

L'affect dans la relation de soin entre répression et isolation

Nassima Remmas

INTRODUCTION

Le travail revêt une grande importance dans la vie de toute personne, il représente l'indice d'intégration du sujet dans la société ; néanmoins il ne revêt pas seulement cet aspect positif et bénéfique pour l'équilibre du sujet, puisqu'il peut être générateur de souffrance. Le travail représente une expérience intermédiaire entre l'économie psychique, le champ social et le réel (Lhuilier, 2006) où le sujet engage son corps, son intelligence et sa personnalité pour faire face aux difficultés, inattendus et contraintes, ce qui est vécu par ce dernier sur un mode affectif (Dejours, 2001).

La psychanalyse tente d'analyser le travail à travers l'équation pulsion/défense et désir/défense, où elle accorde une place importante au « sujet » et à sa capacité à canaliser les tensions et les émotions auxquelles il est confronté dans son travail, ce qui ne se fera pas sans un coût physique et psychique pour le travailleur.

Nassima Remmas – Enseignante de Psychologie, Université de Sidi Bel Abbes, Algérie. nessimremmas@yahoo.fr

Article tiré d'une thèse (non publiée) présentée pour l'obtention d'un Doctorat Es-Sciences en Psychologie clinique intitulée « Souffrance psychique et processus inconscients chez les professionnels paramédicaux – Étude clinique à la lumière de la théorie psychanalytique » ; S/D Pr Noureddine Khaled/ Alger 2, Algérie.

*Corps & Psychisme, 2017, n° 71, 135-***.*

Nous nous intéressons au travail de soins infirmiers impliquant attention et responsabilité, mais aussi des attentes, car l'affectivité est centrale dans la relation à l'autre (Manoukian & Massebeuf, 2001). Cette étude a pour objectif d'analyser les modes de défense psychique auxquels ont recours les infirmiers. Elle cherche à explorer comment le travail de soin à l'hôpital – activité inscrite dans le champ social (donc externe à la vie psychique) – semble pénétrer la vie psychique jusqu'à s'inscrire dans la topique psychique *via* les défenses mises en place par les infirmiers.

Cet article aborde les résultats d'une recherche clinique¹ sur le vécu de la relation de soins par les professionnels paramédicaux, ainsi que les processus psychiques mobilisés par ces derniers, pour continuer à accomplir leur travail malgré la forte mobilisation affective. Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour la méthode clinique de recherche associant méthode descriptive quantitative et méthode qualitative analytique².

I. QUESTIONNEMENTS SUR LE TRAVAIL DE SOIN ET SES IMPLICATIONS

L'activité de soin avec son double aspect technique et relationnel interpelle ce qu'il y a de plus subjectif chez le soignant. Prendre soin de l'autre impliquerait des mécanismes identificatoires à la douleur et à la souffrance de l'autre, ce qui pourrait affecter l'économie psychique du sujet.

L'observation des professionnels paramédicaux et leur façon d'entrer en contact avec les patients en vue d'administrer les soins nous a interpellée par la « distance » caractérisant cette relation, bien que cette fonction requière l'attention, l'empathie et la bienveillance. À partir de ce constat, nous nous sommes interrogés sur les mécanismes mobilisés par ces professionnels, dans le but de « minimiser » l'affect et de maintenir un travail de pensée nécessaire au métier.

À travers l'entretien semi-directif, nous avons abordé plusieurs axes (choix du métier – représentation du travail de soin – le vécu du soignant en termes de plaisir/déplaisir...). L'analyse de l'entretien s'est faite en deux phases, à savoir l'analyse descriptive de contenu et l'analyse clinique, qui

consiste à construire des hypothèses sur le fonctionnement psychique du sujet en termes de conflits et de mécanismes de défense (Pedinielli & Rouan, 1998).

Les entretiens que nous avons effectués, nous ont permis de relever une symptomatologie physique (marquée par l'épuisement), psychique (agressivité, affects dépressifs et oublis fréquents) et psychosomatique (maux de tête, problèmes gastriques, problèmes hormonaux et allergiques divers, troubles alimentaires et du sommeil...) chez les soignants, ce que nous développerons plus bas.

Ces entretiens nous ont aussi révélé une « distance relationnelle » inexistante au début de la carrière des soignants, s'installant graduellement en rendant ces derniers plus portés vers l'aspect technique de leur profession ; ceci s'est donné à voir à travers la limitation du temps passé au chevet du patient, l'évitement de toute écoute de sa souffrance et la concentration sur les soins techniques dans une certaine tentative de maîtrise de l'affect. La répression de l'affect faisait aussi partie des mécanismes mobilisés par les soignants sous forme de rejet, hors du champ de la conscience, de ce qui a pu les affecter dans leur travail ; ceci s'est manifesté à travers l'effort fourni par les infirmiers pour continuer leur travail « au-delà des expériences déplaisantes, notamment lors des décès des patients », ainsi que l'effort fourni « pour arrêter de penser à ce qui s'est passé pendant la journée dès la sortie de l'hôpital ».

