est%20att)

c'est encourir le risque d'être désacralisé aussitôt la crise passée. Le besoin de héros dépassé, celui-ci serait mis de côté, délaissé, abandonné. Dure réalité que celle observée à la fin du confinement lorsque les applaudissements ont cessé⁹ ! [52]. Que signifiaient ces ovations si rapidement stoppées une fois la pandémie endiguée ? Un véritable hommage et des remerciements adressés à nos « héros soignants » ? Une manière de se soutenir mutuellement entre voisins pour se sentir moins isolés ? Ou encore, telle une bouteille qu'un prisonnier parviendrait à jeter à la mer, un appel à une figure de sauveur, un message adressé aux soignants pour les inciter à ne pas abandonner le navire au cœur de la tempête pandémique ? Applaudir dans le contexte d'exploits sportifs – à titre d'exemple, à l'occasion des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 – n'assurerait-il pas des fonctions similaires ?

Léon Marchand a souligné à quel point la scansion de son prénom depuis les gradins du bassin olympique, et les vibrations qu'elle provoquait et qu'il ressentait même sous l'eau, lui avait donné du cœur à l'ouvrage¹⁰ ! Quelle ne fut pas l'admiration, la reconnaissance bien au-delà de nos frontières^{11/12}, à l'évocation de celui qui a pris soin de recontacter une fillette à laquelle il avait refusé un autographe par manque de temps, pour lui adresser ses excuses¹³, et qui s'est montré si généreux en passant l'une de ses médailles d'or autour du cou d'un jeune en rémission d'un cancer, lui faisant ainsi passer « le plus beau jour de [sa] vie¹⁴ » ! Profondément humain, cet athlète a tout du « gendre idéal »

9. Audrey Chapot (2020), « Au-delà des mots : la malédiction des “héros” », publié sur le site infirmier.com le 19 mai : <https://www.infirmiers.com/profession-ide/au-dela-des-mots-la-malediction-des-heros>

10. https://www.francetvinfo.fr/sports/natation/leon-marchand/video-c-est-parti-du-c-ur-leon-marchand-revient-sur-son-parcours-exceptionnel-lors-des-jo-de-paris-2024-au-20-heures-de-france-2_6708339.html

11. <https://m.nemzetisport.hu/parizs2024/2024/07/leon-marchand-az-utolso-otven-mete-ren-elozott-milak-kristof-ezusterme-lett-200-pillangon>

12. <https://www.nytimes.com/athletic/5673096/2024/07/31/leon-marchand-olympics-swimming-france-superstar-gold/>

13. <https://www.ladepeche.fr/2024/08/28/video-leon-marchand-apolline-la-jeune-fan-du-nageur-toulousain-a-recu-des-cadeaux-dedicaces-de-la-part-du-champion-olympique-12163282.php>

14. <https://www.ladepeche.fr/2024/08/09/jo-2024-natation-quand-leon-marchand-donne-sa-medaille-a-un-adolescent-en-remission-dun-cancer-12131839.php>

titrait *Le Parisien*¹⁵. Quel soignant souhaiterions-nous avoir pour nos proches ou nous-même ? Voilà une question que tout professionnel de santé pourrait se poser, et, à une autre échelle, tout responsable de système de soins.

Dans ce numéro thématique, Stéphanie Perruchoud s'attache – avec une approche d'éthique intégrative – à formuler d'intéressantes propositions pour accompagner le soignant dans sa vulnérabilité, celle-ci étant signe d'humanité plutôt que d'incompétence. Si le principe de réalité nous oblige de toute façon à distinguer le soignant du super-héros, la prudence nous incite déjà à ne pas ériger en héros les soignants, de peur de les encourager au sacrifice vocationnel. Par ailleurs, nos champions Marie-José Pérec et Teddy Riner¹⁶ ont osé qualifier de héros et de super-héros leurs « cousins¹⁷ » athlètes paralympiques. Les qualifier ainsi ne semblait évidemment pas mal intentionné, mais beaucoup ont souligné le danger ou les subtilités associés à la définition et à l'usage de ces termes. Pour éviter le risque d'amalgame ou d'incitation à l'épuisement professionnel, peut-on qualifier nos soignants d'athlètes du soin ?

Outre la question de la préparation mentale, celle de la santé mentale est de plus en plus abordée dans le domaine du sport et notamment par les athlètes eux-mêmes, avec les spécificités liées au type de sport pratiqué. Des sportifs de haut niveau témoignent de facteurs pouvant provoquer de l'épuisement émotionnel et de la dépression : les effets de la pression psychologique, la retombée de l'adrénaline après les compétitions, le bouleversement émotionnel lié aux résultats de celles-ci, la prise de conscience d'un certain isolement dû au rythme des entraînements et des compétitions¹⁸.

