

Sylvie Pucheu-Paillet

Groupes d'analyse de pratiques de soignants à l'hôpital général Expérience d'une psychologue clinicienne

*« Une institution est soignante
si elle est un lieu de formation pour les soignants »*
Jean-Pierre Delisle (1989)

La pratique des groupes d'analyse de pratiques¹ dont je rends compte est celle d'une psychologue clinicienne d'orientation psychanalytique exerçant à temps plein depuis plusieurs années en services de médecine lourde et/ou de chirurgie dans un hôpital général² (HG). Dès le début de ma carrière, j'ai été sollicitée par des soignants pour animer des groupes d'analyse de pratiques, soignants avec qui je travaille ou non. Outre les « soins psychiques » proposés aux patients, le travail du psychologue clinicien à l'HG se conçoit comme un tout où travail auprès des patients et travail avec l'équipe médico-soignante sont en constante interaction. Avec comme seul outil « les mots », sa formation spécifique se centre sur les enjeux psychiques et relationnels sous-jacents aux maladies graves et à la relation de soins spécifique qui découle de celles-ci. Pour le psychologue, être un témoin d'une médecine toujours plus performante à répondre à des situations médicales représente un moteur important dans sa pratique, de même que le partage avec les soignants du corps³ de leurs joies et de leurs échecs. Cet article a aussi pour objectif de leur rendre hommage et de transmettre les difficultés inhérentes à la relation de soins où l'humain en situation de vulnérabi-

1. Appelés communément par les soignants « groupes de parole ».

2. Ici, il s'agit d'un centre hospitalo-universitaire (CHU).

3. Soignants du corps : médecins et paramédicaux.

Sylvie Pucheu-Paillet, psychologue clinicienne, docteur en psychologie, UF de psychologie et de psychiatrie de liaison et d'urgences, Service de psychiatrie et du sujet âgé, hôpitaux universitaires Paris Ouest ; sylviepucheu@gmail.com

lité est au premier plan. C'est pourquoi, avant de parler spécifiquement des groupes d'analyse de pratiques, il est essentiel de décrire ce qui semble caractéristique de la relation de soins à l'HG. Enfin, le cadre théorique de la psychanalyse fonde cette pratique.

Évolution de la relation soignant du corps/soigné à l'hôpital général

Après des siècles d'une conception paternaliste de la médecine, le droit des patients d'être informés dans de bonnes conditions et de participer activement au processus de décision concernant leur traitement est aujourd'hui reconnu par la loi. Néanmoins, le droit à la prise de décision est un droit mais non un devoir. Après avoir été bien informé, le patient peut prendre la décision soit seul, soit en partenariat avec son médecin ou encore en laissant la responsabilité à ce dernier. Cette évolution nécessite donc pour les médecins et tous les professionnels de santé, de se former à annoncer, informer, écouter son patient, évaluer sa singularité, à négocier avec lui les décisions concernant ses traitements et à l'accompagner tout au long de ce processus. Dans ce contexte, il est important notamment de tenir compte de la manière dont le patient fait face à l'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap avec ses mécanismes de défense particuliers. On constate cependant que le pourcentage de patients qui prennent seul leur décision reste faible. La relation de dépendance psychique aux médecins et aux soignants dans de telles circonstances est pregnante, d'où l'importance d'y être attentif.

Les besoins et attentes des patients et de leurs proches vis-à-vis de l'HG, sont de plusieurs ordres : compétence technique, efficacité, gestion de la douleur physique, quantité de personnels de santé et de matériel à disposition suffisantes, et enfin qualité de l'accompagnement psychologique et social. Pour le public, l'HG est un lieu de soins à la fois idéalisé pour sauver la vie et détesté parce que synonyme de maladies, de souffrances.

On peut différencier la médecine aiguë et la médecine chronique. En effet, la première est plutôt valorisée comme en témoignent les séries télévisées sur la médecine d'urgence où les soignants sont mis en valeur pour leur technicité, leur gestion de crise avec une objectivation des soins. En revanche, la médecine chronique et/ou palliative est l'autre face de la médecine, moins visible, peu enseignée, avec des gratifications plus limitées confrontant plus souvent les soignants à une forme d'impuissance. Bien que poussés à une « logique activiste » pour maîtriser des soins de plus en plus spécialisés, les soignants ne peuvent pas toujours guérir leurs patients, leur imposant des examens invasifs et/ou traitements très contraignants (les maladies « graves » définies comme telles parce que pouvant mettre en jeu la vie, faute de traitements chroniques ou « agressifs », etc.). Aujourd'hui, beaucoup de maladies

entrent ainsi dans un statut de chronicité avec des traitements et une surveillance régulière « à vie » pour se maintenir en « bonne » santé. Ces soins chroniques accentuent une personnalisation plus importante de la relation de soins avec une valorisation/gratification dans la capacité à « accompagner » du soignant, qui se doit, dans son for intérieur, d'« être à la hauteur de l'enjeu ». Cette attente de plus en plus importante du public à l'égard de la médecine et de ses progrès thérapeutiques, d'une qualité optimum des soins sans droit à l'erreur ou à l'incertitude, avec l'affirmation des droits des patients est une donnée importante dans la relation de soins actuelle.

