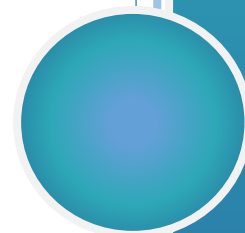


Revue Ouvertures vol 3

Ouvertures

*Revue internationale
de philosophie, théologie et psychanalyse*

Aout 2019



Quête de sens, système de santé et résilience

Cathy Gélinas – Mai 2020

Cathy Gélinas, Psychoéducatrice, enseignante au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, chargée de cours à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et formatrice pour l'Institut national de santé publique du Québec.

Citer l'article : Cathy Gélinas, « Quête de sens, système de santé et résilience », *Revue Ouvertures* vol 3, p. 145 – 159.

Résumé :

La présente contribution s'intéresse à la question du sens, plus particulièrement à la question de la « quête de sens » et à la manière dont cette dimension fondamentale est abordée et traitée au sein du réseau de la santé. Le présent article souhaite aborder cette question selon deux perspectives qui s'inter influencent : la quête de sens chez le professionnel de la santé et la quête de sens chez la personne en souffrance qui demande le soutien du professionnel de la santé. Cette réflexion se structure en quatre temps : dans un premier temps, nous partagerons notre propre pratique clinique et la manière dont celle-ci nous a conduite à nous intéresser à la question de la « quête de sens » et de son lien avec l'univers du soin. Dans un second temps, nous porterons à votre attention quelques éléments de réflexions qui viennent appuyer l'hypothèse selon laquelle, dans notre culture occidentale laïque, la quête de sens individuelle est subjective, et donc individuelle et singulière à chacun. Considérant que la quête de sens s'articule dans un contexte de santé globale, l'enjeu est de mesurer la difficulté de prendre en compte ce que le réseau de la santé ne fait pas dans sa gestion des professionnels. Ce qui nous amènera, dans un troisième temps, à nous intéresser à la question du sens comme force de résilience, en exposant comment, en ayant réintégré dans notre propre pratique thérapeutique la question du sens de l'existence, il devient possible de favoriser la résilience chez l'autre.

The present contribution is concerned with the question of meaning, more particularly with the question of the "quest for meaning" and the way in which this fundamental dimension is approached and treated within the health network. We wish to approach this question from two mutually influencing perspectives, the quest for meaning in the healthcare professional and the quest for meaning in the suffering person who requests the support of the healthcare professional. Our thinking is structured in four stages. First, we want to share our own clinical practice and how it has led us to take an interest in the question of the "quest for meaning" and its connection with the world of care. In a second step, we will bring to your attention some elements of reflections which support the hypothesis, according to which, in our secular Western culture, the quest for individual meaning is subjective to each and that it is a dimension which is articulated, most often in connection with the dimension of overall health. Finally, we will show how, by having the question of meaning in existence reintegrated into our own therapeutic practice, it becomes possible to foster resilience in others.

1. Un parcours subjectif et professionnel : lorsque le désir d'aider devient une arme à double tranchant

En 2009, je fais mes débuts comme psychoéducatrice dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. À ce moment, je portais en moi peu d'expérience formelle en intervention, mais j'étais remplie de cette volonté d'apporter un soutien aux personnes qui se présentaient à moi. Avec le temps, j'ai eu la possibilité de développer mon identité professionnelle, d'accompagner les gens à ma façon. Pour moi, il était important d'accorder du temps et de considérer les personnes qui venaient me rencontrer, peu importe leurs diagnostics médicaux, comme des humains en quête de sens. Cette orientation centrée sur l'accompagnement permettait aux personnes de cheminer à leur rythme et de prendre le temps nécessaire. À l'époque, je sentais que je faisais partie d'un système qui portait les mêmes valeurs que moi avec le souci de contribuer à la santé de la population en offrant des services accessibles, en étant attentifs au devenir des patients.

