

Le maintien d'une posture clinique dans l'animation des groupes de malades

Enjeux pour l'éducation thérapeutique

Catherine Tourette-Turgis

Les sciences sociales de la santé ont contribué à démontrer l'intrication des dimensions médicales, psychologiques et sociologiques en jeu dans la maladie (Morin, 2004). Par ailleurs, les avancées de la pratique des psychologues cliniciens et des psychanalystes intervenant dans le monde du soin ont permis l'élaboration de nouveaux repères cliniques. Ceci à tel point que des auteurs font référence à une clinique du cancer (psycho oncologie), une clinique du deuil, une clinique de l'exclusion (consultation psychanalytique pour les sans domiciles fixes). Ceci n'est pas sans soulever des débats épistémologiques au sens où il ne faudrait pas en déduire l'idée d'une émergence sociale de nouvelles subjectivités.

La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire, 2008), en imposant au corps médical d'inclure dans le trajet de soin de tout patient atteint d'une maladie chronique des actions d'éducation à conduire en groupe, pose la question de l'intérêt ou non d'ajouter aux repères existants de nouveaux cadres et contenus appropriés à un nouveau type d'animation des groupes. Les recommandations officielles en matière d'éducation du patient recommandent l'organisation d'activités d'éducation en groupe. Ce choix en faveur des pratiques de groupes de la part des institutions qui se donnent comme mission de mobiliser les capacités d'apprentissage, psychiques et psychosociales, de publics malades ou vulnérables, repose sur l'hypothèse que le groupe en tant que tel est un meilleur support d'apprentissage et d'accompagnement des personnes malades car ils peuvent apprendre de leurs pairs à faire face à des situations de la vie quotidienne. Par ailleurs, lorsqu'elle se trouve confrontée à la maladie, nous pouvons noter une tendance de la population à choisir le groupe comme premier mode de soutien pour faire face aux situations douloureuses qu'elle entraîne.

L'essor des groupes d'accompagnement de par les capacités d'étayage mobilisées dans un dispositif de groupe montre à quel point le groupe est perçu comme le seul espace de soutien acceptable dans les situations qui font effraction et sont qualifiées comme traumatiques (attentats, tortures, deuil, viol, maladies graves, annonce de diagnostic). Tout se passe comme si seul le groupe autorisait un sujet à regarder ce qui lui arrive avant qu'il ne puisse prendre la décision de s'engager ou non dans un travail individuel le confrontant à sa structure psychique. Peut-être aussi ces groupes particuliers ont besoin de se constituer pour remplir la mission d'une

transmission psychique immédiate du traumatisme, afin qu'un sujet ne se trouve pas dans la position d'avoir à transmettre à une génération future une négativité radicale qu'il n'a pas pu lui-même s'approprier. Le groupe joue le rôle d'un « métagarant psychique » (Kaës, 2009) permettant à un sujet de ne pas s'effondrer. Il s'agit en cas de catastrophe et de destruction causée au sujet de lui donner un espace groupal où, avec ses semblables, il peut reprendre pied grâce à des alliances inconscientes nouvelles. Seules ces dernières lui permettent de se considérer comme étant toujours « porteur de cette mission d'avoir à assurer la continuité de l'ensemble sociétal dont il est partie constituante » (*id.*).

L'article engage une réflexion théorico-clinique sur la base d'un dispositif dont le cadre et les objectifs vont être explicités. Il se propose de répondre à quelques questions issues de mon expérience d'animation de groupes de personnes malades : – D'abord, y a-t-il certaines situations de vie ou certains types de souffrance où seul un dispositif groupal est à même d'aider le sujet qui y participe, notamment dans le cas des situations qui font exploser toutes les autres appartenances du sujet ? – En quoi l'intervention déployée dans les groupes de malades peut puiser dans la clinique freudienne et la psychosociologie des groupes des réponses aux difficultés qui peuvent surgir au niveau du cadre et aussi des impasses transférentielles et contre transférentielles ? – Enfin, dans la mesure où la formation des adultes est appelée à développer des offres en direction de publics exposés à des ruptures biographiques, des vulnérabilités biologiques, des désaffiliations sociales, en quoi est-il possible de répondre à cette demande sans nous départir d'une orientation psychanalytique dans une pratique d'animation des groupes ?

En m'appuyant sur une longue pratique clinique, j'essaie depuis plusieurs années de développer une posture de chercheur clinicien dans le champ de l'éducation des patients. Pour ce faire, j'ai repris les résultats de mes travaux cliniques pour proposer quelques développements théoriques sachant que mes analyses se nourrissent aussi de la poursuite d'un travail analytique personnel. J'ai bénéficié d'une formation à l'animation des groupes telle que celle-ci était disponible dans les années 80 (Ardoino, 1977). Les types de groupes auxquels j'ai été formée étaient essentiellement des groupes d'évolution personnelle (Palmade, 1972) et des groupes socioanalytiques (Lapassade, 1975). Tout animateur se devait d'apprendre à repérer son propre mode de fonctionnement en groupe en participant lui-même à des groupes d'évolution et à divers dispositifs de formation groupale comme le psychodrame analytique.

J'ai exercé pendant plusieurs années une fonction de psychosociologue de groupes dans le domaine notamment du SIDA et développé des dispositifs d'accompagnement des malades, et ce à plusieurs étapes de leur maladie, du diagnostic à la phase terminale.

Il s'agira ici de personnes séropositives ou malades du SIDA. Ma pratique s'étend de 1986 à maintenant et ce dans différents contextes institutionnels

comme les hôpitaux, les associations, les centres de santé communautaires en France, aux États Unis, en Haïti, et dans huit pays d'Afrique.