Nous avons choisi le TAT³ (Tematic Apperception Test) – qui est une épreuve thématique projective – dans le but de faciliter l'implication et la projection. Le matériel contient dans sa forme actuelle 18 planches, le nombre des planches change selon que l'épreuve concerne les adultes ou les enfants, les sujets de sexe masculin ou féminin. Chaque planche recèle un contenu manifeste et un contenu latent ; l'analyse des récits porte à la fois sur l'aspect objectif (perceptif) et sur l'aspect subjectif (projectif). Le contenu latent (lié au fantasme Œdipien) interpelle le monde interne du sujet qui va mobiliser des défenses face à cette réactivation pulsionnelle.

La situation TAT est considérée comme « analogon » des situations de la vie car impliquant toutes les deux le mouvement tension/dégagement ou désir/défense ; les processus de construction du discours au TAT sont considérés dans la littérature, comme « analogons des mécanismes de défense » repérables chez les sujets face à un conflit pulsionnel (Brelet,

1996). L'analyse de l'outil a porté sur le repérage des procédés défensifs, leur valeur dans l'élaboration des conflits sous-jacents des planches et la construction des récits (la pensée et le langage témoignent de la capacité du sujet à tolérer et à prendre en charge l'angoisse et le déplaisir), ou bien le verrouillage de la vie fantasmatique face au conflit pulsionnel.

II. REPRÉSENTATIONS ET AFFECTS DANS LE TRAVAIL DE SOIN INFIRMIER

Les entretiens cliniques nous ont fourni un matériel non négligeable dans la compréhension des représentations des soignants. Nous allons tenter une interprétation clinique succincte de quelques données de l'entretien et du TAT en rapport avec l'affect dans la relation soignant/soigné.

1. Choix du métier et attentes des soignants

Selon la théorie psychanalytique, la compréhension du fonctionnement psychique et de sa dynamique se fait en étudiant sa genèse. Mélanie Klein a étudié le développement psychique du tout petit, ainsi que les mécanismes de défense caractérisant les différentes phases (positions). Selon l'auteure, les émotions commencent à apparaître dans la relation primitive de l'enfant à sa mère ; la satisfaction des instincts de conservation du bébé par la mère (qui représente le bon sein) génère le sentiment d'être aimé et d'être en sécurité, ce qui va le pousser à manifester –à son tour– des sentiments d'amour. Dans le cas où le bébé est frustré dans ses désirs, les fantasmes sont destructeurs éveillant des sentiments de haine et de souhait de mort (à l'égard du mauvais sein); le bébé va tenter de réparer les dommages causés à l'objet tant aimé, à travers des fantasmes omnipotents. À l'âge adulte, « à côté des pulsions destructrices, il existe un besoin profond de se sacrifier afin d'aider et de réparer les personnes aimées auxquelles on a fait du mal ou que l'on a détruites en fantasme » (Klein & Rivière, 1972, p.86). Selon Mélanie Klein, la capacité de s'identifier à une autre personne permet de jouer le rôle d'un bon parent, à travers le fait de recréer « en fantasme l'amour et la bonté souhaités chez nos parents » (Ibid, p.89).

Ainsi, le choix du métier de « soins » peut être en rapport avec le besoin de « réparer » l'objet, « guérir un parent malade », « soulager, soigner les malades », selon les propos des soignants. D'autres facteurs peuvent orienter vers le choix du métier de soin, comme l'identification « à un médecin ayant soigné un membre de la famille », ou « la satisfaction du désir des parents ». Certains soignants ont fait le choix de devenir infirmiers pour « porter la blouse blanche qui représente un point commun avec la fonction médicale », qui leur donne un statut valorisé dans la société⁴.

Le choix humanitaire fait aussi partie des motivations des infirmiers à travers la représentation du rôle du soignant comme « constructif dans la société » et « utile pour l'humanité ». De l'autre côté nous avons constaté que la majorité des soignants sont en attente d'une certaine « réparation » « récompense divine... protection... »⁵, puisque le métier permet « de sauver des vies » selon les propos d'Ahmed (voir vignette clinique plus bas).

