

Bulletin Balint

n°89



automne 2020



[Sommaire](#)

Editorial p.3 *Brigitte Greis*

Le mot du Président p.5 *Jean Daniel Gradeler*

Relation patient-soignant et phénomène placebo p.7

Pascal Henri Keller

**La méthode Balint : p.21 Une pseudo-thérapie productrice d'XQ
développement
professionnel et personnel**

Gildas le Bayon

Le rire soignant p.55 *Jean-Daniel Gradeler et Katerine Atger*

Qui a un cas ? p.63 *Christian Pirolli*

Note d'acWXaliWp p.71 *Jacques Fabrizi*

Hommages p.77 *André Haynal*

Simone Cohen - Leon

La vie de la SMB p.85 La librairie p.87 Note de lecture p.89

Editeur : Société médicale Balint

Rédactrice en chef : B. Greis

Comité de rédaction : M. Rochefort, A. Catu-Pinault

Maquette, photographie, diffusion : B. Greis

Secrétariat : A. Sensève

Correspondants : T. Baka (Roumanie), D. Watt (UK), J. Brandao (Portugal), A. Della Casa

(Italie) **BULLETTIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020**¹

BULLETTIN BALINT N°89 – AUTOMNE

2020²

Editorial

Urgence et vigilance

La médecine prend soin de la santé des personnes. Cela est sans doute une évidence. Cela ne le devient plus quand on considère que ce sont les personnes qui choisissent de livrer leur santé à la médecine. Le choix a toute son importance dès lors qu'il y a considération par la médecine de ce choix, et de la confiance ou pas de la personne en la médecine. On pourrait parler de foi mais aussi de sciences, de connaissances et de pratiques, de certitudes et de leurs vicissitudes. Les pandémies ont ceci de particulier, c'est qu'elles brutalisent l'attente de la population vis à vis de la prise en charge de leur santé par les sciences, la médecine, l'état. Il y a de l'impatience, de l'urgence à soigner. La confusion que génèrent les pandémies a un rapport avec le temps et cela se trame dans les limbes de l'inconnu : le comportement de la population, l'avancée des Sciences, l'industrie de la pharmacopée, la sécurité proposée par l'état. Là-dedans se nichent la peur, l'excès d'expertises, la réassurance, la mort, les croyances, le comportementalisme, la hiérarchisation des actes à intégrer, le civisme.

Urgent : voilà bien ce concept qui a envahi les médias, les scènes filmées et médiatisées en boucle dès le début de la pandémie, au sein de la recherche quant à la vaccination, la priorité des soins et des patients à catégoriser. A cela s'ajoute l'impatience colorée de peur de la population. **Urgent** ! Rien que ce mot fait surgir des barrières, des pratiques qui cherchent à pallier les manques ou sécuriser presque à outrance. Urgence et repli, sont devenus les règles civiques. Au point que le virtuel occupe l'espace relationnel et groupal. On soigne à distance, on réfléchit par *Zoom* et *Skype*, on décide par vidéo conférence ou simple téléphonie. Le corps disparaît au profit de l'intouchable. La voix est déformée, la respiration non écoutée, les odeurs, l'éclat du regard, le petit doigt qui tremble ou le pied frétilant deviennent invisibles. Chaque parole, discours se doivent d'être efficaces. Adieu silence et émotion du vécu de l'autre. Le repli est un soin urgent et solitaire, les barrières, les frontières, sont devenues l'urgence du soin. Urgence sociale, urgence sanitaire, introduisent du danger dans le monde des soignants confrontés aux

conditions difficiles dans lesquelles ils exercent. Comment soigner avec les gestes barrières, les restrictions budgétaires, l'incertitude scientifique, la palette de soins contre la COVID entre le dépistage asymptomatique et la réanimation ? Le Ségur où nombre de compétences soignantes étaient absentes, comme si on ne regardait la variété de la chaîne des soignants et des soins qu'à travers un filtre où la Santé n'avait pas été analysée, a mis en place une nouvelle gouvernance de l'hôpital. Urgence et colère alors démontrent l'absence de pensée et la perte du corps, le corps non touché, le corps réanimé, le corps à éviter, que le virtuel ne pourra jamais remplacer. La mort est au bout « Mais entre temps ? Comment, dans cette distanciation et avec le spectre de l'épidémie mortelle, « le travail commun d'un patient coopérant et d'un médecin compréhensif » ¹ peut-il installer un climat propice à l'observation sans forcément donner en contrepartie quelque chose de bon et automatique, preuves de son efficacité ? Comment faire du silence, de la confiance, du langage du corps, un langage d'échange sur la base de l'observation et de la compréhension dans un climat propice à la thérapeutique ?² . Urgence rime avec violence, patience rime avec vigilance. Cultivons notre vigilance, même dans la distance, la pensée se calligraphie et ainsi s'échange et grandit. Les écrits font le lit de la recherche, de la formation, de la réflexion et habillent nos vies de tant d'humanité.

Dans ce numéro, des écrits tentent de résister au virtuel, à l'absence, à la difficulté que chacun éprouve à s'adapter à cette nouvelle situation, tant au niveau privé que professionnel. De la recherche sur l'effet placebo dans la relation de soins, d'une réflexion sur la formation proposée par Balint à l'identité narrative selon Ricoeur, au vécu de situations, nous lisons les uns et les autres, pour mieux « guérir » notre inquiétude devant l'annulation des rencontres physiques, dans l'attente d'autres voix parlées ou écrites pour continuer à échanger et être dans le soin des êtres vivants et vigilants.

¹ M. Balint, Techniques psychothérapeutiques en médecine, Petite bibliothèque Payot, 1961, p. 379

² M. Balint, Techniques psychothérapeutiques en médecine, Petite bibliothèque Payot, 1961, p. 27

Le mot du Président

Jean Daniel Gradeler

Chers amis,

Brigitte Greis a accepté il y a plusieurs années la fonction de rédacteur du bulletin de notre association. Toute chose ayant une fin vous avez entre les mains le dernier exemplaire du bulletin qu'elle a bien voulu élaborer. Merci pour ce travail rigoureux tout ou long de ces numéros.

Nous avons lancé un appel à volontaire pour reprendre cette fonction il y a plusieurs mois. Je profite de ce petit mot pour renouveler cette offre en précisant que nous sommes ouverts à toute proposition.

Le bulletin est un des moyens de créer et maintenir des liens entre nous et de partager des réflexions. Il me semble indispensable qu'il continue à vivre.

La question des liens est tout à fait d'actualité.

Ces dernières années ont vu le fonctionnement de notre association considérablement perturbé. Comme si les mouvements sociaux n'avaient pas suffi à contrecarrer nos déplacements et réunions, l'épidémie actuelle nous confine chacun chez soi et nous empêche de nous réunir physiquement. Ce qui n'aide pas à se projeter dans le futur sont toutes les hypothèses prévoyant une multiplicité de vagues épidémiques sur les mois à venir.

Des outils qui nous étaient quasi inconnus il y a plusieurs mois sont pour nombre d'entre nous, devenus familiers. Qu'ils nous permettent de poursuivre notre activité professionnelle avec nos patients tels les outils de téléconsultation, ou nos activités associatives ou familiales. Qui n'a pas découvert, de manière plus ou moins contrainte, la conférence téléphonique, Zoom, Teams, Skype et autres solutions de téléconférence ? Il me semble indispensable de poursuivre et développer leur usage dans nos activités de groupe, de réunions, de formations, au risque sinon de voir nos liens se distendre à l'extrême. Ce qui peut être, à l'opposé, très positif est la possibilité ainsi offerte de multiplier des occasions de rencontres et d'échanges tout en limitant le temps de transport. Je ne doute pas que cela permette aussi de rencontrer et retrouver des personnes dont l'état de santé rend parfois les déplacements difficiles.

En fonction du moment où vous recevrez le bulletin de la Journée d'Échanges des Pratiques sera à venir ou se sera déjà tenue par zoom. Après l'avoir reportée deux fois les organisateurs ont décidé de la tenir par zoom pour ne pas avoir encore une fois avoir à subir ce que ce virus impose à tous.

Cette pandémie s'arrêtera un jour et nous permettra de retrouver le plaisir de nous retrouver en présentiel. Dans les événements Balint que nous espérons pouvoir organiser en présentiel dans les mois à venir : le congrès de la fédération internationale Balint à Bruxelles du 1^{er} au 5 septembre 2021 et la journée de travail des associations Balint à Paris fin septembre 2021. Deux occasions de se rencontrer à nouveau nous l'espérons. Dans un premier temps avec les collègues des autres associations Balint autour du monde. Dans un deuxième temps avec nos amis de l'association de formation Balint et de l'association internationale de psychodrame Balint.

Prenez soin de vous.

Bien amicalement

Pour consulter les informations sur le congrès de Bruxelles :
<https://www.balint2021.be/fr/22eme-congres-balint-accueil-francais/>

Relation patient-soignant et phénomène

placebo *Pascal-Henri Keller*



P.H. Keller nous présente ici une réflexion sur les effets du défaut fondamental dans la relation soignante et intègre le concept de malentendu dans cette recherche.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁷

Introduction

Le lien qu'établissent entre eux chaque patient et chaque médecin n'a jamais cessé d'interroger. Mais si le malentendu persiste au cœur même de ce lien, c'est pour au moins deux raisons.

D'une part, dans leurs histoires infantiles respectives, l'un et l'autre des partenaires de la relation se sont confrontés au « défaut fondamental » qu'ils ont dû surmonter. Décrit par Balint dans les années 1970, ce défaut proviendrait du déséquilibre massif qui s'instaure très tôt dans l'histoire d'un sujet humain entre, d'un côté l'éprouvé de ses « *besoins psycho-physiologiques* («) » dont dépend sa survie même, et de l'autre, « *les soins, l'attention et l'affection qui lui ont été prodigués à cette époque* » par son entourage¹. D'une

façon générale, toute relation de dépendance rappelle aux personnes en présence, à des degrés différents, l'existence de cette faille constitutive, ressentie comme témoignage de l'investissement insuffisant dont il a été l'objet de la part de ceux qui auraient dû -imaginativement- le combler sur tous les plans. Ce « défaut » faisant partie de la condition humaine, il engendre des « revendications » et des demandes de réparation inconscientes qui, sous forme de symptômes, sont propres à chaque humain et donc ici, à chaque patient et à chaque médecin. Sans en avoir conscience, l'un et l'autre se mettent donc au défi de combler cette faille. De son côté, le patient attend du médecin qu'il y parvienne en satisfaisant son besoin de guérison. Mais pour sa part, le médecin souhaite aussi que son patient parvienne à combler sa propre faille, en célébrant la réussite de sa mission thérapeutique. Pour ces deux personnes, leurs attentes croisées se situent sur une scène inconsciente et y resteront, à moins qu'un travail personnel ne s'engage pour l'un ou pour l'autre, voire pour les deux.

D'autre part, on peut dire que le malentendu relationnel entre ces deux personnes se fonde sur le constat établi par René Leriche, selon qui « *la maladie de l'homme malade n'est pas la maladie anatomique du médecin* »². Autrement dit, lorsque Canguilhem se réfère aux propositions de ce confrère chirurgien, c'est pour admettre avec lui que la définition donnée par le malade

¹ Balint M., 1968, *Le défaut fondamental*, Payot, 1991, p. 35

² Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Quadrige PUF, 1991, p. 54 **BULLETIN**

BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁸

de « sa » maladie, ne peut pas coïncider avec celle que lui propose la médecine. Bien que médecin lui-même, Canguilhem donne la priorité aux malades à ce sujet, soutenant que « *c'est parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies* »³. Cette idée a été largement développée dans sa thèse de médecine, publiée sous le titre *Le normal et le pathologique*. Contre intuitive à première vue pour les malades comme pour les médecins, cette idée n'en conserve pas moins tout son intérêt, en particulier dans le cas de ce fait médical avéré mais toujours énigmatique à l'heure actuelle : le phénomène placebo.

Tout d'abord, ce phénomène montre en effet à quel point les questions soulevées il y a plus de cinquante ans par Balint et Canguilhem sont toujours

d'actualité. Si le second rappelait l'affirmation de Leriche selon laquelle « *il y a en nous, à chaque instant, beaucoup plus de possibilités physiologiques que n'en dit la physiologie, mais il faut la maladie pour qu'elles nous soient révélées* », Balint soutenait pour sa part qu'une « *maladie « clinique » peut disparaître sous l'effet de différentes expériences affectives, dont le traitement médical* »⁴.

Ensuite, le phénomène placebo nous incite à la modestie, tant les éléments de compréhension dont nous disposons à son sujet sont épars, contrastant avec un usage qui ne cesse de se développer sur le plan clinique, mais aussi et surtout sur le plan expérimental comme on va le voir plus loin. Les chercheurs qui étudient ce phénomène et tentent d'en décrire les mécanismes buttent la plupart du temps sur sa dimension langagière, le matériau psychique auquel il doit une grande part de sa complexité.

Art médical et subjectivité

Historiquement, pendant des siècles, la philosophie et la médecine ont été étudiées et enseignées simultanément. Cet enseignement qui conjoignait les choses de l'esprit et celles du corps n'a pris fin en Europe qu'au milieu du 19^{ème} siècle. Autrement dit, d'Hippocrate jusqu'à Galien, de Galien jusqu'à Ambroise Paré et Vésale, et finalement, depuis ces deux médecins de la Renaissance jusqu'à Laennec (1781-1826), fondateur de la démarche

³ Canguilhem G., 1966, *op. cit.*

⁴ Balint M., 1968 (*op. cit.* p. 35)

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁹

anatomo-clinique moderne), tous les praticiens de l'art médical se sont impliqués dans leur travail corps et âme, au sens propre comme au sens figuré. Par ailleurs, de nombreux récits d'historiens de la médecine montrent à quel point la personnalité des médecins et son expression subjective - que l'on appelait alors leur « *caractère* » - n'a cessé de contribuer, soit à enrichir les progrès de la médecine, soit à les freiner. Il suffit de penser à Pasteur et à ses difficultés innombrables pour se faire entendre des médecins, dont les réticences nous apparaissent aujourd'hui bien plus psychologiques que scientifiques.

Plus près de nous, durant la pandémie du COVID 19 déclenchée lors du premier semestre 2020, les débats enflammés ont surgi de toutes parts,

mettant l'accent plus clairement encore sur ce mélange explosif d'objectivité et de subjectivité qu'engendre l'approche médicale des malades humains. D'ailleurs, ces récents affrontements opposent, non seulement les personnes issues du monde médical chargées des soins et de la recherche ainsi que les responsables politiques, mais aussi les patients porteurs de la maladie et leurs familles, voire même les journalistes chargés de nous informer sur la situation nationale et internationale. Quant aux rares scientifiques qui ont tenté de remettre un peu de raison dans ces échanges pour le moins irrationnels, c'est à peine s'ils ont été écoutés quand ils n'ont pas été purement et simplement ignorés ⁵. Mais dans le cadre de la présente réflexion, la controverse nous intéresse moins que l'outil qui la nourrit à son insu.

On a longtemps considéré l'irruption de la subjectivité en médecine comme venant des patients. Dans la littérature scientifique, elle est d'ailleurs le plus souvent interprétée comme une résistance opposée par le malade aux efforts de la médecine pour le guérir. A défaut d'être explicitée, cette subjectivité a pris le nom de « facteur psychologique », celui qui brouille les résultats attendus. A l'opposé, la subjectivité des soignants ² médecins compris ² reste peu ou pas nommée. Tout se passe comme si, au cours de leur activité professionnelle, l'implication subjective des professionnels du soin n'avait d'incidence ni sur leur pratique, ni sur leurs résultats. En quelque sorte, les acteurs de la scène médicale obéiraient à des logiques psychiques différentes. D'un côté des soignants qui exercent de façon rationnelle un travail fondé *par*

⁵ Klein E., 2020, *Le goût du vrai*, Tract Gallimard, n° 17

nature sur des arguments scientifiques, de l'autre des soignés qui sont tenus d'accepter les soins médicaux et de renoncer à leurs réactions affectives et émotionnelles jugées, dans ce contexte, irrationnelles *a priori*.