Le sida, incidence sur un dispositif thérapeutique

Le dispositif de la cure interrogé par la maladie

La maladie organique, même si Freud évoque la sienne, celle de ses proches et celle de ses patients, n'a pas donné lieu à la construction d'un objet du point de vue du corpus freudien. La maladie implique un certain nombre de modifications dans la relation analytique même si son destin est de faire partie des objets d'élaboration psychique. Ces transformations affectent le dispositif de la cure, mais surtout les dispositions internes de l'analyste, sa façon d'entendre, d'accueillir et de travailler la demande de l'analysant. Les modifications affectent la temporalité, la conception implicite de l'appareil psychique supposé suffisamment fonctionnel pour faire face au travail de l'analyse, le statut et le registre de l'écoute et de l'intervention.

La difficulté posée par la maladie consiste à passer d'une capacité à savoir travailler avec la notion d'un temps ouvert tout en lui ajoutant une nouvelle temporalité qui est celle de la finitude, du temps décompté. L'annonce d'un diagnostic vient faire effraction dans l'illusion temporelle sur laquelle repose le travail analytique. Les absences de l'analysant sont à entendre autrement que sous la forme de manifestations possibles d'acting-out, de résistances et de défenses. Une des grandes difficultés décrites par les analystes relève de la position qu'il leur échoit de devoir prendre ou occuper dans le travail de subjectivation créé par l'irruption du traumatisme causé par la maladie (Laufer, 2007). En effet, tout sujet atteint dans son potentiel vital va, à différents moments de son travail d'analyse qui vise une tentative d'appropriation de ce qui lui advient, se poser et vouloir partager avec quelqu'un d'autre pouvant l'entendre, une des questions qui lui tient à cœur : « *suis-je pour quelque chose ou non dans ce qui m'arrive ?* » Par ailleurs, pouvoir retrouver une parole sur soi, nourrie par le transfert analytique et l'écoute attentive d'un autre qui la reçoit, permet d'affronter autrement l'effondrement somatique.

La relation analytique intègre la maladie même si de nombreux analystes témoignent du travail supplémentaire que celle-ci occasionne pour eux (Green, 2000 ; Laufer, 2007 ; Sami-Ali, 2000). Par exemple, se posent les questions de savoir s'il s'agit de faire payer la séance ratée à cause de l'effet secondaire d'une chimiothérapie, de laisser à l'analysant le soin de reprendre rendez-vous de lui-même à la sortie d'une hospitalisation, de lui garder ses séances sans prendre de rendez-vous de remplacement, de lui demander d'appeler ou de l'appeler. La maladie remet en question la règle de l'abstinence dans les phases terminales de vie de l'analysant. Mais le vieillissement de la population des analystes pose aussi la question de leur propre maladie : ont-ils à en avertir leurs patients ? À partir de quand

arrêter de prendre des patients en analyse ? À ce sujet, nous savons que Freud suspend sa pratique analytique seulement six mois avant sa mort, qu'il passe de cinq patients à trois patients lors de son deuxième épisode cardiaque en 1927. C'est en acceptant ses limitations et en continuant à analyser tout ce qui se présente, même ce qui vient dire sa propre finitude, qu'un analyste peut le rester tout en acceptant qu'il ne le restera pas éternellement. La question posée porte sur les contenus de ce qu'il estime devoir partager comme type d'informations avec ses analysants¹

1. Ayant été moi-même confrontée au décès d'un de mes analystes, répondre de et à la question du décès de l'analyste en tant qu'analysante a représenté un éprouvé psychique sur lequel j'ai élaboré différemment avec mes analystes suivants.

L'évolution de l'écoute selon l'appréhension épidémiologique du Sida

Avec des sujets malades, ce que j'ai transposé de la psychanalyse, c'est faire attention dans un travail de groupe à ce que celui-ci ne soit pas axé sur la préparation du deuil de soi. Il s'agit de prendre en compte les forces vives présentes en considérant les bouleversements psychiques comme des mouvements de vie entraînant des remaniements. La seule clinique à déployer est une clinique habitée par la présence au sens où Michel de M'Uzan la décrit (1977) : « Le plus souvent, les cas que j'ai cités en sont de bons exemples, la présence d'une personne réelle est indispensable. Que celle-ci soit un proche, un médecin ou un analyste, il faut qu'elle soit réellement disponible, sûre aux yeux du patient et capable de combler ses besoins élémentaires, ce qui signifie profondément qu'elle accepte qu'une part d'elle-même soit incluse dans l'orbite funèbre du mourant ».

Mes dispositions à l'écoute ont été mises à l'épreuve par les trois générations épidémiologiques qui ont composé le SIDA. La première génération des années 1984-1994 exigeait de l'animateur de groupes de se confronter à des sujets qui se voyaient et se donnaient à voir comme des corps mourants. La deuxième génération des années 96 l'invitait à se confronter à une problématique groupale bien particulière : il s'agissait d'animer des groupes de malades qui avaient échappé à la mort mais dont la survie non anticipée les exposait à des difficultés imprévues (Tourette-Turgis, 1997). La troisième génération des années 2000 invitait l'animateur de groupes à soutenir les capacités psychiques de patients « remis en santé » ayant des difficultés à trouver une qualité de vie affective, et sexuelle intégrant les complexités de la prévention (Troussier, 2006).

Aujourd'hui, je m'en tiens à cette dernière manière d'écouter, soutenue par une position clinique selon la définition qu'en donne Mireille Cifali (2007) : « La clinique se définit également par un certain rapport à la souffrance, mais surtout par le fait que nous sommes dans une situation où nous permettons à quelqu'un de franchir un passage, une difficulté, une crise ou simplement une évolution : nous sommes présents pour que ce franchissement ne soit pas destructeur. Nous prenons une position où nous avons besoin de mobiliser une intelligence qui mette en mouvement son intelligence. L'enjeu ? Un certain rapport à l'être parlant, non dans son expressivité, mais dans ce qui surgit, dans sa parole, de son rapport à un

social, à une norme, en lien avec de l'affect, des sentiments éprouvés, de l'imaginaire ».