15. <https://www.leparisien.fr/jo-paris-2024/natation/plebiscite-par-plus-de-la-moitie-des-francais-leon-marchand-gendre-ideal-et-roi-des-jo-12-08-2024-Q3D2OR5KFREQD-HWKD3PUKJKRWM.php>

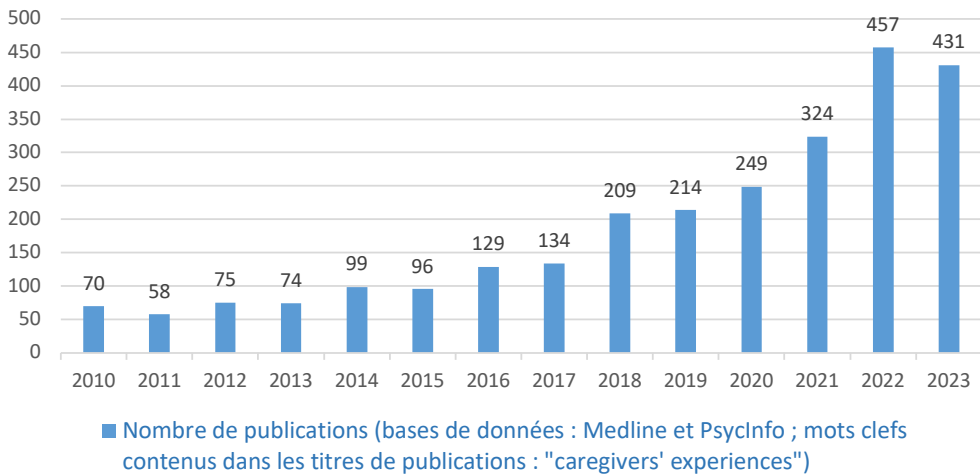
16. https://www.liberation.fr/sports/jeux-olympiques/jeux-paralympiques-2024-teddy-riner-qualifie-les-para-athletes-de-super-heros-et-se-prend-un-ippon-20240822_3QGMORH3IB-FW7NLH4SPL54LI6Q/

17. Le terme « cousin » employé dans ce contexte fait écho au titre d'un article paru dans *Le Monde* : « Les Jeux olympiques et paralympiques, des cousins éloignés... qui se rapprochent. » https://www.lemonde.fr/sport/article/2024/05/20/les-jeux-olympiques-et-paralympiques-des-cousins-eloignes-qui-se-rapprochent_6234263_3242.html

18. Documentaire « Strong, aussi forts que fragiles » de Bertrand Briard et Emmanuel Le Ber, sorti le 10 octobre 2023 sur Prime Vidéo. <https://www.lequipe.fr/Tous-sports/Actualites/Strong-documentaire-sur-la-depression-dans-le-sport-de-haut-niveau/1424534>

Du côté des soignants, la publication croissante d'articles scientifiques rendant compte de leur expérience et de leur vécu (cf. Figure 1) manifeste le besoin de s'intéresser à leur souffrance, à leurs ressources aussi, et de réfléchir à des pistes visant à soutenir leurs pratiques.

Figure 1 : Evolution du nombre de publications sur le vécu des soignants ces dernières années



La période de pandémie du Covid-19 et de ses confinements successifs a donné l'opportunité de déployer plus encore ce volet de recherches autour du vécu des soignants. Si les applaudissements ont pris fin, prenons soin de ne pas refermer trop tôt la fenêtre !

Cultiver les vertus, à la recherche de l'excellence

Les soignants évoluent dans une certaine actualité sociétale. Leurs expériences vécues en tant que professionnels sont marquées par les événements historiques. L'Histoire, les lois et les expériences façonnent, et parfois fascinent ou déconstruisent. Elles nous incitent à tirer des leçons du passé, à réfléchir sur les situations présentes pour bâtir dès aujourd'hui l'excellence de demain. La méthode d'Aristote¹⁹ pour viser l'excellence est de cultiver les vertus. Disposition à agir d'une certaine façon plutôt que d'une autre, la vertu s'apprend socialement : « [elle] est ce juste milieu qui permet à chacun de vivre

19. *Éthique à Nicomaque*, 1108a5.

avec bonheur tout en tenant compte des autres» [35, p. 58]. Les vertus peuvent paraître désuètes mais les Jeux Olympiques et Paralympiques n'ont-ils pas mis à l'honneur certaines d'entre elles, ou des valeurs et des comportements associés ? Nous pouvons ainsi relever le courage exprimé à travers la persévérance dans l'effort, la tempérance allant de pair avec une bonne hygiène de vie qu'exigent les exploits sportifs, et la justice rendue en récompensant les vainqueurs.

Pour bâtir dès aujourd'hui l'excellence de demain, les soignants interrogent leur pratique et leur vécu, pour s'ajuster en fonction de ce qui leur semble bon, souhaitable, pour le patient mais aussi eux-mêmes. Tel est d'ailleurs l'objectif des groupes d'analyses de pratiques professionnelles. Dans l'exercice de leur profession, les soignants se trouvent continuellement confrontés à de nouvelles problématiques cliniques, nécessitant une évaluation de la situation avec prudence²⁰. Les problématiques peuvent s'inscrire aussi dans un contexte plus large, à l'échelle d'un établissement ou même de la société, comme durant la pandémie de Covid-19. Actuellement, les soignants sont confrontés, *via* des projets de loi, à la question de « l'aide active à mourir²¹ », c'est-à-dire le suicide assisté ou l'euthanasie. Celle-ci serait à proposer aux personnes « atteintes d'une affection grave et [déclarée] incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme et présentant une souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable liée à cette affection²². » Dans ce numéro thématique, l'article très documenté d'Arnaud Plagnol nous invite à y réfléchir sérieusement, et particulièrement pour le cas de troubles psychiques persistants, à la lumière du paradigme du rétablissement (*recovery*). Face à la menace de « l'Insupportable » pour le patient, mais également parfois pour le soignant, les soins s'arrêteraient pour provoquer la mort. La mort deviendrait-elle ainsi la seule réponse à apporter à une souffrance extrême ? Quelle définition du

20. La prudence n'est pas le scepticisme. Dans la perspective aristotélicienne, la vertu de prudence renvoie à la disposition permettant de délibérer sur ce qu'il convient ou non de faire.

21. Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, n° 2462, déposé le mercredi 10 avril 2024, présenté au nom de M. Gabriel Attal par Mme Catherine Vautrin et M. Frédéric Valletoux. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b2462_projet-loi « L'article 5 définit l'aide à mourir. Elle consiste à autoriser et à accompagner la mise à disposition, à une personne qui en a exprimé la demande, d'une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 6 à 11, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne. »

22. *Ibid.* Article 6.

soin et quels contours de l'exercice professionnel après une telle évolution du rôle du soignant par rapport au serment d'Hippocrate ? Le soignant pourrait-il se retrouver contraint par une loi s'opposant à sa conscience professionnelle ?

À l'inverse de ce qui pourrait devenir une interdiction du « soin » – à moins que donner la mort délibérément soit désormais considéré comme tel²³ – l'injonction de soins ordonnée par l'État peut être aussi particulièrement difficile à vivre pour le personnel hospitalier. Dans leur contribution à ce numéro, Héloïse Haliday et Philippe Banyols exposent ainsi la difficulté éprouvée par les équipes censées prodiguer des soins de qualité malgré des conditions défavorables associées à l'obligation de soins en dépit de l'accord du patient. Les auteurs proposent une analyse de la place toute particulière assignée aux chefs d'établissements dans ces situations car, s'ils ne sont pas prescripteurs de ces soins sous contrainte ou de ces mesures de contention et d'isolement, ils en sont responsables, notamment sur le plan pénal. Face à des situations très délicates, parfois contradictoires ou paradoxales et pouvant poser des cas de conscience, les professionnels, effectivement ici « athlètes » du soin, doivent faire preuve de prudence, de justice et de courage.

La vertu de force ou de courage est également celle rencontrée auprès du personnel de services psychiatriques qui, pendant la seconde guerre mondiale, cacha parmi les personnes internées de leurs établissements des personnes juives. C'est ce que rappelle un des récits – mêlé à des parcours de familles – de l'ouvrage *Faisceau des vivants* de Catherine Zittoun (2024), présenté dans un style poétique efficace par Simon Daniel Kipman dans ce numéro.

Finement commenté également dans ce numéro par Thierry Haustgen, l'ouvrage *Aliénés. Une histoire sociale de la folie*, publié en 2024, rappelle l'importance du travail des historiens en psychiatrie. Cet écrit est issu d'un important travail de recherche entrepris par son auteur, Anatole Le Bras, qui s'est fondé sur les archives administratives et médicales de structures de soins du XIX^e siècle dédiées aux malades mentaux. Ce type de travaux de synthèse permet de rendre hommage à certains professionnels de santé, de comprendre l'évolution du système de soins, et encourage à tirer des conclusions pour ajuster plus encore les pratiques actuelles.

23. Marie de Hennezel, psychologue, écrivaine et spécialiste du vieillissement, adresse une lettre ouverte au Président de la République publiée dans *Ouest-France* le 11 mars 2024 : « Soigner par la mort n'est pas un soin ». <https://www.ouest-france.fr/reflexion/point-de-vue/point-de-vue-soigner-par-la-mort-nest-pas-un-soin-700041bc-dbe8-11ee-a79f-2312009be08f>

Par ailleurs, s'agissant de la persévérance que partagent athlètes et soignants, celle dont a fait preuve Holly Prigerson tout au long de son parcours professionnel porte de précieux fruits. Grâce à son implication dans des travaux de recherche d'envergure, la spécificité symptomatologique du deuil prolongé est désormais reconnue. L'inscription récente de ce trouble dans les nosographies de référence permet assurément d'améliorer l'accompagnement proposé aux personnes concernées. Dans ce numéro thématique, le riche entretien mené par Clémence Jacquet *et al.* montre à quel point les expériences professionnelles et le vécu associé peuvent être déterminants dans les choix de carrière, avec les conséquences qui peuvent en découler pour la société.

3. De l'art du soin à l'art dans le soin

«La beauté [fit dire à certain qu'elle] sauvera le monde» [17, p. 464]. La beauté de l'art de soigner n'en est-elle pas une parfaite illustration? L'art de soigner s'exécute dans une délicate partition²⁴ associant techniques bien spécifiques et relation authentique. En s'accordant, une équipe dont chaque membre joue sa propre portée ou partie de la partition, forme ainsi un véritable orchestre, capable de produire des merveilles! L'art de soigner guérit, rétablit et transforme.