Le premier médecin à prendre au sérieux les conséquences de ce déséquilibre a donc été Michael Balint⁶ qui, dans les années 1950, invente le dispositif éponyme destiné à l'intégrer à la pratique médicale : le *groupe Balint*. Réservé aux praticiens intéressés par les enjeux personnels de leur activité clinique, ce dispositif prend en considération l'hypothèse de l'inconscient, principe psychanalytique du fonctionnement psychique. Comme dans le cadre d'une psychanalyse, la principale originalité de cette hypothèse est d'être mobilisée

pour les deux interlocuteurs en présence, ici, le médecin et le malade. Balint est psychanalyste et ne conçoit l'hypothèse de l'inconscient pour le patient sans la mettre à l'épreuve également pour le médecin. Au cours de ces mêmes années, la volonté de « neutraliser » les effets de cette hypothèse aboutit à la mise au point d'un nouveau dispositif de recherche clinique : « l'essai randomisé en double aveugle contre placebo » (RCT).

Alors que l'idée de soumettre l'expérimentation médicale à des calculs statistiques remonte à la fin du 19^{ème} siècle, le recours systématique au placebo dans ce cadre n'intervient qu'au cours du 20^{ème} siècle. Initialement utilisé pour démasquer les simulateurs dans les consultations médicales, il faudra des décennies au placebo pour être débarrassé de cette représentation péjorative et acquérir le noble rôle d'outil de la recherche clinique. Il devient le témoin de l'objectivité scientifique en médecine⁷. Cette fonction correspond schématiquement aux trois temps d'un dispositif expérimental jugé correct.

1/ Rassembler d'abord un ensemble homogène de patients atteints de la même pathologie. 2/ Répartir ensuite cet « échantillon » en deux groupes par tirage au sort (randomisation), le premier recevant le médicament à l'étude supposé améliorer son état, le second une simple pilule de sucre - le placebo strictement identique en apparence au médicament étudié⁸. 3/ Étudier enfin,

⁶ Balint M., 1966, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Payot

⁷ Le placebo est alors défini comme un produit qui cherche à provoquer chez le patient l'illusion qu'il absorbe un médicament. Dépourvu de toute molécule thérapeutique active, ce produit est fabriqué pour être indiscernable du médicament étudié. En théorie, il ne peut donc être identifié, ni par le patient, ni par le prescripteur.

⁸ Les patients des deux groupes ignorent donc ce qu'ils absorbent et les médecins ce qu'ils prescrivent.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020¹¹

au terme d'une période prédéfinie, les effets de cette double consommation en aveugle. Schématiquement, la conclusion est alors simple à formuler : soit l'amélioration des symptômes du premier groupe est statistiquement supérieure à celle du groupe placebo et le médicament est alors considéré comme efficace, soit cette amélioration n'est pas significative et le médicament-candidat est récusé.

Idéal en théorie, ce « duel » entre médicament testé et placebo se révèle un peu plus incertain à l'usage. D'une part, il est établi qu'un pourcentage important

de patients ne réagit pas spontanément au placebo, et que les groupes peuvent donc difficilement être considérés comme équivalents. D'autre part, comme le résume un spécialiste de cette question : « *le principal problème est que l'effet placebo fonctionne de différentes manières, et avec d'importantes variations individuelles et culturelles* »⁹.

En dehors de ces aspects problématiques sur un plan technique, l'usage expérimental du placebo soumet les médecins à une véritable difficulté logique. D'un côté, ils constatent que la parole qui accompagne toute prescription possède, potentiellement, des effets corporels sur leurs patients mais que ces effets sont imprévisibles. D'un autre côté, ils cherchent à masquer cette imprévisibilité par un traitement statistique de l'observation des effets en question.

On peut résumer ainsi cette situation médicalement paradoxale : d'un côté les effets du médicament étudié sont attendus et explicables chimiquement, et de l'autre les effets du placebo qui sont inattendus, ne proviennent pas de ce qu'il contient, mais dépendent de processus psychiques produits aussi bien par le patient que par le médecin.

Dans son principe même, le dispositif dit « en double aveugle » instaure donc un même régime d'ignorance chez le patient (au sujet du traitement qu'il absorbe) et chez le médecin (concernant le traitement qu'il prescrit). Alors qu'elle est interdite en pratique clinique, cette situation est devenue la règle dans la recherche clinique¹⁰. Autrement dit, malgré un usage pluriquotidien lié à son intérêt méthodologique, le phénomène placebo demeure comme un point

⁹ Hunter P (2007). A question of faith. Exploiting the placebo effect depends on both the susceptibility of the patient to suggestion and the ability of the doctor to instil trust, *EMBO reports* (2007) 8, 125 - 128

¹⁰ Le « *gold standard* ».

aveugle dans l'activité thérapeutique, en médecine comme en psychologie. Malgré les recherches foisonnantes dont il fait l'objet depuis des décennies, les mécanismes psychologiques impliqués dans l'apparition du phénomène placebo demeurent mal connus et impossibles à maîtriser. Quant à sa dimension biologique, en dépit de la réalité de ses effets, on ne dispose toujours pas à son sujet d'une théorie explicative générale satisfaisante (Miller, 2009)¹¹. Et malgré cette double méconnaissance psychique et biologique, la

puissance supposée de la relation patient/médecin sur l'évolution des symptômes d'innombrables maladies continue à s'imposer, *via* le placebo. Et l'efficacité thérapeutique de la plupart des médicaments à l'étude se mesure toujours actuellement à l'aide de ce témoin aveugle, comme ce fut le cas récemment avec les recherches controversées sur les traitements du Covid 19. Cette situation surprenante met en lumière la nécessité de recherches sur l'élément essentiel de la relation soignant/soigné, le matériau sans lequel l'échange et la relation entre patient et praticien ne peut pas s'engager : la parole.

L'aspect paradoxale de la relation patient/médecin dans le contexte de la recherche clinique

La première loi dont l'objectif a été d'encadrer réglementairement la recherche clinique en médecine a été promulguée en 1988. Intitulée loi Huriet-Sérusclat du nom des députés qui l'ont conçue, Claude Huriet et Franck Sérusclat, son but est la « *protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales* ». Aujourd'hui, toute recherche clinique s'inscrit dans le cadre strict de cette loi. La promulgation de cette loi après 24 ans de réflexion, aussi bien sur un plan juridique que médical, suggère l'existence d'un vide juridique antérieur, durant lequel la protection des patients engagés dans une recherche médicale dépendait de la seule responsabilité du médecin impliqué.

Les Comités institués dans le cadre de cette loi sont désignés par leur mission, la « protection des personnes » : CCPPRB¹² en 1988, et CPP¹³ en 2004. Ce

¹¹ Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 2011;36(1):339-54.

¹² Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale

¹³ Comité de protection des personnes

travail législatif et réglementaire évolue depuis la déclaration d'Helsinki, concernant la protection des personnes -patients et volontaires sains- qui participent à la recherche médicale, adoptée en 1964¹⁴. Dans le contenu de la réflexion préalable comme dans celui des textes législatifs, rien n'évoque de près ou de loin la subjectivité des participants à la recherche médicale,

soignants ou patients.

Globalement, on a vu que les scientifiques ne s'entendent pas vraiment sur le phénomène placebo, entre ceux qui se félicitent de mieux le connaître, et ceux qui le considèrent toujours comme un phénomène énigmatique. De plus, pour certains, le phénomène peut survenir sans le produit placebo lui-même alors que pour d'autres, il implique bien plus de facteurs que ceux déjà identifiés. Enfin, si les uns estiment que le placebo soulève un problème de croyance et interroge sur ce qu'est la « bonne médecine » puisque l'on peut guérir avec rien, d'autres affirment qu'il est impossible de mettre d'un côté les pouvoirs humains d'auto-guérison et de l'autre ceux de la relation clinicien²patient. Parmi ces innombrables avis, une chose est sûre : en confiant au hasard le soin de produire l'effet placebo, la médecine s'interdit d'en étudier la spécificité sur le plan relationnel. En imposant de rendre aléatoires et interchangeable les deux termes de la relation médecin /malade, la randomisation modifie les conditions habituelles d'instauration de toute relation humaine, *i.e.* la part de choix personnel qui intervient dans cette relation. Ce dispositif pouvant inciter à réduire le médecin au rôle « d'agent thérapeutique », la philosophe de la médecine Charlotte Blease a proposé de remplacer « *placebo effect* » par « *positive care effect* ». Cette désignation originale suggère qu'en réalité, c'est l'ensemble du contexte relationnel qui profiterait au bénéficiaire du phénomène placebo¹⁵. On va voir que sur certains points, les résultats de notre étude vont plutôt dans ce sens.

¹⁴ <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-helsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

¹⁵ Blease Ch., The principle of parity: the 'placebo effect', and physician communication, *J Med Ethics* 2012;38:199-203 doi :10.1136/medethics-2011-100177

Pour engager cette étude sur des bases épistémologiques explicites, nous avons d'abord pris position sur la réalité du phénomène placebo¹⁶. Ensuite, nous avons entrepris de l'étudier dans le contexte concret de la recherche clinique. Sur le plan méthodologique, nous avons opté pour l'entretien

enregistré, seule façon selon nous d'étudier la parole des protagonistes du phénomène comme matériau privilégié de la relation clinique (cf. plus haut).

La recherche proprement dite, objectifs et résultats¹⁷

Nous avons plusieurs objectifs mais en priorité, nous voulions mieux connaître le contenu de la relation entre médecins et patients, dont l'importance est telle qu'on lui prête le pouvoir d'entraîner des améliorations symptomatiques, médicalement inexplicables. Pour mieux comprendre ce qui permet, aux uns (les médecins) de prescrire une substance qu'ils savent n'avoir aucun pouvoir thérapeutique, et aux autres (les malades) d'accepter cette substance sans savoir s'ils en retireront le moindre bénéfice, nous avons étudié leurs représentations respectives du placebo. L'encadrement réglementaire de la recherche oblige tout responsable d'essai clinique randomisé (RCT) à informer clairement de leur contenu chaque personne (malades ou volontaires sains) enrôlée dans cet essai. Aussi, l'information est délivrée par le médecin investigateur principal (MP) et attestée par chaque patient qui signe en sa présence un document de « consentement éclairé ». Notre méthodologie a consisté à enregistrer les propos de ces médecins et ceux de leurs patients enrôlés dans un RCT, lors d'entretiens semi-directifs de durée variable.

Au total, 5 centres de recherche différents ont participé à notre recherche, au cours de laquelle 36 entretiens semi-directifs ont été enregistrés. Nous avons choisi des thèmes peu abordés dans la littérature scientifique portant sur le placebo, et mené un travail en amont pour déterminer la meilleure façon d'évoquer ces thèmes avec les différentes personnes impliquées dans le dispositif RCT : patients, investigateurs principaux (PI=médecin qui prend la

¹⁶ Keller PH, Giroux-Gonon A, Gonon F. Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse. *Evol Psychiatr* 2013 ; 78(2) : pages 327-340 ¹⁷ On peut se reporter à l'intégralité de cette recherche, publiée dans la revue PLOS ONE :

Keller P-H., Grondin O., Tison F., Gonon F., 2016. How Health Professionals Conceptualize and Represent Placebo Treatment in Clinical Trials and how their Patients Understand it: Impact on Validity of Informed Consent, *PLOS ONE*, May 19, 2016 1/17. doi:10.1371/journal.pone.0155940

responsabilité de la recherche), médecins investigateurs (MP=médecin qui rencontre le patient pendant la durée de l'essai), attachés de recherche clinique (ARC =personne qui s'assure du bon déroulement de l'essai). A partir

de l'analyse des entretiens obtenus, plusieurs résultats se révèlent prometteurs sur trois plans au moins. D'abord, nous avons constaté que peu d'études se sont penchées sur la complexité relationnelle qui entoure l'émergence du phénomène placebo, notamment sur le rôle tenu par les ARC. Ensuite, le principe du « consentement éclairé » comporte certaines zones de malentendu à propos du placebo. Enfin, les représentations liées à cet « objet » révèlent que la relation soignant/patient peut parfois prendre une coloration subjective particulière.

Un dispositif relationnel soignant/ soigné complexe

Avant d'être intégré dans l'essai clinique, il faut d'abord que le patient soit en quelque sorte « choisi » par l'investigateur principal, responsable de l'essai clinique, parfois chef de service. Dans les RCT qui portent sur le traitement d'une pathologie donnée, l'essai doit en théorie être proposé sans exception à tous les patients qui en sont atteints. En réalité, les contraintes qui pèsent sur la réalisation d'un RCT sont telles que les médecins préfèrent enrôler les patients les plus dociles, ceux qui ne posent pas de problème relationnel. Sur ce plan, on peut dire que le premier « biais » du dispositif est psychologique et relationnel, le recrutement étant réservé en priorité aux malades obéissants, ou connus depuis longtemps par le service. De plus, les médecins que nous avons rencontrés admettent volontiers exercer une influence sur la décision des patients « volontaires », au moment de leur proposer de participer à un RCT.

Mais surtout, le dispositif a recours à un(e) professionnel spécifique, l'ARC, le plus souvent une femme, qui restera en relation avec le patient et sa famille du début de l'essai jusqu'à la fin, parfois même au-delà. Les ARC qui ont accepté de se prêter à notre recherche en conviennent spontanément : elles établissent avec ces malades particuliers (il leur arrive de dire qu'ils sont comme des « cobayes »), des relations « maternelles ». L'une d'elles nous confiera : « *on est à leurs petits soins («)* », « *à partir du moment où ils rentrent dans une étude, ils n'appellent plus le médecin, c'est nous qu'ils appellent constamment !* ».

assez simplement : alors que le PI est identifié et investit comme une figure d'autorité respectée, le MP au contraire est plutôt déconsidéré dans sa fonction soignante. L'une des patientes nous dira par exemple que celui qui s'occupe de son suivi a mis en doute sa parole ; l'a traitée de menteuse, et elle rajoute que le plus important pour lui, c'est « je prends un médicament, quelles sont les conséquences ? ». Un autre patient nous donne son avis sous forme dénégative : « *je peux pas en penser du mal« c'est un médecin !* ».

Consentir au placebo ?

Comme on l'a vu plus haut, la loi stipule que le consentement des patients volontaires doit être « éclairé », et qu'il revient aux soignants d'assurer cette information. Mais la qualité d'une information dépend en partie de ceux qui la transmettent, et nous nous sommes donc intéressés au discours des soignants sur le plus surprenant des éléments du dispositif RCT : le placebo¹⁸. Nous avons donc demandé aux soignants comme aux patients, d'une part ce qu'ils pensent du principe du « double aveugle contre placebo », et d'autre part comment, selon eux, agit le placebo. Que les soignants soient prescripteurs (les médecins) ou non (les ARC), ils sont presque tous d'accord sur la légitimité du principe, estimant qu'il s'agit de la meilleure méthode pour éviter aux uns (les soignants) et aux autres (les patients) d'être influencés, en particulier au moment de juger de l'évolution des symptômes étudiés. C'est un des médecins qui résume le mieux cette position commune : « *(le recours au placebo) est indispensable, pour qu'il n'y ait pas de biais dans l'interprétation de l'efficacité du traitement à l'étude* ».

En revanche, au moment d'expliquer le mode d'action du placebo, chacun utilise un modèle personnel qui, pour une majorité de soignants, met en jeu le cerveau. Seuls, quelques-uns mentionnent l'influence possible de la relation soignant/soigné dans la survenue du phénomène placebo. Il est frappant d'observer ce contraste entre la quasi-unanimité des soignants autour du

¹⁸ La « randomisation » est un autre élément étrange du dispositif RCT, qu'il suffit, pour l'expliquer, de définir comme « un tirage au sort ».

Ce constat permet donc de se demander si les patients sont vraiment éclairés, dès lors que le phénomène auquel on les expose reste aléatoire et inexplicable¹⁹. De plus, sans information sur la part relationnelle intervenant dans ce phénomène, le soignant semble préférer ignorer la part qui pourrait lui revenir. L'un d'eux affirme par exemple : « *Pour ma santé mentale, je considère que je n'y suis pour rien dans le fait qu'il n'y ait pas eu d'effet placebo sur ce patient-là. Je vais blâmer le placebo plutôt* ».

