



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 18 – Invierno 2014

EQUIPES DE SOINS. CONFLITS ET PATHOLOGIES ^{1 2}

Emilio Irazábal Martin ³

PRESENTATION

Bonjour. De ma part et de celle de **Area 3** je remercie l'invitation d'Apsylien à ces journées scientifiques et particulièrement, Rosa Jaitin.

L'Association pour l'Etude de Thèmes Groupaux, Psychosociaux et Institutionnels, plus connue comme **Area 3** (reconnaissant les trois aires d'expression du conflit, exposées par J. Bleger et E. Pichon-Rivière) a plus de 20 ans d'existence. Elle est constituée principalement par des psychologues, des psychiatres, des médecins, des infirmiers et des travailleurs sociaux. La plupart de nos membres travaillent dans les Services Publiques de Santé où notre présence et nos apports sont reconnus, surtout dans le champ du travail en groupe. Notre forme de penser, notre système de référence est la Conception Opérative de Groupe et nous suivons les enseignements de Enrique Pichon Rivière, José Bleger et Armando Bauleo, et plusieurs d'entre nous se sont formés avec ce dernier.

Nous avons un site internet www.area3.org.es qui contient tous les numéros de notre magazine, depuis sa fondation en 1993, ainsi que les publications spéciales. Toute

¹10èmes Journées Scientifiques: «liens de travail: Enjeux psychiques contemporains». Apsylien-rec. Lyon, 21-22 Novembre 2014.

² Traducción de Carlos Irazábal y Bruno de Carlo

³ Emilio Irazábal es psicólogo. Madrid

cette documentation dessine une carte approximative de l'actualité du groupe opératif au niveau international.

Notre Association a toujours été un groupe de travail centré sur l'étude et la recherche des thèmes groupaux où se distinguent les multiples applications du groupe thérapeutique.

Récemment on a créé une nouvelle tâche, l'École Area3, où se forment coordinateurs et thérapeutes de groupe. Ceci, uni à la croissance numérique de l'Association, a apporté une série de changements internes dans notre organisation, nécessaires pour affronter le moment actuel et le futur.

Comme nous travaillons presque tous dans les Services Publics, le thème de l'équipe, pensant en groupe, soit comme coordinateurs ou comme membre, est un des thèmes que nous considérons central dans nos pratiques professionnelles. Ça a été un magnifique champ d'apprentissage et d'expérimentation ainsi qu'une aide fondamentale dans la construction de l'identité professionnelle.

Les réflexions qui viennent ensuite ont principalement leur source dans le point de vue d'un membre de l'équipe de l'institution. Elles sont médiatisées à travers ma propre activité encourageant les projets et les activités groupales, autant pour les patients que pour les membres des différentes équipes avec lesquelles j'ai travaillé pendant plus de 30 ans. Ce sont des réflexions centrées sur les processus de changement, les résistances qui sont générées, l'importance des leadership et la qualité de ceux-ci.

Je décrirais certaines situations concrètes qui peuvent nous aider à penser dans quelles conditions nous pouvons parler de conflits mineurs ainsi que des pathologies graves dans l'équipe de soin.

LA RÉFORME SANITAIRE EN ESPAGNE. L'IDEALISATION DU PROCÈSSUS

La création d'une santé publique, pour tous et de qualité, a constitué un des principaux étendards de l'arrivée de la démocratie en Espagne et de la création d'institutions de base. Cette réforme sanitaire eût dans le travail d'équipe un de ses principaux instruments et alliés. Les chefs de ces équipes n'étaient pas des chefs, ils étaient des coordinateurs. Ils se préoccupaient de faciliter le travail entre tous les membres des équipes, et que les objectifs fussent partagés et que la coopération

domine sur l'individualisme. Le travail groupal était aidé grâce à des investissements en formation. Le pouvoir de ces équipes par rapport aux initiatives et organisation du travail, était considérable. La situation semblait idéale. Le transfert institutionnel débordait de positivité.

L'expérience de cette réforme, avec les équipes d'attention primaire en avant-garde, avait plusieurs ingrédients pour être pensée comme une expérience commune ayant pour base l'utopie socialiste. Les équipes étaient les vrais promoteurs de la réforme, c'était tout un mouvement instituant.

Grâce à ça, on peut comprendre la force que sont en train d'avoir les mouvements de protestation actuelles contre la contreréforme radical dans le champ de la santé. Ce qui est appelé "Marea (Marée) Blanca (Blanche)" c'est une espèce de défense de ce que nous considérons comme nôtre et qui a été construit de nos propres mains.