2. L'affect dans la relation de soin

Dans la perspective psychanalytique, l'affect est défini – au même titre que la représentation – comme représentant de l'énergie pulsionnelle (Laplanche & Pontalis, 1967). L'affect se situe dans une polarité positive/négative car renvoyant à la dialectique plaisir/déplaisir que l'appareil psychique se chargera de traiter.

La relation soignant-soigné est caractérisée par l'inégalité du fait de la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant le savoir (Jeammet, Reynaud & Consoli, 1996). Ce type de relation donne un réel pouvoir au soignant qui devra alors composer avec la maladie du patient (compétences techniques et relationnelles), son désir et ses aspirations propres, ses angoisses et conflits, mais aussi la réalité (moyens, contraintes organisationnelles...), ce qui ne se fera pas sans la sollicitation de l'appareil psychique de celui qui prend soin.

À travers les entretiens, les soignants ont révélé que leur satisfaction était liée à la guérison des patients dont ils ont la charge, « sauver un patient de la mort », « avoir le bon réflexe au bon moment » ; ils devenaient ainsi « les héros » du moment, ce qui nourrissait leur narcissisme. Ils ont abordé

aussi leur difficulté à vivre au quotidien l'échec thérapeutique⁶, voire les décès de leurs patients « on donne de notre santé pour les voir mourir », « on reste debout des jours et des semaines pour rien », avec une remise en question du choix de leur profession « Pourquoi je suis là? Quel est mon rôle? À quoi sert tout cet effort? » nous dit Lamy (voir vignette clinique plus bas).

Précisons tout de même la différence observée entre les services, notamment concernant les types de problèmes de santé et les modalités de prise en charge. Les professionnels de santé qualifient les services de réanimation, d'oncologie et des urgences comme étant « des services lourds et générateurs de souffrance » ; de par l'intensité de la souffrance et la fréquence des décès des patients dans les deux premiers services, les soignants sont confrontés au sentiment d'inutilité de leurs efforts, sachant que la prise en charge dure assez longtemps pour que ces professionnels aspirent à voir leurs malades quitter le service et rentrer chez eux, ce qui leur permettrait de donner un sens à leur travail. Au service des urgences, la particularité des cas pris en charge (accidents de la route, tentatives de suicide, etc.) confronte les soignants à une relation permanente avec le handicap, la maladie grave et la mort. La prise en charge de ces patients est de courte durée, mais implique un rythme de travail intense et éprouvant psychologiquement. Les autres services diffèrent par le type de pathologies prises en charge (psychiatrie, rééducation fonctionnelle, réparation plastique, maladies infectieuses, etc.). Cependant la souffrance des patients – qu'elle soit d'ordre psychique ou physique – représente le point commun entre ces services.

La confrontation répétitive des soignants à l'insatisfaction représente une porte d'entrée vers la souffrance qui s'installe « [...] quand les capacités intellectuelles sont débordées, quand le retentissement émotionnel encombre le psychisme, étouffant l'activité intellectuelle et la capacité imaginaire » (Barus-Michel, 2004, p. 29). Cette difficulté d'élaboration peut autant avoir une incidence sur l'équilibre somato-psychique (à travers les somatisations multiples), sur les affects (dépression, angoisse, agitation, passage à l'acte) et sur la pensée (à travers l'inhibition des facultés intellectuelles). De ce fait, la mobilisation affective liée au déplaisir et la difficulté d'élaboration des représentations et affects ont une incidence sur l'équilibre

psychique ; les symptômes prennent alors la place d'une difficulté de symbolisation et d'élaboration (Barus-Michel, 2004; Laplanche & Pontalis, 1967), expliquant ainsi la symptomatologie présentée par les soignants.

La théorie psychanalytique situe l'angoisse dans les premiers moments de l'existence du bébé. La dépendance totale de ce dernier à l'égard de sa mère pour la satisfaction de ses besoins, lui fait vivre une angoisse liée à la perte et le manque de cette dernière. Le Moi du tout petit mobilise des défenses pour dépasser la situation, les expériences futures seront une reproduction de cette expérience première du manque, et la souffrance psychique serait un rappel de cette souffrance originaire selon Morasz (1999). Néanmoins, l'intensité de cette souffrance reste variable selon les sujets, la force du Moi, le type de relation d'objet et la solidité des assises narcissiques (Barus-Michel, 2004). Ainsi, le soignant se retrouvant face à un décalage entre la réalité et un état d'idéal lié à la fonction infirmière ou à ses attentes, se retrouverait encore une fois face à l'expérience du manque qu'il devrait affronter avec ses possibilités d'adaptation et d'élaboration habituelles face à l'expérience de la perte.

