

Groupe de Parole
Enseignement dirigé de Médecine Générale 2^{ème} cycle
Lyon – mardi 24 juillet 2007
S. Farhat – H. Chassagnon

1. Compte-rendu de séance :

Le TD « Groupe de Parole » du 24 juillet 2007, dans le cadre de l'enseignement de Médecine Générale de 2^{ème} Cycle, a été très riche et très animé, tant dans la qualité des échanges que dans la richesse des notions abordées. Il semble d'ailleurs avoir reçu des étudiants un accueil très positif, même si certains ont pu être quelque peu déstabilisés par les propos tenus. Cependant, pour nous animateurs, le sentiment général à l'issue de la séance est d'avoir éprouvé quelques difficultés, avec l'impression d'être parti dans tous les sens, en manquant de fil conducteur et d'objectif final précis.

Il reste que ce TD semble très nécessaire, pour que les étudiants puissent toucher du doigt une dimension relationnelle dont ils n'ont qu'une idée très embryonnaire. Il existe cependant une très grande disparité de réception, entre certains étudiants déjà quelque peu sensibilisés par leur stage en cours en MG, et d'autres encore très marqués dans leurs « certitudes » scientifiques. Il s'agit donc pour les premiers de mettre des mots sur des notions et des valeurs à peine effleurées, le plus souvent non conceptualisées, de leur suggérer des pistes de réflexion, de leur évoquer la richesse potentielle de cette démarche d'écoute ; pour les seconds, il s'agit de poser la question de l'efficacité et de la qualité d'une relation médecin-malade basée uniquement sur une attitude directive et descendante du médecin sur « son » malade. Le problème est que pour ces derniers, de telles notions peuvent s'avérer très déstabilisantes, et il importe de rester très prudent dans la progression des idées tout au long de la séance.

Une des lignes directrices pourrait être la place du médecin dans la relation médecin-malade, en insistant sur des valeurs de tolérance, de respect, les capacités d'écoute active des perspectives du patient (ses représentations, ses attentes, ses préférences, ses opinions...), d'information, de conseils adaptés à la compréhension du patient (), seules conditions lui permettant de réinvestir son problème de santé et de se responsabiliser. En terme d'analyse transactionnelle, il s'agit de passer d'une relation Parent-Enfant (de type paternaliste basée sur le principe de bienfaisance : je sais ce qui est bon pour mon patient qui doit « observer mon ordonnance »...), telle que nombre d'étudiants le conçoivent de par leur formation, à une relation Adulte-Adulte (de type délibératif et partenarial : le patient est autonome et capable d'être acteur de ses soins dans le cadre de décision partagée et de négociations avec le médecin), base indispensable d'une relation efficace et bénéfique pour le patient. Et c'est bien parce que le soignant se met dans une attitude Adulte qu'il permet au patient d'accéder lui-même à une attitude Adulte. D'où la notion que la relation médecin-malade, et plus généralement toute relation inter-humaine, ne sont pas le simple résultat d'une rencontre, mais bien ce que le soignant en fait par sa perception des choses, par son attitude et par son influence. Le soignant a bien, qu'il le veuille ou non, un rôle éminemment actif dans ce qui se joue au sein de cette relation ; il importe qu'il en soit pleinement conscient, avec le souci d'analyser à tout moment où il se situe dans la relation en cours et quelles représentations il se fait du patient et de sa problématique. Les préjugés et a priori des médecins sont des représentations - obstacles et des freins à l'évolution des patients. Le Groupe de Parole peut alors s'avérer un outil particulièrement efficace, pour une telle prise de

MOREAU 25/8/07 22:31

Commentaire: ce qui est fort loin d'un effacement pour le médecin

MOREAU 25/8/07 22:43

Commentaire: on est loin très justement loin de l'effacement du médecin qui renvoie à un 3ème modèle décrit dans la littérature comme le « modèle informatif » : le patient autonome décide seul une fois bien informé par un médecin qui s'efface devant la décision du patient. C'est l'exact contrepoint du paternalisme

conscience. Encore faut-il garder à l'esprit ce que cet atelier souhaite montrer et quels objectifs il doit servir.