Du côté institutionnel, les soignants sont confrontés par ailleurs à différentes injonctions paradoxales (Masquelet, 2011) de la part de l'administration : être toujours plus productif alors même que les moyens en personnel et en budget diminuent ; être évalué en permanence sur la qualité des soins (accréditation tous les quatre ans, EPP⁴, RMM⁵, etc.) avec une multiplication des procédures qui diminuent le temps qu'ils souhaiteraient consacrer aux patients en termes d'écoute, alors que celle-ci est par ailleurs recommandée par l'HAS⁶ avec le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Enjeux psychiques pour les soignants du corps à l'hôpital général

Les motivations du soignant

L'« obscur objet du désir » d'être soignant en général n'est pas toujours clairement identifié par lui. Ce n'est pas l'objet de cet article. À l'HG, les soignants sont confrontés quotidiennement à la souffrance de personnes gravement atteintes dans leurs corps, ainsi qu'à celle de leurs proches. Ceci représente une contrainte affective et une charge psychique : « Ah tu travailles dans un hôpital, je ne sais pas comment tu supportes », leur renvoie souvent le monde des bien portants ! Cependant, médecins spécialistes et soignants (ces derniers pourraient changer plus facilement de spécialités) restent souvent des années, voire toute leur carrière, dans la même. S'ils savent qu'ils ne peuvent pas toujours guérir le malade de sa maladie chronique, pour autant ils disent souvent aimer leur métier où ils trouvent une technicité en constante évolution alliée à une relation privilégiée avec l'humain parfois au long cours. Des liens particuliers se créent entre soignés et soignants. Par ailleurs, la place du travail en équipe est essentielle pour la majorité d'entre eux en institution hospitalière, contrairement à l'activité libérale. L'HG est également un lieu d'apprentissage permanent où savoirs et expériences se partagent constamment dans le meilleur des cas.

4. Évaluation des pratiques professionnelles.

5. Réunions de morbi-mortalité.

6. Haute autorité de santé.

Pour les patients, la dépendance « à vie » à la médecine et aux soignants reste quelque chose de toujours plus ou moins difficile à vivre, quoi qu'il arrive, avec des réactions des patients diverses. Entre un patient en situation de dépendance et en attente de guérison *et* un soignant « supposé savoir » le guérir et répondre à cette attente, se met en jeu une panoplie d'affects et de modalités défensives de part et d'autre (Azambuja et coll., 1999).

Si la reconnaissance peut être forte et valorisante de la part de beaucoup de patients, ce qui aide les soignants à tenir, d'autres expriment leur mal-être de manière « violente » par des comportements ou des paroles agressives, négligent leur santé par une mauvaise observance et semblent en grande difficulté à accepter les contraintes thérapeutiques, leur maladie ou leur problème médical. Ces comportements, notamment agressifs, plus fréquents qu'autrefois, sont souvent mal vécus par les soignants. En retour, ceci peut susciter chez certains d'entre eux des paroles infantilisantes ou autoritaires vis-à-vis des patients. Résignation, réactions en miroir, manque de distance, l'idéal soignant est mis à mal.

Les soins chroniques tels qu'ils sont les plus fréquents à l'HG impliquent qu'on ne soigne donc pas « physiquement » un être humain sans tisser une alliance avec lui, l'intersubjectivité est au premier plan dans ses dimensions consciente et inconsciente. Il existe alors pour les soignants une double contrainte : rester « objectif » concernant les décisions et les soins techniques à donner tout en étant à l'écoute de la « subjectivité » de leurs patients, travailler son « savoir être » avec une « bonne » ou « juste » distance émotionnelle définie comme étant l'empathie, en plus de son « savoir-faire », pour s'adapter aux réactions spécifiques de chaque patient.