En 2016, je me sentais épuisée, incompétente, surchargée. J'en étais à croire que je n'étais pas à ma place, comme psycho-éducatrice. Je vivais une constante frustration. Chaque fois que je rencontrais ma superviseuse clinique, je me sentais en conflit de valeur. Je sentais qu'on me demandait de justifier mes interventions ainsi que la durée des suivis. Tout semblait trop long, pas assez efficace. Il n'était plus question de parler de ma pratique clinique et de ce qui était possible de faire pour accompagner réellement une personne souffrante. À plusieurs reprises, mes supérieures m'ont demandé de mettre un terme à des suivis clinique parce que l'on considérait que les personnes avaient reçu suffisamment d'aide, et ce même si mon jugement clinique me portait à savoir que ce n'était pas le cas.

Quotidiennement, je devais fournir des statistiques sur mes interventions, mais le logiciel statistique ne tenait compte que d'une intervention principale : le plan d'intervention. Dans le langage du réseau de la santé, tout ce qui n'est pas formellement contenu dans le plan d'intervention du client est considéré comme du « blanc d'œuf ». Autrement dit, ça ne compte pas. Il faut savoir que le plan d'intervention ne peut pas comporter toutes les tâches administratives liées à l'intervention et encore moins déplier et porter attention à ce qui en est de la quête de sens intime et personnelle à chacun. Le dernier évènement, qui m'a convaincue de quitter le réseau de la santé, s'est produit alors que je devais recevoir la visite de mon ordre professionnel pour une inspection. J'avais mentionné à ma supérieure que je n'étais pas en mesure de prendre en charge davantage de dossiers, que je souhaitais me concentrer sur cette inspection qui était importante pour moi, puisque

je savais qu'étant en surcharge de travail depuis plusieurs mois, ma tenue de dossier en souffrait. Quelques jours avant la visite de mon ordre, ma supérieure vient me voir et me demande de prendre en charge une personne en crise suicidaire, cette personne était en attente depuis déjà un moment sur la liste d'attente et la situation exigeait une prise en charge immédiate.

À ce moment, le dysfonctionnement du système de santé m'est apparu dans toute sa dureté. L'attribution des dossiers se fait selon un ordre de priorisation d'urgence de la situation, voire même selon le niveau de crise. Si la personne n'est pas en crise, elle peut attendre plusieurs mois avant de recevoir de l'aide. Le conflit de valeur qui se présentait à moi à ce moment était grand : soit je choisissais de préserver la qualité des services que je rends, *en conformité avec les exigences de mon ordre professionnel* et je ne pouvais prendre de patient supplémentaire, soit j'acceptais d'aider une personne qui souffrait au point de vouloir mourir, mais au prix de désobéir à ces mêmes exigences. Ce conflit, les professionnels du réseau le vivent à tous les jours. Cela aboutit la plupart du temps à choisir de négliger la qualité de l'aide qu'on apporte pour apaiser les crises de ceux et celles qu'on a dû négliger pour apaiser d'autres crises. On comprend bien que cette spirale ne laisse plus de temps pour la tenue des dossiers, encore moins pour le suivi et l'accompagnement, qui demandent du temps et de la cohérence. À force d'être confrontée à faire des choix qui vont à l'encontre de mes valeurs et ne pas être en mesure d'aider ma clientèle en cohérence avec ces valeurs, j'ai fini par croire que je n'étais pas compétente. Mon travail n'avait plus de sens.

Cette question sur le sens à donner à sa vie est au cœur de ma décision de quitter le réseau de la santé. Bien sûr, je voulais préserver ma santé et mon équilibre, mais surtout je voulais pouvoir continuer de travailler dans une logique d'accompagnement qui admette la quête de sens, la mienne comme celle des personnes faisant appel à mes services, comme dimension constitutive de la santé globale. Mon parcours d'intervenante dans le Réseau de la santé m'avait permis de développer des compétences cliniques. Cette expérience, associée à la prise en compte de mon conflit de valeur et la souffrance que cette situation me faisait vivre, m'a amenée à redéfinir mon rôle de thérapeute en relation d'aide : il s'agissait de m'autoriser à vivre une pratique clinique centrée sur une relation thérapeutique cohérente avec mes valeurs. J'ai donc mis au centre de ma réflexion et de ma décision la valeur de la relation, étroitement liée à une quête de sens, tant pour la professionnelle que je suis que pour le patient qui requiert mes soins.

1.1 La souffrance des professionnels depuis la réforme Barette : quels impacts sur les professionnels de la santé et la population ?