2. Proposition d'objectifs :

A l'issue de la séance, chaque étudiant doit être capable de :

- donner une définition d'un Groupe de Parole,
- lister les règles de fonctionnement d'un Groupe de Parole,
- lister 3 conditions d'une relation médecin-malade de qualité
- lister les objectifs d'un Groupe de Parole sur la qualité de la relation médecin-malade,
- donner une définition de la notion d'empathie et de la technique de reformulation. (c'est aussi abordé dans les ateliers sur la relation)

Prescription pédagogique :

- Partir de la pratique clinique et relationnelle existante de l'étudiant
- Accepter de parler de son travail, de sa manière de faire et son implication dans la relation
- Développer la « réflexivité », la résonance, l'empathie (à partir de mon expérience humaine, en quoi la problématique de l'autre résonne en moi sans m'envahir pour mieux comprendre l'autre = proche du transfert contre transfert)
- Développer la capacité à exprimer des émotions
- Maîtriser la peur du jugement de l'autre
- Pratiquer le travail d'écoute de l'autre
- Accepter des opinions différentes et des critiques constructives
- Sensibiliser l'étudiant à la pratique de groupe de travail, l'esprit d'équipe, partenarial, le « groupe de pairs »
- Connaître les principes et modalités de fonctionnement des groupes Balint

3. A propos des Groupes de Parole (GdP) :

à partir de 2 documents :

http://www.evolute.fr/text/ecrit_groupe_parole_dire.html

- Pascal Serrano Consultants : Groupes de Parole ;
- Renaud Perronnet : Le Groupe de Parole et d'Analyse de la Pratique de la Relation d'Aide, que peut-il bien s'y dire ?

Qu'est-ce qu'un Groupe de Parole ?

Un Groupe de Parole (GdP) est un lieu, animé par un professionnel de la relation d'aide, qui donne un espace aux participants afin d'échanger sur des difficultés rencontrées dans une problématique.

Que permet un GdP ?

C'est un lieu :

- de partage, d'échanges, d'écoute réciproque, sans peur du jugement de l'autre ;
- d'expression des sentiments, des souffrances et des émotions, liés au sujet abordé ;
- qui mobilise les ressources nécessaires pour affronter la réalité ;
- qui permet de réduire l'isolement psycho-social des participants ;
- et qui permet à chacun de devenir acteur de son propre changement.

Comment se déroule un GdP ?

Respect impératif de quelques règles :

- animation non directive et respectueuse de chacun ;
- règles de parole : discrétion, confidentialité, liberté de silence et de parole, non-jugement, non-violence, non-mobilisation de la parole ;
- cadre théorique : vision globale, systémique et dynamique, où l'inconscient a sa place.

« La médecine performante de la fin du XX^{ème} siècle a fini par oublier l'homme » Pr Bernard Glorion (Président du Conseil de l'Ordre des Médecins). Ceci traduit que la relation d'aide n'est pas naturelle au soignant, et qu'elle sous-entend d'avoir une conscience réelle de l'Altérité.

Parce que l'Autre est différent, la relation d'aide demande à l'aidant d'avoir « le souci de l'autre ». Nous n'avons jamais appris à écouter, encore moins à répondre, dans le cadre d'une relation aidante. Et les attitudes spontanées de réponse sont le plus souvent inadaptées, voire nuisibles à l'autre. Permettre à un soignant d'évaluer ses propres réponses, et de pointer les réponses nuisibles, en dehors de toute culpabilité, c'est lui permettre de devenir capable de les éviter, pour les remplacer par des réponses aidantes.

- Comment le soignant va-t-il s'y prendre pour que le soigné le perçoive comme digne de confiance ?
- Comment le soignant va-t-il s'y prendre pour être dans une attitude juste vis-à-vis du soigné, c'est-à-dire à la fois proche et chaleureuse, mais en même temps distincte et non dépendante (empathie) ?
- Comment le soignant va-t-il s'y prendre pour que sa sécurité interne et sa confiance en lui soient suffisamment stables pour ne pas être remis en cause par l'attitude du soigné souffrant, attitude pouvant même être agressive.

Il est nécessaire de donner aux soignants les moyens de ne pas devoir nier leurs propres malaises, si nous ne voulons pas que ces malaises, refoulés au plus profond d'eux-mêmes, ne les contraignent à des attitudes de fuite ou de maltraitance. Dans un GdP, la parole de chacun est par définition entendue et comprise ; chacun sent qu'il a « le droit à l'erreur » : c'est ce respect partagé qui conditionne et permet peu à peu la responsabilité de chacun dans son rôle.

D'où alors la possibilité de s'interroger sur son rôle d'aidant et sur sa propre capacité à aider, dans une « analyse de la pratique de la relation d'aide » : Comment être un aidant ? Comment ne pas devenir la victime de la relation ?

Aider les soignants, c'est faire prendre conscience des jeux relationnels qui incitent le malade à réagir comme il le fait, en pointant entre autre le rôle de l'inconscient, tant au niveau des réactions du soigné que de celles du soignant. Ainsi, grâce au partage et à la réflexion dans le groupe, les soignants acquièrent la capacité de ne plus soigner dans le vide, de soigner avec des repères, qui leur permettent de maintenir leur propre équilibre et de mettre en œuvre leurs capacités d'empathie, d'ouverture et d'écoute du malade.