Sens du travail et réalisation professionnelle

Comme dans tout métier, se pose la question de la « réalisation professionnelle » (ici comme soignant au sens large) dans son identité de sujet. Edgar Morin (2006) définit le sens du travail comme « un effet de cohérence entre les caractéristiques qu'un sujet recherche dans son travail et celles qu'il perçoit dans le travail qu'il accomplit ». Ces caractéristiques seraient à la fois l'*utilité* (contribution à la société) ; la *droiture* ; la possibilité dans son travail *d'apprendre et de progresser* ; l'*autonomie* dans l'exercice de ses compétences et dans la prise de décision ; la *qualité des relations interindividuelles* au travail. Dans la relation de soins, chaque soignant s'investit différemment et y met une plus ou moins grande part de lui-même. Le cadre de travail avec ses contraintes permet de moins en moins à l'HG, comme dans beaucoup de professions, la réalisation des attentes du soignant. L'éthique des soins suppose que cette réalisation se fasse en harmonie avec les besoins des patients (bienveillance *vs* maltraitance). Pour chacun, la valeur de reconnaissance du travail accompli varie en fonction des catégories professionnelles soignantes, des personnalités et histoires singulières et

conditionne la satisfaction du soignant. Faire un travail utile au service de l'humain, lui apporter la guérison, une aide efficace, participer aux progrès de la médecine et des soins, œuvre à l'accomplissement des professionnels de santé. Dans toute profession, mais plus encore dans celles qui ont pour vocation de soigner ou d'aider l'autre, l'important est de donner du sens à ce que l'on fait avec une notion de « transcendance ». Outre l'obligation d'être au fait des progrès de la science et de la technique, pour tout soignant, il existe une obligation éthique tout au long de son parcours professionnel, d'une réflexion minimale sur la vie, la mort, mais surtout sur ses réactions et les modalités de sa relation avec « l'autre » en situation de vulnérabilité, psychologue compris ! Concilier la technicité et l'empathie vis-à-vis du patient est un idéal. Le don de soi qu'implique au minimum le travail d'un soignant ne doit cependant pas être synonyme de sacrifice au risque de « se consumer ».

La question des soins dits « palliatifs »

Maladies cardiovasculaires, cancers, greffes, dialyses, maladies rares, polytraumatismes, etc., les soignants aident les patients à vivre au mieux leur dépendance aux soins et ce parfois jusqu'à la mort du patient. Les « soins palliatifs », au sens large, sont à la base une théorie et une pratique de l'accompagnement des mourants nées dans les pays anglo-saxons (Canada, Angleterre) (Kubler-Ross, 1970). Ils sont censés commencer dès l'annonce d'une maladie grave même si l'on réserve ce terme connoté dans la pratique française aux patients en fin de vie. « Palliatif » se dit d'un traitement ou d'un remède qui vise à diminuer ou à supprimer les symptômes pénibles d'une maladie sans agir sur la maladie elle-même ce que les Anglo-Saxons nomment le « *Care* » ou « prendre soin » différent du « *Cure* » ou « guérir ». L'accompagnement des patients en fin de vie représente aussi une charge émotionnelle pour les soignants. Aujourd'hui, beaucoup de patients meurent à l'hôpital, en structures de soins ou en institutions appelées « lieux de vie ». « À la mort d'hier, lente, naturelle, subie, publique, lucide avec le souci d'offrir à Dieu ses souffrances, l'époque moderne oppose l'espérance d'une « bonne mort » subite, propre, discrète, inconsciente sans souffrance, ni dégradation », nous dit Anne Juranville (1994). On peut dire que notre culture a bien du mal à faire avec ces moments en dehors de ceux qui ont choisi d'en faire leur spécialité en soins palliatifs. Le rôle de « contenant » dans l'accompagnement des patients qui plus est, mourants, autrefois dévolus à la communauté villageoise ou familiale, revient maintenant souvent aux soignants sans qu'ils n'y soient vraiment préparés.

La question de l'arrêt des soins

Se posent régulièrement à l'HG ces questions : quand doit-on penser que l'on est dans l'« acharnement thérapeutique » (rester dans le curatif

alors que le traitement semble durablement inefficace voire délétère) ? Quand doit-on envisager le passage aux soins palliatifs (il n'y a plus rien à faire pour guérir le malade, sinon pallier ses souffrances physique et psychique) ? Ces moments décisionnels représentent encore une inévitable charge émotionnelle pour tout soignant quelle que soit sa fonction et devraient toujours nécessiter une réflexion collégiale sur tous les aspects médicaux et psychosociaux (Loi Claeys-Leonetti). Cela a été développé particulièrement en cancérologie avec les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans le cadre des Plans Cancer. Ceci suppose une bonne cohésion de l'équipe pluridisciplinaire avec un respect des positions individuelles de chacun.

La recherche de la « juste » distance

Pour le soignant, le fil conducteur est constant : toujours et toujours rechercher la « juste distance » entre « identification fusionnelle » (émotionnelle) au patient ou à ses proches et « intellectualisation » (évitement émotionnel, froideur) du côté du technique. La peur d'être dans l'« aspiration morbide par le mourant », un vécu de honte ou de culpabilité de n'être pas à la hauteur, sont toujours sous-jacents. Le soignant court le risque d'être dans l'envie de fuir, de ne plus faire face, de vouloir passer la main (ce qui est parfois nécessaire). Il n'y a pas toujours les mots pour parler de la mort, de leur mort avec les patients. La communication passe particulièrement par l'infra-verbal en gérant la proximité physique, le regard, la douleur. Les soignants doivent être attentifs à se protéger eux-mêmes tout en étant à l'écoute du patient.