La conception opérative de groupe a eu une part importante dans ce processus de changement, notamment avec l'apport concret des professionnels comme celui des tentatives de conceptualiser ce qui était en train de se passer.

La notion d'encadrement (setting), suivant les enseignements de J. Bleger dans son fameux article "Psychanalyse du cadre psychanalytique" fut alors très productive.

En 1990, dans le livre collectif "La Conception Opérative du Groupe", j'ai écrit un article sur le travail en équipe depuis la perspective groupale. Je disais :

"Dans un premier moment, une équipe récemment constituée, la seule chose qu'elle possède est la part institutionnelle de cet encadrement, éléments minimales comme la composition (nombre et type de professionnels), le chef ou le coordinateur, la tâche et les objectifs à long termes, et une série d'espaces pour le travail de cette équipe. Ces points minimales sont les contenants les plus basiques et peut servir comme initiateur du processus de l'équipe. Ce pourrait être le premier encadrement (institutionnel).

Peu à peu, cette équipe va remplir, nuanciant, donnant du sens à sa tâche : la construction d'un projet, lequel aussi sera l'établissement de l'encadrement pour le réaliser. Et ce deuxième encadrement sera moins imposé et plus groupal car il y a

une adéquation aux caractéristiques des professionnels qui composent l'équipe au type de travail à réaliser.

Le premier encadrement vient donné ; le deuxième est la conséquence d'une discussion collective. Il y a des fois où surgissent des résistances à ce deuxième encadrement, elles allongent inexplicablement la prise de décisions, l'équipe semble vouloir se maintenir seulement avec le premier. Et ce deuxième encadrement, qui est comme un deuxième contrat, suppose un engagement et une implication de la part du professionnel car lui il a participé à son élaboration et il implique, de plus, un saut qualitatif en la structuration groupale de l'équipe.

La relation entre les deux encadrements est habituellement conflictuelle : dans quelques cas un accord existera mais dans d'autres ce sera la tension (par exemple, l'encadrement institutionnel marquera les rôles et les fonctions de façon très déterminés à la profession, et dans le deuxième encadrement, cette distribution sera déterminée par la formation des professionnels, leur expérience, un style personnel ainsi que par le type de concrétisation qu'ils donnent au projet). L'institution s'organise et pense plus en termes d'individu (verticalité), et du pouvoir sur lui. L'équipe introduit ou ajoute une dimension plus horizontale, favorisant une dynamique en son sein et se constituant comme une espèce de contre-pouvoir. C'est un contre-pouvoir relativement fragile car un minimum de mouvement de l'institution (par exemple, le changement de la coordination) fait varier les processus de l'équipe. Il y a des fois où on a l'impression que, de façon récurrente, l'institution voudrait faire rappeler à ses membres, que le pouvoir dans la direction du processus continue d'être à elle.

D'après mon opinion, deux éléments ou conditions de ce deuxième encadrement résultent "obligatoires", si nous voulons parler rigoureusement de l'encadrement groupale (dans l'institution): le rôle de coordination et l'existence de situations groupales (réunion de l'équipe).

L'institution réunit aux professionnels, leur distribue les tâches et elle les met au travail. Le travail quotidien, les éléments informels, le café, les commentaires sur les patients, ajoutent le reste. C'est-à-dire, que probablement tous ces aspects rendent possible l'existence de processus groupaux, paradoxalement promu par la même

institution bien qu'il n'y ait pas de marquage de leur existence, car ils ne sont pas organisés comme tel.

Pour l'organisation et l'élaboration de ces processus est nécessaire l'existence d'espaces ou de réunions qui les encouragent. Ceci paraît très clair et évident mais dans la pratique il existe un fort noyau de résistance. Il y a des fois où l'on parle de travail en équipe quand les membres n'ont pas pu (ou voulu) être ensemble plus d'une heure de suite. Alors surgissent de "puissantes raisons de travail" pour ces absences, ou déficiences. Dans d'autres cas, les mouvements sont inverses : des heures et des heures de réunion sans que la fin ne soit aperçue ¿peur de la confusion? ¿résistance à la différenciation?...