L'exclusion et ses conséquences sur le groupe

Les personnes atteintes de SIDA sont confrontées au rejet social et elles sont majoritairement en situation de rupture avec tous leurs groupes d'appartenance parce qu'elles en ont été rejetées. Les groupes premiers d'appartenance, la famille les a souvent exclus à cause de l'homosexualité, de la toxicomanie ou tout simplement à cause de la nature même du SIDA. Souvent le groupe professionnel n'existe plus dans la mesure où l'espace de l'activité professionnelle a été laminé par la maladie.

Il est donc important de prendre en compte le cumul d'exclusions vécues par les participants dans l'organisation d'un groupe d'écoute, de formation ou d'éducation de personnes vivant avec le VIH. En ce sens le groupe est d'autant plus investi négativement et/ou positivement qu'il est parfois le seul lieu garant d'un sentiment d'appartenance. Le SIDA comporte une dimension relationnelle de première importance car dans la majorité des cas la contamination vient d'une relation sexuelle et la possibilité de sa transmission à d'autres pose également la question de la possibilité de toute relation tout court.

La mise en place d'un dispositif groupal

Une demande de santé publique, un contexte de prévention

L'origine du dispositif de groupe que je vais décrire s'inscrit dans un contexte particulier de l'épidémie de SIDA. Il s'agissait, au cours de l'année 2005-2006, de répondre à une commande de santé publique portant sur les difficultés de prévention rencontrées par les personnes séropositives. Ce travail m'avait été commandité par la direction générale de la santé et les lieux d'implantation étaient deux hôpitaux leaders au niveau médical mais aussi au niveau de l'accompagnement des malades, l'hôpital Européen Georges Pompidou et l'hôpital Saint Antoine à Paris. L'action s'étalait sur deux ans et j'exerçais depuis 5 ans dans un des deux hôpitaux comme consultante spécialisée dans l'accompagnement des malades en difficulté avec la prise de leurs médicaments.

Je défendais l'hypothèse qu'il fallait développer des dispositifs d'accompagnement visant à l'amélioration de la qualité de vie affective et sexuelle comme préalables à toute éducation préventive (Tourette-Turgis, 2006). Une culture de la prévention ne peut émerger ni de la détresse affective, ni de la perte du désir, ni de la décompensation érotique causée par la souffrance, le rejet et l'exclusion. Au contraire, tous ces déterminants sont ceux que l'on retrouve dans les prises de risque et dans les conduites de rébellion ou d'abandon des comportements de prévention (troubles de la sexualité, troubles de la conjugalité, isolement, incapacité à se penser

comme un être de valeur et donc incapacité à donner de la valeur à sa propre vie et à celle d'autrui, difficultés à faire des rencontres). Il allait donc de soi que le discours de prévention prescriptif était un discours qui démobilisait les patients dans leur désir de prévention. Comment entendre qu'il faut utiliser un préservatif quand on a des troubles de l'érection, comment répondre à un médecin qui insiste sur l'importance des relations sexuelles protégées quand on a peur de s'exposer tout court à une relation à autrui ?

Description du dispositif groupal

Pour préciser ce que j'entends par dispositif, je reprendrai la définition qu'en donne Jean-Claude Rouchy (2006) : « De façon opératoire, un dispositif est constitué des éléments qui délimitent le rapport au temps et à l'espace : objet du travail de groupe, nombre de séances, rythme des séances, règles énoncées, lieux de réunion, modalités de paiement et de prise en charge éventuelle, cadre institutionnel dans lequel est mis en place le dispositif ». Le groupe permet à un sujet de trouver un contenant, une surface projective, un miroir de ses contenus psychiques, or c'est ce contenant qui lui permet de conduire les opérations psychiques sur ses contenus. Le sujet apporte dans un groupe des contenus qu'il décide d'y déposer, d'expulser, de déplacer, de transporter ailleurs.

Ce dispositif groupal comportait cinq rencontres de travail de trois heures. Il s'adressait à des personnes séropositives, quarante-six personnes au total y ont participé. J'ai co-animé quatre groupes successifs sur une année avec une moyenne de 12 personnes par groupe. Les personnes qui s'inscrivaient possédaient une information minimale sur sa thématique. Ils savaient que les rencontres portaient sur l'amélioration de la confiance en soi, l'estime de soi et les difficultés rencontrées dans leur vie affective et sexuelle. Les cinq séances de groupe avaient lieu au rythme d'une toutes les trois ou quatre semaines, entre dix-huit et vingt et une heures. Elles se déroulaient dans la salle de cours d'un hôpital, c'est-à-dire dans son espace d'enseignement universitaire et non dans son espace de soin. Ce lieu disposait d'un tableau, d'un *paper board* et de feutres. Les tables étaient à chaque fois rangées dans un coin pour ne laisser que des chaises en rond. Trois grandes tables étaient utilisées pour y déposer les ingrédients d'un buffet. Cette pause servait à marquer le passage d'un type d'activité à un autre. Le buffet fourni était toujours le même afin de respecter les contraintes et les restrictions alimentaires des participants.

Une fois le groupe constitué, celui-ci était fermé et ne pouvait accepter, sous aucun prétexte, d'autres personnes. Le dispositif d'animation comprenait l'auteure et un « patient expérimenté » ayant entamé une psychothérapie d'orientation analytique après l'arrivée des traitements en 1996. En effet celui-ci avait découvert qu'il allait devoir vivre et qu'il lui fallait pour cela reconstruire des aménagements propices à la poursuite d'une vie non anticipée.

Le dispositif d'animation incluait un appel téléphonique en forme de clin d'œil qui consistait pour la personne en charge de la réalisation concrète et du suivi des inscriptions aux ateliers à appeler chaque participant quarante-huit heures avant la rencontre de groupe. La permanence téléphonique était aussi utilisée par les participants pour avoir l'adresse d'un gynécologue, d'un dentiste acceptant de prendre en charge des personnes séropositives ou pour prévenir le groupe de son retard ou de son état de santé de dernière minute.