Mon histoire n'est pas unique. En effet, je reçois fréquemment, dans le cadre de ma pratique thérapeutique à la Clinique Alliance, des professionnels de la santé et des services sociaux qui me font part d'une souffrance semblable à la mienne, lorsque je travaillais dans le réseau. À écouter ces professionnels, je ne peux que constater à quel point le Réseau de la santé, surtout depuis l'implantation de la réforme dite « Barette »¹ en 2015, contribue à la détérioration de la santé de la population, mais aussi à celle de ses propres travailleurs. Ils affirment se sentir épuisés, et souffrir : ils rapportent avoir, eux aussi, de plus en plus de difficulté à offrir un service en cohérence avec leurs valeurs. Ils disent vivre un sentiment d'impuissance face à la détresse de la clientèle face à un système qui, priorisant l'atteinte de critères de performances administratives, ne leur permet plus d'exercer leur profession. Au point que d'aucuns estiment avoir perdu le sens de leur travail.

La présence de conflit de valeur entre les individus et le système de santé est palpable quand les professionnels affirment avoir le sentiment de perdre leur autonomie professionnelle, leur capacité à déterminer avec le patient souffrant la qualité et la durée des services à rendre. Plusieurs mentionnent également que les services d'accompagnement et de suivi sont peu accessibles ou disponibles. L'augmentation des tâches administratives éloigne le professionnel de l'essence même de son identité qui est d'aider une personne souffrante. Or, en induisant un conflit de valeurs auprès de ses professionnels de la santé, le réseau de la santé affecte non seulement directement la santé de la population, mais il contribue aussi à diminuer la qualité de soins qui lui sont rendus. Surtout, ma pratique clinique me permet de constater qu'un professionnel de la santé qui perd le sens de sa pratique est à risque de vivre une situation de détresse et de souffrance au travail.

Comment expliquer qu'un système de santé, pourtant mis en place pour soigner et aider, en soit rendu aujourd'hui à contribuer à abaisser le niveau global de la santé de la population en général ? Comment un professionnel de la santé, lui-même en détresse, peut-il donner un sens à sa propre pratique clinique s'il se sent

¹ En 2015, le Ministère de la santé et des services sociaux, dirigé à l'époque par le Dr Barette, implante une réforme du système de santé Québécois, l'objectif étant l'optimisation des services afin d'en favoriser l'accès. Cette réforme a donné lieu à la fusion des Centres de santé et à la refonte des différents programmes. On pourra lire à ce sujet : Coalition solidarité santé, *La réforme Barette: une énième réforme pour réduire le système public de santé et de services sociaux au profit du privé*, <https://cssante.com/reforme-barrette/>.

dépossédé de sa capacité à venir en aide à la personne en souffrance² ? Comment, éprouvant lui-même le non-sens de sa pratique, peut-il se positionner en tant que « tuteur de résilience »³ s'il vit lui-même l'expérience de la souffrance au moment de la prestation de service ?

2. Du droit à la santé à l'organisation globale du soin : vers une homogénéisation globale du discours

Pour répondre à ces questions, il nous faut revenir sur la façon dont le soin et le système de santé sont perçus. Car, si la réforme de 2015 a une incidence certaine sur la santé des travailleurs du réseau, il paraît évident qu'elle ne peut à elle seule expliquer la perte de sens que les professionnels de la santé perçoivent dans leur pratique. À lire la déclaration des Nations Unies, puis les réformes successives que, par exemple, le Québec a vécues, c'est le système de santé tel qu'il est pensé de façon générale, qui semble avoir perdu de vue ce pour quoi il a été conçu. Comme nous allons le voir, cela dépasse largement le Québec.

En 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par les Nations Unies déclare ceci :

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.⁴

En englobant dans le mot « santé » tout un panel de services débordant le strict soin au « malade », la déclaration de 1948 a entraîné deux choses : la création d'un

² Le terme « en souffrance » n'est pas nécessairement utilisé dans le réseau. Il a cependant été délibérément choisi pour à la fois dire cette mise de côté contenu dans l'expression, comme on parle d'un colis en souffrance, mais aussi pour ne pas étiqueter la personne en cherchant d'abord à la définir par un diagnostic ou un seul aspect de sa situation d'être. Utiliser le terme « en » permet aussi de mettre en relief l'aspect temporaire de la situation de souffrance.