.... L'autre élément c'est le rôle de coordination. L'existence d'un rôle asymétrique par rapport aux autres. J. Bleger, dans autre article («Grupos operativos en la enseñanza») parlant du coordinateur de groupe opératif, avance des idées et des propositions sur le thème de l'équipe. Il parle du coordinateur comme co-penseur, de son art, de sa science et de sa patience dans une situation groupale. Aussi là, de même qu'on sujet des réunions d'équipe, ces conditions sont claires et évidentes mais il est très difficile de les mettre en pratique : les coordinateurs qui démissionnent, les équipes qui ne veulent pas entendre parler du thème, le débat permanent sur le sujet d'être élu par l'institution ou par l'équipe... Ce rôle englobe des dilemmes, et il est difficile que ceux-ci fassent problèmes (le dilemme c'est négatif, le problème c'est positif) pour l'équipe comme pour l'institution. De plus, parfois la désignation de cette personne pour cette fonction est justement "pour ne pas avoir de problèmes".

C'est un rôle difficile à exercer pour plusieurs raisons : c'est un lieu de dépôt pour chacune des parties et de plus c'est une espèce de surveillant de deux encadrements auparavant mentionnés. Ils contiennent des aspects apparemment contradictoires : c'est un lieu d'autorité et d'une certaine direction (rôle actif), mais aussi c'est un lieu d'une certaine permissivité et d'observation (rôle passif). C'est un rôle qui semble indispensable pour le travail en équipe, au moins dans l'actualité dans laquelle les projets et les expériences qui se réalisent manquent toujours d'une solidité suffisante pour permettre leur révision. C'est aussi un rôle qui supporte "des prix affectifs" importants car le coordinateur, bien qu'appartenant à l'équipe, maintien

en même temps une distance par rapport à elle, et cette distance, l'équipe ne la pardonne pas facilement".

Ce que viens d'exposer dans 1990.

Cette manière d'observer le travail en équipe à travers deux points de vue on le trouve aussi dans les travaux sur les équipes de notre camarade Leonardo Montecchi quand il parle de " l'équipe sur le papier" ou de " l'équipe sur le terrain". Jean Pierre Vidal , a parlé de cette chose. Aussi il y a une relation avec les concepts d'instituant et d'institué de la part de L'Analyse Institutionnelle. Si nous remontons des décennies en arrière, nous pouvons voir comment le psychologue australien, Elton Mayo, un des premiers qui fit des recherches sur ce thème, parlait du niveau formel et informel dans les équipes de travail.

Dans cette situation d'idéalisation, les conflits semblaient inexistantes. Les tensions groupales étaient faibles, comme s'il n'existait pratiquement pas de résistance au changement ni de leadership de recule. Est-il possible que les mécanismes d'idéalisation cachaient les résistances?

Les équipes étaient constituées par une vingtaine de personnes, plus ou moins.

Avec ce nombre l'existence résultait possible de "c'étrange compagnon", qui se différenciait sensiblement du reste. Engagés dans le Projet nous nous arrêtons à penser à la signification de cette rareté, de sa qualité comme de son porte-parole. Le rare était accueilli affectivement dans le groupe mais sans faire attention à ce qu'il pouvait représenter au niveau groupal.

LA DÉSIDEALISATION ET L'APARITION DE L'ANXIÉTÉ

En un moment donné, difficile à préciser (¿il y a 8-10 ans?), les choses commencèrent à changer. Le pouvoir politique commença à modifier le Projet. La coopération entre les uns et les autres commença à se fendiller. Beaucoup de coordinateurs abandonnèrent leur rôle, retournant à leurs tâches cliniques. D'autres cherchèrent à faire une "carrière professionnelle" et passèrent à augmenter le groupe des conseillers. Ceux qui restèrent se convertirent en chef, directeurs ou

gestionnaires. L'utopie socialiste était détruite, les travailleurs n'étaient plus des alliés et nous passions à être suspects d'une mauvaise gestion et avec un besoin de plus de contrôle. Les chefs commencèrent à se comporter comme seulement intéressés par eux-mêmes, en fuyant les conflits ou la tension et les équipes abandonnèrent peu à peu le niveau de travail groupal atteint, produisant une régression dans les relations groupales en abaissant la cohésion, en diminuant l'appartenance et en restant sans coordination. Le transfert institutionnel a changé de sens. La dé-idéalisation a produit un affaiblissement par rapport au premier encadrement, celui qu'on sentait plus ferme et argumenté. Nous ne savons plus où est le pouvoir de décision, où pointent les nouveaux directeurs.

Il semble que la santé publique veuille se privatiser. Il semble que le modèle changerait sensiblement en rapport au premier encadrement. Devant l'incertitude, apparaissent les anxiétés.