Les participants, et leurs difficultés

Les participants étaient pour environ 50 % d'entre eux des homosexuels masculins. Dans le reste de sa composition, le groupe comprenait des femmes, des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, et des usagers de drogue.

L'état des connaissances dont nous disposions à l'époque mettait en évidence les difficultés des personnes séropositives en matière de vie affective et sexuelle. Selon l'enquête VESPA (2004), « La prévention modifie la vie érotique des personnes séropositives voire la perturbe et ce sur plusieurs plans. La peur de contaminer génère des inhibitions et des blocages notamment en ce qui concerne le rapport aux fluides biologiques dans les rapports sexuels mais aussi en ce qui concerne la dynamique du désir (l'anticipation des contraintes réduit l'enthousiasme du désir). La connaissance du statut sérologique provoque aussi des effets négatifs comme le rejet et la discrimination qui en retour isolent et excluent les personnes séropositives de l'accès à une vie affective et sexuelle et les amènent à adopter des comportements de retrait (isolement, solitude). Par ailleurs, les personnes séropositives expriment un besoin d'aide et de conseils en communication interpersonnelle pour savoir quand dire et quoi dire sur leur statut sérologique de manière à ne pas s'exposer à des ruptures relationnelles ».

La nature et la conduite des activités

Chaque séquence de travail comportait toujours une activité invitant chaque participant à disposer d'un temps à soi pour exprimer son vécu en présence d'autres personnes qui l'écoutent et qui associent librement sur ce qu'ils entendent. La rencontre commençait toujours par un tour des participants qui étaient invités à dire ce qu'ils avaient vécu de significatif entre chaque séance et qui selon eux était en lien avec le groupe. Ensuite les animateurs présentaient les thèmes de la rencontre et les activités proposées. Il y avait toujours des activités par petits groupes visant à s'exercer à la pratique de compétences dans le domaine de la communication interindividuelle en lien avec le VIH/SIDA. Par exemple la deuxième rencontre était en général organisée autour d'activités sur la communication. Elle prenait la forme de mises en situations visant à aider les participants à parvenir à s'affirmer notamment dans des situations et des rencontres les obligeant à sortir des

positions de retrait causées par la maladie ou par la peur d'être découverts. Certaines activités consistaient à délivrer des informations sur les modalités des pratiques sexuelles à moindre risque. En ce sens l'information représentait un élément qui venait sécuriser l'espace effracté des représentations en matière de sexualité (fellations, cunnilingus, baiser amoureux, possibilités de procréation).

Une des activités les plus dynamisantes au niveau psychique était l'activité sur la colère. Elle consistait au cours de la troisième rencontre à inviter les participants à écrire sur un papier un nom lié à la colère et à la séropositivité, de plier ce papier et de le déposer dans une corbeille. Dans un deuxième temps, chacun était invité à décider ce qu'il voulait en faire (le reprendre et le mettre à une autre place dans leur vie, le laisser dans la corbeille afin de s'en débarrasser). De fait les groupes utilisaient toutes les variantes possibles comme rejeter, garder, confier son papier à quelqu'un du groupe jusqu'à la rencontre suivante, brûler, piétiner, déchirer et cette séance était décisive en termes de redéploiement des énergies psychiques. Cette activité en donnant des contenus que les participants décidaient de garder, de jeter, et ce, en présence et à l'aide d'autrui, était l'activité la plus intense au niveau psychique et la plus plébiscitée dans les évaluations immédiates et dans l'après coup groupal. Elle semblait répondre au plus près aux inquiétudes de tout sujet séropositif de ne jamais parvenir à se débarrasser comme tout un chacun de la souffrance mais aussi d'un virus qui même réduit au statut « d'indétectable » continue à habiter les espaces cachés du corps intérieur.

L'effet groupal à partir d'extraits d'un tour de table conduit lors de la deuxième rencontre

Avant d'entrer dans l'analyse de notre pratique d'animation, je livre quelques extraits d'un tour de table conduit lors de la deuxième rencontre.

« Pour moi, c'est une démarche d'ouverture, je reprends contact avec un groupe après un deuil... cela m'angoisse aussi mais bon les choses qui nous touchent sont les choses qui nous menacent ».

« Moi ce qui m'a frappé, c'est qu'il n'y a pas de barrières entre nous, aucune... on peut tout dire, tout se dire les uns aux autres, c'est très fort... vraiment, pas de barrières ».

« C'est un peu inquiétant de se mettre à parler quand on est habitué à se taire et au silence de la solitude, aujourd'hui je suis revenu mais j'ai beaucoup pensé à tout cela ».

« Il y a des changements dans l'air... de mon côté aussi, je suis sorti pour la première fois, je me suis dit "vas-y, tu n'as pas à avoir peur, ils sont tous là, ils t'attendent", la dépression cela rôde toujours un petit peu ».

« Oui, ce que tu dis sur la maladie, j'ai envie de te répondre en quoi la maladie nous a transformés et en quoi elle nous a abîmés ».

« Moi, depuis la dernière fois, je continue à ranger ma maison, la rendre prête pour accueillir autre chose, j'ai aussi fait mes démarches aux Assedic et à la Cotorep ».

« Je suis revenu, c'est déjà un effet du groupe, j'ai besoin je crois de vous tous ».

« Je suis heureux que toi R. tu es revenu et j'y ai pensé pendant plusieurs jours à ta difficulté, je te remercie d'être revenu, cela me fait du bien à moi aussi, ce n'est pas un changement mais si, quand même, c'est un changement de voir que tout le monde est revenu ».