Concernant les patients eux-mêmes et à une exception près, on constate qu'ils ne saisissent pas réellement le principe du RCT : « *je ne comprends pas d'ailleurs très bien l'expression double aveugle* ». Quant au placebo, s'ils lui supposent une certaine efficacité, ils en ignorent le principe, comme ce patient : « *Si c'est le placebo et que ça marche, c'est qu'il y a une dimension psychologique qui, dans le cadre de mes connaissances à moi, me dépasse* ». L'attitude générale peut se résumer par ce commentaire d'un malade : « *je me suis laissé guider (») « et puis j'ai pas cherché à comprendre !* ».

Représentations liées au phénomène placebo

Aucun profil-type, ni de patient « placebo-répondeur », ni de médecin « placebo-efficace » n'étant clairement identifié, la subjectivation de la relation mérite sans doute d'être mieux explorées. Parmi les recherches spécialisées dans ce domaine, celle de Miller & al.²⁰ suppose que l'effet placebo s'accompagne de références à quelqu'un qui fait ou a fait autorité dans la vie du malade concerné. Pour aborder cet aspect, nous avons tenté de faire émerger chez les acteurs du phénomène des représentations personnelles, à partir de cette question : « *Quel souvenir pouvez-vous me raconter concernant*

¹⁹ On peut ajouter qu'à l'opposé de l'effet placebo, il existe un « effet nocebo » dont on parle peu voire pas du tout au patient. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un effet qui « nuit » au patient.

²⁰ Miller FG, & al. 2009, op. cit.

les thèmes abordés durant cette recherche, celui-ci a bel et bien déclenché les réactions les plus inattendues (pleurs, silences très prolongés, refus de répondre, interruptions de l'enregistrement, etc.). Pour analyser l'hétérogénéité de ces réponses, un système de codage des propos a permis de constater un certain nombre de particularités. La plus intéressante d'entre elles tient à la nature même des souvenirs évoqués : d'une façon ou d'une autre, ces souvenirs sont liés de manière significative à l'enfance. Différente pour chaque personne rencontrée, cette référence au monde de l'enfance est quasi systématique et les situations rapportées chargées d'émotion. Il peut s'agir de souvenirs issus de l'enfance même du sujet, mais aussi de ses propres enfants, ou encore de l'attribution de caractères infantiles à des personnes adultes, y compris des personnes malades. Par exemple ce médecin parlant d'un malade : « *un de mes patients («) la façon dont il faisait confiance et dont il acceptait la prise en charge me faisait penser à celle d'un rapport entre un enfant et un parent«* ».

Pour conclure

La réalité biologique du phénomène placebo ne fait plus guère de doute aujourd'hui. A défaut d'administrer la preuve d'une maîtrise de sa survenue, l'usage qui en est fait en recherche clinique démontre que la croyance d'une guérison (ou d'une amélioration) scientifiquement incompréhensible est désormais admise en médecine. Mais, de part et d'autre du face à face soignant/soigné, les enjeux relationnels du phénomène demeurent obscurs. De leur côté, les patients supposent difficilement qu'un médecin leur prescrit vraiment une simple « pilule de sucre » alors qu'ils sont réellement malades, préférant continuer à parler de « médicament placebo ». Pour leur part, les médecins semblent vouloir ignorer le « pouvoir » quasi-magique que leur confère cette situation et s'en tiennent à ce qui leur semble rationnel, pour leurs recherches : engager les malades obéissants de préférence aux indisciplinés, ceux qui les aiment plutôt que ceux qui les critiquent. Quant aux ARC, si elles figurent bien dans l'organigramme des essais cliniques, elles n'apparaissent pas vraiment dans les recherches sur le placebo, comme si leur influence sur le phénomène était inenvisageable. *A contrario*, notre recherche laisse penser que les ARC sont les professionnelles les plus en relation avec les patients et leurs familles, au cours de la période durant laquelle le phénomène placebo pourrait se produire et se prolonger.

Alors [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)¹⁹

qu'en réalité, les médecins chargés du suivi de ces patients ne surveillent que

L'évolution protocolaire de leurs symptômes, les ARC restent en contact étroits avec eux et leurs proches, répondant à leurs inquiétudes et plus généralement aux questions que leur pose précisément le suivi de ces protocoles.

Pour que l'administration d'un placebo produise sur quelqu'un le moindre effet, il faut au minimum qu'une parole ait été prononcée par le prescripteur et qu'elle ait été entendue par le patient. Si la parole du médecin investigateur est requise pour engager le patient dans le RCT, c'est la parole des ARC qui l'accompagne d'un bout à l'autre de l'essai et parfois au-delà. Autrement dit, si cette profession n'existait pas à l'époque de Balint, nul doute qu'aujourd'hui, elle devrait avoir toute sa place lorsque les groupes Balint seront instaurés dans le domaine de la recherche clinique.

« Pour que l'administration d'un placebo produise sur quelqu'un le moindre effet, il faut au minimum qu'une parole ait été prononcée par le prescripteur et qu'elle ait été entendue par le patient ».

Références

- Balint M., 1966, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Payot
- Balint M., 1968, *Le défaut fondamental*, Payot, 1991
- Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology*, 2011 ; 36(1):339-54
- Blease Ch., The principle of parity: the 'placebo effect', and physician communication, *J Med Ethics* 2012;38:199-203 doi: 10.1136/medethics-2011-100177
- Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, Quadrige PUF, 1991
- Hunter P., (2007). A question of faith. Exploiting the placebo effect depends on both the susceptibility of the patient to suggestion and the ability of the doctor to instil trust, *EMBO reports* (2007) 8, 125-128
- Keller P-H., Giroux-Gonon A, Gonon F. Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse. *Evol Psychiatr*, 2013 ;78(2):pages 327-340
- Keller P-H., Grondin O., Tison F., Gonon F., 2016. How Health Professionals Conceptualize and Represent Placebo Treatment in Clinical Trials and how their Patients Understand it: Impact on Validity of Informed Consent, *PLOS ONE*, May 19, 2016 1/17. doi:10.1371/journal.pone.0155940
- Klein E., 2020, *Le goût du vrai*, Tract Gallimard, n° 17
- Miller et al. (2009), The placebo effect: illness and interpersonal healing, *Perspect Biol Med*. 2009 ; 52(4): 518. doi:10.1353/pbm.0.0115.

Remerciements

A François Gonon et à François Tison, CNRS UMR 5293

La méthode Balint

Une pseudo-thérapie productrice d'un développement professionnel et personnel

Gildas Le Bayon

Plan de l'article

Introduction

1 - Quel est le problème ?

2 - La solution de Balint au problème de la psychothérapie médicale.

3 - Les dispositifs de groupe pour la formation balint.

4 - Principes et méthodes structurant la formation balint.

5 - Visée indirecte et effets paradoxaux de la formation balint.

6 - Conclusion

Introduction : La psychologie médicale en question(s)

L'axe de la vie donné le but de la méthode de Michaël BALINT (1896-1970) pour former des soignants, « médecins omnipraticiens » pour la plupart, en vue de leur permettre auprès de leurs patients un « travail psychothérapique ». Cette « psychothérapie en médecine générale » est, dans la méthode de Balint, une fonction non spécialisée, relevant de la pratique professionnelle normale du praticien. Est-il vraiment de cet apparent paradoxe : un geste de soin ordinaire et intégré qui doit cependant, à la demande du praticien, faire l'objet d'une formation particulière ?

Un autre paradoxe de la Méthode Balint, structurel lui, sera abordé et explicité ; comment un dispositif de fonctionnement équivalent sur le plan formel à une structure de soin peut-il générer, au final, non un soin, mais une formation ?

Pour tenter de réduire ces paradoxes, l'auteur s'appuie sur un exposé synthétique de BALINT à propos de sa maturité technique (1954), et en compare les données à plusieurs avancées actuelles de la Méthode de formation qui porte toujours son nom, proposant certains éclairages théoriques pour en expliquer l'efficacité et la fécondité.

1 - Quel est le problème ?

Il est défini d'emblée dans le paragraphe (« Présente situation de la psychothérapie en médecine générale ») qui ouvre la conférence donnée par Balint à Paris en 1954 sur la « Formation des omnipraticiens à la psychothérapie »¹. Le problème réside dans le fait que, selon lui, dans le contexte particulier de l'après-guerre 1939-1945 en Angleterre, « au moins un quart du travail de l'omnipraticien consiste purement et simplement en psychothérapie. Quelques chercheurs élèvent cette proportion à 50% ou même davantage² ». Comment, pour ces médecins, « établir et maintenir une relation thérapeutique convenable », même avec les « cas dits psychologiques » ?

- Les omnipraticiens sont-ils formés pour répondre à cette donnée consubstantielle à leur pratique ?

Non, justement. Balint soutient que « la formation médicale actuelle n'équipe pas proprement le praticien pour un quart au moins du travail qu'il doit accomplir »² n'est-ce pas encore vrai de nos jours, au XXIème siècle ? Et que les médecins, dont « beaucoup (») répugnent à accepter une responsabilité professionnelle de cet ordre », demandent à juste titre de l'aide pour l'exécuter. Cette aide relève d'une formation ad hoc.

² Cette compétence ne s'acquiert-elle pas spontanément par la pratique médicale si elle est partie prenante de son exercice normal ? L'expérience entre en ligne de compte, sans doute, et certaines tournures de personnalité de soignants également. Mais personne n'est détenteur d'un développement professionnel ou personnel originellement complet. Et, dans l'acquisition de celui-ci, ou sa tentative, l'intervention de l'autre humain (personne, groupe) est à l'évidence incontournable, même si le choix de son entreprise reste la prérogative d'une décision personnelle (tous les formés sont

¹ Michael Balint : « Formation des omnipraticiens à la psychothérapie » ; conférence faite à la Société française de Psychanalyse le 25 mai 1954. Publication originale : British Medical Journal, 16 janvier 1954 (vol. I, p. 115). Traduction par Daniel Lagache. Du même auteur : « Le Médecin, son Malade et la maladie », article d'abord puis livre, datent de 1955.

² Citation de Michael Balint, ainsi que toutes les autres citations entre guillemets de cet exposé tiré de la conférence citée, sauf mention contraire.

volontaires). D'où la proposition par Balint d'une formation adjacente à la formation médicale de base.

- Cela anticipe l'idée du dernier Michel Foucault, dans les années 1980, que l'être humain doit devenir « entrepreneur de soi » et qu'il y a ² il y avait déjà chez les Grecs et les Romains, Épicure, Marc Aurèle ou Sénèque, entre autres ² des « technologies de soi » pour cela.

Tout à fait. Dans ce processus, certains ont des talents et des vocations de formateurs ² Balint était de ceux-là ², et d'autres savent judicieusement se connaître le destin d'être formés. Pour Balint, sa conception de la psychothérapie médicale faisait de la formation qu'il en délivrait moins un enseignement qu'**une discipline interactive et réciproque formateurs formés.**

² Il y a les psychiatres et les psychothérapeutes pour réaliser ce travail de spécialistes en psychothérapie.

À ce sujet, la position de Balint, psychanalyste mais primitivement ingénieur et médecin, est particulière. Il dénonce « la collusion satisfaisante («) à la longue décevante ³ » que peut représenter pour les omnipraticiens le fait de se défausser de leurs responsabilités en la matière sur des spécialistes réputés plus compétents a priori qu'ils ne le sont eux-mêmes, médecins, dans ce domaine.

Mais, surtout, Balint semble à la fois récuser la thèse de cette prétendue incompetence spécifique des omnipraticiens, et fonder la psychothérapie qu'il leur recommande d'assumer comme une discipline originale mais normale (c'est-à-dire non spécialisée), de plain-pied avec leur position et leur qualification habituelles de soignants.

Il entend cependant leurs craintes et leurs plaintes, ainsi que leur désir de perfectionnement (« Tout progrès thérapeutique réclame du médecin une nouvelle compétence »), et leur propose son aide sous la forme d'une Méthode de formation. Celle-ci doit leur permettre, à terme, de réaliser de manière plus

³ Plus loin dans le texte, Balint parle de « la collusion et l'anonymat » risquant d'exister entre l'omnipraticien et ses consultants psychothérapeutes spécialistes, survalorisés et sur responsabilisés, toute solution étant plus facile pour le médecin, que « d'observer et de conduire le cas » de son patient difficile, « bien que cette approche préserve et même relève la dignité du praticien ». Pour Balint, le rôle du spécialiste auprès de l'omnipraticien, « face à face come des égaux » («) « est celui d'un assistant expert, non celui d'un *manager*, et encore moins d'un mentor ou d'un maître ».

facile et efficace leur normal « travail psychothérapique » en ayant « **les moyens d'effecWXeU [chez leurs patients] des changements thérapeutiques** ».

Le cadre de cette aide est précis. Balint parle « d'un plan de formation à la psychothérapie dans lequel l'accent a été mis sur l'acquisition d'une capacité personnelle et non sur l'enseignement ⁴ ». Cette formation procure au bénéficiaire une conformation psychique de lui-même nouvelle et durable ; elle n'est pas un surfaçage formel, un simple formatage intellectuel. Dans sa conférence de 1954, Balint revient à plusieurs reprises sur ce point, qui est le principe de base de cette « nouvelle formation ² savoir **déplacer l'acceQW d'enseigner à entraîner** ⁵, en employant les méthodes de groupe ». Formation du médecin, donc, mais non par la médiation d'une psychothérapie personnelle, ni l'apport d'une spécialisation professionnelle complémentaire.

² Comment Balint entend-t-il procéder concrètement ? En quoi cet « entraînement » consiste-t-il ?

L'intention présidant à cette formation originale est limpide ; son explicitation, plus absconse, demande, pour être saisie, travail réflexif et « pratique ! Au total, parlant des médecins en formation, Balint énonce : « Nous avons essayé de ne pas leur enseigner ce que la psychanalyse ou tout autre théorie pouvait leur dire sur le fonctionnement de l'esprit humain ; au lieu de cela, nous avons essayé de les rendre capables d'être assez libres pour sentir et comprendre ce qui se passe entre le patient et eux-mêmes dans leur activité de médecin ». Il s'agit là d'une véritable philosophie de la position et de la pratique médicales.

Le savoir, ou l'accumulation des compétences techniques, ne sont donc pas la solution au problème du travail psychothérapique à assumer, laquelle solution réside dans une certaine acquisition de connaissance de soi et de l'autre, de l'autre et de soi, et de leur interaction soignante.

⁴ Balint parle de « l'atmosphère enseigner-être enseigné » entre spécialistes et praticiens, comme d'une « sorte d'échappatoire » par rapport à la responsabilité incombant au médecin omnipraticien d'assumer la prise en charge de son patient « sans partage et sans limitation ».

⁵ C'est Balint qui souligne.

2 - La solution de Balint au problème de la psychothérapie médicale - *En forçant un peu le trait, peut-on dire que, pour Balint, tout médecin généraliste est donc aussi psychothérapeute ?*

Certainement pas. Balint, psychothérapeute lui-même, sait que la psychothérapie, au sens propre, est un geste technique spécifique. La Méthode qu'il propose² il est formel sur ce point et s'en explique² ne vise pas à transformer des généralistes en spécialistes. Les omnipraticiens formés par lui ne deviennent pas des psychothérapeutes, mais des omnipraticiens capables d'un acte de psychothérapie, capables du « **travail psychothérapique** » qui fait partie de leur pratique habituelle, ce qui est qualitativement d'un autre ordre qu'une séance de psychothérapie au sens classique des choses.

Mais cette forme psychothérapeutique de travail est cependant différente de l'exercice professionnel ordinaire du médecin, qui a « pour objet presque exclusif des évènements objectifs, ou des évènements qui peuvent être aisément exprimés avec des mots ». Par rapport à ces mots, « les évènements qui nous regardent [dans la psychothérapie médicale] sont au plus haut point subjectifs et personnels, souvent à peine conscients ou même entièrement en deçà du contrôle conscient («). Ces évènements existent et, en outre, ils influencent profondément l'attitude individuelle envers la vie en général, et encore plus l'attitude par rapport à « tomber malade », à « être malade », « accepter l'aide médicale », etc. ».

