

ETHIQUE SOUFFRANCES ET GROUPES DE PAROLE

Quand des soignants “ pansent ” leurs pratiques avec un psy...

Etude d'une expérience, de nos jours à ses origines

Emmanuelle POULIN-DEFAULT

DEA 1997

Venue faire des stages dans des services de pathologie lourde pendant mes études de psychologie clinique, j'y ai côtoyé la douleur physique, la souffrance psychique, la dégradation la fin de vie. Touchée, émue, triste parfois, j'ai toutefois approché ce que je m'attendais à trouver, la maladie et la mort. Mais aussi, une chose à laquelle je n'étais pas préparée, le malaise des soignants.

Sans recul ni théorie sur laquelle m'appuyer, j'ai observé dans leur pratique, des jeunes diplômés déjà usés par leur métier, écouté la souffrance ailleurs qu'au chevet du patient, découvert que la relation avec le malade, sa parentèle et les autres soignants engendrent doutes, angoisses et défenses.

Forte de cette clinique du réel, j'ai étudié les moyens de parvenir à soulager ceux qui soulagent, à entendre ce qui n'ose pas se dire quand on porte une blouse blanche. Mon stage de DESS a consisté à suivre une psychologue expérimentée créer et animer des groupes de parole de soignants. Quel apprentissage ! Après les premières résistances dépassées, pouvoir entendre des soignants confier leurs craintes, leurs angoisses, puis peu à peu s'apercevoir des changements qui s'opèrent, de la tension qui s'estompe, de l'envie d'entrer à nouveau dans une chambre...

Puis, je suis devenue à mon tour animatrice de groupes de parole. Nombre de difficultés sont apparues quant à la création, le maintien, la durée de ces lieux de parole. Pourtant, je ne doute pas un instant du bien fondé de cette démarche. Ces résistances sont à accepter et à entendre. Pour se protéger, les soignants mettent en place des mécanismes de défense parfois efficaces, parfois insuffisants. Ces mécanismes font alliance avec ceux des patients dans leur lutte contre des angoisses intolérables ou, à l'inverse, s'opposent à l'accompagnement. Le patient se retrouve seul dans de grandes souffrances psychiques tandis que le soignant culpabilise de ne pouvoir le soulager.

Abordée dans ce travail, l'évolution de cette culpabilité peut entraîner un syndrome d'épuisement où le soignant se juge inapte à son travail et se désinvestit de sa tâche.

Depuis dix ans, des groupes de parole se constituent dans des services à fort pronostic létal. Ils ont pour but de donner du sens à des pratiques soignantes qui échappent parfois à la réflexion. Groupe de soutien, ils sont un lieu de communication entre les membres de l'équipe soignante et vise à l'amélioration des relations avec le sujet malade.

Le fil conducteur de ce travail repose sur un questionnement éthique apparu à l'occasion d'un congrès de soins palliatifs au début de l'année 1997 où un atelier "Des groupe de parole pourquoi faire ?" était organisé. Les intervenants ainsi que les participants étaient, pour la plupart, formés à la psychologie.

C'était, à ma connaissance, la première fois qu'il était question des groupes de parole en tant que tels. Ils sont souvent appréhendés comme outil d'amélioration des relations soignant-soigné ou comme lieu institutionnalisé des services de soins palliatifs. Il était donc intéressant de noter la nécessité éprouvée par certains, à un moment donné, d'ouvrir une communication sur le sujet des groupes de parole.

Au cours de l'atelier, deux intervenants, des psychologues qui se présentaient comme formateurs, ont rapporté leur expérience d'animation d'un groupe de parole. Quoique exerçant la même profession, nous ne semblions pas donner le même sens ni le même contenu au groupe de travail.

Le premier apporte une réponse différente de la mienne à la demande de groupe. Il agit sur demande ponctuelle (une à deux fois par an), lors d'une "crise entre les soignants" pour leur permettre "d'ajuster leurs violons".

Cette pratique n'entraîne pas de travail de fond. Or, panser la plaie ne prévient pas la rechute.

"On nous demande d'intervenir, du genre SAMU psychologique explique t-il. Des questions me viennent. De quelle urgence parle-t-on ? De quelle réanimation s'agit-il ? Comment réanimer une fois tous les dix-huit mois des soignants en souffrance ? Pour quels bénéfiques ?