Mêler art et soin donne naissance à des œuvres remarquables. Ignorant si les effets cathartiques évoqués dans ce qui suit étaient ceux escomptés à travers le subtil travail d'écriture et de dessin qu'ils ont entrepris, saluons les «auteurs-artistes» qui ont contribué à ce numéro: Bruno Ferrieu et Marguerite Ferrieu pour le touchant témoignage de médecin généraliste, ainsi que Magali Chétrit pour le sincère retour d'expérience de psychothérapeute. L'illustration de ces récits de patients nous connecte directement aux émotions et au vécu des soignants.

Soigner, tout un art!

S'il n'est donc pas souhaitable d'opposer *cure* et *care*, le soignant doit se doter à la fois d'un savoir-faire et d'un savoir-être. Médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes, se forment à des techniques bien

24. Une aide-soignante en témoigne: «Ici c'est une partition qu'on joue, il faut qu'elle soit jouée parfaitement. Il faut beaucoup d'organisation et de rigueur.» <https://www.clinique-stjeandedieu.com/la-clinique/presse-et-actualites/le-temoignage-de-catherine-aide-soignante-en-ambulatoire-circuit>

spécifiques (traitements médicamenteux, techniques d'accouchement, piqûres, prises de sang, pansements, exercices de rééducation fonctionnelle, *etc.*), tout en travaillant à établir une relation empathique avec le patient dans une perspective de santé intégrative, c'est-à-dire visant son bien-être physique, mais aussi psychique et social [33].

Quant aux psychologues et aux psychothérapeutes, leurs interventions difficilement quantifiables pourraient ne pas sembler rentables dans le cadre de leur exercice à l'hôpital, en particulier depuis l'adoption de la tarification à l'activité (T2A)²⁵. Toutefois, comme leurs collègues, les psychologues et psychothérapeutes sont formés à des techniques spécifiques. Celles-ci reposent principalement sur la parole, ce qui demande un « art » particulier, et s'avère efficace [2, 19, 36, 45] ! Pensons également à la technique de l'entretien clinique, aux méthodes de libre association et d'interprétation des rêves de la psychanalyse, aux protocoles de thérapies cognitives et comportementales, et à la mise en place de l'alliance thérapeutique qui rejoint déjà le savoir-être. En se tenant aux racines étymologiques du terme « art » (du grec *tekhnê* [τέχνη] et du latin *ars*, « pratique », « métier », « talent », mais désignant également le « procédé », la « ruse », la « manière de se conduire²⁶ »), soigner²⁷ peut aisément être considéré comme tel. Tout un art de soigner ? « Le soin impose [en effet] d'être tout à la fois technicien-artisan et artiste inspiré, créateur d'une relation interpersonnelle » [49, p. 61].

Si le recours à l'intelligence artificielle pourrait permettre de décharger les professionnels de santé de tâches administratives ou d'interventions techniques standardisées, la robotique ne saurait remplacer totalement le soignant [30 ; 49, p. 76]. Déshumaniser le « soignant » conduirait à déshumaniser le soigné, dans la mesure où priver le patient d'une « présence vraie » [38] reviendrait à le réifier. Le patient ayant déjà tendance à s'identifier lui-même à la maladie et à s'y réduire, a justement besoin d'une véritable relation de soin pour lui permettre de se (re)penser comme sujet et de restaurer son pouvoir d'agir

25. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, articles 22 à 34.

26. Source : article « Art » extrait de l'ouvrage Larousse « Dictionnaire de la philosophie ». <https://www.larousse.fr/encyclopedie/philosophie/art/191251#ft-1-1>

27. L'origine du terme « soigner » est moins certaine. « Soin » pourrait venir du bas latin *sunnis*, *sunnia*, *sonia*, renvoyant à l'empêchement juridique, et par extension à une affaire difficile nécessitant de s'y arrêter. En outre, le terme « soin » pourrait venir du latin *somnium* qui a donné « songe » et peut-être songer à quelqu'un, porter de l'attention à celui qui en a besoin. <https://www.littre.org/definition/soin>

(*empowerment*) [39]. Au cœur de cette relation empathique, la créativité même du soignant gagne à s'exprimer pour relancer celle du soigné. Au-delà de techniques de soins protocolisées – n'en restant pas moins à réinterroger parfois pour les ajuster ou les améliorer –, l'adaptation au patient et à ses besoins nécessite de se mettre à son écoute et d'imaginer, d'inventer. Un soignant peut avoir recours très banalement à une métaphore pour favoriser chez un patient la prise de conscience de l'importance de faire ses exercices de kinésithérapie régulièrement, ou pour aider un autre à trouver un moyen concret de penser à prendre chaque jour son traitement médicamenteux. En appliquant ses compétences techniques tout en sollicitant son potentiel créatif, le soignant, tel un restaurateur d'œuvres d'art muni de sa caisse à outils et de sa palette de couleurs et d'émotions, cherche à remettre en mouvement un être souffrant, à redonner un élan de vie à une nature blessée.