² Malgré tout, ce que propose Balint est destiné à provoquer une évolution chez celui qui en bénéficie, chez le médecin en formation. Alors, à quoi sert cette formation, finalement ? En quoi n'est-ce pas un processus thérapeutique, ou une transmission de compétence spécialisée ?

Insistons sur ce point : la position méthodologique de Balint est claire : il ne cherche pas à soigner les praticiens, ni à en faire des psychothérapeutes, au sens de spécialistes particuliers de la discipline psychothérapique. Avec un souci constant de distinction des genres, il conçoit et façonne graduellement sa Méthode de formation pour amener les omnipraticiens à être des soignants compétents pour leurs patients dans le domaine de la psychothérapie généraliste (non spécialisée) ; tout cela, mais seulement cela.

Pour lui, Balint, l'agir psychothérapique est bien une prérogative naturelle
du **BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020**²⁵

soin médical et sa mise en œuvre une partie intégrante de cette vocation. C'est la base de la notion bien connue de « médicament-médecin » signifiant que c'est d'abord lui-même, physiquement et psychiquement, que prescrit le médecin à son malade⁶.

À noter que Balint n'invente pas un mot particulier, comme il l'a fait à propos d'autres notions⁷, pour spécifier ce qu'il s'applique à faire advenir chez les médecins en formation. On peut avoir le sentiment que ce néologisme fait défaut, ou prêter au psychanalyste qu'était Balint la volonté de conserver celui de « psychothérapie », même au prix de l'ambiguïté. On peut également y voir une illustration de la réputation de liberté « hongroise » avec le cadre psychanalytique qu'avait Balint, à l'instar de l'esprit de souplesse (pour la formation et les contrôles) attribué à l'École psychanalytique de Budapest et à son mentor de l'époque, Sándor Ferenczi, dont Balint a été l'analysant, le collaborateur et ami, l'exécuteur testamentaire et le continuateur.

2 Une formation, c'est au minimum un vécu partagé, une expérience en commun.

Pour parvenir à cette compétence changée, ou révélée en eux, ces omnipraticiens devaient² doivent toujours aujourd'hui² faire « l'acquisition d'une **nouvelle technique**⁸ et non l'acquisition de quelques théories et faits supplémentaires ». Selon quelle méthode ? Au cours de sa carrière de formateur, Balint en mettra au point plusieurs moutures, qu'il dénomme « expériences d'enseignement⁹ », avant qu'elles ne deviennent la Méthode Balint que nous pratiquons toujours aujourd'hui et qui est par ailleurs sensiblement différente sur le plan formel suivant les Écoles, les Sociétés savantes et les pays.

⁶ « La personnalité du médecin exerce souvent plus d'effet sur le malade que le médicament prescrit » (S. Ferenczi, 1936).

⁷ Par exemple : Ocnophile (qui se cramponne à du solide) ; ou philobate (qui se sent à l'aise dans la prise de risques), Michaël Balint : « Les Voies de la Régression ».

⁸ C'est nous qui soulignons

⁹ Du niveau atteint en 1954, Balint dit : « La technique ici décrite est encore dans son stade expérimental, c'est-à-dire brute et rugueuse. Nous en sommes pleinement conscients et nous

avons décidé d'en accepter les risques. Notre premier souci a été de développer une technique rentable pour une bonne proportion de médecins intéressés, afin d'éprouver qu'une telle technique de formation est possible ».

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020²⁶

² Qu'est-ce qui caractérise cette « nouvelle technique » ? Quel résultat obtenu signe-t-il essentiellement son acquisition ?

Un « changement d'attitude » dans la pratique médicale, correspondant lui-même à « **un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin** »² Balint dit bien : « personnalité », et non « compétence professionnelle ». Pour cette nouvelle manière d'exercer son métier, c'est bien à l'homme, qui va la détenir et la mettre en jeu sous la forme d'une « nouvelle technique », que s'adresse la formation proposée par Balint. Sans elle, le médecin est contenu dans les limites d'une compétence médicale de base, traditionnelle ; avec elle, il est complété dans sa puissance à être pour l'autre le soignant complet qu'il est potentiellement. Il n'y a pas là surqualification médicale d'un médecin non spécialisé, mais mise à sa disposition d'une qualité humaine latente chez lui comme personne ayant choisi d'exercer une fonction soignante de médecin.

² N'est-ce pas seulement l'apprentissage d'une idée, d'un outil relationnel, d'un moyen clinique nouveau et original ?

Non, c'est **une acquisition plus foncière**, car « la personnalité du médecin joue un rôle important dans toute thérapie ». Et « la technique de chaque membre [du groupe en formation] est une expression de sa personnalité ». Impossible de toucher à l'une sans modifier l'autre ; de parfaire la compétence au travail psychothérapique, sans retentissement sur l'organisation personnelle de celui qui l'acquiert.

D'ailleurs, reconnaît Balint, en analysant la raison d'être de certains « abandons » (Balint parle de « mésaventures ») par des membres du groupe de formation, « la psychothérapie, de la même façon que la chirurgie, n'est pas à la portée de chacun ». Le prononcé par le « chef de groupe¹⁰ » de la pertinence d'une telle formation pour un médecin donné peut être un choix délicat. Mais c'est la conduite de ce groupe en formation par la ou les personnes « chef de groupe » qui compte principalement pour la sécurité et le bénéfice de ses membres. Nous développerons ce point plus loin.

¹⁰ L'expression, employée par Balint lui-même ² ironiquement ? ² semble s'accorder de manière peu heureuse avec l'esprit de la position, plus horizontale sinon égalitaire, qu'il préconise pour l'animateur principal (ou les deux animateurs) du groupe des médecins en formation. (Voir note 3).

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020²⁷

- Le mot et la notion de « changement » reviennent sans cesse dans les propos de Balint à propos de cette « nouvelle technique ». Qu'est-ce qui constitue de manière spécifique ce, ou ces, changement(s) ? Ce qui résume le mieux l'esprit et le fait humain de ces changements est la définition suivante, que Balint exprime de manière lapidaire : c'est « **une forme « d'écoute»** » nouvelle rendue possible par l'entreprise et la pratique durable de cette formation.

En effet, la transformation réalisée par ces changements dans la mentalité (structure, activité) du formé, répond à l'aide possible à fournir au médecin pour une évolution dans sa pratique même, définie par cette possibilité de « nouvelle écoute » : « Le médecin doit découvrir en lui-même une aptitude à écouter de ses patients des choses qui sont à peine dites, et, en conséquence, il commencera à écouter en lui-même la même sorte de langage ». Balint attribue en effet la même source intérieure chez le médecin et chez son patient à « ces événements qui surviennent tout le temps dans l'esprit de chacun », éventuellement perturbants. Cette source, il la désigne par l'expression de « patterns automatiques ¹¹ » et il définit clairement ce que doit être le but de la formation proposée : c'est dans la mesure où le médecin acquiert une conscience et « au moins un certain degré de liberté » par rapport à ses propres patterns automatiques qu'il sera en mesure de porter attention à ceux de ses patients. « Le jeu de ses deux ensembles de patterns, si et comment ils « accrochent », détermine dans une large mesure l'efficacité de tout traitement ». La double scène de la psychothérapie médicale, individuelle (les réalités intérieures du médecin et celles de son patient) et partagée (l'espace-temps commun de la consultation), est le lieu qui donne à vivre ce jeu thérapeutique là.

² **Une double « forme d'écoute » nouvelle, alors. La formation est un entraînement à un travail de découverte et d'écoute de soi d'abord, pour pouvoir écouter l'autre dans le partage de la relation de soin.** Oui, mais ce ne sont pas deux sortes d'écoute différentes. Le médecin est appelé à

s'écouter et à s'entendre lui-même de la même manière qu'il va tenter

¹¹ « Ces patterns presque automatiques («) ont leur origine surtout dans l'enfance, mais («) ont subi l'influence d'expériences émotionnelles ultérieures. » (Balint)

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020²⁸

d'écouter et entendre son patient, avec l'idée implicite que ces écoutes jumelles opèrent en même temps, dans le même acte unitif soignant-soigné ¹². C'est un « changement d'attitude passablement difficile » parce qu'il est inhabituellement intime et subjectif ² le médecin est plus familier du registre altruiste et objectif ² et parce que les échanges sont véhiculés par la matière subtile, glissante, incertaine, de l'à-peine-dit, en soi-même et chez l'autre «

² On voit là ce qui donne son ambiguïté et sa puissance au mot « psychothérapie » pour désigner l'acquisition de cette « nouvelle technique ». Cet écart, cette distanciation qui résultent d'une attitude intérieure nouvelle, tant vis-à-vis de soi pour le médecin que vis-à-vis de l'autre, son patient présent, s'apparente beaucoup à la position technique prêtée aux psychothérapeutes ou aux psychanalystes attentifs au transfert et au contre-transfert dans la relation. Ne pourrait-on pas dire que Balint, dans cette « nouvelle technique », installe les médecins praticiens en thérapeutes d'eux-mêmes, d'abord, pour qu'ils puissent être thérapeutes, ou psychothérapeutes, des autres ensuite ?

Peut-on dire cela ? Balint propose aux formés d'opérer un dédoublement intérieur, en quelque sorte. Il invite les médecins praticiens qu'ils sont à **se prendre en compte eux-mêmes d'abord en tant que personne**, à être comme les premiers patients ou interlocuteurs de leur clientèle. Rien de plus que cet écart intérieur-là, cette distanciation consciente et volontaire marquant une différence par rapport à leur façon habituelle de soigner, c'est à-dire la focalisation première sur l'autre, leur patient, objective et scientifique. L'acte de psychothérapie médicale selon Balint est un positionnement intellectuel simple et conscient dont il est demandé au médecin en formation d'acquiescer le réflexe.

S'il s'agissait d'une thérapie, ferait-elle penser à l'autoanalyse ¹³ ? On verrait mal Balint, freudien original mais de pratique classique, en exploiter la forme

discutable ou dépassée. Cette attitude mentale nouvelle du médecin

¹² Le médecin se « prescrit » globalement au patient, mais, à l'inverse, le patient ne se prescrit-il pas lui-même au médecin qu'il s'est choisi et persiste à rencontrer ? Sont à l'œuvre, ici, la liberté et la disponibilité d'elles qu'on trouve dans la relation humaine fondamentale.

¹³ Invention et pratique freudiennes des tout débuts de la psychanalyse, que Freud lui-même a graduellement désinvestie sans jamais la désavouer totalement.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020²⁹

recherchée, n'entre ni dans l'intention, ni dans la forme pratique de ce geste psychanalytique qui serait ici déplacé. Nous verrons plus avant le bénéfice réel et naturel que Balint attend de sa Méthode, pour le formé comme pour le formateur.

² ***Peut-on soutenir alors que ces groupes balint de formation sont dépourvus d'effet thérapeutique sur ceux qui les pratiquent ?*** Eh bien non, c'est un des paradoxes de ladite Méthode ! Il est possible qu'elle procure occasionnellement ce qu'elle ne tendait pas à obtenir. Mais il est important de saisir pourquoi (la raison théorique) et comment (le dispositif concret de sa mise en œuvre) le balint peut procurer à ceux qui le pratiquent des effets thérapeutiques apparents. Ceux-ci signalent en fait un changement structurel ou développemental de leur personnalité, **une avancée évolutive identitaire**. Cette obtention est indirecte, si l'on peut dire, produite par déplacement (ou bénéfice secondaire) de la visée formative professionnelle qui reste le but mis en avant de l'entreprise telle que l'a construite Balint. Pour ceux qui assurent cette formation, les animateurs, être dans le juste esprit Balint, c'est soutenir le paradoxe d'obtenir un « changement » pour les formés sans l'inculquer intellectuellement (enseignement) ou affectivement (thérapie), mais en l'induisant par sa mise en œuvre pratique partagée.

Le projet formatif balint représente donc un paradoxe formel : son dispositif concret (animateurs psychanalystes, disposition des participants, déroulement de la séance de groupe) est évocateur d'une thérapie psychanalytique, mais sa finalité fonctionnelle s'en distingue. Le but n'est pas le soin des participants, mais le remaniement promotionnel de leur compétence et par voie de conséquence de leur personnalité ; et le moyen d'y parvenir, c'est l'expérience égalitaire et groupale d'une parole librement partagée à propos d'un cas clinique.

Le balint n'est qu'un simulacre de psychanalyse ¹⁴. L'exposé par la parole du

domaine personnel est interdit à chacun (« confidentialité vis-à-vis de soi »). La formation balint n'est pas une opération thérapeutique de correction ou de

¹⁴ Sigmund Freud : « La psychanalyse est née d'une carence de la science médicale, du besoin de venir en aide à des hommes souffrant de maladies nerveuses et auxquels [les soins médicaux] ne pouvaient apporter l'apaisement » (« Avant-propos à Theodor Reik / Problèmes de psychologie religieuse », 1918).

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³⁰

réparation psychiques, mais l'entreprise d'un « **changement** » **évolutif dans l'RUdUe du développement professionnel et personnel** pour celui qui en suit la pratique.

Aujourd'hui, pour ne pas rester dans l'à-peu-près ou risquer de leurrer, il faut affirmer nettement les choses. Si la théorie et la pratique balint forment bien des soignants et les font progresser, elles ne soignent personne. Et ce serait une erreur ou même une faute méthodologiques que de les utiliser directement à cette fin, si naturelles et tentantes qu'elles puissent être, en particulier pour ceux des animateurs de groupe qui sont par ailleurs, hors balint, des psychothérapeutes et formateurs professionnels.

2 Pourtant la méthode semble connue pour avoir une incidence thérapeutique sur les soignants, même « indirecte », et y fonder une partie de sa valeur et de sa réputation

Pourquoi pas ? Qui peut dire, même pour soi, quelle relation humaine est thérapeutique ou ne l'est pas ?

Mais il faut prévenir que cet effet dans le balint, non recherché directement, se révèle à l'expérience variable et aléatoire. Il peut même être éprouvant ou menaçant dans son ébauche ou son incomplétude en fonction des individus. Pour certains soignants en formation, cet effet de mordantage thérapeutique pourrait faire parler de contretemps, voire de dommage collatéral, pour ce « bénéfique » thérapeutique douteux ou, au moins, provisoirement difficile et pouvant appeler corrélativement à d'autres prises en charge.

Balint le premier, psychothérapeute avant tout, avait compris les dangers de jouer avec ce feu-là. Il rapporte la survenue d'éventuelles difficultés au cours de la formation (« tendance à l'isolation, irritabilité ») comme des signes de « résistance » au changement dans la situation de groupe. La survenue de trop de crises, ou au contraire leur absence caractérisée, doit appeler la vigilance et l'intervention du « chef de groupe » pour la gestion adéquate de ces

phénomènes de transfert et de contre-transfert.

Quel est **le rôle de ce chef de groupe** ² ou des deux responsables s'il s'agit d'un couple d'animateurs ? Il est de « créer [dans le groupe] une atmosphère de liberté émotionnelle et d'amitié ». C'est grâce à la « condition préalable («) d'une telle atmosphère » que chacun pourra atteindre « le courage de sa propre bêtise ». Cette « bêtise » veut dire que le médecin traitant se sent « libre d'être lui-même avec son patient » (comme il se sent libre avec ses collègues en formation). Si, parvenir à ce point de réalisation requiert « sans aucun doute [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)³¹

une tension et un effort, le résultat est presque toujours un élargissement des possibilités individuelles et une meilleure saisie des problèmes ».

² Quid de la formation balint des soignants, au total ?

Nous aboutirons plus loin à une hypothèse sur ce qu'est, du fait de cette formation, l'aboutissement graduel à cette nouvelle situation dans sa réalité professionnelle et intérieure pour le médecin en acte.