Ces extraits montrent les effets d'étayage et l'initialisation d'une dynamique de soutien intersubjective, mais ils montrent aussi la fragilité dont peinent à sortir certains participants. En même temps, nous voyons apparaître les premiers accordages, les résonances, les échos, le besoin de reconnaissance et des prémisses fragiles d'un sentiment d'appartenance. Le monde extérieur est encore menaçant, il faut vaincre la peur y compris celle représentée par le groupe.

« *Ranger sa maison* » est formulé par une femme qui n'arrive pas à prendre un nouveau traitement antirétroviral essentiel à sa santé. Ranger signifie se séparer de choses qui l'encombrent, mais aussi, nous le verrons une séance plus tard, ouvrir des cartons contenant de belles choses enfermées depuis longtemps à cause de la maladie. Un participant revient pour vérifier que tout le monde est « *revenu* » en quelque sorte de la mort. Nous comprenons aussi comment parler dans un groupe, c'est prendre un risque pour une personne qui s'est enfermée, protégée dans un silence continu pendant des années. Prendre le risque de parler y compris de parler vrai est une constante chez les malades du Sida qui doivent en permanence gérer les modes de « *dicibilité* » de leur maladie. A qui dire que je suis séropositif ? Pourquoi prendre le risque de me faire jeter, blâmer ? C'est tout le rapport à la parole du sujet qui se trouve affecté par cette nécessaire réorganisation du dire et du ne pas dire.

La dépression qui rôde pour J.-L. est momentanément évincée dans la séance sur la colère lors de la troisième rencontre. C'est ce même J.-L. qui invitera chez lui, dans les mois qui suivront la clôture du groupe, les autres à venir prendre l'air dans son petit village où il exerce comme postier et vit en couple avec son ami. La référence à l'absence de « *barrières* » nous fera associer sur le fait que tout traitement du SIDA consiste à barrer la voie au virus. Mon collègue co-animateur associera sur le fait que c'est sa présence dans le dispositif de co-animation qui repousse la menace de l'apartheid biologique. Cette absence de barrières nous interroge sur le cadre contenant choisi et les risques auxquels le cadre expose plus ou moins le groupe.

Les particularités du dispositif dans un groupe de personnes affectées par une maladie

Le pacte de non-agression questionné

Les affects éprouvés par les animateurs de groupes confrontés à des sujets affectés par une maladie sont des affects qui puisent dans l'incertitude, la tristesse, les espoirs pour l'autre, le désespoir, la colère. Le transfert est souvent traduit chez les participants dans les groupes de malades par la douleur, les migraines, la fatigue, les affaiblissements, les excitations d'origine somatique. Cela pose la question de la nature des pare-excitations à mettre en place pour faire face à ces manifestations et à leurs incidences en termes de tensions contre-transférentielles. Cela n'est pas sans rappeler ce que Piera Aulagnier qui se destinait à la recherche en biologie fondamentale avant de rencontrer la psychanalyse décrit comme « l'enracinement somatique du psychique » (1975) à prendre en compte dans ce qui se présente comme passages permanents entre le corps sensoriel et le corps relationnel dans un groupe.

Poser un cadre et des règles fait partie du travail de l'animateur d'un groupe. Nous entendons souvent dans les groupes l'énoncé par les animateurs tantôt de règles, tantôt d'interdits, comme celui de non-agression, et il nous a toujours semblé que cela posait question dans l'animation de certains groupes où la transgression faisait partie de la maladie, comme par exemple dans le VIH et l'hépatite C (usage de drogue, homosexualité). Par ailleurs pour ce qui les concerne, les malades du SIDA sont à la fois l'objet d'une agression somatique et sociale et en ce sens leur interdire l'agression mutuelle met l'animateur en porte à faux. En effet l'animateur est aussi celui qui justement ne peut rien faire ou n'a rien pu faire contre l'agression somatique ou sociale. Il semble donc que dans les dispositifs groupaux qui désirent s'adresser à des personnes confrontées à des situations réelles d'agression, il est important de ne pas enjoindre le groupe d'emblée à adhérer à un pacte de non-agression, sauf au risque de l'empêcher d'élaborer sur son éprouvé.

Le maintien du lien face aux absences et à la maladie

Dans les groupes de malades, il est difficile d'exclure la maladie du cadre du travail de groupe. Les animateurs sont obligés d'énoncer quelque chose de la continuité ou de la discontinuité du travail en cas de maladie. Pour ce qui me concerne, j'ai vu plusieurs fois à quel point le fait de déléguer à un participant la tâche d'appeler la personne malade à son domicile ou à l'hôpital pour lui parler du groupe et de la séance de travail allégeait la culpabilité des autres (« *pourquoi lui et pas moi ?* »), leur anxiété causée par les identifications projectives (« *c'est vrai à tout moment je peux moi aussi tomber malade* »), leur peur de l'abandon (« *quand je serai malade, on ne me laissera pas seul* »).

En ce sens la question de l'échange des places et la dynamique de la

compétition pour l'amour sont souvent saturées psychiquement par la maladie. Comme le note Monique Schneider (2011), dans le « ôte-toi de là pour que je m'y mette », la seconde partie de la phrase est hors de propos lorsque l'être à qui ce discours ou ce vœu agressif s'adresse est un handicapé. Dans les groupes de malades les expressions des patients entre eux comme « *je ne voudrais pas être à ta place* » ou les pensées réprimées de l'animateur du type « *je n'aimerais pas être à leur place* » sont des pensées sur lesquelles il est important de s'arrêter. Elles surviennent forcément à un moment ou à un autre au détour d'une association libre et convoquent tout un système défensif visant à les refouler si elles ne sont pas travaillées et reconnues comme normales. Ceci est d'autant plus important que les attaques des malades contre les soignants tournent souvent dans la réalité autour de « *cela se voit que ce ne sont pas eux qui sont à notre place et qui ont à subir toutes ces interventions* ».