L'épuisement professionnel des soignants

Les souffrances « à risque »

Dans ces situations à forte charge affective, il existe au moins deux formes d'insatisfaction : celles sur le versant dit « narcissique » : « Je n'en fais pas assez » ou « Je n'arrive pas à faire tel que je le voudrais », notamment vis-à-vis des patients et de leur vulnérabilité : « On n'a plus le temps d'écouter les malades » ; celles sur le versant dit « objectal » : « Les autres, l'autorité, ne reconnaissent pas mon travail, mes capacités, l'utilité de ce que je fais » avec le sentiment que l'institution, son organisation et les cadres qui la représentent ne prennent pas en compte les besoins du soignant pour bien réaliser ses missions. Trop fréquemment vécus, ces sentiments peuvent entraîner une perte progressive de l'estime de soi et conduire à l'épuisement professionnel avec une angoisse interne qui s'installe : « La réalité à laquelle je dois faire face m'effraie. » D'autres sentiments peuvent être présents comme le dégoût, la lassitude, l'impuissance. Les risques qu'éprouve le soignant

peuvent être réels, présumés, imaginés mais il n'en demeure pas moins cause de souffrance psychologique.

Quelques définitions de l'épuisement professionnel

La souffrance des soignants au travail n'est sûrement pas seulement due à la clinique difficile des patients, mais à bien d'autres facteurs, institutionnels entre autres, parfois compliqués à démêler dans leurs interactions. La notion de souffrance psychique du soignant est un concept issu de la psychopathologie du travail : « Explorer la souffrance psychique (du soignant) c'est donc explorer l'infopathologie ou le pré-pathologique ; c'est-à-dire le domaine qui se situe entre le confort et le bien-être psychique [...] et la maladie mentale » (Dejours, 2008).

Tout le monde souffre à un moment ou à un autre. Il est habituel d'entendre des soignants se plaindre d'une difficulté à faire face à telle ou telle situation émotionnelle débordant ponctuellement leurs capacités d'accompagnement psychologique : comment « supporter », comment accompagner chez tel ou tel patient une angoisse trop vive, une tristesse envahissante, la résignation, la régression ou encore l'agressivité à l'encontre du soignant ? Décès qui se cumulent sans avoir le temps d'un travail de deuil ou décès brutal dans de mauvaises conditions, situations palliatives qui durent et qui usent, comportements autodestructeurs, difficultés majeures d'observance, comportements agressifs, etc. d'où vont émerger les demandes de groupe d'analyse de pratiques. Quelles qu'en soient les causes, les situations de crise sont inévitables eu égard à la lourdeur de certaines situations cliniques et dans un contexte organisationnel de plus en plus tendu à l'hôpital. La plupart du temps, les soignants s'adaptent.

Leur souffrance pose problème quand elle conduit à l'épuisement professionnel et/ou à l'émergence de contre-attitudes néfastes à l'égard des patients et/ou de leurs familles. Les soignants en service « lourd » (décès fréquents) sont plus à risque d'un épuisement professionnel : on a décrit chez ces derniers un équivalent du « syndrome du survivant » ou syndrome de Lazare qui se manifeste par une anxiété majeure qui envahit le sujet avec inhibition des capacités de pensée, culpabilité intense de vivre face aux nombreux patients qui décèdent ou souffrent avec un phénomène d'empreinte, le soignant n'arrive plus à scinder sa vie professionnelle et sa vie familiale. Des symptômes fonctionnels peuvent apparaître (Pines, Avenson, 1988). Il s'agit d'un syndrome qui n'entre dans aucune catégorie diagnostique connue et ne se superpose ni à un diagnostic psychiatrique ni à un diagnostic somatique. Parmi les échelles existantes, l'échelle « *Malash Burnout Inventory*⁷ » (MBI)

7. L'échelle définitive comprend 22 items. Les items relèvent d'une auto-évaluation sous forme d'expression de sentiments. La personne doit évaluer ces items dans une dimension de fréquence cotée de 0 à 6 (de « jamais » à « chaque jour »). La validité factorielle, interne, est plutôt bonne.

mesure les caractéristiques cliniques de l'épuisement professionnel en trois dimensions (Malash, Jakson, 1986).

– *L'épuisement émotionnel* : manque d'enthousiasme, difficulté à se rendre au travail ; fatigue physique, sentiment d'être vidé ou de n'être plus en relation avec les émotions des autres ; tension ; irritabilité ; froideur ; diminution du sentiment de responsabilité ; difficultés de concentration ; pertes de mémoire.