Ni enseignement intellectuel ¹⁵, ni thérapie psycho-affective, cette nouvelle situation psychique, au sens de localisation différente du Moi conscient dans l'intériorité de la psyché, définit selon Balint la solution du problème de formation au travail psychothérapique comme l'organisation de l'accès, pour le soignant, à **un état plus avancé dans son développement personnel**, donc aussi, conjointement, dans sa capacité professionnelle.

Résumons-nous : Balint, finalement réticent à enseigner la psychothérapie après plusieurs essais plus ou moins infructueux ¹⁶, révèle graduellement par sa Méthode chez le médecin une **compétence innée** à produire un travail psychothérapique au bénéfice de son « patient avec des complications psychologiques » ; et il le fait par le moyen d'une formation pratique de groupe génératrice d'un « changement ». Mais alors que ce « changement » paraît ne viser que l'exercice professionnel d'un acte (la psychothérapie du patient), il obtient une transformation personnelle du soignant, « considérable » même si elle n'est que « limitée ». S'appuyant sur le cursus de la formation balint, le médecin devient capable d'une « nouvelle écoute » de lui-même et de ses patients et d'un surcroît de « liberté » révélateur de l'accroissement de sa compétence professionnelle et de sa (re)prise de développement humain et personnel.

² Ce qui invite à étudier cette formation sous trois angles : le dispositif technique du travail de groupe (setting) ; les principes et méthodes

structurant la pratique des séances (grands et petits groupes balint) ; et la compréhension des effets paradoxaux produits chez les membres

¹⁵ L'expérience des « cours de psychothérapie pour omnipraticiens » dispensés par la Tavistock Clinic pendant plus de vingt ans, par exemple, « a montré l'efficacité limitée de « l'enseignement » de la psychothérapie. » (Balint, op. cit.)

¹⁶ La théorie, disait Freud, « c'est comme lire le menu pour les affamés » (cité par Michelle Moreau-Ricaud, in « Le Coq-Héron » n° 238 : Balint et le groupe Balint, Éditions ERES, 2019).

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³²

participants pour leur bénéfice évolutif professionnel et personnel.

3 - Le dispositif de groupe pour la formation balint.

- Similitudes et différences actuelles par rapport au dispositif préconisé par Balint en 1954¹⁷ ?

Pour l'essentiel, les dispositifs tels que nous, A.F.B.¹⁸, les mettons en œuvre, sont formellement semblables aux siens, mais de pratique nettement moins intensive.

Pour Balint, en effet, « la conférence hebdomadaire d'étude de cas est la pierre angulaire de notre plan ». Dans l'année, il y en a 10 à 12 par trimestre, pendant trois trimestres sur quatre, pour des groupes de 6 à 8 médecins. En plus, à chacun des médecins en formation qui le demande est proposé « le contrôle individuel de ses cas² c'est-à-dire environ une heure de discussion privée par semaine. »

À l'A.F.B., n'est pas organisé de contrôle individuel des cas pris en charge, mais chaque membre du groupe peut, après la réunion de celui-ci, demander aux animateurs un entretien à finalité d'aide professionnelle immédiate. Chez Balint comme à l'A.F.B., une option commune prévaut : « Pas d'enseignement théorique ».

Dans notre organisation A.F.B. actuelle, nous distinguerons les groupes de formation de deux manières : Grands-Groupes (G-G) lors des séminaires discontinus ; et Petits-Groupes (P-G) pendant ces mêmes séminaires, et surtout pour la formation pratique continue loco-régionale.

Les G-G associent 2 structures : un rassemblement central restreint d'environ

7 personnes habituellement dénommé Petit-Cercle (P-C), comprenant les 2 animateurs et le Présentateur du cas étudié ; et, autour du P-C, le grand groupe lui-même (G-G) composé d'environ 20 à 35 médecins ou autres soignants (Internes, Psychologues) praticiens ou invités en observateurs. **Les animateurs** de la séance de formation balint en cours sont au nombre de

¹⁷ Michael Balint, (op. cit., note 1). Cette conférence représente une heureuse synthèse de dix années de formation-recherche (« training cum research ») en compagnie d'Enid Albu-Balint (social case-workers, 1945), son épouse, et de nombreux collaborateurs et consultants (pout les médecins en contrôle individuel de cas).

¹⁸ A.F.B., Association Française Balint, 11 square de Clignancourt, 75018 Paris. Années

2000. [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)³³

2, généralement une femme et un homme, de formation psychanalytique, mais pas nécessairement médecins ou analystes eux-mêmes. Ils ont la responsabilité de conduire le déroulement de la séance en y faisant régner la règle du jeu, (ré)annoncée préalablement, de la Méthode de formation balint. Notamment, ils ont la tâche de distribuer le micro dans lequel chaque intervenant doit nécessairement parler et qui leur revient après chaque intervention individuelle.

La séance étant ouverte par la prise de parole de ces animateurs, la première action de ceux-ci consiste à constituer le P-C par l'invitation faite à ceux qui le désirent à venir les rejoindre et occuper les sièges, vacants en début de séance, au centre de l'assemblée. Il est convenu que la séance de travail ne peut commencer qu'une fois le P-C constitué, étant donné sa place dans la dynamique globale et sa forte charge symbolique : il est le lieu d'incarnation du désir du Groupe pour une action de formation. C'est au sein du P-C, et avec l'approbation donnée des animateurs, que peut s'exprimer le projet d'un de ses membres, le Présentateur, d'exposer un cas clinique lui faisant problème (que Balint appelle « un cas psychologique »), récit qui sera repris par le travail de parole du P-C préférentiellement et celui du G-G entourant celui-ci ensuite.

La séance de travail en G-G dure 1 heure $\frac{1}{4}$; à l'issue de celle-ci, le P-C se dissout et rejoint, à l'exception des 2 animateurs, les membres du G-G. Après une pose d'1/2 heure, une seconde séance de travail est enchaînée, selon les mêmes modalités que la première, pour clore la matinée. Une réunion d'étude technique rassemblant tous les animateurs et organisateurs du Séminaire suit ces deux séances de travail balint pour leur commentaire et leur élaboration. **Les P-G se** déroulent selon le même protocole que les G-G, à l'exception du P

C¹⁹ qui n'y est pas mis en place. Les P-G sont constitués de 8 à 12 membres et se réunissent, avec 2 animateurs, pendant 1 h.30 à 3 heures. À deux reprises au cours des 2 jours habituels des séminaires sporadiques ; et environ une fois par mois, une dizaine de mois par an pour la formation continue.

Ces P-G peuvent fonctionner dans les mêmes conditions sous la forme particulière de psychodrame balint²⁰.

¹⁹ Le Petit-Cercle fera ultérieurement l'objet d'un exposé à part, dans un esprit de recherche centrée sur son originalité d'instance et sa fonctionnalité particulières.

²⁰ AIPB, Association Internationale de Psychodrame Balint, 62 rue Charlot, 75003

Paris. [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)³⁴

Par rapport à la question de la formation, il faut se souvenir que Balint, quand il animait des formations comme à Sils Maria (Suisse) dans les années 1965-1970, concentrait son animation sur un Petit Groupe rassemblé au milieu du Grand Groupe, ce dernier restant pour l'essentiel passif, plus spectateur qu'intervenant même si la prise de parole, rare dans ses rangs, ne lui était pas interdite²¹.

Cela autorise deux conclusions. La première, c'est que c'était bien avec le P-G central que Balint faisait un travail de formation. La seconde, c'est que la formation valait aussi pour les participants du G-G, venus à la session dans ce but, et n'ayant d'autre ressource dynamique que de s'identifier au Présentateur du cas, au Petit-Groupe l'entourant et à Balint lui-même²².

Cela donne à penser que le P-C de nos formations actuelles en séminaires discontinus, quoiqu'en place identique au P-G animé autrefois par Balint, s'en distingue sensiblement sur le plan fonctionnel. Il semble possible de se représenter notre P-C actuel comme un vestige de ce Petit-Groupe autour de Balint, enchâssé dans un Grand-Groupe qui n'avait ni la mission active, ni l'accès libre à la parole pour intervenir dans la séance qu'il a désormais. Comme si l'accent avait été mis, dans la modernité, sur l'implication formative du Groupe, dont chacun des membres est partie prenante, de manière égalitaire et incitative, au perfectionnement professionnel et au jeu dramatique identificatoire qui se déroulent en son centre et au bénéfice de tous.

² Par rapport à l'époque de Balint, ce qui aurait changé, notamment pour les G-G des séminaires épisodiques, c'est le nombre et l'implication des membres en formation. De ce fait, le but de cette formation reste-t-il

le même ?

Les modifications survenues dans l'organisation méthodique de nos formations balint modernes ont pour fin de conserver en l'élargissant ² peut être au détriment de son intensification ² l'esprit de la formation fondée par Balint. Cette formation actuelle, qui porte toujours son nom à juste titre, n'est pas devenue en particulier une thérapie individuelle et/ou de groupe menée

²¹ Renseignements et témoignage fournis par Mesdames les Docteurs Simone Cohen-Léon et Claude Canet-Palaysi, psychiatres-psychanalystes (Paris, 2019).

²² [Dans une forme ultérieure], « l'animation du grand groupe du matin [sera] confiée chaque jour à un couple différent. L'effet de transfert sur ce couple, si important dans notre dispositif [A.F.B. actuel], était donc presque absent » (Simone Cohen-Léon)

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³⁵

par un couple d'animateurs psychanalystes, ce qui l'aurait réduite à n'être dès lors qu'un avatar de la psychanalyse. L'actuelle formation, directement héritée de Balint, originale et spécifique, est restée un entraînement et un encouragement procurés à chaque formé en vue de quitter le confort relatif de sa position professionnelle et développementale présente pour un état plus avancé de celle-ci, soutenu et validé par l'assentiment et l'aide du groupe en formation, Petit ou Grand.

Dans tous les cas, hier avec Balint et aujourd'hui avec la pérennisation de sa Méthode, Il est capital de garder à l'esprit que le fil conducteur de cette formation, ce qui donne son sens au travail narratif et aux modifications personnelles qui s'y opèrent, c'est la compétence professionnelle du médecin, sa facilitation et son perfectionnement.

Enfin, on doit souligner que faire une telle formation, pour un soignant, c'est prendre un risque calculé, engager sa confiance personnelle par rapport à un processus groupal puissant en raison du fait que celui-ci est réputé se dérouler dans un climat moral empreint de prudence, de respect et d'équanimité. **La dimension éthique de la responsabilité** des animateurs et la légitimité de leur pouvoir reposent sur la maîtrise et la gestion des forces psychiques et symboliques mises en jeu dans cette formation balint. En particulier par rapport au fait que l'état de détresse potentiel (« l'hilflosigkeit » freudien) dont le Présentateur ² et tout le Groupe par identification à lui ² a jugé bon de prendre le risque représente « le prototype de la situation traumatique génératrice d'angoisse » ²³ pour un adulte. L'intervention des animateurs est donc de parer à la possible situation de souffrance excessive du

Présentateur, ainsi que de permettre malgré tout que se déroule favorablement le récit du cas rapporté, et que s'élabore en réponse le néo-récit du reste du Groupe.

4 - Principes et méthode structurant la formation balint

2 Étant donné le setting opératoire défini, quelles sont les règles et les fins qui président à sa mise en action ?

Qu'il s'agisse de G-G ou de P-G, la séance de formation commence par l'exposé premier du Présentateur qui fait donc **le récit** du cas qu'il s'est choisi, en se conformant à certaines règles. En particulier, il s'agit d'un cas dont la prise en

²³ J. Laplanche et J. B. Pontalis ; in « Vocabulaire de la Psychanalyse » (P.U.F., Paris-

1967) [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)³⁶

charge est en cours, ce qui répond à la double exigence de Balint que « l'omnipraticien conserve le contrôle plein et entier de ses patients » et qu'il « doit continuer à exercer pendant toute sa formation ».

A la fin du premier jet du récit, signifiée par les animateurs avec le consensus du Présentateur, la parole est donnée au Groupe pour un commentaire et/ou un questionnement de ce récit, parole dont les interventions successives, avec (ou sans) les réponses du Présentateur, vont élaborer graduellement un **néo récit** du cas clinique présenté.

C'est le rapport personnel du Présentateur à ce néo-récit, rapport non seulement terminal, mais continu tout au long de son élaboration, qui signe le caractère effectif de la Méthode de formation à cette phase. Le philosophe Paul Ricœur (1913-2005) propose (on le verra plus loin) une théorie pour saisir cette effectivité et comprendre en quoi le Présentateur le premier, chacun des membres du Groupe ensuite par identification à lui, en retire une avancée de développement personnel par un effet « d'identification narrative ²⁴ ».

2 Balint insiste-t-il sur les formes à donner concrètement à l'enseignement qu'il préconise ?

Oui, et Balint se montre même soucieux de préciser et de nuancer certaines de ces formes. Par exemple, alors qu'il est rigoureux sur l'agencement des « séances d'étude de cas » et sur leur fréquence ² qui peut paraître intensive

sinon excessive, par rapport à nos normes de formation actuelles, comme déjà noté ²⁴ Balint recommande a contrario de « ne pas se précipiter » pour tenter d'obtenir la transformation recherchée chez les formés. Puisqu'il s'agit de l'opération délicate d'introduire « un changement dans la personnalité » du soignant, toute violence et toute précipitation sont proscrites. Cette opération « réclame du temps et il est impossible de l'accélérer ». Balint attribue à des erreurs de « timing » (« une formation trop peu souple et trop exigeante ») la raison pour laquelle un certain nombre « d'inscrits » abandonnent la

²⁴ Paul Ricœur : « Temps et récit » (1963). L'auteur y établit que l'expression linguistique et la narration littéraire jouent un rôle essentiel pour le sujet dans la constitution de soi et la compréhension des autres. Les êtres humains, dit-il, sont des êtres de récits, qu'ils élaborent dans les différents plans de la société qu'ils habitent afin d'y trouver leur place et d'y fonder leur identité.

À quoi fait écho le propos du philosophe contemporain Francis Wolff : « Il n'y a pas d'identité sans récit. Toute identité est narrative. » (2020)

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³⁷

formation, ce qui ne se produit pas « si la distribution dans le temps est convenable. »

Autre aspect : **la formation ne peut se faire sur des cas théoriques, abstraits**, ce qui explique peut-être la portée expérimentée comme limitée des « cours d'enseignement » sur le mode intellectuel classique. « Une nouvelle technique matérielle ne peut être apprise qu'au contact des problèmes dans une situation réelle («) L'omnipraticien doit se servir de son expérience courante à lui comme base de l'apprentissage de la nouvelle technique ». Balint développe son argumentation en précisant : puisqu'il est impossible, même comme simple témoin, d'introduire un tiers dans cette relation de travail psychothérapique médecin-patient, ce qui « changerait dans son essence cette situation », « le matériel sur lequel toute la formation doit reposer est le compte rendu de ce qui est arrivé dans l'entrevue du praticien avec le patient ».

- Le récit premier du Présentateur de cas devant le Groupe est le type même de ce « compte rendu ».

En effet, puisque c'est le récit d'un de ces colloques singuliers praticien patient à propos duquel le Présentateur ressent le malaise d'un défaut d'accomplissement ou de compréhension, et demande l'aide du Groupe pour dépasser ce point d'achoppement.

Le Groupe fonctionne alors à la place qu'occupaient initialement les commensaux de celui qui prenait la parole pour faire le récit en question dans les « cours » dispensés par Balint et ses assistants dans le premier temps de la mise en place de ces « formations ». La place de ces formateurs pionniers est occupée aujourd'hui par les animateurs et le Petit-Cercle qui les entoure, ou par le Groupe lui-même. C'est là redire clairement que la fonction et la responsabilité de ceux-ci (animateurs et participants) vis-à-vis du Présentateur sont, selon le projet commun initialement convenu, de formation et non de soin.

Également, Balint revient à plusieurs reprises sur l'atmosphère adéquate du Groupe pour que s'y acquiert la formation recherchée. « Les erreurs, les méconnaissances et les limitations de chaque membre » au cours du travail en commun, ne deviennent supportables et bénéfiques que « s'il y a une bonne cohésion entre les médecins du groupe ». C'est l'une des fonctions principales des « leaders » que d'y veiller. Ce qui ne veut pas dire confiner cette atmosphère dans un climat lénifiant ou auto-approbatif, qui serait inducteur

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³⁸

de stérilité formative. Non plus que le contraire : ne pas respecter, sous prétexte que « la technique de la psychothérapie engage la personnalité avec quelque profondeur », « une défense sensée [de quelques médecins] contre le viol sans permission de leur vie mentale », car « le danger » serait alors « **la dégénérescence du groupe en thérapie pure et simple** ». Enfin, il y a lieu de considérer que « la bonne méthode » de formation est celle qui « ouvre aux médecins les possibilités de découvrir par eux-mêmes » comment traiter les problèmes de leurs patients en étant « capables d'être assez libres pour sentir et comprendre ce qui se passe entre le patient et eux mêmes dans leur activité de médecin. » Pour arriver à ce résultat, « il est préférable de laisser le médecin faire ses erreurs, peut-être même de l'y encourager, et non d'essayer de les empêcher. » Toujours, préféré à l'enseignement par autrui, « l'encouragement à expérimenter » pour chaque médecin, sur la base de son expérience propre et de celle de ses collègues de formation, à quoi l'entraîne de se risquer par soi-même à faire « **un pas vers un degré supérieur** ²⁵ de liberté et d'habileté »

² Il y a, dans la formation balint, le déroulement d'une temporalité. Dans sa mise en œuvre comme dans l'acquisition de ses bénéfices, un déroulement de temps semble indispensable, qui interroge la notion psychanalytique d'après coup. Celle-ci intervient-elle ?

On pourrait dire de la formation balint qu'elle est l'après coup de la révélation à un sujet des limites de sa complétude développementale personnelle par une difficulté professionnelle rencontrée. La situation de la formation balint dans son parcours professionnel serait ainsi une métaphore de la situation du sujet dans sa construction de personnalité, par définition indéfinie et infinie ; travailler sur la première, c'est s'atteler de manière co-extensive au progrès de la seconde. En ce sens, l'après coup temporel dans le domaine professionnel est en correspondance avec un « avant coup » biographique dans le domaine personnel.

A noter qu'il peut se faire que l'exposition par le Présentateur du cas clinique qu'il a choisi peut représenter, en fait, pour ce Présentateur, la première mise

²⁵ C'est nous qui soulignons.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020³⁹

en mots véritable du problème à la fois professionnel et implicitement personnel qu'il constitue.

- Au crédit d'une théorie psychanalytique explicative de la Méthode balint, le concept « d'après coup » peut-il être retenu pour interpréter le mécanisme à l'œuvre dans le travail du groupe balint, cette réalisation en deux temps d'une prise de conscience clinique ?

C'est tentant de le penser, mais ce mécanisme est-il un déterminant spécifique de l'effet balint, ou bien l'effet balint, comme phénomène psychologique général, n'est-il qu'un exemple, une métaphore de l'après coup ? Est-ce la dynamique temporelle qui est essentiellement en jeu dans la formation balint, et en quoi ? C'est douteux.

Il est vrai que Freud fait un emploi fréquent de cette notion d'après coup à propos de sa conception de la temporalité et de la causalité psychiques. L'après coup fait référence à l'idée freudienne que les choses significatives pour le psychisme s'accomplissent en deux temps : elles sont d'abord perçues, puis saisies. Leur trace première, souvent inconsciente, doit être retracée pour être élaborée consciemment et n'est pas comprise sans cette élaboration consciente ²⁶. Le récit du Présentateur serait-il un premier temps, et le néo-récit du

Groupe un second temps ? Il y a des différences entre les deux séquences, celle du processus analytique et celle de la formation balint.

Pour Freud, la construction mentale du sujet n'est pas un processus linéaire unique et rectiligne, mais, si l'on peut dire, une circularité multiple à renouvellement permanent (comme la mémoire). Les événements passés sont sans cesse repris par le sujet dans un remaniement qui en transforme le sens et l'efficacité dans son économie psychique inconsciente et consciente. Freud parle (à Fliess) de « réorganisation », et même de « réinscription ».

Ces dénominations n'ont que des similitudes formelles avec ce qui est en jeu dans le balint, entre une interprétation passée (le récit du Présentateur) et une réinterprétation actuelle (le néo-récit qu'en propose le groupe des

²⁶ La pendule comtoise, qui sonne les heures et double cette sonnerie quelques instants plus tard, en est une illustration concrète et vécue. Semi-attentif lors de la première sonnerie, doutant de l'exactitude de son compte, on peut s'interroger sur l'heure sonnée ; jusqu'à la seconde sonnerie qu'on écoute cette fois l'attention en alerte pour s'assurer qu'on avait bien ² ou mal ² entendu la première fois. Comme les horloges comtoises, et certains facteurs, l'inconscient sonne toujours deux fois !

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁴⁰

participants). La raison de ce changement interprétatif est que ce récit, pour des raisons liées à la problématique personnelle du Présentateur et à son « droit à la bêtise » dans la relation professionnelle de soignant, n'ait pas « pu pleinement s'intégrer dans un contexte significatif ²⁷ ». C'est ce défaut qui constitue l'épine irritative du cas et la motivation du Présentateur à l'exposer, dans le projet risqué et l'espoir d'une conception textuelle mieux assimilée et psychiquement plus silencieuse.

² L'après coup ne semblerait-il pas fonctionnellement le mécanisme central expliquant le déroulement de la formation balint ? Ce pourrait être le cas si le balint était une thérapie au lieu d'être une formation. Se rajouterait même une coïncidence en faveur de la centralité de cette notion d'après coup : le lien de ce « travail de mémoire » (Freud) avec le refoulement, mode de défense pathologique, et le retour du refoulé, le tout dans un contexte de maturation sexuelle quand l'opportunité nouvelle d'un développement de personnalité a été obtenue par une maturation organique et/ou des événements interhumains nouveaux. Mais cette intention thérapeutique n'est pas l'objet spécifique de la démarche balint. Ce qui contribue à faire renoncer à l'hypothèse « thérapie » pour la formation balint, et y relativise du même

coup l'importance structurelle de l'après coup au sens psychanalytique, c'est **la polarisation temporelle différente** de ces deux modes de « changement » personnel (psychanalyse et balint). Dans la thérapie analytique, la dynamique d'évolution est d'abord rétroactive, du présent vers le passé (puis du passé vers le présent). Dans la formation balint, la polarisation temporelle est inverse : la dynamique évolutive s'inscrit dans l'ici-maintenant de la parole partagée et se dirige en direction de l'avenir. Le balint n'est décidément pas une thérapie mais une formation ; pas une réparation constructiviste, mais une stimulation développementale. La guérison est un progrès vers le passé ; le développement de la formation est une avancée vers l'avenir, vers la conquête d'un état d'organisation et

²⁷ J. Laplanche et J.B. Pontalis : « Vocabulaire de la Psychanalyse » (P.U.F., 1967), article « Après coup », p. 34.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁴¹

d'efficacité personnelles jusque-là encore non atteinte de manière stable et intégrée, dont la progression dans le domaine professionnel est l'un des marqueurs privilégiés.

² Si l'enseignement intellectuel et la théorie psychanalytique ne sont pas les systèmes conceptuels permettant de saisir le mécanisme opératoire de la formation balint, à quel mode de fonctionnement peut-on s'adresser pour expliciter celui-ci ?

Il semble pertinent de faire appel à la **notion d'idéogramme narrative de Paul Ricoeur** établissant l'adéquation spontanée, l'identité de la personne et son discours sincère. Par quel processus ?

Comme dans la psychanalyse quand l'investissement par l'analysant de cet objet nouveau qu'est l'analyste vient remplacer les investissements anciens sur des objets affectifs primitifs, analogiquement dans le fonctionnement balint le Présentateur est amené à remplacer la version problématique du cas qu'il a rapporté (récit), à l'exacte mesure de sa problématique personnelle sous-jacente, par une version modifiée (néo-récit du Groupe), ressentie comme plus exacte, plus justement réaliste, plus vraie, et à procéder par le fait même

de l'adoption de cette version modifiée à un remaniement identitaire lui correspondant. Le Présentateur obtient ainsi une mise à jour ou à niveau de son organisation psychique propre, une prise ou une reprise de développement personnel.

Explication analogique : de même que, pour les sons audibles ; on ne peut émettre par la tonalité de la voix que ceux que l'on entend par l'audition, de même on ne peut émettre de discours par la parole sans disposer de l'organisation de personnalité correspondant à la capacité de sa production. Le Groupe, confiant a priori dans son aptitude à en saisir la véracité, « prête » au Présentateur un néo-discours dont l'adoption provoque chez celui-ci le fameux « changement » balintien ² ou au moins l'éprouvé, dans l'ici maintenant de la séance, de sa possibilité non-catastrophique, prélude à un changement effectif ultérieur et progressif.

Dans **l'ideQWiWp narrative**, ce qui est en cause, c'est la définition et la pérennité de l'identité du sujet à travers la multiplicité cumulative de ses expériences vécues, compte tenu de sa problématique de base idiopathique sur le plan de sa personnalité. Comment la « permanence de soi-même » se

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁴²

réalise-t-elle, demande Paul Ricœur ? Par le nouage et l'articulation de trois sortes d'identité, répond-t-il :

- l'identité-idem (les différentes structures plus ou moins fixes du caractère). Rapportée à la formation balint, elle connoterait l'adhésion stable du sujet, en tant que formé, aux règles fixes de la Méthode ;
- l'identité-ipse (la dimension éthique du rapport à soi et à l'autre par la parole donnée). Par rapport au balint, cette composante de l'identité correspondrait à l'effet-groupe, la part émotionnelle et affective du processus relationnel formatif ;
- et **l'ideQWiWp narrative**.

Cette dernière est représentée par la capacité de la personne à mettre en récit cohérent, complet et concordant, les événements divers de son existence individuelle et sociale.

C'est cette identité narrative qui est principalement en cause dans la Méthode balint ; elle est la composante de l'identité globale dont les failles, l'incomplétude ou la dysharmonie affleurent lors du récit, reflétant la problématique de base du Présentateur à l'occasion de l'exposé du cas choisi

par lui et qui est symptomatique de la limite actuelle de son développement professionnel et personnel.

² Quel est le mécanisme psychologique à l'œuvre dans cette opération psychique d'identification narrative ?

Ricœur, au sens de la culture psychanalytique dont il est un connaisseur fin et approbateur ²⁸, parle de « double transfert ». Appliqué au balint, cette notion de double transfert se décline ainsi : dans un sens, transfert du Présentateur en direction des personnes ² y compris lui-même, impliqué dans la relation de soin rapportée ² qui sont les protagonistes du récit qu'il propose ; dans l'autre sens, transfert du Présentateur en direction de l'identité narrative remaniée qui sous-tend le néo-récit du Groupe auquel il adhère plus ou moins en réponse à son récit de cas.

Remarquons que, dans le même temps et de manière croisée, s'échange le double transfert du Groupe : d'une part sur le Présentateur en situation de relation d'un cas clinique qui l'expose implicitement en tant que professionnel mais aussi en tant que personne ; et, d'autre part, transfert sur l'identité

²⁸ Le livre-bilan de Ricœur sur la psychanalyse : « De l'Interprétation / Essai sur Freud » (1983).

remaniée que sous-tend le néo-récit que le Groupe élabore en réponse au récit du Présentateur, et que ce dernier est censé adopter dans le cas d'un fonctionnement formatif positif.

² Qu'est-ce qui provoque et soutient ce jeu de double transfert, premièrement entre le Présentateur et le Groupe, et secondement entre le Groupe et le Présentateur ? Quel est le mécanisme en jeu dans ce rapport dialectique entre les deux « doubles transferts » ?

Paul Ricœur, s'inspirant d'Aristote, suggère **la distinction opératoire : concordance / discordance**. La dynamique dialectique est la suivante : sous l'influence de sa problématique personnelle, le Présentateur expose le récit d'un cas qui a la qualité d'être « discordant » en raison du fait qu'il témoigne d'un trouble ou d'une insuffisance au niveau de la composante narrative de son identité. A cause de ce défaut, la configuration de l'agencement des faits rapportés ne se fait pas selon un « principe d'ordre » (Aristote) permettant que

soit parfaitement intelligible et intégrable, et d'abord pour le Présentateur lui-même, la relation du cas.

En réponse à cette discordance, le Groupe, non soumis au conditionnement perturbateur de la problématique personnelle du Présentateur, lui, met en œuvre la Méthodologie balint pour élaborer un néo-récit. Celui-ci tend à rétablir plus ou moins complètement une « concordance » du cas et, ce faisant, à proposer à l'identification au Présentateur, comme à chacun de membres du Groupe participant à cette modification, **une identité narrative rectifiée** ² Ricœur parle de « refiguration ²⁹ » ² dont l'adoption correspond à un progrès de développement personnel. À parole professionnelle et personnelle plus concordante, organisation de personnalité plus développée.

² Balint et Ricœur auraient décrit le même mode opératoire pour ce « double transfert » ?

Il y a deux différences, essentielles mais n'équivalant pas à une contradiction. Chez Ricœur, le processus n'est pas qu'oral mais requiert la relation à des textes écrits d'histoire ou de littérature. Et le rapport de la personne concernée au Groupe reste un vécu sociétal de type culturel (parole, dialogue, débat théorique), non structuré en Méthode spécifique relative à l'identification

²⁹ In : « Revue européenne des sciences sociales », « Narrativité, narration, narratologie : du concept ricœurien d'identité narrative aux sciences sociales », Johann Michel.

narrative, comme le balint. Mais quant à la transformation personnelle fondée sur cette « double relation de transfert » (P.R.), le principe d'acquisition et les bénéfices psychologiques obtenus sont du même ordre.

² Ce rapprochement entre Balint et Ricœur, les caractères similaires de la « formation de l'omnipraticien » du premier et de la « refiguration » par le travail de l'identité narrative du second, éclairent-ils ce qu'il en est du concept, qui peut paraître rester ambigu, de psychothérapie dans la Méthode Balint ?

La vertu première de ce rapprochement, de cet étayage conceptuel de la méthode de Balint par la théorie développementale de Ricœur ³⁰, c'est de dissoudre cette ambiguïté. D'après Balint lui-même, sa Méthode de formation au travail psychothérapique n'est pas une thérapie pour ceux qui la pratiquent, et toute confusion de cette formation avec une thérapie serait une

erreur d'appréciation méthodologique. Le balint n'est pas une thérapie ; et les thérapies de groupe ne produisent pas a priori d'effet balint.

Il y a par contre compatibilité et même convergence entre Balint et Ricœur pour ce qu'il en est d'un développement personnel portant spécifiquement sur l'identité du sujet, avec les retombées professionnelles connexes.

² Que penser du fait que Balint, dans sa conférence à l'A.F.P. de 1954, parle de psychothérapie dans le cursus de formation des médecins généralistes ?

Balint parle de la formation des omnipraticiens À la psychothérapie, et non PAR la psychothérapie. Ce qui est en question, c'est l'acquisition par les médecins qui suivent une formation sous la direction de Balint d'une capacité à être des psychothérapeutes pour leurs patients.

Balint se garde bien d'avancer que le travail sur soi qu'il préconise pour les médecins en formation est une psychothérapie, a fortiori une psychanalyse. Il suggère seulement que chaque soignant puisse porter à lui-même, dans la relation de soin au minimum, une attention consciente et critique de nature et de qualités égales à celle qu'il soutient en direction de ses soignés. S'il s'agit de guérir quelqu'un, c'est bien les patients de ces omnipraticiens dont il est question, pas des omnipraticiens eux-mêmes dont le groupe est réuni par Balint et ses assistants pour une formation de type professionnel et non une

³⁰ Le « croître en soi » de Paul Ricœur.

thérapie de groupe. Ce qui représente un accroissement de compétence chez ces médecins formés, c'est l'acquisition d'une possibilité d'écart intérieur, de distanciation, par rapport à leur implication émotionnelle et intellectuelle « ordinaire » dans la relation avec leur patient. Modification qui implique, par le fait même, l'avancée d'un développement personnel, d'une maturation de réalité intérieure.

