

[texte](#)

[article](#)

L'impuissance thérapeutique et ses conséquences

"Face à cette expérience du « dés-espoir », de la perte de tout espoir, de l'avancée inéluctable d'un mal, le soignant (professionnel ou proche) peut se trouver happé par l'angoisse et par une émotion qui pousse à agir pour y échapper. Le premier mouvement est de trouver une réponse, et l'absence de solution ne fait qu'augmenter l'angoisse."

Par: Agnès Michon, Neurologue, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP /

Publié le : 04 juin 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Dans le monde actuel, les problèmes doivent être résolus avec efficacité, rapidité, précision. De la même façon, le mal doit être vaincu par une médecine et une science toute-puissante. La chronicité du mal va à l'encontre de cette vision d'une médecine héroïque. Le devoir de guérison définit la fonction du thérapeute et fait partie de son identité. L'impuissance thérapeutique, la chronicité, mettent à mal cette image, confrontant le soignant à l'échec, à l'angoisse de ne pas pouvoir soulager ou guérir. Il est alors renvoyé à ses incertitudes, à la difficulté à faire face à la souffrance de l'autre. Face à cette expérience du « dés-espoir », de la perte de tout espoir, de l'avancée inéluctable d'un mal, le soignant (professionnel ou proche) peut se trouver happé par l'angoisse et par une émotion qui pousse à agir pour y échapper. Le premier mouvement est de trouver une réponse, et l'absence de solution ne fait qu'augmenter l'angoisse. La réponse est nécessaire, autant pour soulager l'autre que pour se soulager soi-même en ayant fait son devoir. Tant que nous pouvons agir, nous sommes vivants. L'immobilisme, le non-agir, est insupportable. Abandonner l'image de la toute-puissance ne va pas toujours de soi. Cette défaite peut conduire au désinvestissement, à la mise à distance. Il n'est pas rare que ce désinvestissement, que l'on peut observer chez les soignants, alterne avec des périodes de surinvestissement dans une toute-puissance

également risquée¹. Il est important de s'interroger sur le motif et le bien-fondé de l'agir, notre action pouvant être conduite non pas par le désir d'aider mais par la satisfaction du pouvoir. Quand le mal ne peut être vaincu, il est important de « pouvoir supporter la défaite et d'apprivoiser notre impuissance comme quelque chose qui peut nous apprendre sur l'autre et sur nous-mêmes.² » L'échec de la guérison n'appartient pas qu'au thérapeute. La famille y est confrontée, le patient la vit. L'échec confronte au deuil d'une vie « comme avant », à la perspective d'une dégradation de l'état de santé, à la mort annoncée. L'impuissance thérapeutique nous met à nu, elle met à nu toute la fragilité de l'Homme et révèle en même temps tout ce qui fait la force de ces hommes et de ces femmes qui, abattus par la maladie, restent debout. Elle nous fait toucher du doigt nos limites³. La fuite dans l'action nous permet d'y échapper. C'est ainsi que nous pouvons nous trouver devant une surenchère d'exams et de bilans qui n'apportera pas toujours de réponse, ou du moins pas les bonnes réponses. Il apparaît souvent plus facile et plus rapide de prescrire un examen, plutôt que de prendre le temps d'écouter la souffrance de l'autre et d'avoir la disponibilité nécessaire pour accueillir cette souffrance et cette angoisse. Ces limites qui nous angoissent peuvent aussi être un formidable moteur permettant de soulever et de mobiliser des énergies combattives pour faire avancer la recherche et le soin, ouvrant des voies alternatives, forçant à la créativité, à réinventer le quotidien, à réinventer la relation, à changer notre regard sur l'autre, sur nous-mêmes. Sur la vie.

Ref :

1. Barbier D. Clinique de la chronicité en psychiatrie. France :Synthelabo, coll Les empêcheurs de tourner en rond, 1995
2. Torre E : La cronicita del terapeuta. Atti Simposio internazionale, 1989, Formazione psichiatrica
3. Michon A. Faire face à la chronicité : à propos de l'apprentissage des limites. Med Hyg 2004 ;62 :1423-6

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire