Document généré le 29 avr. 2024 06:03

Frontières

FRONTIÈRES

Violence à l'hôpital
Hôpital silence... hôpital violence ?

Catherine Diricq

Volume 15, numéro 2, printemps 2003

Guerre, mort amère

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073825ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073825ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)
1916-0976 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Diricq, C. (2003). Violence à l'hôpital : hôpital silence... hôpital violence ? *Frontières*, *15*(2), 69–73. https://doi.org/10.7202/1073825ar

Résumé de l'article

À partir d'une expérience clinique et de groupes de parole dans différentes institutions hospitalières, il apparaît évident que les douleurs et les souffrances des malades entrent en résonance avec celles des soignants. Ces derniers ont besoin d'être reconnus, de participer aux prises de décisions pour conserver l'estime de soi et le plaisir à fonctionner dans cet univers. Qu'advient-il lorsque l'institution déstabilise ou insécurise ? Quand elle force ou instrumentalise ? Quels dysfonctionnements dans les équipes ou chez les individus le terrorisme hospitalier engendre-t-il ? Comment remédier à cette violence hospitalière ?

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2003

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

VIOLENCE À L'HÔPITAL

HÔPITAL SILENCE… HÔPITAL VIOLENCE ?

Résumé
À partir d'une expérience clinique et de groupes de parole dans différentes institutions hospitalières, il apparaît évident que les douleurs et les souffrances des malades entrent en résonance avec celles des soignants. Ces derniers ont besoin d'être reconnus, de participer aux prises de décisions pour conserver l'estime de soi et le plaisir à fonctionner dans cet univers. Qu'advient-il lorsque l'institution déstabilise ou insécurise ? Quand elle force ou instrumentalise ? Quels dysfonctionnements dans les équipes ou chez les individus le terrorisme hospitalier engendre-t-il ? Comment remédier à cette violence hospitalière ?

Mots clés : *violence – hôpital –insécurité*.

Abstract
Based on a clinical experience and group discussions organized in different hospitals, it seems to be obvious that the pain and suffering of the patients is not without its effects on that of the nursing staff. This staff needs to be recognized, needs to participate in the decision-making in order to esteem themselves and keep pleasure in working in a hospital environment. What happens when the institution provokes unsettling and insecurity ? When it forces or reduce the staff to a mere instrument ? What are the dysfunctions caused by hospital terrorism ? How to prevent this violence in hospital ?

Key words : *violence – hospital – insecurity.*

Catherine Diricq,
psychologue psychothérapeute.

En ce début de siècle déjà marqué par de nouvelles formes de terrorisme, il m'est apparu nécessaire de décrypter des formes de violence particulières dans ces lieux spécifiques que sont les institutions hospitalières. Mon expérience des groupes de parole dans différents hôpitaux et mon travail psychothérapeutique avec des personnes atteintes de maladies graves, ou des soignants, me permettent de témoigner de cette violence aux visages multiples.

DEUX TÉMOIGNAGES

Écoutons d'abord une soignante ; elle raconte ce qu'elle a vécu dans un milieu de travail où elle évoluait depuis six ans :

> Cela s'est passé il y a quelques années… mais j'en rêve encore. Mes deux collègues et moi-même partagions un bureau commun. Se sentant débordée, notre chef d'équipe avait demandé, avec insistance, l'engagement d'une personne supplémentaire. Sans doute confondait-elle son burn-out et la surcharge de travail de l'équipe. Le jour de l'arrivée de cette très jeune personne sans aucune expérience hospitalière, la responsable est absente. Une secrétaire fait les présentations sans me charger clairement de l'accueillir… Puis elle s'en va, nous laissant à deux dans le bureau. Je suis mal à l'aise. Mon rôle n'est pas clair. Je crains d'usurper une place qui n'est pas la mienne… À propos de place, je ne lui en propose aucune… et nous restons debout. Je n'aime pas son regard. Un sentiment d'étrangeté m'envahit. Bizarrerie, étrangeté, malaise… des émotions peu habituelles pour moi.
>
> La suite ne sera que la succession de malentendus, de situations paradoxales, de rivalités et d'enjeux de pouvoir. J'étais en présence d'une femme manipulatrice dont le noyau pervers fascinait les uns, terrorisait les autres… et divisait peu à peu toute une équipe en « bons objets » avec qui elle faisait alliance et d'autres « mauvais objets » qu'elle éjectait.
>
> Le plus difficile fut sans doute la prise de position de notre chef d'équipe, protégeant à toute fin la nouvelle arrivée, suivie en cela par le chef de service et la majorité du staff. Une équipe avec qui j'avais établi des liens de confiance depuis six années ne me reconnaissait plus dans mes fonctions. Non seulement cela… mais tout à coup, les méthodes de travail n'étaient plus valables, les modes de communication utilisés jusque-là étaient critiqués… jusqu'à y mêler des éléments de vie privée. Ainsi je me suis entendue interroger sur mes difficultés à assumer le travail

avec une femme plus jeune… Quand j'ai compris qu'un système fou était en place, que je perdais confiance en moi, que je ne comprenais même plus mes réactions parfois trop vives, alors j'ai quitté le service.

Une année plus tard, j'ai appris que sa grave fragilité psychique l'avait menée à une faute professionnelle. Elle avait été sommée de quitter le service sans prestation de préavis. Entre temps, deux autres collègues avaient subi le même sort que moi.

Même si, dans le cadre d'une supervision, j'avais pu clarifier ce qui s'était joué, il fallut que le chef de service, lors d'un entretien informel, me dise qu'il s'était laissé séduire par le discours de cette femme et qu'il s'était trompé, pour que je retrouve ma dignité professionnelle.

Et peut-être simplement sa dignité de femme.

La violence institutionnelle agirait-elle comme un boomerang ? Ce témoignage à peine mis en mots, une annonce officielle dans l'établissement fait savoir que cette personne est engagée dans un autre service… attitude peu respectueuse entre chefs de service alors que l'un prend une décision, l'autre agit à l'inverse. Mais, surtout, cette femme, en acceptant ce nouvel engagement, ne se met-elle pas en position d'objet, vecteur de violence ?

Voici un autre témoignage, celui d'une infirmière en soins palliatifs : « […] ma dignité est touchée chaque fois que je ne sens plus l'adéquation entre mes valeurs, celles de l'équipe et de l'institution… Il faut que je reste « entière » », dit cette infirmière d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Elle m'explique alors comment ses compétences professionnelles n'ont pas été reconnues. Cela a eu des conséquences dans son travail mais aussi dans sa vie privée. Elle s'est sentie dévalorisée jusqu'à se remettre en question et connaître des sentiments d'incompétence. Plus encore, elle a eu des pensées violentes et des réactions dans lesquelles elle ne se reconnaissait plus. Elle s'est, par exemple, surprise à imaginer qu'elle pourrait griffer la voiture de celui qui portait atteinte à son intégrité de soignante. Une autre fois, elle a même été tentée de lui faire un croche-pied. Le pire était peut-être de ne plus se reconnaître dans ces désirs de destruction, dans cette violence. Si bien qu'un jour, elle a subtilisé à celui qui la malmenait tellement, un objet, attribut de sa profession médicale. « J'ai compris, dira-t-elle, que je lui subtilisais quelque chose en lien avec son identité professionnelle, alors qu'il me faisait perdre quelque chose de la mienne ».

LA MÉDECINE EST VIOLENCE. SON VOCABULAIRE S'APPARENTE PARFOIS À CELUI DE LA GUERRE ; NE DIT-ON PAS « BOMBARDER DES CELLULES », « IRRADIER UNE ZONE », « COMBATTRE LA MALADIE ».

Une autre fois, c'est un responsable qui a parlé d'un de ses collègues en mélangeant vie privée et vie professionnelle. Il a fait allusion à ses convictions religieuses pour expliquer une prise de position au travail. Comme si elle était réduite à être « une catholique » et que cela suffisait à appréhender qui était cette infirmière.

Enfin, mentionnons cette infirmière avec qui j'ai eu le plaisir de dialoguer ; elle me fit percevoir une autre manière de nuire à la dignité du soignant. Plus subtile sans doute mais si puissante. Quand on parle d'un malade au stade terminal dont elle s'occupe et qu'elle entend qu'il est en train de « pourrir » ou que « un chien, on l'aurait déjà achevé pour ne pas voir ça »… c'est aussi à sa propre dignité de soignante qu'on s'attaque.

EROS ET THANATOS À L'HÔPITAL

Dans un article intitulé *Le travail de la mort dans les institutions*, Eugène Enriquez (1991) analyse le caractère paradoxal des institutions hospitalières, où, sans cesse, Eros et Thanatos se rencontrent. Eros rassemble les professionnels de l'hôpital dans un projet commun : des malades dont ils vont tenter de prendre soin. Ils se retrouvent dans un projet de « guérison ». Il y a les projets de recherche, ou de formation, il y a les rituels d'une équipe... des moments où le sentiment d'appartenance, d'identité de groupe prévaut.

Mais Thanatos veille… et s'introduit dans tous ces processus d'instauration du lien. Si Eros fait de l'excès de zèle, il suscite un état de sidération, un déni de la différence. On se met à croire, dans les murs du service, à l'homogénéisation. Des entreprises de séduction se multiplient pour éviter qu'une pensée propre surgisse. Si un membre de l'équipe pense en son nom, différemment du groupe, ce dernier va le considérer comme un danger et l'éjecter. Alors, dit Enriquez, un modèle de fusion se met en place. La violence, inhérente à tout groupe, est empêchée d'expression. Le groupe doit se donner des règles, des lois et des interdits et peut-être va-t-il jouer sur la culpabilité pour veiller à leur respect. La différence doit être niée ou elle deviendra lutte de pouvoir. L'agressivité fait partie des moyens mis en place pour maintenir les idéaux du groupe.

Observons aussi ce qui se passe à l'égard des patients. Une infirmière en pause carrière m'a confié cette expérience. Elle s'est inscrite à une formation de pédicure. Lors du premier exercice pratique dans une maison de repos, la monitrice exige de chaque stagiaire une pédicure impeccable (et notée) des pieds d'un pensionnaire… Voyant que certaines hésitent à enlever davantage de cuticules, elle décide de montrer l'exemple et elle blesse un vieux monsieur, grabataire et aphasique. Elle oblige alors la stagiaire responsable du patient en question à faire un pansement… et personne ne dira rien. Comme les pensionnaires de l'établissement sont isolés, il n'y aura aucune plainte ! Mais quelle violence contre cet homme et contre la stagiaire pédicure !

Enriquez discute des caractéristiques particulières aux institutions thérapeutiques où le groupe des soignants est dans une relation d'asymétrie avec les patients, fragilisés par la maladie et souvent en position de soumission, de culpabilité. Il n'y a, à l'hôpital, pas de place pour leur colère, leur révolte. Ceci nous mène à explorer une autre forme de violence, celle du patient.

LA VIOLENCE DU PATIENT

À l'hôpital, la violence entre par la porte du service des Urgences. À la Garde, la gravité de certaines situations, la panique ou l'attente trop longue (c'est un lieu toujours « à contretemps », on doit attendre longtemps le médecin ou les examens, car les services sont saturés, puis tout va aller très vite parfois) peuvent susciter de la violence verbale et parfois physique de la part des patients.

L'hôpital public est un lieu de médicalisation des problèmes sociaux, car il manque des structures d'assistance. Arrivent aux urgences tous les marginaux exclus des autres systèmes de soins, les femmes battues, les SDF, ou les toxicomanes en crise (De Smet, 2002). Il faut se taire et écouter. Ils veulent crier leur souffrance et être écoutés. Hôpital silence, hôpital violence.

Je voudrais ici m'arrêter sur une histoire très troublante qui s'est déroulée dans un pays européen où l'euthanasie reste illégale. Une infirmière en chef dans un service d'urgence s'est rendue compte de la disparition dans les réserves de certains médicaments au pouvoir létal, morphiniques… Elle

ne remet pas en question la confiance dans son équipe mais, de toute évidence, certains actes infirmiers se pratiquaient sans qu'elle soit mise au courant. Ne voulant pas jouer au policier dans sa propre équipe, elle a réuni les infirmiers pour, avec eux, mieux comprendre. Il s'est avéré qu'à deux reprises des personnes très âgées, en extrême fin de vie, alors que cet hôpital était en pleine occupation de lits, auraient dû être réorientées vers d'autres services hospitaliers. La précarité de leur état était telle qu'il y avait tout à craindre que ces personnes ne décèdent dans l'ambulance. Il a alors été décidé unilatéralement, dans la précipitation et l'urgence caractéristiques de ce type de service, d'accélérer le processus de la fin de vie. Ces deux personnes sont décédées, dans des boxes du service des urgences. La chef infirmière, traumatisée par de tels actes, souffrait en pensant à la solitude de ces vieilles personnes face à leur fin de vie mais aussi en pensant aux conditions de travail extrêmes qui poussent des collègues à agir ainsi. Si le soignant n'est pas considéré avec dignité, comment pourra-t-il soutenir le malade dans le respect de la sienne ?

D'autres formes de violence se révèlent quand on a peur d'un diagnostic, d'une opération délicate ou de la mort qui s'approche. Je n'oublierai jamais cette femme qui demandait au médecin d'euthanasier son mari inconscient depuis un second AVC à domicile. Il était atteint d'une quadriparésie spastique[1] et fiévreux à cause d'une infection urinaire. Le médecin ne pouvait accéder à sa demande. Cette femme lui a renvoyé toute sa souffrance sur un mode particulièrement agressif, en lui réclamant de « prendre ses responsabilités » et arguant « qu'il arrosait un balai en espérant que les branches poussent » (Payen et Diricq, 2001).

Les portes du passé ont volé en éclats.

© Josée Lambert, 2003

LA MÉDECINE EST VIOLENTE

La violence se retrouve dans toutes les sociétés : elle est de structure. Elle est une forme de sauvegarde aussi. Dès l'enfance, le petit d'homme veut se battre pour protéger sa place.

La médecine est violence. Son vocabulaire s'apparente parfois à celui de la guerre ; ne dit-on pas « bombarder des cellules », « irradier une zone », « combattre la maladie », faire un scanner devient « couper le malade en tranches » ; pour expliquer certaines notions médicales aux enfants, le parent ou le soignant parlera des « soldats » au lieu d'antibiotiques.

Si l'hôpital cause des maladies spécifiques, ces fameuses maladies nosocomiales, il engendre aussi des violences spécifiques. Hôpital, lieu de vie et de mort : dans le long métrage *La pointe du cœur*[2], à propos du CHU Saint-Pierre à Bruxelles, il est rappelé que plus de 90 % des accouchements dans la capitale européenne se déroulent à l'hôpital et que 70 % des personnes y décèdent !

C'est une violence en soi que d'être quotidiennement face à la fin de la vie, alors que tout être humain voudrait ignorer sa propre mort. L'hôpital confronte aussi à la dégradation, à la solitude, à l'abandon, parfois au manque d'amour ou de dignité.

Pourtant, nombreux sont ceux qui feront choix d'y travailler. Dans le cadre d'une formation du 3e cycle, j'interrogeais des infirmières sur leurs motivations professionnelles. Revenait, dans leurs réponses, le besoin de « réparer ». Réparer l'autre, mais surtout à travers lui, réparer un morceau d'histoire personnelle ou se réparer soi. L'excès de gentillesse, de prévenance, écrit une infirmière en soins palliatifs, peut devenir violence. Elle donne plus loin l'exemple de l'acharnement palliatif qui lui aussi peut être violent, quand, par exemple, une demande d'euthanasie n'est pas entendue (Van Bunnen, 2002).

Freud nous a fait comprendre comment le souci de l'autre s'enracine dans une élaboration complexe entre l'amour qu'on lui porte et la haine à son égard. Le malade – ou parfois le collègue, comme dans l'histoire clinique racontée plus haut – peut être un agent de satisfaction d'une pulsion en lien avec des résidus de cruauté primitive. Le sadisme, non nécessairement comme perversion mais en tant que pulsion partielle (Bonnet, 2002), peut être présent dans la relation de soins.

Interrogeons-nous sur le choix de travailler comme soignant dans un hôpital. Pour élaborer cette question, je crois qu'il est nécessaire de sortir du clivage, réel mais trop réducteur, entre les médecins paternalistes, techno-scientifiques, actifs et dominants, d'une part, et, d'autre part, les infirmières, maternantes, à l'écoute du sujet en souffrance et soumises à l'autorité médicale.

Aujourd'hui, peut-être avec l'accroissement du nombre de femmes médecins, cette profession se « socialise » (dans le sens d'une médecine plus sociale), s'humanise. Le médecin sort du savoir médico-technique. La relation avec la personne malade est prise en compte. Les infirmières osent questionner, se positionner, rendre compte

de la singularité du sujet malade dont elles prennent soin. La conjugalité obligée entre le monde médical et le monde infirmier a permis cette évolution (en référence à l'article de Lebrun, s.d.).

Les soignants d'une institution hospitalière, médecins, infirmières ou paramédicaux, ont choisi le travail d'équipe, la hiérarchie, le rapport à la loi institutionnelle, le pouvoir du chef de service. Une caractéristique commune à tous serait le besoin de se référer à un Père tout-puissant, énigmatique. Il s'en vit des émotions dans une équipe hospitalière !

LE *TEAM* HOSPITALIER

Dans un des cahiers de psychologie clinique consacré au pouvoir, Bernard Duez reprend les théories de Freud puis celles de Kaës à propos des foules et du pouvoir absolu (Duez, 1998). Freud parle du groupe social soumis au Père de la Horde et du désir du meurtre du Père qui se serait donné tous les privilèges pulsionnels (Freud, 1970). Kaës décrit ces groupes comme une structure isomorphique sous l'emprise aliénante du Père fondateur. Les membres de l'institution n'ont pas le choix : ou ils s'identifient au groupe, acceptent le pouvoir absolu, totalitaire ou, dans le cas contraire, ils seront vécus comme mauvais objets menaçants et tout sera mis en œuvre pour les éjecter.

Nous le savons, il n'y a pas de bourreau sans victime. Pour qu'une institution puisse fonctionner sur le modèle isomorphique de Kaës, il faut deux « partenaires » au moins, dont l'un abdique devant l'autorité de l'autre parce qu'il a plus de difficultés à respecter sa conscience individuelle.

Il n'est pas rare à l'hôpital d'observer des groupes de soignants qui sont dans l'incapacité de prendre une décision et qui transfèrent le processus sur un tiers, « autorité pensante », incarnation de la structure isomorphique. Ils sont le pôle dominé. Ces soignants – soi-niant –, abdiquent, quand ils sont contraints à agir contre leur éthique personnelle ou quand ils participent à une mise en acte d'une décision qui leur paraît injustifiée. Pour eux, à court terme, il est psychiquement plus économique de rester du côté de la plainte. Tout changement suscite de l'angoisse. Quand une proposition d'évolution leur est faite, ils s'arrangent pour la rejeter. Ainsi, une équipe d'infirmières « enviait » les médecins partant à des colloques, séminaires et formations à l'étranger. Après réflexion avec leur médecin responsable, il leur propose de participer au prochain colloque d'intérêt international. En contribuant à un abstract, leur voyage et leur inscription au congrès seraient pris en charge par le Service… Aucune des infirmières ne s'est proposée…

Hurst rapporte dans l'article « Quand la médecine se pratique la mort dans l'âme » (2001) que, sur une dizaine de facteurs étudiés, la seule différence significative entre les professionnels souffrant d'épuisement et les autres était l'absence de pouvoir de décision. La négation de la conscience individuelle est une forme de non-respect de soi.

Je vous ai amenés à penser le soignant « se niant », mais, de l'autre côté de la barrière hospitalière, du côté du dominant, nous rencontrons un autre soignant, l'homme de pouvoir. C'est à Maurice Berger que je ferai cette fois référence (Berger, 1993). « Certains hommes politiques ont, écrit-il, un besoin vital de pouvoir. Ni dans l'intérêt du groupe, ni dans l'intérêt de l'institution, mais dans un besoin narcissique jamais suffisamment assouvi. Il se met à croire, cet homme, qu'il est au-dessus des lois ; il est le fondateur de la règle et elle ne s'adresse pas à lui. Ce processus, je le répète, ne se réalise qu'avec la connivence de tous. »

Berger décrit trois modèles de rapport à l'homme de pouvoir, trois modèles qui, je pense, se retrouvent dans une structure hospitalière.

- La filiation narcissique :
  les collaborateurs ne peuvent éprouver qu'admiration et allégeance. L'homme de pouvoir défend ceux qui se sont laissés séduire par lui et il les protégera, en toute mauvaise foi, s'il le faut. Cet homme de pouvoir envie ce que l'autre a et qu'il ne possède pas lui-même. Toute pensée pertinente doit être attaquée avant d'être parfois reprise à son propre compte.
- La filiation tyrannique :
  consiste à placer des pions pour se constituer un empire.
- La filiation perverse :
  consiste à ne mettre personne en position de pouvoir lui succéder.

Un quatrième modèle, la filiation par transmission de valeurs, serait le seul modèle défendable sur le plan éthique.

La hiérarchie, l'organisation sociale du *team* médico-infirmier, le respect des générations, sont nécessaires à la vie hospitalière. Le danger est d'aboutir à une lutte, une compétition entre « bons » et « mauvais soignants », entre gagnants et perdants, entre les dominants et les dominés.

LE GROUPE DE PAROLE

Que faire dans une telle configuration ? Et pourquoi « faire » ? Alors que certains soignants se complaisent dans cette instrumentalisation et que d'autres ont besoin de pouvoir ?

Les conséquences sont parfois dramatiques (burn-out, passages à l'acte autodestructeur, retournement de la violence contre les patients...). Sans doute la dramatisation est inhérente à toute société. Peut-être même deviendrait-elle ennuyeuse, cette société, si elle fonctionnait trop bien ? C'est ce que pointait Cyrulnik alors qu'il était interrogé aux moments des élections françaises, à propos de l'ennui de la campagne électorale.

L'hôpital est un lieu de non-tranquillité. La tragédie se profile derrière chaque porte. Si la violence est de structure, si elle est constitutive de l'être humain, la question n'est pas de l'éradiquer. Mais la violence est dangereuse quand elle aboutit à la destruction de l'autre ou de soi. Alors il est nécessaire de la symboliser, de comprendre, de retrouver des repères, des distances entre l'autre et moi.

Les groupes de parole offrent à chaque soignant la possibilité de s'exprimer, de vivre un moment de solidarité d'équipe où il est question de se rassembler, de se réapproprier l'histoire de l'équipe, d'être entendu avec ses divergences d'opinions parfois et donc respecté par les autres participants, pour pouvoir se respecter et accepter que les autres (soignants) soient des êtres « incomplets » (Oury, 1992). Le groupe a une exigence de temps : le temps nécessaire pour que se déploie cette parole sur la souffrance.

La souffrance, quand elle est exprimée dans le groupe, n'est plus banalisée. Elle est nommée comme étant la mienne, mais aussi partagée par d'autres professionnels dans cette équipe. Le soignant en souffrance n'est plus seul. C'est aussi un lieu où le soignant peut conserver son identité en exprimant son désaccord avec certaines prises de décisions ou certaines valeurs institutionnelles et éviter ainsi que certains – comme l'infirmière dont il a été question précédemment – ne deviennent les instruments d'un choix qui va à l'encontre de leurs propres valeurs. Pouvoir, dans une équipe hospitalière, donner son avis et savoir qu'il sera entendu par les collègues et supérieurs hiérarchiques est le premier respect de notre intégrité psychique de soignant. Certains vont jusqu'à parler de « clause de conscience » qui autoriserait un soignant du groupe à refuser d'exécuter un ordre qui serait contraire à ses valeurs (Hurst, 2001, p. 10). Mais l'utilisation d'une telle règle pourrait aussi engendrer d'autres tensions au sein du groupe (report par exemple de la responsabilité d'un acte sur un autre soignant).