– *La dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation à l'autre* (= noyau du syndrome) : détachement ; sécheresse relationnelle ; cynisme ; négativisme ; malade considéré comme un « objet », un « cas » ; usage abusif d'un humour grinçant et noir et/ou retranchement derrière un abord « scientifique » des malades.

– *La diminution de l'accomplissement personnel* : sentiment de ne pas être efficace, de ne plus faire du bon travail, d'être frustré par rapport au sens que l'on donnait à son métier ; doute quant à ses capacités ; dévalorisation ; culpabilité ; d'où surinvestissement avec allongement du temps de travail mais diminution de la rentabilité et de l'efficacité ; absentéisme, fuite du travail ; projet de changer de métier.

Le point clé du diagnostic est le changement important d'attitude du soignant dans sa pratique.

Il existe donc un coût psychologique individuel à l'épuisement professionnel mais aussi collectif notamment par ses conséquences sociales et financières. (Canoui, Mauranges, 2004 ; Machavoine, 1991, 1999, 2015).

Les réunions d'équipe comme facteur de cohésion et de contenance face aux éprouvés

Les processus de déliaison inhérents à la maladie grave et aux situations aiguës vitales sont donc sans cesse à l'œuvre à l'insu des soignants. En ce sens, les réunions d'équipe où l'on échange les informations sur les patients et les situations cliniques sont essentielles pour préserver le sentiment de cohérence dans les soins et pour partager les difficultés éventuelles rencontrées. C'est bien souvent, dans les services où ces réunions sont trop rares, voire absentes que le risque d'épuisement est le plus grand. Le groupe d'analyse de pratiques est une des modalités de réunion proposées ayant une fonction spécifique sans être pour autant systématique.

Place des groupes d'analyse de pratiques

La prévention de l'épuisement professionnel des soignants passe par la formation à la relation soignant/soigné

Les groupes d'analyse de pratiques organisés au sein de certains services hospitaliers peuvent être une manière de prévenir les manifestations

de cet épuisement parmi des formations diverses (Ruszniewski, 2012). À eux seuls, ils ne suffisent pas toujours, bien sûr, à remplir cet objectif et ce, d'autant qu'ils ne respectent pas au moins une certaine régularité et assiduité des protagonistes. Ils ont d'autres dénominations, « groupe clinique », « groupe de réflexion clinique », « groupes de parole », etc. Ils sont rarement dénommés « groupe Balint » bien qu'ils s'en soient beaucoup inspirés en se centrant sur l'étude de cas ou situations cliniques rencontrées dans la pratique. Mais ici, ils ont lieu au sein même d'un service où les soignants travaillent ensemble, dont les fonctions et les rôles sont différents auprès du malade (Balint s'était penché sur la seule relation médecin-malade). Enfin, ils sont souvent animés par le psychologue clinicien du service en question (faute d'autres moyens). En CHU, il n'existe pas de groupe d'analyse de pratiques conduit par un psychanalyste extérieur à l'institution.

Ces groupes sont tout d'abord centrés sur la tâche, la relation de soins au sens large, et ensuite sur le rapport groupe/tâche : la relation de soins se joue dans un cadre institutionnel, l'HG très protocolisé où chacun a un rôle précis à jouer *et* dans un cadre interindividuel patient/médecin, patient/infirmier, patient/aide-soignant, patient /diététicien, etc. De même, il existe des interactions entre catégories professionnelles dont la place dans la hiérarchie et vis-à-vis du pouvoir de décision est très différente vis-à-vis des patients, entre individus différents par leur personnalité. À cela s'ajoute dans ces situations cliniques, les interactions avec les proches des patients, plus ou moins présents, plus ou moins contenant avec leurs réactions propres.

La participation aux groupes d'analyse de pratiques à l'HG est ouverte à tous les soignants volontaires quelle que soit leur fonction

Le groupe n'est pas « fermé ». Un planning de réunions généralement mensuelles est prévu et les soignants viennent en fonction de leur disponibilité du moment, d'où une variation des présences d'une réunion à l'autre. On ne traite pas des questions qui relèvent de réunions « institutionnelles » et on évite qu'il soit un lieu de décharge des dysfonctionnements institutionnels ou entre personnes, avec le risque d'augmenter les clivages au sein du service concerné et, plus largement, avec l'institution. Pour qu'il puisse se maintenir dans la durée, outre le temps nécessaire à trouver dans son organisation, il est essentiel qu'il soit soutenu de façon franche et sans ambiguïté par les responsables hiérarchiques, le chef de service et les cadres de santé même s'ils n'y sont pas présents. Un(e) cadre qui sait se mettre en retrait du groupe d'analyse de pratiques pour favoriser la parole des soignants dont il a la responsabilité est souvent une preuve de soutien quand ceci est clairement verbalisé. Dans ce cas, ce dernier facilitera généralement la venue des soignants au groupe.