3. DÉBORDEMENT PULSIONNEL ET MOBILISATION DÉFENSIVE DANS LA RELATION DE SOIN

La psychanalyse s'est intéressée à la relation médecin-malade depuis plus de cinquante ans, notamment avec les psychanalystes Valabrega ou Balint qui ont accordé une importance à la triade médecin/malade/maladie où interfèrent des paramètres intrapsychiques et intersubjectifs.

Valabrega (1962) qualifie la relation médecin-malade de « thérapeutique » car le médecin est investi du pouvoir de traiter les malades ; il qualifie de thérapeutique toute relation qui s'établit avec des substituts investis, à leur tour, de ce pouvoir. Ce postulat nous permet, par rapprochement, d'intégrer les infirmiers parmi ces substituts puisqu'ils sont un pivot incontournable de la relation médicale : ils réalisent les prescriptions du médecin et passent plus de temps au chevet du patient.

Selon le même auteur, la proximité existant entre la maladie et la mort fait que ce qui circule entre le médecin et son patient n'est pas seulement la maladie mais aussi la mort. De l'autre côté, la relation thérapeutique possède des caractéristiques analogues à celles de la relation parents-enfants (passe par le corps, mobilise la parole), ce qui serait susceptible de réveiller les conflits antérieurs et l'angoisse de mort chez le soignant (Valabrega, 1962; Jeammet, Reynaud & Consoli, 1996). De ce fait, et pour que le soignant continue à accomplir son travail sans que la pensée ne soit atteinte par cette excitation pulsionnelle, l'affect pourrait être « refroidi » à travers les mécanismes de l'isolation ou de la répression, révélés par les entretiens cliniques de recherche.

L'isolation permet d'affaiblir la représentation insupportable en l'isolant de la chaleur de l'affect, de même que la rupture de la connexion associative et la mise en lien des pensées (Laplanche & Pontalis, 1967). Ce mécanisme peut être lié au mécanisme du « déplacement », où le sujet ne manifestant pas d'affects face à des situations éprouvantes, pourrait exprimer une forte émotion face à d'autres situations « plus ordinaires » et moins pénibles⁷.

Nous rappelons qu'au début de leur profession, les soignants étaient plus proches de leurs patients et l'affectivité était au premier plan (plus de bienveillance pendant les soins, tristesse et peine après le décès des patients...). Au fil du temps, la relation devenait plus distante en se basant essentiellement sur les soins techniques ; ceci semble être l'effet de l'isolation qui permet aux soignants de faire l'économie de l'affectivité en traitant un corps/objet, dans une tentative de maîtrise de leur angoisse. Nous citons le cas de Nadia qui nous a rapporté qu'elle n'éprouvait plus de réactions affectives à la mort des patients, contrairement au début de sa carrière où elle pleurait quand un patient – dont elle avait la charge pendant de longs mois – décédait. Elle a été interpellée par ce changement lors de l'absence d'émotion vécue après la mort de sa cousine dont elle était très proche, et son étonnement de pouvoir « éclater en sanglots face à des situations banales, un film ou un dessin animé » selon ses propos. Bilal a évoqué son manque de chagrin à la mort de sa grand-mère qu'il aimait beaucoup ; il a lié cette absence d'affect au service de soins intensifs qui

l'a transformé «ici le cœur meurt avec le temps... on n'éprouve plus de tristesse... on devient insensibles même avec ceux qu'on aime» nous dit-il. Molinier (2009) a fait le même constat concernant des infirmières en pédiatrie qui adoptaient une stratégie défensive : l'intolérance relative aux plaintes de leurs propres enfants leur permettait de pouvoir continuer à faire face à la souffrance intense des enfants hospitalisés dont elles avaient la charge.

L'isolation est considérée par beaucoup d'auteurs comme un mécanisme utile pour orienter le travail de la pensée, la concentration et l'abstraction, « pour penser, il nous faut isoler, séparer, trier nos expériences » (Jeammet, cité par Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005, p. 220). Néanmoins, isoler et supprimer l'affect pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur l'équilibre du sujet, ce qui pourrait expliquer en partie, la symptomatologie somatique exprimée par les soignants.

La répression –qui fait aussi partie des mécanismes agissant sur l'affect– est définie comme le fait de rejeter un contenu déplaisant hors du champ de la conscience (Laplanche & Pontalis, 1967); néanmoins, l'affect réprimé peut devenir seulement préconscient pour resurgir à certains moments, ou disparaître comme dans l'isolation (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005).