Soignant-restaurateur d'«œuvres», un poste pour contemplatif

Certes, soigner est éprouvant, mais n'est-ce pas en même temps occuper une place privilégiée, permettant de voir avec tant de joie une personne se remettre à marcher, avancer, retrouver une certaine autonomie ou un sens à sa vie malgré la persistance parfois de symptômes ? Quelle merveille d'assister au cours d'un suivi psychothérapeutique à l'éclosion de certaines personnalités ! Cette place de témoin privilégié est gratifiante, comme peut l'être celle du restaurateur d'œuvres d'art approchant de si près de véritables joyaux du patrimoine culturel et artistique. Le soignant, tout « artiste-restaurateur » qu'il puisse être, doit cependant rester humble : l'« œuvre » ne lui appartient pas. En cela, il serait approprié d'emprunter au domaine du patrimoine le terme plus officiel de « conservateur-restaurateur » désignant celui qui est en charge de la préservation des biens culturels, sans chercher à les embellir ni à en créer de nouveaux. Ces deux dernières missions sont en effet réservées respectivement à l'artiste *stricto sensu* et à l'artisan d'art²⁸. Tel le soignant s'ajustant à la personne qu'il soigne, « le conservateur-restaurateur adapte sans cesse ses techniques, mais aussi ses conceptions. Son intervention est définie par l'objet étudié » [47, p. 111].

28. Maxime Griveau (2021) : « Conservateurs-Restaurateurs : ni artistes, ni artisans. Qui sont-ils alors ? » Publié le 17 juin 2024 sur : <https://www.polepatrimoine-paysdelaloire.fr/ressources/regards-croises/conservateurs-restaurateurs-ni-artistes-ni-artisans-qui-sont-ils-alors>

L'emploi métaphorique du terme « conservateur-restaurateur » pour désigner le soignant rappelle la fonction première du *care*, celle qui a pour objectif la conservation et la préservation [13]. Cependant, sans chercher à dénaturer l'œuvre ou la personne soignée – bien au contraire plutôt pour l'aider à actualiser les potentialités de son être qui *per accident*²⁹ en étaient jusque-là empêchées – le *care* vise aussi le développement et l'épanouissement de la personne dans ses différentes dimensions [34]. La mission du soignant consiste ici à accompagner la personne « confiée » vers un mieux-être, et à l'encourager à retrouver sa capacité à s'autodéterminer dans une perspective de rétablissement. Le rétablissement peut être entendu ici au sens de *recovery*, dans le cadre de maladies psychiques [37] mais aussi somatiques [44]. Ce parcours subjectif conduit la personne à se (re)lancer dans des projets, à (re)trouver une dynamique de vie positive grâce à une (re)définition de ses objectifs et de soi-même, après ou malgré cette épreuve de la maladie [28]. Et assister à cette transformation positive du patient peut bien conduire le soignant à s'en émerveiller... « Soigner, c'est apprendre à s'émerveiller » pour paraphraser encore Aristote (et Platon!)³⁰. La transformation thérapeutique ne se fait en effet pas à sens unique : en accompagnant sans imposer cette expérience potentiellement transformatrice de la maladie, le praticien peut être transformé lui-même en retour. Impliqué dans la relation profondément humaniste qu'est censée être celle du soin [6], le soignant ne peut être indifférent ni insensible à ce qui se joue ou s'opère chez son patient.

Dans l'art du soin tous se transforment – voyage intersubjectif et risques associés

Pour rencontrer la douleur physique ou morale du patient en vue de l'éradiquer ou de l'atténuer, c'est tout l'être du soignant qui « se penche » sur la personne. La relation soignant-soigné implique l'intersubjectivité, mobilisant ainsi cognitions, représentations et émotions. Pour l'ensemble des soignants, la rencontre de l'univers d'un Autre n'est pas neutre. L'expérience est poten-

29. En un sens large, et dans une perspective aristotélicienne, l'accident n'est pas lié à la substance de manière essentielle, et « par accident » s'oppose à « par soi » (*kath'auto*): « on appelle accident ce qui appartient vraiment à quelque chose, mais qui ne lui appartient ni nécessairement ni la plupart du temps » (*Métaphysique* D, 30, 1025a14). https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782729836320_extrait.pdf

30. Selon Platon et Aristote, la philosophie commence par l'étonnement/émerveillement (*thaumazein*). Platon, *Théétète*, 115 d; Aristote, *Métaphysique*, 982 b 11.

tiellement transformatrice de son propre univers mental [42], et encore plus particulièrement peut-être pour les psychothérapeutes en tant qu'ils visent un certain changement de fonctionnement psychique chez la personne accompagnée [43]. Des praticiens en témoignent dans le cadre d'une étude exploratoire. Ils expliquent que mener des psychothérapies a développé chez eux par exemple une plus grande ouverture aux autres, un développement de leur créativité, un renforcement de leurs valeurs, une meilleure écoute de leurs propres émotions et acceptation de leurs vulnérabilités, ou même leur a permis de trouver leur but dans la vie [43].

Toutefois, la nature de la transformation n'est pas toujours favorable ; le voyage dans l'univers mental d'autrui comporte un certain nombre de risques [41, 43]. C'est pourquoi il est si important d'être à l'écoute du vécu des soignants, et voire aussi de la disposition d'esprit de ceux qui se destinent à l'être.