En caricaturant la situation, c'est comme si on avait donné à Elliott Jaques le tour : l'individu doit se défendre de l'institution.

Il n'y a quelques mois, dans une réunion de travail, un infirmier exprimait ses inquiétudes exigeant un éclaircissement : *“s'ils veulent me privatiser, qu'ils le fassent, il n'est pas possible de travailler avec ces va-et-viens, on ne peut pas faire équipe avec cette incertitude”*.

Peut-être que ces angoisses provoquent une grande démobilisation dans la relation d'assistance. L'anxiété du patient *“rebondit”* dans le professionnel qui ne se laisse pas se désestructurer d'autant plus qu'il se trouve sans encadrement opératif.

LA DIFFICILE SITUATION ACTUELLE (DANS L'AIRE DU SOIN MENTALE)

Dans cette situation de crise aussi importante et le futur toujours aussi incertain, le professionnel sanitaire est un des rares travailleurs privilégiés puisqu'il maintient deux biens fondamentaux : un salaire digne et une liberté suffisante dans la tâche. S'il le veut, il peut faire groupe avec d'autres collègues, sinon, il peut réaliser sa tâche de manière isolée sans pour cela voir mettre en danger son contrat.

Ce qui n'est pas clair c'est quel type d'identité professionnelle promouvoir actuellement dans l'institution. Probablement ce doit être une identité plus défensive et plus appauvrie que dans l'étape antérieure.

Le premier encadrement, précédemment mentionné, est aussi affecté. Aujourd'hui on "ne peut pas savoir à quoi s'en tenir". C'est un encadrement qui oriente et protège peu car les éléments explicites ont été vidés du contenu d'anxiété psychotique puisqu'il y a un excès d'implicites.

Un exemple pourrait être ce qui arrive au professionnel d'orientation psychanalytique et avec une formation psychothérapeutique, individuelle et groupale. De telle sorte que son schéma référentiel apparemment n'est pas exclus, dans la pratique quotidienne et de manière silencieuse, il est forcé en réalité de renoncer, par respect, à ses méthodes de travail et est exposé à des situations de confusion sans que l'institution sache les prendre en charge, ou qu'au moins elle les comprenne.

Il existe le risque de collapsus, de blocages ou de stress démesurés pour ce professionnel, ce qui nous rappelle le diagnostic de burn-out. Peut-être le fait d'un nombre significatif de préretraites et retraites anticipées chez les professionnels engagés dans la tâche clinique, a quelque chose à avoir avec cette situation.

Certaines équipes maintiennent quelque chose des acquis. Ses coordinateurs continuent en protégeant et en facilitant un bon niveau de travail collectif.

D'autres équipes plongent en elle-même se tournent vers leurs ressources et leurs savoir faire, et utilisent ses fantaisies, à la recherche de l'apparition de quelqu'un ou quelque chose qui regroupe et élimine les obstacles.

Dans une parade d'ironie, quand on s'est mobilisé dans les dernières grèves de la santé madrilène, "nous remercions" les responsables politiques du désastre, d'avoir réussi ce qui n'avait pas été achevé dans le travail quotidien : l'union et la coopération entre les différents professionnels.

Nous observons agréablement que dans certaines équipes il apparaît un rôle nouveau: "le coordinateur sans chargement", le coordinateur sans responsabilité institutionnelle, c'est-à-dire, la personne ou les personnes qui cherchent à reconstruire des liens avec les autres autour de la tâche et qui ne se satisfont pas uniquement des liens autour du café. Ce nouveau rôle mobilise et coordonne. Et il

aide à mettre en marche des projets et espaces inexistants jusqu'à ce moment. Ils sont les leaders du changement. Aussi c'e sont un peu agents thérapeutiques.

D'une certaine manière, une nouvelle horizontalité est créée, laquelle contrevient la verticalité actuelle basée sur l'hégémonie d'une pensée psychiatrique anti-psychologue, anti-communautaire et accommodant. Il y a un combat de pouvoirs.

L'équipe, ou les ébauches ou esquisses de celui-ci, son micro contrepouvoirs, qui sont très nécessaires pour le travail en santé mentale. C'est une obligation éthique de lutter.

Le combat dans l'interne de l'équipe et dans la rue, c'est nécessaire. Nous avons des doutes sérieux par rapport à ce que la psychiatrie hégémonique arrive à obtenir des bons résultats thérapeutiques en leur gestion et pratiques professionnelles.

Merci beaucoup