C'est l'aboutissement de la formation comme médecin qui est génératrice de résolution positive plus ou moins complète de la problématique personnelle du formé, et non la « guérison » de cette dernière qui produit un progrès professionnel.

Encore une fois, le balint est une formation, pas une thérapie. La démonstration n'est pas faite qu'une thérapie est génératrice d'un progrès professionnel, alors que, par contre, un « changement » personnel peut être

générateur d'un progrès professionnel ² qui est et demeure, ne l'oublions pas, l'indication initiale et perdurable pour l'entreprise de la formation en question. Moyennant quoi, le balint obtient indirectement une réduction de la problématique personnelle en n'en visant pas l'obtention ; celle-ci survient par surcroît et conséquemment ³¹.

² Balint utilise sans le dire les voies d'un problème philosophique général, également abordé par Ricœur : celui de la construction de l'identité personnelle, des conditions de son évolution créative. Chez

celui qui est animé par le désir de présenter un cas dans un groupe de formation balint, le processus identificatoire, par définition indéfini et permanent dans le cours de son évolution propre, est en échec au moins temporaire et partiel. Un cas clinique paradigmatique (ou plusieurs cas similaires dans un balint régulier) illustre cet échec en ce qu'il représente pour le soignant, au lieu d'un cas pouvant faire l'objet d'une narration constructive, le prototype d'une expectative plus ou moins troublante et douloureuse ; comme si était en question, chez lui, Présentateur, la souffrance d'une évolutivité bloquée. Ce qui soutient son désir de présenter le cas en question, c'est l'espoir plus ou moins conscient d'une résolution de ce blocage sur le plan professionnel et du malaise personnel sous-jacent qui s'y attache et se répète en boucle. Liée à

³¹ Ce qui fait évoquer, par rapprochement, le propos de Lacan commentant Freud et écrivant que « le mécanisme [de l'analyse] n'est pas orienté vers la guérison comme but ». Lacan J., « Ecrits » (1958).

cette attente professionnelle, il y a, moins évidente mais présente, la conviction latente de passer ainsi à la reprise d'un juste rapport global à lui-même, évolutif et créatif.

Qu'est-ce qui peut provoquer cette levée de blocage, cette reprise du processus identificatoire dont le signe patent est que cette reprise peut s'exprimer par la parole personnelle et professionnelle renouvelée du Présentateur ? Balint répond que c'est la succession de deux situations psychologiques chez le Présentateur. La première, c'est la posture de consentement par le Présentateur à renoncer, au moins en partie, à la forme du cas qu'il vient d'exposer (récit) et dont la syntaxe incorrecte ou lacunaire, discordante, fait l'objet d'un travail de re-énonciation par la parole du Groupe (néo-récit).

La seconde situation, c'est l'adoption de ce néo-récit par le Présentateur

comme plus valide, exact, ouvert, juste, opération par laquelle s'effectuent par le fait même la transportation et la transformation identitaires lui correspondant.

² Comment expliquer que le Présentateur consente à se désolidariser de son récit pour adopter le néo-récit du Groupe ?

Par le bénéfice sensible que le Présentateur éprouve immédiatement ² ou a l'intuition commençante qu'il pourrait avoir ² sur le plan de son identité personnelle, à « chausser » l'identité narrative nouvelle que lui propose l'adoption du néo-récit élaboré par le Groupe.

Dans cette adoption, on voit bien la relation de double transfert constitutif de l'identification narrative acquise selon la notion de Paul Ricœur ³². Premier temps : la difficulté et le malaise dont vient témoigner le récit plus ou moins inintelligible, discordant, du cas rapporté par le Présentateur. Deuxième temps : l'intellection réparatrice et le soulagement émotionnel et affectif obtenus pour le Présentateur par l'adoption du néo-récit, rendant le cas clinique plus concordant. Cette adoption rend possible la transformation identitaire résultant du gain, réussi par le Présentateur, d'un état plus avancé de sa réalisation personnelle.

² Comment conférer sa qualification au lien qui unit la mise en récit concordant et l'identification promue qui en résulte pour le Présentateur (puis le Groupe) ?

³² Ricœur : « Nous n'avons aucune idée de ce que serait une culture où l'on ne saurait plus ce que signifie *raconter* ».

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁴⁷

Pour que ce lien existe et soit efficient, il doit répondre à trois qualifications : une structurelle et deux formelles. Structurellement, le processus de ce lien doit appartenir à l'ordre symbolique, c'est-à-dire, dans un acte relationnel de parole, articuler inconscient et conscient chez un même sujet (Françoise Dolto ³³). Formellement, ce lien efficient fonctionne sur le plan rhétorique à la fois comme une métaphore : le récit, c'est l'identité ; et comme une métonymie : la partie fonctionnelle de l'identité narrative prise pour le tout de l'identité personnelle.

5 - Visée indirecte et effets paradoxaux de la formation balint.

² Sur le plan formel, qu'est-ce qui distingue le setting de la formation balint d'un dispositif de soin équivalent ?

Formellement, le groupe (Petit ou Grand) réunissant les animateurs et les bénéficiaires de la formation conçue par Balint est comparable à ce que pourrait être un dispositif soignant groupal, une psychanalyse de groupe par exemple. Leaders compétents, travail de parole, phénomènes individuels et groupaux relevant du transfert et du contre-transfert, etc., y sont en place. Mais des différences fonctionnelles décisives distinguent la formation balint d'un dispositif soignant, portant sur son but, sa méthodologie et la validation de ses résultats. Le paradoxe principal de la formation balint est bien qu'elle se donne **les formes d'un dispositif de soin** (psychanalyse de groupe) **sans en adopter les règles**, et donc sans tendre au même but.

En ce qui concerne **le but de la formation balint**, il n'est pas de soigner un ou plusieurs des membres du groupe ; les participants n'y travaillent pas spécifiquement à des fins de traitement de leur problématique personnelle. On peut observer, à propos de cette question du but différent de celui d'un dispositif soignant que, comme cela arrive parfois accidentellement, l'interposition intempestive d'une problématique personnelle en souffrance dans le cours de la dynamique formative balint représente un obstacle, géré par l'animation, obstacle qui peut être rédhibitoire pour la bonne marche générale de la formation. Et si une prise en charge réellement thérapeutique se révèle nécessaire pour tel ou tel participant à la formation, c'est ailleurs qu'en son sein qu'elle doit être entreprise.

³³ Françoise Dolto : « L'image inconsciente du corps » (Le Seuil, Paris, 1984). [BULLETIN BALINT](#)

Si bénéfice thérapeutique il y a, il n'est pas le fruit d'une recherche directe et explicite, d'une démarche programmée et structurée méthodiquement, mais bien plutôt de la survenue indirecte, « par surprise et par surcroît ³⁴ », d'un effet psychique témoignant de réponses individuelles spontanées et aléatoires au contexte général de la dynamique du groupe.

Structurellement et dynamiquement, le balint ne possède pas le statut institutionnel propre à un travail de soin, mais constitue un lieu et un lien de groupe pour une formation. Dans sa formule classique et initiale comme dans

sa formule moderne, le balint s'adresse à des médecins présumés normaux et « égaux » qui en sont, entre eux, à des stades différents d'expérience sinon de compétence professionnelle, et, chacun vis-à-vis de soi, à une certaine étape de réalisation personnelle, incomplète et perfectible par définition même de ce que sont la personnalisation humaine et la maîtrise professionnelle.

Distinction particulièrement démonstrative de ce qu'est le balint par rapport au soin : préalablement à tout travail de formation balint est dite, ou redite, **la règle première de confidentialité** vis-à-vis de toute personne ou ensemble de personnes, soi-même y compris et au premier chef, le cas exposé par le Présentateur faisant, seul, exception sous réserve de prudence et de discrétion maximales. Contrairement à ce qui advient dans le soin psychothérapique, l'abord en parole du domaine personnel est donc interdit à chacun et pour quiconque présent.

De même, **la consigne de parole** n'est pas celle de libre association comme dans la psychanalyse, qui serait centrée sur soi pour le locuteur, et adressée en direction de la personne d'autrui pour le ou les auditeurs. Elle est, cette consigne, celle d'une libre présentation professionnelle d'un cas clinique choisi par le Présentateur, pas, à fin de parole, mais de récit, relation à laquelle fera écho le néo-récit du Groupe. Ce qui est visé par cette consigne Méthodique n'est pas la traduction, à travers transfert(s) et contre-transfert(s), d'une capacité relationnelle infantile à soigner ou faire mûrir, mais **la production d'XQ texte**, plastique, non arrêté dans sa forme, témoignant d'un niveau d'identification dont ce récit textuel ³⁵ est l'expression symptomatique.

³⁴ Roger-Pol Droit, « Figures Libres » : « Plus tu veux triompher, plus tu rates « », in journal Le Monde, 2019.

³⁵ « Je suis un obsédé textuel » disait de lui Paul Ricœur, avec un humour de couleur « psychanalytique » !

En ce qui concerne la Méthode de formation, elle ne porte pas, comme dans le soin, sur ce que le sujet tire de la connaissance qu'il a ou prend de lui-même et de son existence. La motivation première de la démarche est bien d'ordre professionnel, même si sa forme d'expression est comparable à celle d'un dispositif thérapeutique. Le récit du Présentateur exprime que la prise en compte de ce cas a été pour lui insatisfaisante dans sa qualité et se traduit donc de manière psychiquement inassimilable dans la représentation qu'il s'en

est faite et vient de livrer. Le néo-récit graduellement élaboré par le Groupe en réponse au récit du Présentateur a pour effet recherché d'en constituer une formulation adoptable par le Présentateur au prix, pour lui, d'**XQe conversion subjective**. En effet, en privilégiant le néo-discours du Groupe par rapport au sien propre, le Présentateur accède au niveau de structuration personnelle capable de produire ce néo-discours de façon naturelle. La pierre de touche du système est là, dans le degré de pertinence et de véracité dans la concordance du néo-récit groupal ; c'est-à-dire dans la capacité de cette version reformulée du récit du Présentateur à entraîner chez lui un déplacement rectificatif, la conversion subjective évoquée plus haut. Cette conversion consiste en renoncement par le Présentateur à la conformation subjective productrice de son récit pour adopter l'image de sujet nouvelle allant avec le néo-discours coproduit par le Groupe et lui-même ³⁶.

Cela suffit pour « réaliser dans une certaine mesure, sans doute pas complètement, les changements considérables bien que limités, dans les attitudes personnelles » de tous les participants associés à la même formation professionnelle.

C'est sans doute pour cette motivation latente et native de promotion d'eux mêmes que les êtres humains (se) parlent entre eux, lisent et écrivent entre les pauses de leurs silences. À ce propos, Paul Ricœur parle magnifiquement de « croître en soi-même » et explicite pourquoi et comment ³⁷ s'opère cette croissance collective.

Enfin, quant aux paradoxes des résultats obtenus, reconnus et validés, il est possible d'exprimer encore ceci : la Méthode de formation balint obtient d'autant plus le bénéfice qu'elle s'attache moins à l'atteindre. L'âme du

³⁶ Pour autant que le Groupe, sous la direction des animateurs, ait pu avoir vis-à-vis du Présentateur une attitude de non-jugement, de réserve, de neutralité bienveillante, de gentillesse, en un mot : de courtoisie, qui mobilise de manière minimale ses réactions défensives à l'encontre du « changement ».

³⁷ Paul Ricœur : « L'identité est un devenir, non une définition conceptuelle arrêtée, toujours élaborée puis remise en cause par la suite des récits produits ».

transfert, c'est le déplacement. Du présent vers le passé et vice-versa, classiquement, dans le soin ; du passé révolu vers l'avenir potentiel également, pour peu que s'y prête la forme du présent, comme l'a mise en œuvre Balint par la visée résolument prospective de sa méthode de formation professionnelle.

La finalité première du balint n'est donc pas le soin, individuel ou collectif,

mais l'accession pour ceux qu'il forme à un niveau de développement (identité personnelle et professionnelle) ultérieur au leur.

La formation balint est fondée sur l'accessibilité d'**une réussite de transfert sur un déjà-là de soi-même** comme autre possible, que tout sujet peut rejoindre parce que la puissance et l'assentiment du groupe pour qu'il y opère sa translation lui est acquise pour peu qu'il y consente lui-même. Du fait même du dialogue ouvert entre le Présentateur et le Groupe, ce dernier ouvre au premier un crédit de progrès, une option positivement incitative à concrétiser une avancée professionnelle et identitaire dont il est jugé à priori capable. C'est cette progression qu'organise la scénographie de la formation balint par laquelle s'opère le remaniement et le dépassement des résistances au « changement » obtenus par Groupe interposé, pour le bénéfice premier d'un seul, le Présentateur, et pour le bénéfice second possible de chaque membre du Groupe par identification à lui.

² L'animateur (ou les animateurs) du groupe de formation joue(nt)-il(s) un rôle particulier dans le balint par rapport à un groupe en formation équivalent mais d'un autre ordre (groupe de pairs, par exemple) ?

Balint énonce ce qu'il en est des fonctions du « chef de groupe ³⁸ » (qu'il désigne parfois par le mot « leader ») dans sa Méthode de formation. Il donne à ce « chef de groupe » un statut très spécifique en le posant comme objet incitateur et promoteur d'identification pour les médecins en formation. Non du fait de sa qualité professionnelle propre (spécialiste, psychanalyste), ou seulement de sa fonction dans l'animation du groupe, mais **en tant que personne** donnant à voir et à vivre au groupe un modèle de l'organisation psychique proposée comme but à atteindre aux professionnels qu'il forme. Citation de Balint le démontrant : « Il se peut que le facteur le plus important [pour la technique de formation] soit la conduite du chef dans le groupe » (et

³⁸ Nous en parlerons ici au singulier, comme Balint dans son exposé, même si la règle commune actuelle, on l'a vu, confie désormais l'animation à deux personnes, le plus souvent possible à un couple composé d'une femme et d'un homme.

pas « la conduite du groupe par le chef »). « Il est à peine exagéré de dire que, s'il [le chef de groupe] trouve la bonne attitude, il enseignera plus par son exemple que par tout le reste. » Les mots à connotation morale comme « conduite », « attitude », « exemple » ne signalent pas pour ce leader des prérogatives techniques comparables à celles du leader d'un groupe de soin,

par exemple. Ils rapprochent l'identité du chef de groupe de celle des membres du groupe en formation. Ce que confirme Balint, comme pour légitimer ce particularisme identitaire du leader dans sa Méthode de formation : « Après tout, la technique que nous défendons est basée sur la même sorte d'écoute que celle que nous espérons faire acquérir au médecin. »

Qu'en devient le mode opératoire du chef de groupe ? « En laissant chacun être lui-même, parler à sa façon et au moment choisi par lui, mais en cherchant des relances appropriées [«Balint explicite lesquelles »], le chef peut démontrer dans la situation, ici et maintenant, ce qu'il désire enseigner. ». Concrètement, cela équivaut à placer le chef de groupe par rapport aux médecins en formation dans la même position que chacun de ces médecins par rapport à sa patientèle.

S'ensuit une démonstration que le chef de groupe est assimilable à tout autre membre du groupe et possible à traiter par chacun comme tel, pour peu que le groupe dans son ensemble, pour continuer à exister et à fonctionner positivement, agisse « sans le rejeter ou lui devenir hostile ». À la seule différence près que le chef de groupe est censé présenter par rapport aux autres membres du groupe une antériorité d'expérience professionnelle psychothérapique et de réalisation personnelle. Mais le processus d'égalisation entre eux **dans le processus de formation** va jusqu'à faire Balint revendiquer un égal droit à l'erreur pour le chef de groupe et pour les membres en formation ! « Le chef de groupe peut faire des fautes («) sans faire beaucoup de mal s'il [en] accepte la critique par le groupe ».

6² Conclusion

En se gardant d'une intention première d'enseignement ou de soin malgré la forme de son dispositif² qui vaut plus, finalement, pour les formateurs que pour les formés², la formation balint développe le professionnel et fait grandir le personnel de ceux qui la pratiquent.