Le second exerce sa pratique dans un service de médecine comportant quelques lits de soins palliatifs. Là encore, son intervention est ponctuée par la demande de l'équipe soignante. Il précise que ce groupe de parole est en fait une "réunion de clôture de dossiers" La séance dure environ trois heures, se situe dans le service et se construit en deux temps : on part d'observations concrètes portées sur le dossier de soins de la personne décédée pour ensuite évoquer les circonstances de sa disparition et la manière dont chacun l'a vécue. A l'occasion de ces échanges, l'assistance remplit une fiche d'évaluation des conditions de fin de vie élaborée en commun.

Les termes employés : "purger la culpabilité des soignants", - on est dans l'ordre de l'amortissement " il est question de ventiler "... évoquent davantage le langage du spécialiste automobile que celui du psychologue ou du psychanalyste.

Nos différences d'interprétation manifestes sur le fonctionnement des groupes de paroles m'ont conduit à rechercher l'origine de ces groupes. Elles impliquaient d'éclairer nos pratiques actuelles à la lumière du passé, de comprendre pourquoi et comment sont nés les groupes de paroles de soignants. D'autant qu'elles posent une question fondamentale, éthique : des pratiques dissemblables peuvent-elles être regroupées sous le même vocable, sans risquer d'y perdre sens ?

Pour ce faire, nous aborderons dans un premier temps tout ce qui concerne de nos jours le groupe de parole, de la demande primaire à son établissement durable.

Puis, nous ferons un bond en arrière, au temps des pionniers, pour comprendre l'idéologie sous-jacente à la création de ces groupes. Les personnes, s'étant très tôt préoccupées des répercussions de la mort des patients sur les acteurs de soins, des façons de gérer la fin de vie dans notre société et qui ont publié sur ce sujet, seront interrogées. Tous les entretiens n'apparaîtront pas dans ce mémoire ou pourront sembler très limités pour des raisons pratiques ; néanmoins ce travail n'aurait pu être réalisé sans leur éclairage singulier.

Enfin, nous nous imprégnons du contexte social de l'époque qui s'avère indissociable de la mise en place des groupes de soutien aux soignants.

Le groupe "représente un lieu pour les regarder autrement.

Malgré ses effets positifs, le groupe de parole ne peut en aucun cas être considéré comme une réponse à toutes les souffrances rencontrées par les soignants.

Il n'est pas davantage un pansement qui servirait à couvrir une plaie béante sans jamais la soigner : l'institution doit remettre en question ses objectifs, ses méthodes, tout ce qui dans son organisation est source de malaise pour le personnel. Elle ne peut se dégager de ses responsabilités sous prétexte qu'elle a admis, voire appuyée l'instauration d'un lieu de parole.

Les auteurs cités dans cet ouvrage s'interrogent sur la récupération qui peut être faite des groupes de parole.

Lorsque j'évoque le groupe de parole comme "alibi," comme espace possible permettant de faire l'économie de réponses adaptées à certains besoins, le Professeur Zittoun s'accorde à dire :

En effet. Le groupe de parole ne peut se substituer aux soins aux malades, à leur prise en charge y compris psychologique. Cela ne peut se substituer à l'information et à la communication dans les services. Information entre soignant et soigné et information entre les différentes catégories professionnelles de soignants. Cela ne peut non plus se substituer à la formation. Or, il faut se rendre compte que y compris pour les jeunes étudiants en médecine, c'est le seul endroit de formation aux problèmes psychologiques, seule formation aux relations soignants/soignés. La formation psychologique ne peut pas exister que dans les groupes, surtout qu'ils n'existent pas partout. Je crains que le groupe de parole soit un alibi pour ne pas permettre de formation sérieuse sur la question. Et c'est ça qui me paraît grave.

L'une des déviations peut être aussi que le psy et le groupe servent "de supplément d'âme" ou "de satisfaction illusoire" à l'institution pour lui éviter de remettre en question certaines attitudes mortifères, car comme l'explique R.W. Higgins :

"la dimension relationnelle ne peut se couper d'une incarnation dans des actes professionnelles. Respecter le malade, le sujet, ne peut sans contradiction se traduire par d'un côté une exploration fine de la problématique psychologique du malade et de son entourage, une prise en charge de la souffrance dans un groupe de parole, alors que de l'autre côté, on ne frapperait pas toujours avant d'entrer dans la chambre d'un mourant, on négligerait d'essuyer les lunettes d'un vieillard, on ne pourrait donner un bain à un malade, et qu'il n'y aurait aucune concertation dans l'équipe. "

Pour S.E. Goldenberg, le groupe de parole peut servir "la toute puissance médicale". Avec la parole, on va soigner les cancéreux, les mourants...