Par ailleurs, si le malaise dans une équipe peut être reconnu, l'origine en est parfois moins claire. La violence peut être adressée ailleurs. Comme ce fut le cas pour un

jeune infirmier qui agressait verbalement ses collègues et se mettait en position de mauvais objet sans comprendre ce qui lui arrivait. Orienté à ma consultation privée par son médecin généraliste, il aura besoin de tout le temps de notre première rencontre pour lâcher sur un ton virulent, qu'il avait été obligé d'euthanasier un bébé l'année précédente. La violence qui lui avait été imposée, il la rejetait, inconsciemment sur ses collègues.

Les trois règles fondamentales de travail dans les groupes de paroles sont les suivantes :

1. Garantir la non-violence.
2. Exiger qu'une parole soit tenue.
3. Considérer autrui comme étant à lui-même sa propre fin.

Ces groupes vont permettre de sortir de l'urgence et de la solitude, de prendre selon Van Bunnen (2002, p. 5) :

- le recul nécessaire pour comprendre la violence ;
- conscience de sa propre valeur (savoir quel soignant on est, c'est être dans sa légitimité) ;
- de l'intérêt pour ce qui se passe chez le patient, chez l'autre (que vit-il ? que lui arrive-t-il ? dans quel contexte ?) ;
- la capacité de se différencier de l'autre (en lien avec la capacité à être seul) ;
- du plaisir à rire ensemble, l'humour ça allège !

Il reste un autre écueil : il y aura nécessité pour le groupe de sortir de l'idéal. Le thérapeute doit être vigilant. Sous peine, parfois, de recevoir à son tour l'agressivité du groupe qui reporterait sur lui sa désillusion, ou qui mettrait fin aux séances « sans magie » (Ruszniewski, 1999).

Je laisserai le mot de la fin à Danièle Deschamps, docteur en psychologie et psychanalyste, qui rappelait lors d'un récent congrès (Deschamps, 2002) que la parole « à tout prix », pouvait être une autre forme de terrorisme. L'injonction à parler pourrait devenir une autre violence…

Bibliographie

BERGER, M. (1993). *La folie cachée des hommes de pouvoir,* Paris, Albin Michel.

BONNET, G. (2002). « Quand le sadisme devient une perversion », *Revue française de psychanalyse*, nº LXVI.

ENRIQUEZ, E. (1991). « Le travail de la mort… », dans *L'institution et les Institutions psychanalytiques*, Paris, Dunod.

DE SMET, T. (2002). « La violence en service d'urgence », *Ethica clinica*, nº 26.

DESCHAMPS, D. (2002). *Au cœur de l'épreuve, quelle place donner à la parole ?*, 14e congrès international sur les soins aux malades en phase terminale, Montréal, octobre.

DUEZ, B. (1998). « Un destin de Thanatos : la relation de pouvoir », *Cahiers de psychologie clinique*, nº 10.

FREUD, S. (1970). *Totem et Tabou*, Paris, Payot.

HURST, S. (2001). « Quand la médecine se pratique "la mort dans l'âme". La souffrance des soignants face au dilemme de la mort », *Frontières*, vol. 13, nº 2 ; *INFO Kara*, vol. 64, nº 4.

LEBRUN, J.P. (dir.). *Cahier de psychologie clinique 2*, Bruxelles, De Boeck.

OURY, J. (1992). « Accéder à la perte de l'illusion de croire que l'autre si prestigieux soit-il, puisse incarner le "Grand Autre" », *L'aliénation*, séminaire de Sainte-Anne, Paris, Éd. Galilée.

PAYEN, M.C. et C. DIRICQ (2001). *L'euthanasie à partir de quatre histoires vécues*, Labor.

RUSZNIEWSKI, M. (1999). *Le groupe de parole à l'hôpital*, Paris, Dunod.

VAN BUNNEN, B. (2002). « Va à la merde », *Ethica Clinica,* nº 26.

Notes

1. Paralysie incomplète des quatre membres.
2. *Sur la pointe du cœur*, film d'Anne Levy-Morelle, 2001.