Le groupe d'analyse de pratiques est un lieu privilégié pour « se comprendre »

Donnons comme exemple le sujet fréquent de « la vérité au malade » : qu'est-ce qu'on lui a dit ? Que sait-il ? Que répondre à ses questions sur la gravité de son état ? Etc.

Chaque interlocuteur devra rester dans ses compétences et sa fonction, différentes pour le médecin ou les différents paramédicaux sur l'information à donner mais tout soignant, dans son acceptation au sens large, va être éprouvé ou sollicité émotionnellement dans sa subjectivité. Chacun devra quitter son rôle pour laisser libre cours à ses associations « libres » concernant sa relation avec un patient ou son entourage, d'où la nécessité d'une relation de confiance et de respect mutuel entre les participants, la capacité à investir le groupe d'analyse de pratiques comme un espace « à part ». Ce qui est dit dans le groupe n'appartient qu'au groupe. La confidentialité est essentielle. Sans cela, il n'est pas possible de faire perdurer un groupe d'analyse de pratiques dans un service. Pour porter un examen critique, honnête sur sa propre attitude, il faut pouvoir se sentir libre de parler sans être jugé. Dans le groupe d'analyse de pratiques, on part d'une situation clinique choisie par les participants. Que l'on prenne la parole ou que l'on écoute, le partage des émotions, semblables ou différentes, entre les soignants permet de prendre un recul sur son propre ressenti de soignant. Ce cadre permet de réinterroger la relation de soins pas seulement de manière individuelle, mais aussi groupale avec une prise de conscience de son vécu de « façon dialectique » avec celui des autres en désindividualisant précisément la relation avec le patient dans une dynamique commune du soin. « Interdépendance, mouvements, interactions qui relient et opposent entre eux les membres du groupe. Le mouvement dialectique peut naître dans cette nature et s'acheminer vers un processus créateur » (Anzieu, 1973). Le groupe d'analyse de pratiques pourra constituer un facteur de cohésion dans l'équipe dans la mesure où chacun s'y investit de manière homogène, en accepte le cadre spécifique ou accepte que le groupe existe, le soutient même sans ressentir le besoin d'y participer (sinon il y a risque de renforcement des clivages).

Le psychologue clinicien et la conduite de groupe d'analyse de pratiques

Dans les services qui bénéficient de sa présence, les équipes soignantes perçoivent depuis longtemps son rôle d'écoute auprès des soignants, le groupe d'analyse de pratiques relevant pour elles de ses compétences. Le fil conducteur de l'animation de groupe est de « proposer des objets de pensée liés par un statut commun, celui de la “tâche thérapeutique fondamentale” seule susceptible d'assurer des liens entre passé personnel, présent collectif et projet thérapeutique commun. [...] Garantir la continuité en soulignant les limites acceptables

et les transgressions coupables » (Delisle, 1989). Inspirée par Balint, l'animation de ce type de groupe repose sur certains principes : Balint regroupait autour de lui des médecins praticiens, des généralistes ou spécialistes qui rencontraient certaines difficultés dans leur relation avec des patients. Il précisait n'avoir rien à leur enseigner mais tout à apprendre d'eux. De la même façon, le psychologue clinicien animant un groupe d'analyse de pratiques doit être convaincu que les « soignants du corps » ont quelque chose à lui apprendre. Il reconnaît l'importance de leurs missions. Il ne cherche pas à les modifier mais à en tenir compte (Pucheu, 1997).

Conduire un groupe d'analyse de pratiques, c'est expliciter, mettre des mots sur le sens des éprouvés en invitant chacun à penser dans le cadre de son rôle spécifique vis-à-vis du patient

Le psychologue tente d'éclairer les enjeux plus inconscients de la relation de soins et des interactions soignants-soignés, et seulement ceux-là, en fonction de la subjectivité du patient et celle du soignant (images inconscientes projetées, de type maternel ou paternel, mécanismes de défense, etc.) : aider les soignants à penser les situations cliniques et à y faire face. Au-delà de la spécificité de leur rôle, il s'agit de recentrer les soignants sur « le sens » et les valeurs qui fondent leur fonction soignante. L'attitude de chaque « soignant du corps » peut avoir un « effet » psychothérapeutique, mais les « soins psychiques » relèvent des « psys ». Il sera question aussi des relais nécessaires : dans quelles limites doit-on accompagner les patients ? L'idée est de soutenir et valoriser la place de chacun pour éviter de s'épuiser en « re »-trouvant les ressources psychologiques nécessaires dans le partage interdisciplinaire pour continuer à travailler malgré les difficultés émotionnelles rencontrées.