La médecine s'évertue à repousser les limites de la vie : "Ceux que nous ne guérissons pas aujourd'hui, nous les guérirons demain. C'est une question de moyens, de temps et de travail". Alors, "après avoir aboli la douleur, la médecine soignerait la mort.. et la guérirait,.. 33 Comment, dans ces conditions, les soignants ne se sentiraient pas coupables de laisser mourir leurs patients 9

Cependant, aujourd'hui, revenue de l'illusion que la parole délivre d'un mal organique, la médecine boude les groupes de parole. Très présents au début, les médecins se font plus rares lorsque le chef de service est absent. Pourtant, chacun gagnerait à leur présence.

Pourquoi s'en éloignent-ils ? Peut-être parce que les groupes de parole sont plus rarement animés par des confrères médecins psychiatres_, parce qu'aucune scientificité ne fonde cette pratique... le côté psychologique vient en "surplus", le malade restant le plus souvent un organe... Il est d'ailleurs intéressant de noter que, de toutes les études faites sur le burn out, une seule a été réalisée sur une population de médecins... en dépit du nombre important de suicides dans cette profession.

De même, il convient de se méfier de l'injonction qui serait faite à tous les services de créer un groupe de parole en leur sein.

Certains services, trop en crise, montrent des résistances extrêmement solides. La création d'un groupe de parole amènerait des angoisses très destructurantes, elle risquerait aussi d'accentuer le clivage entre les membres d'une équipe : entre "ceux qui viennent" et "ceux qui ne viennent pas."

Il serait tout autant malvenu de créer absolument des groupes dans des lieux où le besoin ne se fait pas sentir.

De la même façon, divers facteurs entraînent leur dissolution : un renforcement des mécanismes de défense au lieu de leur assouplissement, une démotivation des membres, une trop grande agressivité qui ne peut être contrôlée dans le groupe et ne fait qu'intensifier l'angoisse. L'animateur devra se montrer patient, signifier aux participants ce qu'il a repéré, observer les changements et mettre un terme aux réunions.

Une autre dérive consiste à ne pas reconnaître le travail analytique en tant que tel. Tous les psy... rencontrés sont rémunérés par l'institution, soit en tant que médecin psychiatre, soit en tant que psychologue, car aucune codification n'existe pour les psychanalystes. Pourtant, la hiérarchie hospitalière ne peut fermer les yeux sur la dimension inconsciente de ce travail car "sans la dévoiler ni l'explicitier, (le psy) la rend d'une certaine manière familière aux soignants, acceptable et non menaçante. Il permet ainsi aux soignants de travailler avec l'inconscient avec tact et mesure 34

De là, surgit une inquiétude. Combien de personnes "formées à la relation", mais qui ne sont ni psychanalystes, ni psychologues d'inspiration analytique, sont recrutés pour animer des groupes de parole.

L'institution n'y voit-elle pas un moyen d'éviter de chercher dans ses assujettissements, sa subjectivité et ses mécanismes inconscients ce qu'il en est des pulsions de vie et de mort qui la traverse ?

N'est-il pas question pour la société d'éviter tout travail de deuil pour les morts qu'elle repousse ? Tout travail de compréhension pour la vieillesse qu'elle dénie ?

Quant à la polysémie des pratiques retrouvées derrière le mot groupe de parole, elle pose une question éthique. Ne risque-t-on pas d'ajouter aux résistances qui collent à cette expérience, "un mélange des genres" susceptible d'entraîner une perte de sa valeur, de la rendre plus floue, plus lointaine et moins crédible ?

Une activité peut et doit évoluer en fonction des besoins, mais ses utilisateurs ne doivent pas perdre de vue ses origines et les raisons qui ont contribué à sa naissance, afin de ne pas tromper ceux à qui ils s'adressent en leur donnant une fausse identité

En intervenant ponctuellement auprès des soignants, en faisant fi de l'inconscient qui a besoin de temps, comment déjouer les peurs, les fantasmes qui envahissent chacun d'entre nous devant la maladie et la mort. Ces pensées censurées, refoulées, après avoir erré à la recherche de sens, débordent, menant au passage à l'acte, toujours culpabilisant et dangereux pour celui que nous avons choisi de soigner jusqu'au bout.