Les soignants ont exprimé «l'obligation de continuer à fonctionner sans se laisser déborder par les affects», ce qui représente un compromis nécessaire pour continuer à assurer leur travail ; ils sont contraints «de continuer de soigner les patients» et de ne pas s'arrêter sur ce qu'ils éprouvent «notamment après le décès d'un malade». Le corps assure ainsi la décharge pulsionnelle à travers l'exécution opératoire des tâches dans une certaine tentative de lutte contre l'angoisse débordante. Safia (service des urgences) nous a révélé qu'elle évitait «de regarder le patient dans les yeux pour accomplir le travail et ne rien ressentir», puisque le regard véhicule la communication interhumaine et serait susceptible de la confronter au sujet en souffrance au lieu et place d'un corps/objet. En outre, à la sortie de l'hôpital ou au moment d'enlever la blouse, les soignants font «l'effort de penser à autre chose, sauf au déroulement de la journée». Mahmoud travaillant au service des maladies infectieuses, nous a rapporté qu'il ne pensait à rien en sortant de l'hôpital «quand je sors

d'ici, je suis une autre personne, j'oublie tout même mes collègues, je ne réponds même pas à leurs coups de fil ». Christophe Dejours a étudié le lien entre le travail répétitif (caractérisant certaines organisations) et le recours du sujet à la répression de ses désirs et de ses fantasmes pour accomplir son travail ; ainsi, la répression peut servir au sujet en lui évitant un effondrement émotionnel, par contre elle pourrait « bloquer l'activité fantasmatique au long cours » (Dejours, 2012) ce qui a des conséquences délétères sur la santé somatique et la santé psychique.

D'après cette description lapidaire de l'isolation et de la répression et de leurs manifestations dans les entretiens de recherche, nous pouvons relever le point commun de ces deux mécanismes avec le clivage, à travers l'action de « séparation » opérée. D'une part l'isolation est assimilée à un certain « clivage » permettant la rupture du lien entre pensées ou entre représentations et affects (Laplanche & Pontalis, 1967), d'autre part la répression représente « un clivage » du contenu de la conscience (Ionescu, Jacquet & Lhote, 2005).

Dans l'approche psychanalytique, le clivage peut représenter un recours temporaire du sujet face à l'incapacité de tolérer l'ambivalence intérieure impliquant la recherche de la satisfaction pulsionnelle et une réalité frustrante ; appelé fonctionnel, il aurait un rôle protecteur pour la psyché contre tout événement psychiquement intolérable, « inélaborable, qui échappe au jeu de la symbolisation et au raccordement des affects et des représentations » (Bayle, 1998, p. 21). Le clivage joue un rôle essentiel dans l'organisation des contenus psychiques à condition qu'il soit temporaire, au risque de se révéler destructeur pour la vie psychique du sujet selon l'auteur.

De ce fait, nous pouvons avancer l'idée que l'identification caractérisant la relation de soin au début de la carrière des soignants, cède la place à l'action de « séparation », qui représente une difficulté dans le travail de liaison psychique caractérisant les pulsions de vie. Ce mode opératoire semble permettre aux soignants de tolérer la relation de soin sans se laisser dévorer par les affects réactivés, dans une ultime tentative de maintien de la cohésion psychique.

4. LES DESTINS DE L'AFFECT AU TAT

Nous avons remarqué que les protocoles TAT étaient différemment structurés en abordant les problématiques des planches (selon qu'ils soient fournis ou restreints). Néanmoins l'évitement des conflits réactivés était au premier plan à travers les procédés d'inhibition (tendance à la restriction ou refus, motifs des conflits non précisés ou anonymat des personnages, éléments anxigènes suivis d'arrêt dans le discours) ou des procédés narcissiques (mise en tableau, affect-titre, posture signifiante d'affects). Parfois le clivage prenait le relais pour signifier la difficulté du sujet à prendre en charge l'affect (hétérogénéité des modes de fonctionnement, clivage). Les procédés de type rigide permettaient aussi au sujet de maîtriser l'affect (description avec attachement aux détails, précision temporelle, hésitations entre interprétations différentes ou remâchage, annulation, formation réactionnelle, isolations entre représentations).

Nous allons présenter deux vignettes cliniques illustrant la mobilisation des mécanismes de l'isolation et de la répression à travers quelques exemples de récits TAT, en appréciant à chaque fois la capacité du sujet à opérer un lien entre les représentations et les affects.