Le psychologue quant à lui, doit trouver une extériorité pour travailler ses propres attitudes (supervision en groupe et/ou individuelle, travail de théorisation à travers des articles ou recherches)

Partie prenante de l'équipe, il n'est pas là pour « enseigner » comme nous le disions plus haut aux autres soignants ce qu'il « faut faire » avec le patient mais pour transmettre ses outils de pensée et d'analyse à travers des situations cliniques vécues ensemble. Son attitude peut être « pédagogique » en s'appuyant sur les principes de la non-directivité (Rogers, 2008). Ce partage d'expériences et de savoirs différents entre les « soignants du corps » et le psychologue est essentiel dans la conduite d'un groupe d'analyse de pratiques à l'HG par le psychologue du service en question ou même extérieur à celui-ci mais qui doit être au fait de la relation de soins entre soignants du corps et soignés. Sa parole doit être « vécue » (issue de l'expérience), au risque sinon de ne pas

être entendu(e). La difficulté de l'animation réside dans le fait d'éviter à chacun de trop s'aventurer dans les profondeurs de son intimité, de rester toujours centré sur la relation avec le patient ou son entourage. Telle réaction de soignant est appréhendée non pas en lien avec l'histoire individuelle mais avec l'idée que le soignant se fait de son rôle.

Tout psychologue est-il formé à l'animation d'un groupe d'analyse de pratiques ?

Pour le psychologue clinicien, la question de répondre à une telle demande doit toujours être interrogée à la lumière de sa formation initiale (au moins psychanalytique au vu des interactions groupales mais ce n'est sans doute pas suffisant), de la dynamique de groupe actuelle du service et de la place qui est faite au psychologue. Entre idéalisation et rejet, il n'y a qu'un pas, et l'ambivalence vis-à-vis de ce qui peut être attendu de lui doit toujours être présente à son esprit. Il en va aussi de son positionnement dans l'équipe de soins et la pluridisciplinarité, les autres professionnels étant emprunts de diverses projections à l'égard de celui qui serait porteur d'un « supposé savoir » psychologique sur l'autre que ce dernier n'est pas en mesure d'appréhender lui-même.

Les limites actuelles

Il ne faut pas oublier les résistances habituelles et l'ambivalence des soignants à l'égard de ces espaces de parole et de l'humain en général, dès lors qu'il s'agit de parler de soi. Par ailleurs, il devient de plus en plus difficile de pérenniser la tenue d'un groupe d'analyse de pratiques régulier. Une des difficultés à la mise en place d'un groupe, sinon la cause principale, est l'organisation des soins et l'accélération du rythme hospitalier avec un temps de chevauchement des équipes très court où peuvent avoir lieu ces groupes, le manque de personnel dans certains services (« flux tendu » en cas d'absence d'un des personnels) et la multiplication des tâches attribuées à chacun. Au niveau des cadres de santé, par exemple, ces derniers sont de plus en plus sollicités par de multiples réunions et pris en étau entre l'administration et ses aspects budgétaires, les médecins et le personnel soignant qui dépend directement d'eux (qui voudraient plus de moyens). Actuellement, l'HG est une fois de plus confronté à un souhait politique de modifier l'organisation du travail sans réellement tenir compte des intéressés.

De plus en plus, c'est la demande d'organisation d'un groupe d'analyse de pratiques « en urgence » qui devient la norme

La demande de groupe d'analyse de pratiques en urgence s'apparente à une cellule psychologique de crise et émerge souvent de la part des infirmier(e)s et/ou des aide-soignant(e)s qui reçoivent de façon très vive la détresse des patients et de leur famille avec un

sentiment d'impuissance et l'impression de devoir « agir d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle » (Fillion, 2011). Ceci n'implique pas forcément l'existence ou la mise en place d'un groupe d'analyse de pratiques pérenne ensuite (Manolios, Pucheu, 2015). Pour le psychologue, accepter de répondre à une demande « urgente » de réunion est une façon d'entendre le risque que constitue ce sentiment de perte de sens chez les soignants s'il perdure trop. Il devra donc être analysé par ce dernier dans le contexte institutionnel qui est le sien dans l'après-coup. Il est sans doute plus aisé de répondre à ce type de demande qui peut permettre au niveau institutionnel de contribuer à valoriser le rôle et l'éclairage spécifique du psychologue au sein de l'équipe. Ceci ne l'engage pas pour autant dans un groupe d'analyse de pratiques régulier dont le cadre est différent en termes d'engagement du psychologue comme de l'équipe.

La question est : est-ce suffisant pour prévenir l'épuisement professionnel ? Ce type de groupe ne peut qu'avoir un effet positif à court terme et pallier en partie l'effet de « cumul traumatique » que décrivait Masud Khan en 1976 et auquel le vécu des soignants a pu être comparé. En effet, il ne permet pas un travail de fond sur la relation de soins qui suppose une implication au long cours. Par ailleurs, les autres facteurs de risque d'épuisement, organisationnels, financiers, hiérarchiques, doivent pouvoir être traités dans des réunions institutionnelles et exigées par les soignants si l'épuisement se fait sentir, ce qui peine à se faire.