"Il est important que l'espace de parole soit le port où les navigateurs fatigués et éprouvés retrouvent la terre des Hommes, ses limites et ses mots. "

Eliane Feldman-Desrousseaux

Bibliographie

Ouvrages

ANZIEU D., Le groupe et l'inconscient, Dunod Bordas, 1984.

ASSOUN P.L., Transfert institutionnel et transfert ininstitutionnel in Nouveaux lieux, nouvelles pratiques, Cahiers de l'IPPC, février 1994.

BACQUE Marie-Frédérique, Le Deuil à vivre. Editions Odile Jacob. 1992.

BALINT M., Le médecin, son malade et la maladie, Editions Payot, 1957.

BETH B., L'accompagnement du mourant, Doin 1986.

BION W.R., Recherches sur les petits groupes, PUF, 5ème édition 1987.

CAIN A., Le psychodrame Balint, Méthode, théorie et applications, Editions La Pensée Sauvage, 1994.

CANGUILHEM G., Le normal et le pathologique, Collection Galien, Puf 1972.

CLAVREUL J., L'ordre médical, 1978.

DE MUZAN M., De l'art à la mort, Gallimard, 1987.

FONDATION DE FRANCE, Collectif de travail. Création d'un groupe de parole, 1994.

FRANCESCHI-CHAIX C. Le syndrome de burn out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail. Thèse de médecine. Limoges. Octobre 1992.

FREUD A., Le Moi et les mécanismes de défense. PUF, 1949.

FREUD S., Deuil et mélancolie in Metapsychologie, Editions Gallimard, 1968.

FREUD S., Association de plusieurs actes manqués in Psychopathologie de la vie quotidienne, PB Payot, 1903.

FREUD S., Psychologie des foules et analyse du moi in Essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, Réédition 1981.

FREUD S., L'analyse avec fin et l'analyse sans fin in Résultats, Idées, Problèmes H, PUF, 2ème édition 1987.

FREUD S., Pour introduire le narcissisme in La vie sexuelle, PUF, 9ème édition, 1992.

GOLDENBERG S.E., Psychiatrie, psychanalyse et cancer. Deux ans de travail "psy" dans un service de pneumologie. Mémoire du CES de psychiatrie, 1981.

HERZLICH C., PIERRET J., Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Bibliothèque scientifique Payot, 2ème édition 1991.

HUGUET M., L'acte psychothérapeutique réinterrogé in Nouveaux lieux, nouvelles pratiques, Cahiers de l'IPPC, février 1994.

KAES R., MISSENERD A. J.C. GINOUX, D. ANZIEU et coll., Le travail psychanalytique dans les groupes. 2. Les voies de l'élaboration, Collection Inconscient et Culture, Editions Bordas, 1982.

KAES R. BLEGER J, ENRIQUEZ E, FORNARI F. et coll, L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques, Collection Inconscient et Culture. .

LAMAU M.L. et coll, Manuel de soins palliatifs, Toulouse, Privat, 1994.

MANNONI M., Le nommé et l'innommable, Editions Denoël, 1991.

NEBOT M.M., Les soignants souffrent-ils aussi ? Travail de fin d'études infirmier, 1995.

RAIMBAULT G., Médecins d'enfants. onze pédiatres, un psychanalyste, Le Seuil, 1973.

RUSZNIEWSKI M., Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Editions Dunod Privat, 1995.

SAPIR M., Formation à la relation soignants/soignés. Mythe et réalité, Edition La Pensée Sauvage, 1989.

SEBAG-LANOË R., Mourir Accompagné, Editions Epi - Desclée de Brouwer, 1986.

SOUDIERE De La A.M., Le groupe de parole. Analyser sa pratique professionnelle en milieu hospitalier, Mémoire de DESS, 1993.

TAVERNIER M., Les soins palliatifs, Que sais-je ? PUF, 2ème édition 1992

VIDAL JP, KAES R., ENRIQUEZ E., J. PUGET, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe n° 13, Edition Erès, 1989.

WINNICOTT D.W. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Editions Gallimard. 197 1.

Articles

ADAM C., Souffrir de soigner, Revue de l'infirmière n° 2. Janvier 199 1.

ALEXANDER David A. Staff support groups : do they support and are they even groups ? Edward Arnold 1993.

CHICAUD J., Groupe de parole. Informations sociales n° 47.