Ahmed, 55 ans, est soignant depuis 28 ans dans un service de réanimation ; l'effort fourni dans le travail lui offre une récompense « divine », « être protégé par Dieu, obtenir des Hasanates⁸ », puisque la compensation de l'administration « ne sera jamais à la hauteur de la souffrance endurée » nous dit-il. Les répercussions du travail ont été « chèrement payées » selon ses propos puisqu'il a développé la maladie de Crohn, en plus d'importants troubles du sommeil « dus à la violence des cas reçus ». Ahmed évoque son métier avec une idéalisation importante « c'est comme la religion, pour sauver des vies... défier la mort... le défi de l'Ange de la mort... ». L'idéalisation marque aussi sa relation à ses collègues et à l'engagement dans le travail dans un mouvement de clivage bon objet (idéalisé et représenté par lui-même)/mauvais objet (dévalorisé et représenté par l'autre). Dans les propos d'Ahmed, la mise en avant des représentations prime sur l'affect, à travers un mouvement d'intellectualisation « l'enfant c'est un champ miné... c'est comme du cristal, il se brise vite, on fait de gros

travaux sur un petit chantier...».

Le TAT d'Ahmed est assez fourni : malgré un début de conflictualisation, l'expression des représentations et affects est vite gelée par les procédés d'évitement du conflit pour empêcher tout débordement affectif ; ceci se donne à voir à travers la mise en avant de la dimension narcissique (mise en tableau, affect-titre, représentation de l'objet à valence positive ou négative).

Planche 2 : «Ça c'est un peu l'air antique... ça me rappelle une histoire d'un laboureur de la terre... là les deux femmes... une bohémienne et une paysanne qui semble un peu plus citadine... un contraste entre les femmes... [...] un paysan qui laboure ses terres... pour les femmes je suis bloqué... une paysanne et une citadine... elle semble citadine... là je me trouve bloqué...(sourit)... la paysanne appartient à cette photo, la citadine non... il y a deux temps, deux générations...».

Planche 3BM: « Ah là là... ça me rappelle la détresse, peut-être la maladie, la douleur... ça me rappelle une fois j'étais jeune et malade et ça m'a foutu un sentiment de détresse, de dégoût, [...] n'est pas la gaieté...».

Planche 13B: «...une jolie période de l'enfance... l'enfance... le temps de l'insouciance... la vieille cabane bien sûr... on voit une vétusté de la cabane qui semble très vieille et exprime la pauvreté de ses propriétaires ».

Les représentations et affects peuvent aussi subir un traitement rigide de la part du sujet (précisions temporelles, dénéga-tion, hésitations entre interprétations différentes, remâchage, formation réactionnelle, isolation entre représentations, affect minimisé...), ce qui permet de rompre la mise en lien des représentations et affects donnant lieu à une réalité psychique « désaffectivée » :

Planche 11 : « ... Photo qui exprime une nature... une forêt... des falaises genre... je vois mal ce que c'est... c'est des animaux, anaconda non ? Il me semble l'aire de la préhistoire non ? Il me semble que des photos de la préhistoire... l'état de la nature est trop primitive ».

Planche 8BM: « là c'est la chirurgie... trois personnages

qui travaillent sur un cadavre ou un humain... un autre bien costumé, bien sapé, un jeune n'a rien à voir avec la chirurgie... la bonne femme est allée avec un ventre... le chirurgien ou le légiste entrain d'explorer et faire son boulot...[...] trop de contraste dans une gravure... une femme qui se fait mutiler, autopsier, opérer non ? ça se passe entre mutiler et autopsier et un personnage différent des autres, tourne le dos, ne semble pas intéressé pas le sale boulot (rit)... la mutilation... ça je ne sais pas si c'est un fusil ou autre chose... j'espère que ce n'est pas une femme qui se fait mutiler ou autre chose... (rit)».

Planche 12BG: « ... la nature, une barque, une rivière, des arbres... ».

Planche 13MF: « ...ça doit être la gravure d'un crime... il a tué sa femme, sa campagne, son amie ».

Le clivage, apparent dans le protocole d'Ahmed, permet aussi d'entraver la mise en lien des représentations :

Planche 2 : « ... un contraste entre les femmes... il y a deux temps, deux générations ».

Planche 6BM: « ... il y a deux personnages de générations très différentes... il y a une inquiétude et une indifférence... ».

Planche 13MF: « ... la femme dévêtue et l'homme complètement vêtu... une femme nue, à moitié nue, avec un homme ni nu, ni à moitié nu, carrément vêtu... ».

Même si nous ne mentionnons que quelques exemples du récit du TAT, il est à noter que la configuration défensive d'Ahmed se déploie ainsi à travers tout le protocole.