Nous sommes dans un face à face dans un groupe où d'autres sont aussi dans un face à face et, s'il est difficile pour l'animateur de groupe en situation d'écoute de garder ses facultés associatives, le travail lui est grandement facilité si justement, grâce à un cadre non rigide, les facultés associatives des participants viennent relancer celles des animateurs. Dans la pratique, cela se traduit par faire attention à ce que le désir de contenir le groupe ne se transforme pas dans la mise en place d'un dispositif qui, à trop vouloir contenir, exerce une contention sur le groupe.

La règle de l'engagement

Il est difficile de demander à des participants de s'engager à venir à toutes les séances lorsque nous avons à travailler avec des personnes malades qui à tout moment peuvent être exposées à un épisode de discontinuité somatique, et ne pas le leur demander revient à les exclure du monde des valides. Il s'agit donc de trouver une façon de faire. L'animateur se doit d'être en capacité de dépasser la blessure narcissique que peut lui causer l'absence des uns ou des autres, et le groupe se doit de pouvoir continuer à assurer ses fonctions de contenant auprès de tous. Parfois l'absence ou le retard sont des façons pour un participant de faire intégrer et reconnaître par le groupe la discontinuité somatique violente à laquelle la maladie le soumet ou l'a soumis dans le passé. La seule règle que nous utilisons – nous l'avons apprise en travaillant dans les groupes d'accompagnement de fin de vie – est l'obligation pour les animateurs de mettre des mots sur l'absence et/ou d'inviter les participants à en mettre.

Ce que l'animateur d'un groupe éprouve face au groupe n'appartient ni seulement à l'animateur (sa personnalité, son organisation défensive, son style d'intervention...) ni seulement aux participants qui mobilisent cet éprouvé, mais à la relation animateurs-participants, à la relation participants-animateurs et à la relation participants-participants. En ce sens, comment accueillir et demander au groupe d'accueillir tous les éprouvés à la fois lorsque ceux-ci sont déprimants, négatifs, terribles, insupportables,

sinon par un engagement groupal à tenter de le faire sans autre garantie que l'analyse de ces éprouvés dans un cadre où chacun tient parole y compris dans ses temps de silence ?

La problématique du regard

Un autre positionnement important dans l'animation est pour l'animateur d'accepter de se retrouver par moments seul avec ses pensées, voire exclu quand le groupe a besoin de se délester de sa présence et d'échapper à son regard. Cela est d'autant plus important que les malades, notamment dans le cas de certaines maladies stigmatisées et invalidantes, souffrent à la fois de leur maladie, mais tout autant du regard des autres sur ces mêmes maladies.

Le dispositif groupal dans ses rythmes a donc à prévoir un espace délesté du regard des animateurs. En ce sens, prévoir des séquences d'activité où les participants ont des occupations et des actions à réaliser entre eux pendant que les animateurs restent à leur place au sens littéral du terme, c'est-à-dire assis sur leur chaise, est aussi l'occasion d'un moment de travail pour les animateurs. C'est l'occasion pour eux de prendre conscience de leur activité regardante, de la travailler au sens où pour un animateur de groupes de malades, le regard qu'il a sur la maladie et sur les personnes qui la présentent est un regard qui nécessite un travail d'auto-analyse. Cela est d'autant plus important que les maladies dans lesquelles l'éducation thérapeutique est la plus attendue dans les années qui viennent sont celles qui comportent une problématique souvent négative du regard de l'autre (VIH, cancer, obésité).

Penser des activités où les participants sont invités à se mettre debout

Proposer des activités où il faut se mettre debout à des malades chez qui être allongés appelle la métaphore du lit d'hôpital et pour lesquels être assis évoque les salles d'attente fait partie des éléments à intégrer dans la création du dispositif groupal. De plus cela évoque « les moi pensants qui se redressent et se dilatent » en lien avec la conception décrite par Didier Anzieu (1977) du « penser debout ».

Les activités où il s'agit de bouger, se lever, prendre sa chaise, aller la poser près de celle de quelqu'un d'autre, aller au tableau, aller au buffet, aller aux toilettes, aller dans le couloir, invoquent l'appareil psychique groupal corporéisé. Elles rappellent aussi le corps groupal de la militance contre le SIDA que les participants les plus âgés du groupe ont connu, même s'ils remettent en question l'assignation de places et de lieux en utilisant l'énergie disponible « pour une part à l'entretien de l'appareil psychique groupal et pour une autre à celui du groupe social » (Kaës, 1976).

Le vécu de la séparation groupale

Les fins de groupe, qui confrontent ordinairement l'animateur aux

différentes figures de la séparation groupale, sont douloureuses dans le cas des malades, car l'animateur est envahi par les peurs de mort réelle des participants de son groupe. Ainsi plusieurs fois nous avons appris par les autres participants l'état critique de l'un d'entre eux et cela a été l'occasion pour nous de constater que les traces mnésiques tendaient à perdurer, voire même à relancer d'autres affects notamment surmoïques, par exemple de l'ordre qu'on se donne à soi-même comme celui de continuer à travailler en hommage à ces patients.

Ces décès remettent en question dans l'après coup le vécu de la séparation groupale au sens où, dans les groupes de personnes valides, on rend les participants à la vie, à la réalité. Dans les groupes de malades, ce fantasme psychique qui permet la séparation est souvent entravé par la menace de mort qui pèse et qui rôde et donne une tonalité anxiogène aux rituels de fin de groupe. Par exemple, à la différence des groupes de formation professionnelle d'adultes non malades, nous n'avons jamais vu un groupe de malades terminer un cycle de rencontres par un repas d'enterrement du groupe.

La question du contre-transfert

De nombreux collègues animateurs de groupes me demandent souvent de décrire notre éprouvé dans l'animation de groupes de malades. Je vais tenter de le faire car j'ai l'intuition que cet éprouvé est parfois un éprouvé amplifié de ce qui se passe dans l'animation des groupes de personnes valides.