Comme évoqué précédemment en recourant à la métaphore de l'entraînement de l'athlète, partir à la rencontre de l'univers de l'autre se prépare. L'intention de la rencontre semble aussi à clarifier. En effet, chercher plus ou moins consciemment à « restaurer » (soigner) pour « se restaurer » soi-même, conduirait vite à délaisser l'Autre – pour privilégier le Soi ou en étant bloqué par le Soi – et donc à quitter la relation de soin véritable. Mieux vaut alors prendre le temps nécessaire pour se rétablir soi-même avant de se lancer dans cette voie de la « restauration » pour les autres. Prendre soin de soi avant de prendre soin des autres. Mais toujours aussi continuer à prendre soin de soi en prenant soin des autres. Effectivement, se blesser ou « se casser » soi-même en « restaurant » un Autre, ne serait-il pas bien regrettable, voire alarmant ? Cette situation renvoie malheureusement à celle que vivent bon nombre de professionnels de santé actuellement. Le soignant n'est pas une surface lisse, imperméable à tout impact, et le traumatisme vicariant [7], l'épuisement professionnel, la fatigue compassionnelle font partie des « risques du métier » à tenter de prévenir absolument [27].

Programme Arts&Bienfaits : s'exposer au beau, au grand, à l'inspirant, en commençant par la connaissance de soi-même

Pour prévenir ces risques, bénéficier d'une supervision professionnelle, voire d'interventions thérapeutiques individuelles ou groupales, est particulièrement recommandé [15]. Cela contribue d'ailleurs à accéder à une meilleure connaissance de soi, salvatrice chez le soignant en tant qu'elle facilite l'identification et la gestion des émotions : « Qui mieux que vous sait vos besoins ? Apprendre à se

connaître est le premier des soins³¹. » (La Fontaine). Des niveaux satisfaisants de confiance en soi et d'affirmation de soi permettent d'établir ou de rétablir certaines limites avec soi-même, les collègues, les responsables hiérarchiques ou les patients lorsque cela devient nécessaire.

Parmi bien des conseils que donne généreusement Brillon dans son guide pour *Entretenir [sa] vitalité d'aidant* [8], l'un retient particulièrement notre attention : « Exposons-nous au beau, au grand, à l'inspirant chez l'Humain » [8, p. 170]. La contemplation d'un « être soigné » et bien d'autres réalités dans nos pratiques – ne serait-ce qu'une jolie parole ou un sourire échangé – peuvent reconnecter à la merveille qu'est l'Homme quand nos yeux sont disposés à la voir et nos cœurs à la recevoir, malgré le tourbillon que peut être un service hospitalier saturé par exemple. Néanmoins, pour contrecarrer les effets de l'exposition à la douleur, à la souffrance, à la violence, aux horreurs que certains subissent et que d'autres font subir, aux potentielles noirceurs de l'âme et aux tourments de l'humain, l'incitation à s'exposer sans limite au Beau³² n'est pas vaine : « Faisons tout en notre pouvoir pour augmenter la fréquence de ces moments de ravissement qui nous nourrissent par la grandeur, la bonté ou le génie » [8, p. 170]. Outre les rencontres inspirantes, l'art – pouvant d'ailleurs les favoriser – possède aussi en lui-même cette faculté de nous ravir ! L'art est à entendre ici dans un sens relié aux beaux-arts, bien que l'œuvre d'art en tant que production du Beau³³ soit assurément imprégnée de la technique – et du génie parfois – de l'artiste. L'art revêt tant de formes (peinture, dessin, sculpture, photographie, danse, poésie, théâtre, concert et opéra parmi bien d'autres) que chacun peut s'y retrouver, s'y exposer selon ses appétences.

Outre l'exposition au Beau à travers l'art, la création artistique n'est pas contre-indiquée chez le soignant, et ses vertus cathartiques ne sont pas réservées aux patients à travers l'art-thérapie [31]. Plus récente, la thérapie par exposition à la nature se développe également [12], et, comme tout un chacun, les soignants sont invités à profiter des bienfaits du contact avec la nature améliorant l'humeur et réduisant le stress : « L'exposition aux couleurs, aux odeurs et aux bruits de la nature (...) améliore notre bien-être » [8, p. 181]. Les exigences et

31. « Le Juge arbitre, l'Hospitalier et le Solitaire », 25^e fable du livre XII du troisième et dernier recueil des *Fables de La Fontaine*.

32. Par « Beau » entendons ici ce qui élève et transcende les bassesses humaines.

33. Tenons-en nous ici à la définition que propose Kant (1790) dans son essai *Critique de la faculté de juger* : « le beau est ce qui plaît universellement sans concept ».

les difficultés du soignant ne peuvent-elles être remises à leur juste place face à l'immensité de paysages paraissant éternels? «Devant les splendeurs de la mer ou de la montagne, nous prenons conscience de notre petitesse, et c'est parfois extrêmement réparateur. [...] Nous ne faisons (après tout) que passer... en espérant avoir fait au mieux» [*ibid.*].