Lamya, 26 ans, travaille dans un service d'oncologie depuis 5 ans, et a pensé à démissionner à maintes reprises. Sa difficulté est en rapport avec « le sentiment d'inutilité », étant donné qu'elle a choisi le métier pour « contribuer à la guérison de l'autre » chose qu'elle n'arrive pas à réaliser. Au début de sa carrière, Lamya entretenait une relation proche et amicale avec les patients « car la durée de prise en charge des malades rendait la prise de distance difficile avec eux » ; elle a exprimé une grande souffrance liée aux décès des patients dont elle a la charge, à savoir les affects dépressifs (isolement, pleurs, dégoût) ainsi qu'une symptomatologie somatique très variée (maux de tête, problèmes de sommeil, problèmes hormonaux,

chute de cheveux) «... on donne de notre santé, mais pour rien... on se bat, c'est une bataille pour rien parce qu'on sait ce que va devenir le patient». Néanmoins, Lamya a commencé à éviter le rapprochement avec les malades, où elle dit avoir trouvé une «meilleure distance en se limitant aux soins techniques» ce qui lui permettait de «se sentir mieux».

Nous avons constaté que l'évitement du conflit caractérise le protocole de Lamya, à travers les procédés d'inhibition qui entravent toute vie fantasmatique. L'inhibition se donne à voir à travers la tendance à la restriction des récits⁹ qui restent purement descriptifs :

Planche 10 : « une femme... des amoureux... ».

Planche 19 : « je ne sais pas... peut-être l'hiver... il y a la neige ».

Lamya refuse des planches 5 et 16. Dans certaines planches, l'affect est à peine abordé qu'il est suivi d'un arrêt sans possibilité d'élaboration de ce dernier.

Planche 13BM : « ...c'est un petit enfant normalement... je ne sais pas il paraît triste... disons il paraît triste ou abandonné ou quelque chose comme ça ».

Planche 19 : « une personne disons très désespérée » –« le noir... chemin étroit... endroit qui fait peur ».

Dans d'autres planches, l'affect est totalement absent du fait de l'effort fourni par le sujet pour maîtriser le conflit Œdipien réactivé, soit à travers l'anonymat des personnages et la formation réactionnelle :

Planche 8BM : « ... une personne a été frappée ou quelque chose comme ça et ils sont entrain de lui faire des soins... c'est tout... c'est difficile ».

Soit à travers l'isolation :

Pl 2 : « Je ne sais pas... une femme vit dans un endroit primitif et une autre... une qui vit à la campagne et l'autre en ville et cet homme entre eux je ne sais pas ce qu'il fait. ».

L'inhibition fantasmatique est apparente chez Lamya, entravant ainsi toute pensée ou expression :

Planche 5 : « ...ça ne me dit rien... (secoue la tête)... je ne

peux rien imaginer ».

Planche 16 : « moi raconter une histoire ?... (sourit)... il faut du temps pour ça... je n'arrive pas à penser vous savez... je n'ai pas trouvé... ».

Nous avons remarqué que la mobilisation affective était forte dans le protocole de Lamy, néanmoins non élaborée du fait de l'inhibition fantasmatique invalidante qui représente le recours principal du sujet. Quant au protocole d'Ahmed, il recèle une richesse fantasmatique. Cependant, l'affect exprimé est soit gelé soit contrôlé par une variété de procédés rigides. À partir de ce qui précède, nous pouvons constater que les organisations défensives telles qu'elles se déploient chez les sujets, ne reflètent pas la souplesse nécessaire à un travail d'élaboration psychique ni à une prise en charge de l'affect, mais traduisent des conduites d'évitement du conflit ou de contrôle de ce dernier. Ces résultats vont dans le sens des données des entretiens de recherche qui ont mis en avant la difficulté des soignants à prendre en charge les affects éprouvés dans la relation de soin et le recours au « refroidissement » de ces derniers dans une ultime tentative d'adaptation à leur travail.

CONCLUSION

Dans le cadre de cet article, nous avons axé notre analyse sur la dynamique intrapsychique du soignant, mobilisée par la relation intersubjective au patient – bien que la subjectivité soit liée, aussi, aux institutions auxquelles appartient le sujet (Kaës, 1988). Nous souhaitons toutefois aborder le rôle du groupe de travail dans la transformation psychique des affects du sujet, puisque leur élaboration se fait à la fois dans l'espace intrapsychique et intersubjectif (Kaës, 2006; Mellier, 2006).