³ Personne qui par ses attitudes et comportements favorise la résilience chez une personne en souffrance. Nous développerons ce concept au point 3.2.

⁴ Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25, Nations unies, 1948.

système de santé accessible à l'ensemble de la population, et l'élargissement de la notion de « soin » à un certain bien-être des humains.

En effet l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme étant :

Un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il est possible de croire que la santé est un concept subjectif qui fait référence à la perception qu'à l'humain de son expérience de vie. ⁵

Ainsi, on voit bien qu'au fil du temps, la définition de la santé s'est modifiée. Elle s'est élargie au point même de considérer que la santé devienne un concept subjectif qui fait référence à la perception qu'a l'humain de sa propre expérience de vie.

Le Québec a suivi cette voie. En 1971, le gouvernement québécois adopte la Loi sur la santé et les services sociaux, une loi redéfinie au fil des années en fonction de l'évolution des besoins de la population, mais également en fonction des disponibilités budgétaires du gouvernement en place. Il est important de noter cette évolution. Aujourd'hui l'article premier de cette loi énonce ceci :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.⁶

Il convient de lire cette affirmation. En adoptant un régime de santé et services sociaux universel, le Gouvernement du Québec, via les Centres de santé et services sociaux, est devenu le principal fournisseur des services, dont la vocation est de contribuer au développement et au maintien de la santé de sa population. Mais par « santé », le gouvernement, et donc le Réseau, en tant que fournisseur de services de santé, prend comme premier et fondamental engagement d'offrir des services qui favorisent un état de bien-être physique, mental et social en tenant compte de la

⁵ Organisation mondiale de la santé, Définition de la santé, <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (consulté en 2019). En mai 2020, on peut lire sur la même page : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

⁶ Loi sur la santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec, 2019. Par « groupes », il faut entendre les sous-groupes de population. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2?langCont=fr#ga:l i-gb:l i-h1>.

capacité de l'humain à déterminer lui-même la qualité de son état de santé. Cette précision n'est pas sans conséquences.

La santé est devenue un domaine qui s'est élargi au point de devenir un possible lieu de sens pour les personnes qui le fréquentent. On ne peut que constater que, dans notre Québec moderne d'aujourd'hui, l'humain qui traverse une épreuve se tourne le plus souvent vers le soutien de professionnels de la santé. C'est si vrai qu'une personne qui souffre cherche, à travers les services dispensés par le réseau de la santé, non seulement à favoriser son état de bien-être physique, mental et social, mais aussi à donner du sens à son parcours, à son vécu et à son expérience de souffrance. Les professionnels de la santé observent que les gens qui viennent les voir cherchent à aller mieux, mais viennent aussi pour comprendre pourquoi ils souffrent, pour donner sens à ce qui leur arrive, afin de rétablir un équilibre dans leur vie. Ce faisant, n'est-ce pas se mettre en quête de sens ? N'est-ce pas chercher à donner un sens à un vécu personnel et singulier ? Or, qu'advient-il de cette « quête de sens » dans le réseau de la santé ?

Porter attention à cette quête de sens intime, personnelle et subjective peut-il permettre un meilleur suivi de ces personnes ? Une telle orientation pourrait-elle permettre de mieux « dit-cerner » leur rapport à la santé et leurs demandes envers l'institution soignante ?

3. La quête de sens comme outil de résilience.

Mettre en jeu ma propre expérience clinique ainsi que mon enseignement collégial et universitaire dans la présente contribution a pour objectif de montrer comment le fait de considérer la « quête de sens » dans une pratique clinique est en soi une approche thérapeutique. Si l'on en croit Viktor Frankl, trouver un sens à sa vie représente une motivation fondamentale : une personne qui ne trouve pas de sens à sa vie présente une frustration existentielle⁷. Or, comme je l'ai dit d'emblée, mon travail m'a amenée à avoir dans ma clientèle un nombre croissant de professionnels de la santé, en perte de sens dans leur vie professionnelle. Cette perte de sens est si forte qu'ils décrivent ce qu'ils ressentent comme une « frustration existentielle », qui n'est pas sans répercussions, ni sur leur vie personnelle, ni sur les clients qu'ils desservent. Suivant cette considération, il apparaît important d'étudier l'impact de la réforme dite « Barette » sur les travailleurs du réseau dans une logique de

⁷ Frankl, Victor, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Édition de l'homme, 1988.

recherche qui admette la part subjective et « la petite histoire » des travailleurs qui fait sens.

Pour comprendre ce qui se joue dans cette perte de sens observée chez les professionnels de la santé perte de sens, nous prendrons comme référent Viktor Frankl, un psychiatre et neurologue autrichien rescapé des camps de la mort nazis. Il a fait le récit de son parcours en tentant de réfléchir à ce que son expérience lui avait appris. Dans son livre, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, le Dr Frankl raconte comment il a survécu aux camps de concentration en trouvant une signification personnelle à cette expérience difficile. Pour lui, celui qui a une raison de vivre peut supporter n'importe quoi. Cette découverte le conduit à postuler que la question du sens est une des principales forces motrices de l'être humain, et qu'accompagner un humain dans sa quête de sens existentiel peut l'aider à faire face à la souffrance. Des travaux de ce psychiatre, deux éléments retiennent notre attention. Premièrement, l'humain cherche à donner à sa propre existence un sens, une raison de vivre ; en l'absence de cette raison de vivre, donc de sens, l'humain vit un sentiment de frustration existentielle. Deuxièmement, le fait d'avoir une raison de vivre peut aussi permettre à l'humain de surmonter les épreuves parmi les plus extrêmes.

À partir de cette double considération, réintroduire la quête de sens au cœur de la pratique de soin nous semble être à même de mieux aider la personne que nous soignons. Cela demande de comprendre sa souffrance pour lui permettre de se mobiliser dans son rétablissement.

3.1 Être professionnel de la santé, une quête de sens à sa propre vie.

À travers ce qu'il appelle la « logothérapie » ou « thérapie du sens », Frankl s'intéresse à l'avenir et à la raison de vivre de l'individu. Comment peut-on définir le sens dont il est ici question? En termes de fonctions psychophysiologiques, le sens est ce par quoi un organisme reçoit des informations sur le monde extérieur ; mais le mot sens réfère également à l'aptitude à apprécier et connaître quelque chose de manière intuitive et immédiate⁸. Certains définissent le sens comme étant la signification donnée à un ensemble d'idées que signifient un signe ou un symbole. Pour d'autres encore, le sens renvoie davantage d'une raison d'être, une valeur qui justifie ou explique, alors que, pour d'autres, il s'agit de la direction dans laquelle se fait un mouvement.

⁸ Dictionnaire Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>.

Si le mot sens ne peut se réduire à une seule définition, Park et Folkman ajoutent qu'il existe deux sens à une même expérience, le *sens global* et le *sens situationnel*⁹. Le sens global réfère aux buts fondamentaux d'un individu et à ses croyances profondes. Ces éléments représentent une source de motivation et exercent une influence sur ses attentes face à l'avenir et sa compréhension du monde. Il s'agit de la structure cognitive interne de l'individu en lien avec son environnement. Le *sens situationnel* porte sur le sens que l'individu accorde à un événement particulier en fonction de sa structure interne, qui correspond au *sens global*. Or, selon eux, la détresse apparaît chez l'humain lorsque des divergences apparaissent entre ces deux dimensions, car il en résulte une incompréhension du monde, un sentiment de perte de prévisibilité ou encore de perte de contrôle.

On le voit, il n'y a aucune obligation à donner un sens à sa vie, mais qu'on le veuille ou non, celui-ci se construit à travers les chemins de l'existence qui jalonnent l'expérience humaine. Chaque enfant hérite de certaines valeurs familiales, chaque adulte vit dans un discours dominant de la société dans laquelle il vit, chaque professionnel de la santé, à travers son rôle thérapeutique, se découvre et donne un sens à sa propre vie subjective. De ce fait, le travail du professionnel de la santé n'est pas seulement tourné vers l'autre, le client. Lui aussi est visé par cette quête de sens à donner à sa propre existence, en fonction de sa structure interne, ce que Park et Folkman appellent le *sens global*. Aussi, quand un professionnel dit qu'il n'est pas en mesure d'accomplir son rôle en cohérence avec ses croyances profondes et ses valeurs, parce que l'environnement dans lequel il pratique ne lui permet pas de le faire, il faut entendre qu'il éprouve un conflit de valeur, voire parfois même une détresse existentielle.