Conclusion

L'évaluation qualitative de l'impact des groupes d'analyse de pratiques est complexe car les « invariants » (Bleger, 1979) du cadre sont difficiles à maintenir aujourd'hui encore plus qu'hier. La mise en place de ces groupes centrés sur la relation soignant-soigné, qu'elle soit régulière ou dans l'urgence, est sans nul doute un bon outil de prévention de l'épuisement professionnel. Dans l'idéal, ils pourraient faire partie intégrante de l'organisation des soins, ce qui favoriserait la participation de tous les professionnels. Ceci semble difficile à réaliser pour les raisons évoquées plus haut. Chez les soignants, il demeure toujours une crainte et une ambivalence à l'idée de « prendre la parole », de s'exprimer sur son ressenti en raison des enjeux à la fois hiérarchiques d'évaluation (la question de la présence des cadres dans ces groupes) et le jugement de la part des collègues sur sa pratique professionnelle. Quand le cadre a pu être posé, rien ne permet d'anticiper l'implication, l'assiduité et la dynamique de groupe qui en découlera, ce qui est parfois frustrant pour le psychologue... Notre mode de fonctionnement en unité de psychologie et de psychiatrie de liaison au sein d'un hôpital général permet la mise en place de groupes d'analyse de pratiques coanimés par un psychologue extérieur au service et par le psychologue référent du service. La coanimation est aussi un outil de recul et de réflexion précieux sur cette pratique.

Bibliographie

- ANZIEU, D. MARTIN, J.-Y. 1968. *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Puf, 1973.
- BLEGER, J. 1979. « Psychanalyse du cadre psychanalytique », dans R. Kaës et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 257-275.
- DE AZAMBUJA, M. ; BAUDIN, M. ; PUCHEU, S. 1999. « Les groupes de parole ou réunions thématiques », *Psychologues et psychologies*, n° 147, p. 11-12.
- CANOUI, P. ; MAURANGES, A. 2004. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris, Masson.
- DEJOURS, C. 2008. *Travail, usure mentale*, Montrouge, Bayard.
- DELISLE, J.-P. 1989. « Formation et institution. Pourquoi ? », dans M. Sapir et coll., *Formation à la relation soignant-soigné. Mythe et réalité*, Grenoble, La pensée sauvage.
- FILLION, L. 2011. « La pratique en oncologie peut être à la fois source de stress et source de satisfaction », *Psycho-Oncologie*, n° 5, p. 71-74.
- JURANVILLE, A. 1994. « Réflexion psychanalytique sur les soins palliatifs », *Psychanalyse à l'Université*, vol. 19, n° 75, p. 43-64.
- KHAN, M. 1976. « Le concept de trauma cumulatif », dans *Le soi caché*, Paris, Gallimard, p. 69-87.
- KUBLER-ROSS, E. 1970. *On Death and Dying*, London, Tavistock Publications.
- MACHAVOINE, J.-L. 1991. « La souffrance des soignants face à la mort en cancérologie », *Rev. Med. Psychosom*, n° 23, p. 105-112.
- MACHAVOINE, J.-L. 1999. « Intérêt des groupes d'analyse de la relation soignant-soigné en cancérologie », *Psychologues et psychologie*, n° 147, p. 13-15.
- MACHAVOINE, J.-L. 2015. « L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Approche psychodynamique et institutionnelle », *Psycho-Oncologie*, n° 9, p. 9-13.
- MANOLIOS, E. ; PUCHEU, S. 2015. « Le groupe de parole en situation d'urgence en oncologie : intérêts et limites », *Psycho-Oncologie*, vol. 9, n° 2, p. 92-97.
- MASLACH, C. ; JACKSON, S.E. 1986. « Maslach Burn-out Inventory », *Consulting Psychologist's Press*, Manuel Paolo Alto.
- MASQUELET, A.C. 2011. « L'hôpital public victime des injonctions paradoxales », *Rev Prat*, n° 61, p. 1340-1350.
- MORIN, E. 2006. « Donner un sens au travail », *Document Centre de recherche et d'intervention pour le travail, l'efficacité organisationnelle et la santé (CRITEOS)*, Montréal, HEC.
- PUCHEU, S. 1997. « Bâtit sur l'incertitude ou le travail quotidien en psychologie de liaison avec des patients atteints de pathologies graves », *La revue française de psychologie médicale et de psychiatrie de liaison*, n° 12, p. 48-51.
- ROGERS, C. 1942. *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 2008.
- RUSZNIEWSKI, M. 2012. *Le groupe de parole à l'hôpital*, Paris, Dunod.