CLUDY L , FRANCOIS P, LEHMANN A, MORISI J, RAIMBAULT E. Formation psychologique des hospitaliers in Psychologie médicale, 15, 9, 19 8 3.

DESCHAMPS B., Besoins et souffrance des soignants en présence de malades en fin de vie. JALMAL V n° 14. Septembre 1988.

ENRIQUEZ E. Le lien groupal. Bulletin de psychologie, tome XXXVI, n°360.

ESTRYN-BEHAR M., Les groupes de parole. Urie stratégie d'amélioration des relations avec les malades. Le concours médical. 03-03 , 1990.

FELDMAN-DESROUSSEAU E. Ecouter l'autre. JALMAL V n° 35; Décembre 1993.

FLORENTIN A., Le travail infirmier jusqu'à l'épuisement. L'entreprise des soins. n°46. Septembre 1993.

FORESTIER J.M., Enquête sur l'organisation et les conditions de travail à l'AP-HP. Dossier AP Magazine, décembre 1996.

GENARDIERE De La C. Relation soignant-soigné. Pour une modulation du dire, ait lieu du tout ou rien. Laënnec 2, octobre 1989.

GENARDIERE De La C. Entre soi et les autres : l'équipe. Laennec 2. Décembre 1990.

GENARDIERE De La C. L'accompagnant, l'accompagné et l'autre. JALMAL V n° 23. Décembre 1990.

GENARDIERE De La C. Pour que les soignants s'écoutent parler.. CEEIEC. RIP Infirmière enseignante n° 6, Juin 1991.

GOLDENBERG S.E. Psychiatrie, psychanalyse et cancer. Deux ans de travail dans un service de pneumologie. Mémoire du CES de psychiatrie. Octobre 1981.

GOLDENBERG S.E. Comment se forment les formateurs ? Formation réciproque de l'analyste et de l'équipe soignante au sein d'un groupe de soignants. Psychologie médicale, 16, 13, 2227-2228, 1984.

GOLDENBERG S.E. Ethique de la santé. Près du mourant, des soignants en souffrance. Etudes. pp483 3-495, novembre 1987.

GOLDENBERG S.E. Réflexions sur les groupes de parole in JALMAL V n° 14, septembre 1988 et n° 16 mars 1989.

GOLDENBERG S.E. Mort, angoisse et communication. JALMAL V n° 24. Mars 1991.

HIGGINS R.W. Des groupes de parole... mais comment ? Soins, no 582. Mars 1994.

HUCHON C., MOREL N. La douleur des soignants. Soins ri' 566, novembre 1992

LAROQUE G., La mort à vivre. Nouvelles approches contre le silence, la souffrance et la solitude. Revue Autrement, Fév 1987.

MACHAVOINE J.L. La souffrance des soignants face à la mort en cancérologie. Rev. de Méd. Psychosom. 23 pp 105-112. 1990

MOLINIER P., La formation continue au risque de penser. Education permanente no 117.1993.

OPPENHEIM D., LESBROS F. et coll. Groupes infirmiers de type Balint en oncologie pédiatrique. Rev. de Med. Psychosom.26, pp.43-56,1991.

PONTALIS J.B., Une idée incurable in l'idée de guérison. La revue de psychanalyse, 1978.

PLOTON L. La question de la souffrance des soignants. Gestions hospitalières no 270, novembre 1987.

PROTIN M. J. Entendre la souffrance des soignants. Laennec 7. 1990.

RICHARD C., L'apport des groupes de parole. Krankenpflege Soins infirmiers. Novembre 1996.

RODARY Ch. et col, Les infirmières. Un diagnostic d'épuisement professionnel Etudes, mars 1994.

RUSZNIEWSKI M., BACQUE M.F., KIPMAN D, RIO B, ZITTOUN R. La collaboration thérapeutique dans l'équipe soignante. Bull. Cancer 73, 6, 1986.

RUSZNIEWSKI M., Le soutien des soignants en cancérologie. La revue du praticien. Médecine générale, tome 5, no 1 3 4, 199 1.

RUSZNIEWSKI M., Vous avez dit parole ? Des besoins, des désirs et des limites en groupe de parole.

SEBAG-LANOE R., Les unités de soins palliatifs en FRANCE. La revue du praticien, tome 7, n° 239, décembre 1993.

VIDAL -S. Modalités pratiques de fonctionnement d'un lieu de parole pour soignants. JALMALV n° 28, mars 1992.

Circulaire ministérielle DGS-3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.