Notre analyse et notre expérience clinique permettent de penser qu'il existe des ressources internes au réseau pour permettre aux professionnels d'affronter ces défis. Mais ces ressources sont en diminutions constantes, comme en témoigne la disparition des rencontres cliniques et des temps de réflexion clinique. Or, la souffrance des professionnels et des clients augmente parallèlement à l'accélération du rythme de la décroissance de l'espace nécessaire pour prendre en compte à la fois les questions de sens et de valeurs. Prendre en compte la quête de sens des intervenants et des professionnels pourrait-il permettre de réduire la souffrance des professionnels de la santé ?

⁹ Park, Crystal et Folkman, Susan, « Meaning in Context of Stress and Coping », Review of General Psychology 1/2, juin 1997, 115-144,

<https://www.researchgate.net/publication/232561932> Meaning in the Context of Stress and Coping.

3.2 La quête de sens comme stratégie de résilience pour les travailleurs du réseau de la santé

Frankl suggère que, pour faire face à la souffrance, l'individu a besoin de trouver un sens à l'existence et à la souffrance. Il soutient également que le fait d'avoir une raison de vivre permet à la personne de faire face aux épreuves. Pour ce faire, Frankl axe son intervention sur trois stratégies : 1-à travers une bonne œuvre ou une bonne action, 2-en faisant l'expérience de quelque chose ou de quelqu'un, 3-par son attitude envers une souffrance inévitable.

De ce point de vue, l'adaptation de l'individu à l'expérience de la souffrance peut se faire à travers la quête de sens¹⁰. C'est-à-dire que, lorsque l'humain donne un sens à une expérience, il est en mesure de se rétablir, du moins d'enclencher le processus de résilience. En psychologie, la résilience se définit comme la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères¹¹. Le concept de résilience a longtemps été associé aux personnes ayant surmonté une expérience traumatique. Chaque humain disposerait en effet de facteurs de vulnérabilité et de protection lui permettant de vivre différemment l'expérience de la souffrance, en lien avec le rapport au sens que chacun entretiendrait. Pour un même évènement, un individu pourrait développer un « sens » traumatisme, et un autre non. Il en résulte que chaque expérience de souffrance pour laquelle une personne consulte devrait être considérée et écoutée en tenant compte de ce rapport fondamental, structurel, au sens.

Selon John Bowlby, l'un des facteurs favorisant la résilience serait l'acquisition d'une sécurité interne, qui permettrait à l'individu de développer les capacités nécessaires pour faire face aux difficultés ultérieures¹². Selon lui, cette sécurité interne se développe principalement dans l'enfance. Elle dépend du fait que la personne qui dispense les soins à l'enfant (*caregiver*) offre une réponse rassurante, constante et cohérente à ses besoins, ce qu'il définit comme le schéma de l'attachement. Toutefois, le schéma ne garantit pas à lui seul la résilience d'une personne face aux difficultés. Des facteurs internes à la personne, tels que certains traits de personnalités, la présence de mécanisme de défense adaptés aux

¹⁰ Park, Crystal et Folkman, Susan, « Meaning in Context of Stress and Coping ».

¹¹ Manciaux Michel, « La résilience. Un regard qui fait vivre », *Études*, 2001/10 (Tome 395), 321-330, <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm>.

¹² Tereno, Soares, Martins, Sampaio, Carlson, « La Théorie de l'attachement, son importance dans un contexte pédiatrique », *Devenir* 2007/2 Vol. 19, 151-188 <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>.

événements ainsi qu'un soutien adéquat de l'environnement, sont aussi nécessaires. Ces éléments théoriques ont leur place. Pourtant, comme le montre la pratique clinique dans le réseau, des personnes vivant l'expérience de la souffrance ne possèdent pas forcément un schéma d'attachement sécurisant, ni même les mécanismes de défenses adaptés à leur situation existentielle de vie. Est-ce que cela signifie que ces personnes ne seront jamais en mesure de faire face à l'adversité ?