Le lien du sujet au groupe a été développé par Pierra Aulagnier sous le concept de « contrat narcissique », qui représente la place attribuée – au sein du groupe – au sujet et qui contribue à la construction de son identité – à travers une identification socioculturelle secondaire à l'identification première aux parents – (Castoriadis-Aulagnier, 1975), ce qui renvoie à l'importance du lien du groupe à la psyché du sujet.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons été interpellé

par l'absence de cohésion des équipes de travail, car l'organisation de ces dernières s'est opérée sur des clivages permettant la distribution du travail d'une part (partage de nombre de malades, partage des tâches de soin du même malade...) mais produisant des conflits au sein des équipes soignantes d'autre part. En effet, les équipes de travail étaient construites sur des séparations : les plus jeunes sont considérés par leurs aînés « comme manquant de sérieux et d'engagement, et ne s'intéressant pas au patient », les moins jeunes sont vus comme « persécuteurs » par les plus jeunes ; chaque partie de l'équipe considère l'autre comme une source de menace et de conflit et les rapports sont décrits comme altérés voire absents par les soignants.

Ceci implique une altération de la fonction du groupe comme système contenant permettant au sujet l'élaboration de ses angoisses, au sens de Bion. De ce fait, le défaut d'élaboration de l'affect, mobilisé chez les soignants dans la relation de soin, est accentué par l'absence de contenance des équipes de travail, ce qui amplifie la souffrance de ces professionnels.

Ainsi, il nous paraît nécessaire de restaurer les liens intersubjectifs à l'intérieur des équipes de travail – notamment dans certains services dits « lourds » – à travers l'instauration de groupes de parole, ce qui contribuerait à l'élaboration des souffrances vécues par les soignants au quotidien et à l'amélioration du vécu de la relation de soin, en instaurant la parole en lieu et place de la mort (Safouane, 1993).

BIBLIOGRAPHIE

- BARUS-MICHEL, J. 2004. *Souffrance, sens et croyance*. Paris : Érès
- BAYLE, G. 1998. *Épître aux insensés*. Paris : PUF
- BION, W. 2002. *Recherches sur les petits groupes*. Paris : PUF
- BRELET-FOULARD, F. 1996. *Le TAT. Fantasma et situation projective*. Paris : Dunod
- BRELET-FOULARD, F. 2004. « De Freud à Winnicott, plaidoyer pour l'agir », *Psychologie clinique et projective*, vol. 10-2004, 7-29. Paris : Dunod
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P. 1975. *La violence de l'interprétation. Du Pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF
- DEBOUT, D. 2014. « Avant-propos. Expérience corporelle extrême : « exigence de travail » ou « pulsion de mort » ? », *Champ psy*, 2014/2, 66, 5-8

- DEJOURS, C. 2012. « Organisation du travail– Clivage– Aliénation » in *Travailler*, 2/ 2012, 28, 149-158
- DEJOURS, C. 2001. « Subjectivité, travail et action », in *La pensée*, 328, 7-20. Paris : Dunod
- IONESCU, S. JAQUET, M.-M. LHOTE, C. 2005. *Les mécanismes de défense– Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin
- JEAMMET, P. REYNAUD, M & CONSOLI, S.M. 1996. *Psychologie médicale*. Paris : Masson
- KAËS R. 2006. « L'affect et les identifications affectives dans le groupe », in *Champ psychosomatique* 2006/1 41, 59-79
- KAËS R. 1988. « Réalité psychique et souffrance dans les institutions » in *L'institution et les institutions*. Paris : Dunod
- KLEIN, M & RIVIÈRE, J. 1972. *L'amour et la haine*. Paris : Petite Bibliothèque Payot
- LAPLANCHE, J & PONTALIS, J. B. 1967. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF
- LERNER, P. 1996. « Inférer d'une étude de l'affect les aptitudes aux relations d'objet », *Psychologie clinique et projective*, 1-1996, 143-149. Paris : Dunod
- LHUILIER, D. 2006. *Cliniques du travail*. Toulouse : Érès
- MANOUKIAN, A & MASSEBEUF, A. 2001. *La relation soignant-soigné*. Paris : Éditions Lamarre
- MELLIER, D. 2006. « L'émotion chez le bébé, un lien entre corporéité et socialité », *Champ psychosomatique* 2006/1, 41, 111-127
- MOLINIER, P., LAUGIER, S & PAPERMAN, P. 2009. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot
- MORASZ, L. 1999. « La souffrance dans la relation soignant-soigné » in *Domaines d'intervention psychosociale*, 405-423
- PEDINIELLI, J-L & ROUAN, G. 1998. « L'entretien de recherche », in Cyssau, C S/D, *L'entretien en clinique*. Paris : Press, 99-105
- SAFOUAN, M. 1993. *La parole ou la mort*. Paris : Le Seuil
- VALABREGA, J-P. 1962. *La relation thérapeutique. Malade et médecin*. Paris : Flammarion