Conclusion

Pour garantir des soins de qualité et respectueux des patients, veillons à associer dans la pratique de tout professionnel de santé à la fois le *cure* et le *care*, le savoir-faire propre à chaque spécialité mais aussi le savoir-être. La relation de soin exige une présence vraie entre protagonistes. Si ce voyage intersubjectif vise le rétablissement de l'un, il participe aussi à une certaine transformation du second. Pour que celle-ci soit positive, tel un sportif s'entraînant en vue d'une compétition, nos «athlètes du soin» ont besoin de se préparer et de bénéficier d'un équipement adéquat pour affronter les difficultés et les épreuves rencontrées sur la voie de l'accompagnement. Et, pour que leur expérience transformatrice reste heureuse, encourageons-les à se ressourcer en cours de route, et n'hésitons jamais à rappeler que l'exposition à ce qui est beau, grand et inspirant vivifie l'être, en accord avec la finalité soignante la plus profonde.

Références

1. Académie nationale de médecine. 2021. Rapport. Relation médecin-malade. 1-17 : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>
2. Aujoulat C., Vancappel A., Tapia G. 2024. Efficacité des psychothérapies sur les symptômes dissociatifs en population adulte : une revue de la littérature PRISMA. *L'Encéphale (In press)*. Consultable en ligne.
3. Battaglia, M., Stromboni C. 2024. Accès aux soins : du médecin généraliste au cardiologue, les délais d'obtention d'un rendez-vous médical passés au crible. *Le Monde* [en ligne] 24 avril. https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/04/24/acces-aux-soins-du-medecin-generaliste-au-cardiologue-les-delais-d-obtention-d-un-rendez-vous-medical-passes-au-crible_6229568_3224.html
4. Bioy A, Bachelart M. 2010. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 49(4) : 317-326.
5. Borteyrou X., Paillard E. 2014. Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. *NPG* 14(81) : 169-174.

6. Boucoiran I. 2011. L'humanisme dans la relation de soin : ça s'apprend ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 39(6) : 398-398.
7. Bouvier G. 2019. Les traumatismes vicariants : définition, contextes et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma & Dissociation* 3(3) : 163-169.
8. Brillon P. 2020. *Entretenir ma vitalité d'aidant : guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
9. Buber M. 1969. *Je et Tu*. Paris : Éditions Aubier.
10. Canoui P. 2003. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *INFOKara* 18(2) : 101-104.
11. Charron D. *et al.* 2012. Le « prendre soin » de la santé (PSS) : une conception transdisciplinaire et inclusive de la pratique soignante et son intérêt pour améliorer les résultats de santé des jeunes aux prises avec le diabète. *Revue de l'Université de Moncton* 43(1-2) : 27-65.
12. Claude Berghmans C. 2023. L'impact de l'exposition à la nature (bain de forêts) sur la santé mentale : une revue d'études contrôlées et randomisées et une analyse des processus d'action. *L'Évolution Psychiatrique* (sous presse, consultable en ligne).
13. Collière M.-F. 2001. *Soigner... Le premier art de la vie* (2e édition). Paris : Masson.
14. Daloz L. *et al.* 2005. Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Annales Médico Psychologiques* 163 : 156-160.
15. Desbiendras N. 2019. Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. *European Journal of Trauma & Dissociation* 3(3) : 151-156.
16. Desjean G., Doucet T., Gagnon L. 1983. La Maladie chronique, la dissonance cognitive et les soins infirmiers. In Kravitz M., Laurin J. (eds). *Actes du 9e Colloque national, Perspectives en nursing : La recherche infirmière au service de la pratique, 12-13-14 octobre 1983, Montréal, Québec*, 487-499.
17. Dostoïevski, F. 2009. *L'Idiot* (1re éd. 1953 ; trad. fr. Mousset A.). Paris : Gallimard.
18. Eyland I., Jean A. 2016. Exercice et apprentissage du métier d'infirmier : à la recherche du Care. Éducation et socialisation [En ligne] 40 : <http://journals.openedition.org/edso/1552>.
19. Fansi A. 2015. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec* 40(4) : 141-173.
20. Frajerman A. *et al.* 2024. Santé mentale des médecins libéraux français pendant la deuxième vague de COVID 19. *L'Encéphale* 50(2) : 192-199.