Si une réponse constante, cohérente et rassurante permet à l'enfant de développer une sécurité interne lui permettant de faire face à l'adversité, nous croyons qu'il en va de même pour l'adulte. Il faut toutefois qu'en face, la personne qui dispense les soins soit en mesure d'apporter cette réponse. Le schéma d'attachement, bien que pertinent comme repère clinique, ne permet pas de rendre compte du travail que le professionnel doit faire ni de la manière dont la prise en compte de la quête de sens de son patient peut lui permettre de poursuivre son chemin existentiel. Cela implique qu'on donne au professionnel de la santé l'espace et le temps nécessaires pour connaître la personne qui demande cette aide avant même d'envisager de soulager sa souffrance ou de favoriser sa résilience. Qui est cette personne, de quel milieu vient-elle, quelles sont les personnes importantes dans son entourage, quelles sont ses motivations, pour quelles raisons est-elle toujours en vie ? Ces questions, qui prennent du temps et de l'énergie, sont pourtant essentielles. On en prend la mesure quand on est face à une personne qui consulte parce que sa souffrance est telle qu'elle veut s'enlever la vie ou qu'elle ne semble pas vouloir collaborer au traitement prescrit. C'est à travers le temps et la qualité de ce temps pris pour écouter la personne que se crée la relation thérapeutique. C'est à travers cette relation constante, cohérente et rassurante qu'un professionnel de la santé peut aider le patient à développer cette sécurité interne qui lui permettra de donner sens à son expérience.

Le système actuel, en imposant ses critères de performances et de rentabilité, ne donne plus le temps au professionnel de créer ce lien. Il mise davantage sur un principe de confiance aveugle du patient envers le professionnel, au point que le peu de progrès du patient est rejeté sur son manque de collaboration, ou sur son manque de « compliance » au traitement. Cela provoque, chez le professionnel comme chez le patient en souffrance qui demande à être aidé, un douloureux sentiment d'incompétence. Au contraire, lorsque la relation est établie, une tout autre dynamique se met en place : il s'agit du processus de résilience. Ce processus s'appuie sur une démarche de mentalisation qui fait appel aux représentations

psychiques et à la symbolisation des affects pour donner un sens à la blessure ou à la souffrance¹³.

Après plus de 10 ans de pratique en psychoéducation, nous avons pu constater que la personne qui consulte un professionnel de la santé le fait rarement en premier recours. C'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit de souffrance émotionnelle ou de maladie mentale. La personne a tenté de soulager sa souffrance, de lui donner un sens ou de s'y adapter, mais considère avoir besoin d'une aide extérieure pour soutenir ou compléter sa démarche. En ce sens, le professionnel de la santé a le potentiel de favoriser la résilience chez la personne qui vient consulter. Bien qu'il ne puisse se définir lui-même comme tel auprès de la personne, nous croyons qu'il a le devoir d'adopter les attitudes et comportements reconnus aux « tuteurs de résilience » tels que définis par Jacques Lecomte¹⁴, en vue de créer une alliance thérapeutique.

Se positionner comme tuteur de résilience a deux conséquences majeures pour le professionnel de la santé. D'une part, adopter ces façons de faire lui permet de favoriser la résilience chez son patient. Mais surtout, cela lui permet de retrouver un sens à sa profession.

Un tuteur de résilience est une personne qui, par son attitude et ses comportements, favorise la résilience. Elle est dotée de certaines caractéristiques :

- Elle manifeste de l'empathie et de l'affection ;
- Elle s'intéresse prioritairement aux côtés positifs de la personne ;
- Elle laisse à l'autre la liberté de parler ou de se taire ;
- Elle ne se décourage pas face aux échecs apparents ;
- Elle respecte le parcours de résilience d'autrui ;
- Elle facilite l'estime de soi d'autrui.