Dans les groupes confrontés à une vulnérabilité somatique, les animateurs sont exposés au risque de la blessure narcissique que représentent la disparition de l'autre et sa soudaine absence. Nous nous surprenons souvent à nous inquiéter, à dire au revoir à chacun avec une présence appuyée à la fin de chaque session. De même transférentiellement nous nous sentons un mauvais objet quand ce qui se passe pour l'autre est invivable, insupportable. Quand nous nous croyons bon pour l'autre, nous sommes rattrapés par exemple par un incident somatique qui finit toujours par surgir à un moment ou à un autre chez un des participants. En ce sens le matériel est latent et nous pouvons dire que le contre-transfert précède le transfert à tel point que la seule façon de s'en sortir pour se maintenir dans une position analytique individuelle ou groupale consiste à accepter d'être en contact avec notre potentiel de vulnérabilité. Cela suppose d'analyser les rapports et les relations que nous entretenons non pas avec la vulnérabilité d'autrui mais avec la nôtre. Les malades nous montrent jusqu'à quel point nous refusons la condition humaine qui consiste à affronter la souffrance, la maladie, la mort et la solitude.

Le plus difficile pour l'animateur est de maintenir sa capacité à associer. Il importe d'arriver à ce que l'analyse permanente de la relation transférentielle et contre-transférentielle avec le groupe réponde à un souci unique : établir et rétablir le plaisir psychique dans le groupe, repérer les

blessures narcissiques y compris celles qui surviennent dans l'après coup. À ce propos le décès d'un des participants, un an après la fin du groupe, a constitué une épreuve extrêmement douloureuse pour nous. Ce décès a infligé une forme de blessure narcissique au groupe qui dans l'après coup avait perdu comme une mère un de ses enfants, et de plus un de ces enfants les plus difficiles. C'était celui pour lequel il avait fallu beaucoup se mobiliser, celui qui s'était écrié le premier jour : « *c'est la première fois que je me retrouve avec 11 séropos d'un coup !* ». C'était aussi peut-être un de ceux qui avait le plus bénéficié du groupe. Il avait bougé dans son fonctionnement, mais il n'a pas pu faire face à sa condition somatique qui l'a emporté sans souffrances et en quelques minutes.

Transpositions

Transpositions dans le champ de la formation des adultes travaillant avec des publics en difficultés dans le cadre sanitaire et social

Le travail avec des adultes en formation qui s'occupent de publics en difficulté pose un certain nombre de problèmes dont certains ont trait aux affects éprouvés et d'une certaine manière au contre-transfert de l'animateur, que celui-ci soit énoncé comme tel ou non par ce dernier. En effet les animateurs de ces groupes sont souvent démunis face aux acteurs sociaux en formation. Ces derniers se sentant écoutés disent ne plus pouvoir « supporter » ce que vivent leurs publics jusqu'au point de devoir faire face à des affects et des attitudes négatives qui oscillent entre la haine, la colère, le rejet brutal, l'envie de punir et de maltraiter les publics en détresse qu'ils sont censés aider. Les acteurs sociaux se sentent maltraités par la condition de cet autrui qui leur arrive dans un état pitoyable et qu'ils ont pour mission de réparer, de réinsérer, de faire revivre socialement par un projet, ou par la délivrance de services de soin et d'éducation de base.

Comment réduire les impasses contre-transférentielles dans lesquelles ces acteurs sociaux s'épuisent par manque de dispositifs d'étayage mis en place par les institutions qui les emploient ? Un dispositif clinique de formation se doit de les inviter progressivement à se délester des approches compassionnelles ou des sollicitudes institutionnelles qui provoquent la colère de leurs usagers. La colère des aidants émerge parce que les intentions compassionnelles ne sont pas nourries par les affects de ceux qui les mettent en œuvre, y compris celles dialectisées sous la forme d'éprouvés contradictoires d'amour, de colère, de honte, de désir de rejet qu'on peut ressentir face à des publics en errance qui s'adressent à nous pour un soin minimal de survie, d'accompagnement ou de réinsertion. Le parti pris dans un dispositif de formation s'appuyant sur une clinique d'orientation psychanalytique est de proposer à ces acteurs – et ce grâce à un dispositif groupal garant des possibilités d'étayage et suffisamment « contenant » –

de les aider à trouver à partir de quoi ils peuvent se préparer à rencontrer autrui et à lui parler, sans les forcer à se mettre dans une dette pour attirer sa bienveillance. Il importe d'aider les professionnels en formation à voir que le symptôme n'est pas la maladie ou la précarité ou l'échec dont vient leur parler l'usager, mais la façon dont celui-ci en parle, sa manière de parler de ce qui l'affecte. Pour faire parler la plainte, il s'agit de ne pas trop l'écouter ou bien alors de savoir où la déposer en soi, sans la renvoyer en miroir à l'autre, ce qui signifie sortir de la fascination ou ne pas céder à la fascination qu'elle exerce sur nous, mais plutôt écouter les mots qu'elle emprunte pour venir s'exprimer.

En ce sens il est important de penser non pas une clinique de la maladie, de la précarité, de l'exclusion, mais une clinique transposable dans les champs de la santé, de la maladie, de la précarité et de l'exclusion. Il est tout aussi important de déployer des initiatives de formation à l'animation des groupes de publics dont le statut, la précarité, la maladie les exposent à l'isolement social, voir au rejet et à la discrimination. Il ne serait pas absurde d'éviter de se servir de l'espace du groupe comme d'un espace prescrit, car l'orientation des malades vers un groupe de malade pose problème dans la mesure où le groupe expose autant qu'il console et aide. La situation de groupe n'est pas une situation anodine. Il est important de régulièrement se demander comment les professionnels peuvent continuer à se vivre comme « potentiellement thérapeutiques » (Gaillard, 2011) dans des situations extrêmes où l'implacable destructivité du travail de la maladie est à l'œuvre chez des sujets qui, de par leur condition médicale, sont de fait assignés à des places sociales productrices d'exclusion à leur égard. Comme nous y invite Georges Gaillard, « au niveau de l'intervenant, dans ces pratiques d'interventions d'analyse de la pratique, il y a lieu de travailler à *inclure*. Il s'agit bien d'accueillir en soi cette matière psychique à fort pouvoir effractif, en ce que cette matière n'en finit pas de susciter du déni, de l'exclusion » (*id.*).