21. Fuertes J.N. *et al.* 2007. The physician–patient working alliance. *Patient Education and Counseling* 66(1) : 29-36.
22. Fulford K.W.M., Peile E., Caroll H. 2017. *La Clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes* (trad. Plagnol A., Pachoud B., Advenier F.). Montrouge : Doin.
23. Hardy P. *et al.* 2020. Comparaison des syndromes d'épuisement professionnel, d'anxiété et de dépression chez les psychiatres hospitaliers et les autres médecins : résultats de l'étude ESTEM. *Psychiatrie Res* 284 : 112662.
24. Hesbeen W. 1997. *Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : InterÉditions/Masson.
25. Hesbeen, W. 1999. Le caring est-il prendre soin? *Perspective soignante* 4 : 1-20.
26. Horvath A.O., Luborsky L. 1993. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy, *J Consult Clin Psychol* 61 : 561-573.
27. Imbert M., Maillard B. 2020. La contamination par les affects du patient : une source traumatogène pour le soignant. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic – Traitement* 21(5-6) : 178-181.
28. Koenig M. 2017. Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Rhizome* 3(65-66) : 8-9.
29. Lalau J.-D. 2021. Le cure et le care. *Médecine des Maladies Métaboliques* 15(1) : 99-103.
30. Lequillier C. 2023. L'impact de l'intelligence artificielle sur la relation de soin. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie* 37 : hal-04199951.
31. Longneaux J.-M. 2018. La place de l'art dans les institutions de soin. *Journal de Culture & Démocratie* 47 : Dossier « Prendre soin ». Consultable en ligne. <https://www.cultureetdemocratie.be/articles/la-place-de-lart-dans-les-institutions-de-soin/>
32. Martin D.J., Garske J.P., Davis M.K. 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68 : 438-450.
33. Mauranges A. 2007. Burn out des soignants et maltraitance à l'hôpital. *Soins* 52(715) : 39-41.
34. Mayeroff M. 1971. *On caring*. New York : Harper & Row.
35. Meyer M. 2011. L'éthique selon la vertu : d'Aristote à Comte-Sponville. *Revue internationale de philosophie* 4(258) : 57-66.
36. Nadeau L. 2012. Les études sur l'efficacité de la psychothérapie ou comment la science répond à une question intime. *Psychotropes* 1(18) : 77-88.
37. Pachoud B. 2018. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 7 : 165-180.
38. Parse R.R. 1998. *The human becoming school of thought : A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks : Sage Publications.

39. Picolet E., Castillo M.-C. 2024. Le pouvoir d’agir et son soutien en psychiatrie ou dans l’intervention sociale : favoriser la rencontre des valeurs. *PSN* 1(22) : 113-132.
40. Plagnol A. 2022. La Clinique fondée sur les valeurs. In Chambon N. et al. (eds). *La politique du Logement d’abord en pratique*. Bron : Rhizome, 205-211.
41. Plagnol A. 2023. *Principes de navigation dans les mondes possibles. Tome II : Horizons et Dangers*. Garches : Terracotta.
42. Plagnol, A. 2022. Exploration des univers mentaux. Des limites des neurosciences à l’essor des sciences de l’esprit. *PSN* 1(20) : 9-25.
43. Potez C. 2024. Exploring the inner forests with our clients - the impact on psychotherapists. In the symposium on Friday 5 July : «Dancing in the inner forests - helping clients to understand and navigate their inner worlds in therapy and in the digital jungle». DCoP Annual Conference 2024 «Dancing between the forest of life and the digital jungle», Glasgow Caledonian University, 2-4 juin.
44. Potez C. 2024. Le rétablissement, une voie vectrice d’espoir à «déconfiner» ! Conclusion et clôture du colloque «Le rétablissement : de l’idéal de guérison à la restauration du pouvoir d’agir». IPC-Facultés Libres de Philosophie et de Psychologie, Paris, 15 mai.
45. Rabeyron T. 2021. L’évaluation et l’efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse. *Evol psychiatr* 86(3) : 455-488.
46. Reader T.W., Gillespie, A. 2013. Patient neglect in healthcare institutions : a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res* 13 : 156.
47. Renaudie Z. 2018. Conservation du concept, restauration contre l’oubli. *Marges* 27 : 110-121.
48. Toledano A. 2022. *L’art de soigner*. Paris : humenSciences.
49. Vialla F. 2023. Ce que soigner veut dire. Le peintre, le patient et le bon samaritain. *Médecine & Droit* 2023(181) : 59-76.
50. Watson J. 1998. *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers* (trad. française sous la dir. de Josiane Bonnet). Paris : Seli Arslan.
51. Watson J. 2008. *Nursing : the philosophy and science of caring*. Revised edition. Boulder : University of Colorado Press.
52. Wood G. 2020. Les soignants, des héros ? *Journal du NFPHARE* 90 : 16-18.
53. Zawieja P., Benattar, L. 2019. Burnout des soignants en gériatrie : Prévalence et déterminants dans 185 établissements Français. *NPG* 19(113) : 286-293.

Contexte de ce numéro thématique

Ce numéro thématique de PSN a bénéficié des contributions de certains intervenants du colloque du 1^{er} avril 2023 ayant eu lieu à l’IPC-Facultés Libres de Philosophie et de Psychologie (Paris) sur le vécu et l’accompagnement des

soignants et des aidants. Nous remercions ainsi Stéphanie Perruchoud, Arnaud Plagnol, et Victoire Vigneron d'avoir accepté de soumettre un article à PSN dans ce cadre. Si nous avons choisi de nous focaliser dans ce numéro-ci sur le vécu des soignants, ce n'est pas que nous remettons en cause la palette si précieuse de soins que prodiguent les aidants tels que nous les entendons dans ce colloque, qu'ils soient familiaux, bénévoles ou pair-aidants – intervenant d'ailleurs pour certains à titre professionnel ! Toutes ces formes d'accompagnement s'inscrivent assurément dans le domaine du *care*, mais compte tenu de leurs spécificités par rapport aux soignants – tels les médecins, infirmières, kinésithérapeutes –, l'expérience des aidants mériterait d'être traitée à part entière, dans un prochain numéro thématique de la revue PSN par exemple !

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement Agnès Certain, Solène Grégoire et Claudia Klosson-Djanka pour leur précieuse expertise dans le cadre ce numéro thématique sur le vécu des soignants.