Ces caractéristiques nous semblent devoir cependant être complétées par ce que l'approche cybernétique de 2ème ordre offre¹⁵. Cette approche aborde la position du professionnel de la santé comme faisant partie du système de l'individu ou de la famille. En ce sens, la position d'expert qui observe la situation de façon extérieure

¹³ Dhellin, Lydia, *Le thérapeute systémicien, un tuteur de résilience ?* Mémoire de fin de formation à l'intervention systémique et la thérapie familiale, programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC) 2016, https://www.ipec-formation.fr/images/memoires/Memoire_IPEC_Lydia-Dhelin.pdf.

¹⁴ Lecomte, Jacques, *Guérir de son enfance*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2004.

¹⁵ Pour en savoir plus sur la cybernétique de second ordre, on peut consulter la page du site de Louis-Claude Paquin, *Cybernétique de second ordre*, http://lcpaquin.com/epistemologie/systemique/2e_cybernetique.html.

ne tient plus. L'alliance thérapeutique entre le professionnel de la santé et la personne offre un espace où les deux se placent en co-créateur d'une nouvelle réalité. Le professionnel reconnaît qu'il a un impact dans la vie de la personne et qu'il partage le savoir avec la personne concernée. Tantôt l'individu en souffrance partage ses connaissances, et à d'autres moments, le professionnel de la santé partage les siennes. Dans ce contexte d'intervention, la relation thérapeutique n'est plus basée sur la neutralité du professionnel : il est conscient et acteur de l'impact qu'il a auprès du patient. Cela implique d'établir un lien affectif avec la personne en souffrance. Autrement dit, le lien thérapeutique s'articule autour de la capacité du professionnel à s'approcher le plus près possible de la réalité émotionnelle de l'individu et partager avec lui ce qu'il a perçu de ses émotions.

En étant impliqué dans le système de l'individu, le professionnel qui présente les caractéristiques des tuteurs de résilience peut, dans le cadre d'une relation thérapeutique sécurisante et authentique, aider l'individu à donner un sens à sa souffrance, et ainsi agir sur la perception qu'il a de celle-ci. Incidemment, c'est sur sa propre souffrance que le professionnel de santé peut agir, puisque, comme Frankl le soutient, lorsqu'une personne donne un sens à sa souffrance, ce sens devient une force motrice qui peut lui permettre de prendre en charge sa santé et son mieux-être. N'est-ce pas ce que nous, professionnels de la santé, désirons pour pratiquer notre métier ?

Conclusion en forme de praxis

Comme nous l'avons montré, par son rôle, le professionnel de la santé est amené à chercher autant qu'à donner un sens à sa propre existence. De fait, son identité professionnelle, sa structure interne de valeur et de croyance, le sens global qu'il donne à sa vie sont en interactions directes avec le sens situationnel, soit les événements auxquels il est confronté, des situations mises en jeu dans ses interventions cliniques, parfois même à son insu. Pour être en mesure d'accomplir son rôle, le professionnel doit pouvoir bénéficier d'une structure et d'un cadre lui permettant d'exercer sa profession en cohérence avec ses valeurs, avec le sens qu'il donne à son travail, donc avec son identité professionnelle. Le professionnel de la santé qui œuvre dans un contexte où il y a une cohérence entre son sens global et le sens situationnel sera davantage en mesure de se positionner comme tuteur de résilience auprès de la population qu'il dessert.

Parler de tuteur de résilience, c'est parler d'un professionnel qui, par son attitude et ses comportements, favorise la résilience chez la personne en souffrance, en mettant en place des stratégies qui permettent d'aider la personne à retrouver ce que l'OMS définit comme « un état complet de bien-être physique, mental et social

et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité », soit la santé. Car le professionnel qui agit comme tuteur de résilience peut, par son rôle aider la personne en souffrance à signifier autrement ce qu’elle vit, en l’aidant à rétablir un sentiment de cohérence entre son sens global et le sens situationnel. Pour ce faire, le professionnel doit être impliqué dans la relation thérapeutique en étant authentique et conscient de l’impact de ses actes auprès de la personne. Il ne se positionne alors plus comme expert-observateur : il devient, en collaboration avec l’individu, co-créateur d’une réalité nouvelle qui permet un retour à la santé, tout en lui permettant de retrouver le chemin de sa propre quête de sens.