Quel rapport au savoir médical dans le champ des formations sur la santé ?

Dans un groupe de malades, la question du partage des savoirs médicaux sur leur condition fait souvent courir un grand risque au groupe, aux participants et aux animateurs. Cette question représente souvent une limite dans les fonctions d'étayage groupal. Le rapport au savoir médical est difficile à travailler dans un groupe, car ce savoir sur soi en tant qu'être biologique ne peut pas être appréhendé seulement comme un savoir à cause des composantes psychiques qui s'y agglutinent. Ce savoir acquis et fondé sur des preuves (si on prend l'exemple du diagnostic) remplit rarement les conditions pour que les énoncés qui le composent fassent vérité pour le sujet. Il est soumis à distorsion, oubli, déni. Il est l'objet d'opérations cognitives et psychiques si nombreuses qu'il est souvent saturé psychiquement.

C'est la raison pour laquelle nous aimerions conclure aussi en tant que pédagogue d'orientation analytique en mettant en garde les soignants qui manient le savoir médical comme un bon objet, un objet validé nécessaire à acquérir pour comprendre et mieux agir en conséquence. L'échec de toutes les préventions comportementales reposant sur la diffusion des savoirs et des connaissances biomédicales nous montre bien à quel point le rapport à notre unicité organo-somatique résiste, face à nos difficultés psychiques, à pouvoir en faire quelque chose quand bien même ce quelque chose concerne notre auto conservation.

Bibliographie

- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.
- Anzieu, D. (1977). *Le penser. Du moi-peau au moi-pensant*. Paris : Dunod.
- Ardoino, J. (1977). *Éducation et Politique*. Paris : Gauthier-Villars.
- Ascher, J. et Jouet, J.-P. (2004). *La greffe, entre biologie et psychanalyse*. Paris : PUF.
- Aulagnier, P. (1975). *L'angoisse de l'interprétation*. Paris : PUF.
- Beillerot, J., Blanchard-Laville, C. et Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.
- Cifali, M. (2007). Exigences d'une position clinique. *Chemins de formation*, 10-11, 68-75.
- Cifali, M. et Giust-Desprairies, F. (dir.) (2006). *De la clinique : un engagement pour la formation et la recherche*. Bruxelles : De Boeck.
- Cifali, M., et Giust-Desprairies, F. (dir.) (2008). *Formation clinique et travail de la pensée*. Bruxelles : De Boeck.
- Enquête ANRS-VESPA (2004). Premiers résultats. *Actualités en Santé publique*, nov, 1-11.
- Gaillard, G.(2011).Tolérer l'effraction, travailler à inclure. *Cliopsy*, 5, 7-23.
- Green, A. (2000). *Le temps éclaté*. Paris : Éd. de Minuit.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupai*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 9-30.
- Kaës, R. (2009). La transmission de la vie psychique et les contradictions de la modernité. In M. Sassolas (dir.), *Transmissions et soins psychiques* (p. 21-35). Paris : Éres.
- Lapassade, G.(1975). *Socioanalyse et potentiel humain*. Paris : Gauthier-Villars.
- Lapassade, G. et Lourau, R. (1976). L'analyse institutionnelle en crise ? Historique, analyses et débats. *Clefs pour la sociologie, numéro spécial*, 62-63.
- Lauffer, L. (2007). L'accompagnement psychanalytique à l'hôpital : fantasmes du psychanalyste. *Cliniques méditerranéennes*, 76, 19-29.
- Lourau, R. (1976). *Sociologue à temps plein*. Paris : EPI.
- de M'Uzan, M. (1977). *De l'art à la mort*. Paris:Gallimard.
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Paris : Armand Colin.
- Mosconi, N., Beillerot, J. et Blanchard-Laville, C. (2000). *Forme et formations du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.
- Palmade, G. (1972). Une conception des groupes d'évolution. *Connexions*, 1-2, 43-82.
- Rouchy, J.-C. (1998). *Le groupe, espace analytique, clinique et théorie*. Toulouse : Éres.
- Rouchy, J.-C. (2006). La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47, 9-23.

- Rouchy, J.-C. (2007). Devenir analyste de groupe. *Connexions*, 88, 193-204.
- Sami-Ali, M. (2000). *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*. Paris : Dunod.
- Schneider, M. (2011). *La détresse : aux sources de l'éthique*. Paris : Seuil.
- Thomé-Renault, A. (1995). *Le traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et sida*. Paris : Dunod.
- Tourette-Turgis, C. (1995). La place nécessaire du sujet en prévention comme en éducation à la santé-Une présence analytique dans un centre de dépistage et de prévention du Sida. *Sciences de l'Éducation*, 55-70.
- Tourette-Turgis, C. (1996). Counseling, dépistage et prévention. In S. Hefez, *Sida et vie psychique* (p. 105-122). Paris : La Découverte.
- Troussier, T. et Tourette-Turgis, C. (2006). La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies*, 15, 165-175.

Catherine Tourette-Turgis

MCU sciences de l'éducation
UPMC-Sorbonne Universités

Pour citer ce texte :

Tourette-Turgis, C. (2012). Le maintien d'une posture clinique dans l'animation des groupes de malades. *Cliopsy*, 7, 61-77.