Qu'est-ce que grandir ? Grandir, c'est se séparer ; de soi d'abord, des autres ensuite. C'est dé-fusionner d'avec soi et d'avec l'autre. C'est se distinguer, [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁵²

c'est-à-dire se saisir soi et saisir l'autre dans leur mêmeté (Ricœur) et dans leur différence, dans la singularité de leur solitude et dans le partage de leur communauté. C'est passer de l'ordre duel (la relation soi/l'autre sans distance) à l'ordre ternaire : soi (avec de la distance par rapport à soi), l'autre (avec de la distance par rapport à l'autre) et le vécu présent de leur mise en

relation par une « écoute » informelle, comme le demande par exemple la « psychothérapie médicale » au sens de Balint.

Pour finir, le terme convenant sans doute le mieux pour spécifier le travail de formation élaboré par Balint et ses collaborateurs est celui d'éducation, au sens de « développer une faculté particulière par un entraînement »³⁹. On pourrait même parler de co-éducation, tant Balint reconnaît sans fausse modestie recevoir des formés autant qu'il donne comme formateur⁴⁰. Avec l'humour fin et la sincérité rigoureuse qui le caractérisaient, Balint, si élégamment désireux de s'élever à la hauteur du plus humble de ses médecins en formation, prend soin de réclamer, pour le « chef de groupe » lui aussi qu'il est, le si précieux « droit à la bêtise » !

³⁹ Dictionnaire historique de la Langue française », sous la direction de Alain Rey, Le Robert, nouvelle édition de 2016.

⁴⁰ Voir note 3, page 4 ci-dessus.

Le rire soignant

*suite des articles sur « Rire Médecin » paru dans le bulletin de printemps n°88,
Brigitte Greis, Alice Poloméni*

A propos du travail d'un groupe de rires Balint auprès d'un groupe de rires médecins

PREMIERE PARTIE : REFLEXIONS DU LEADER

Jean Daniel Gradeler

Contacté par l'association « Le Rire Médecin » pour animer quelques séances de groupe j'ai tout d'abord eu une discussion avec la responsable nationale de l'Association. Cela a permis de poser un premier cadre sur les interventions que nous pourrions avoir en région. Le premier point d'achoppement a été, pour moi, l'intervalle de plusieurs mois entre deux séances imposées par l'association. Mais a priori rien ne pouvait y être fait puisque la démarche « groupe Balint » s'inscrivait dans le cadre d'un programme de formation continue.

Ayant accepté d'animer le groupe qui devait se réunir dans une ville du Grand Est j'ai été contacté par la responsable du groupe. Ayant un vague souvenir de « clowns » croisés à l'hôpital de nombreuses années en arrière je voulais comprendre ce qu'ils faisaient, comment ils intervenaient, quel était leur parcours. La responsable du groupe m'a posé des questions similaires afin de comprendre comment fonctionnait un groupe Balint.

Au moment où je lui ai dit que pour moi les participants au groupe étaient dans une fonction soignante et que de ce fait le groupe Balint me semblait pouvoir jouer son rôle, elle m'a repris. Elle me dit alors : « Si vous dites aux membres du groupe qu'ils sont des soignants, ils ne vont pas accepter cela, ils ne se considèrent pas comme soignants ! ». S'en est suivie une discussion sur les effets thérapeutiques que peuvent avoir leurs interventions auprès des patients malades et sur le fait qu'ils ont

une fonction soignante, qu'ils s'intègrent dans une équipe, dans une démarche de soins. Infirmière de formation elle était convaincue de cela, mais la discussion a permis de préparer l'explication que nous aurions à fournir au groupe par la suite.

Dans la suite de cette conversation j'ai appris que leurs interventions se faisaient toujours par binôme. Le cadre du groupe Balint idéal allait-il être mis à mal ? Comment rendre bénéfique le travail pour le présentateur de cas avec un autre membre qui avait eu son propre vécu de la même situation ? Est-ce que cela n'allait pas bloquer le travail du présentateur ? Mettre en route une autre dynamique de groupe que celle du groupe Balint ?

Et là me revient immédiatement en mémoire une séance du groupe dans lequel j'étais participant il y a plusieurs années. Une de nos collègues avait amené à la séance sa collaboratrice. Elle présente un cas qui lui pose question et là, la collaboratrice intervient en disant qu'elle sait de qui parle la présentatrice, qu'elle ne voit pas la situation de la même manière. Je ne saurais dire comment cette collaboratrice a été présentée au groupe, ni s'il y avait eu un entretien préalable avec notre leader de l'époque. J'ai juste retenu que cette intervention avait complètement bloqué la présentatrice et que nous n'avions pas réussi à travailler du tout sur le cas. Il s'avère que la méthode, et probablement le binôme, ne convenait pas à cette collègue qui n'est jamais revenue dans notre groupe.

Fort de cette anecdote que je donne à mon interlocutrice du Rire Médecin, je lui dis qu'il me semble indispensable que dans le cas présent, le présentateur désigne d'emblée le binôme avec qui il était lors de l'intervention dont il veut parler, et qu'on convienne que celui-ci reste silencieux et à l'écoute durant la séance. Je lui indique que je vais également y réfléchir, en rediscuter avec des collègues et revenir vers elle.

S'en est suivie une longue discussion avec Katherine ATGER, membre du GRAL, à laquelle j'ai soumis notre discussion et les réflexions qui m'étaient venues. Nous sommes intéressés par la démarche, par les contraintes que cela implique. Nous pensons que l'expérience vaut le coup d'être tentée pour faire découvrir la méthode Balint et apporter notre éclairage à leurs réflexions.

Une deuxième discussion téléphonique avec la responsable du Rire Médecin eut donc lieu avant la première rencontre. Elle permit de valider le cadre proposé et le concept du « binôme silencieux ».

Un samedi matin je retrouvais donc dans un centre socio culturel, un groupe de 7 « clowns médecins ». Un petit tour de table me permit de réaliser que les uns et les autres intervenaient en tout point de la grande région. Je me présente, je présente le cadre du groupe Balint, les règles de base. Les explications données sur leur fonction soignante ne soulèvent pas de réticence particulière. Nous expliquons avoir discuté en amont et convenu que le mieux était que le présentateur du cas désigne d'emblée le binôme avec qui il était intervenu afin que celui-ci reste silencieux durant le travail.

Tout cela étant dit je pose la traditionnelle question « Qui a un cas ? ». Immédiatement un participant nous propose une situation qui l'a interpellé. L'intervention l'a bousculé car il nous décrit avoir été happé par une infirmière dans un couloir, pour intervenir sur une ponction lombaire qui se passait mal chez un enfant de 4 ans. Souhaitant comprendre le cadre de leurs interventions je me suis permis de poser des questions sur le déroulé « normal » de leurs interventions. Et là il m'est répondu qu'en toute logique tout est planifié, qu'ils savent à l'avance ce qu'ils doivent faire, chez qui et comment ils vont le faire. Dans le cas présenté l'improvisation a été de mise. Le présentateur nous a ensuite décrit comment il a réfléchi rapidement à mettre en place quelque chose, la manière dont pouvait intervenir son binôme, la gêne qu'il a ressentie à ne pas être habillé en stérile comme c'est d'ordinaire la règle, les contacts visuels qu'ils avaient les uns avec les autres.

Au final l'intervention s'est bien passée, le geste a pu être réalisé et ils sont sortis de la chambre. Il nous décrit alors la « boule d'angoisse » qui lui est montée dans le ventre, son envie de pleurer qui l'a suivi toute la matinée. Il nous raconte en avoir parlé avec sa collègue, avoir travaillé dessus, « et pourtant l'avoir toujours en tête. Ma première réflexion est qu'il saisit l'opportunité du groupe pour en parler.

Nous avons pris le temps de travailler sur beaucoup de points : la mort, la maladie, les enfants, les relations familiales, les relations avec l'équipe soignante. Nous avons centré notre travail sur ce que cela faisait au

[BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁵⁷

rapporteur de cas, pourquoi il nous en parlait, ce que cela éveillait en lui« Et à côté de lui j'observais son binôme, la responsable du groupe, piaffer d'impatience. A un moment elle tenta d'intervenir mais respecta mon injonction à rester en retrait que je lui signifiais d'un geste.

Nous avons travaillé le cas présenté et au moment où j'ai senti que les choses pouvaient rester en l'état j'ai remercié le groupe pour son travail et le présentateur pour nous avoir permis de travailler. Comme convenu en amont j'ai alors invité le « binôme silencieux » à nous dire comment il avait vécu cette discussion, ce qu'il avait perçu de la dynamique de groupe et les réflexions qui l'avaient traversé. Les consignes étaient clairement données de ne pas revenir sur le cas et de se concentrer sur son propre vécu du récit et de la discussion.

Bien évidemment le binôme avait visualisé rapidement le cas présenté. Son vécu était différent et elle n'avait pas vu les choses sous le même angle. Elle a reconnu qu'il était intéressant d'avoir été mise en retrait même si elle avait trouvé cela très frustrant. Le présentateur quant à lui a dit avoir apprécié pouvoir parler de ses émotions, de son vécu sans forcément chercher l'approbation de sa collègue lors du récit du cas.

Cette première séance n'a, à l'heure où j'écris ces lignes, pas encore été suivie d'une autre. L'épidémie de coronavirus et le confinement sont passés par là et ont bousculé le calendrier initial. Du point de vue du leader j'ai trouvé intéressant de réfléchir en amont à la manière dont nous devons nous adapter au cadre proposé, à ses contraintes, tout en ayant en tête que l'objectif principal était d'aider un présentateur de cas à travailler sur la situation exposée.

Le binôme silencieux m'a semblé indispensable à mettre en œuvre mais d'autres leaders qui sont intervenus dans la même association auront peut être des opinions différentes. En tout cas, à n'en pas douter, les dynamiques de groupe seront différentes selon le cadre adopté.

Cette séance a été une belle rencontre, avec des personnes impliquées

dans ce qu'elles font. D'emblée les participants ont fait confiance, se sont prêtées au jeu et se sont emparées de la méthode. Dans l'après coup j'ai laissé à sa journée de travail un groupe que j'ai senti détendu et satisfait de cette découverte.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁵⁸

Le seul retour « après coup » que j'en ai eu a été la conversation destinée à repousser la formation initialement prévue. Le vécu du groupe était positif d'après ce que m'a dit la responsable.

DEUXIEME PARTIE : REFLEXIONS A DISTANCE

Katherine Atger

Lorsque Jean-Daniel Gradeler, lors d'un échange téléphoné, sollicite mon avis concernant sa première intervention auprès d'un groupe du ' Rire médecin μ, j'entends son intérêt pour ce travail. Il nous le dit dans son récit : pour lui, même si leurs membres n'ont ni le statut professionnel, ni législatif de soignant, ils ont bien une fonction soignante, au sens large du soin. De notre échange, en effet, il ressort que nous serions bien là dans un soin psychique, au sens où, leur rôle auprès d'enfants, dans cet « entre deux rives » que constitue la chambre d'hôpital, relèverait du réveil du plaisir, du soutien de la pulsion de vie ; pulsion de vie dont nous savons tous l'importance pour lutter contre la maladie.

Au cours de notre entretien, ce qui préoccupe notre ami leader porte sur le cadre : les clowns médecins interviennent à deux auprès des petits patients. Lors de la séance du groupe d'inspiration Balint, lorsque l'un d'eux rapporte une situation, faut-il laisser les deux s'exprimer pour que ce soit plus complet, ou non ? Me demande-t-il ; pour ajouter aussitôt où il en est :

« Non, je crois que je vais laisser celui qui a choisi d'apporter le cas s'exprimer seul ; il s'agit de ses émotions ; son « binôme » le fera à la fin, quand le travail du groupe aura été suffisamment avancé. »

En fait il a déjà parfaitement réfléchi à son rôle de leader dans ce contexte particulier. Il en a vu les écueils : l'organisatrice de l'association locale fait partie des clowns et participe aux animations dans les services de pédiatrie ; il faut veiller à la liberté de parole de chacun des participants et permettre au groupe de se sentir en sécurité.

Dans cet échange, je parle peu, remarque seulement que l'on serait plutôt dans ce que l'on appelle « de la méthode Balint en institution », dont il a bien repéré certaines difficultés et l'attention à porter au cadre. Nous décidons d'un commun accord un entretien post-séance.

Post séance

A partir du récit de Jean-Daniel qui suivit sa rencontre du groupe, je note que le cadre posé² c'était la préoccupation de notre ami - a été suffisamment contenant : la confiance a pu s'instaurer ; un des clowns a apporté d'emblée un cas (quel cas !!! j'y reviendrai plus loin). Les émotions se sont dites, les participants parlent de ce qu'ils ressentent des situations auxquelles ils n'ont peut-être pas été préparés, ou pas assez : les relations familiales perturbées, le côtoiement de la maladie, la mort«Ce n'est pas rien pour une première séance. Je comprends que le groupe, à son issue, en ait senti un bienfait. L'hypothèse de Jean-Daniel, selon laquelle, au sein d'un binôme, les émotions ressenties par les deux sujets pouvaient être très différentes, s'avère également très juste. Dans l'après coup de mon écoute, Je me demande si le plus détendu de tous n'a pas été le Leader pour lequel la première rencontre de ce groupe peu orthodoxe, était à la fois désirée et crainte.

En revanche, peut-on dire que l'on perçoit tout l'intérêt que pourraient avoir des rencontres plus fréquentes ? (1) animées par un leader avec lequel un minimum de relation transférentielle ait pu s'instaurer. Ici, je fais référence à l'article très intéressant d'Alice Poloméni sur ce sujet dans le précédent bulletin (2), qui s'interroge sur le rôle du leader remplaçant une fois sur deux « difficile de faire plus qu'un groupe de parole.

Dans le cas dont nous parle Jean-Daniel, je ne peux que comprendre, la « boule d'angoisse » qui a saisi le clown, « son envie de pleurer toute la matinée », le questionnement qui l'a poursuivi pendant longtemps «au point que dès les règles posées en début de séance, il « démarre » sans attendre, en apportant cette situation au groupe, nous dit le leader. Notre clown, impréparé à cette urgence à laquelle il se sent convoqué, a-t-il eu le sentiment d'être pris en otage par l'infirmière dans l'affolement de cette dernière ? Alice Poloméni dans son article nous dit (3) « *le clown demande à l'autre d'être partenaire du jeu qu'il propose.* » Comment cet enfant, à qui le médecin pratiquait une ponction

lombaire, pouvait-il être **à ce moment-là** partenaire du jeu ? Notre clown aurait-il ressenti profondément un conflit de loyauté entre l'équipe soignante et l'enfant pour lequel il avait choisi d'être un allié, selon le projet de Le Rire Médecin (LRM-4) : « *chaque enfant à l'hôpital trouvera toujours à ses côtés des alliés qui sauront restaurer chez lui l'insouciance de son âge, l'écouter, le comprendre, le faire rire, l'accompagner pour l'aider à passer au mieux le cap de l'hospitalisation* ». Notre clown a-t-il ressenti aussi une injonction

BULLETIN
BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁶⁰

paradoxe entre ce projet, son propre projet à lui, et ce que l'infirmière - tiers encombrant - lui demandait ? Entre la connivence qu'il souhaitait instaurer avec l'enfant et la « complicité avec l'acte barbare auquel on lui demandait de participer » ? J'émetts là bien sûr, l'hypothèse d'un fantasme qui a pu traverser notre clown ; nous ne mettons pas en doute la nécessité de cet examen. Comment pourrait-il plus tard rencontrer à nouveau l'enfant sans que ce souvenir éveille la méfiance de ce petit patient ? Que réveillait cette émotion de plus enfouie chez notre clown ? Même sans entrer dans le transfert privé, nous repérons toutes les émotions diverses, contradictoires, qui ont pu bousculer notre clown, à la sensibilité fine, notamment dans son identification à l'enfant, et, dans l'impossibilité à cet instant de mettre des mots sur ce qu'il ressentait. Nous repérons aussi, que ce n'est pas lors de la première séance que cela peut s'élaborer, se transformer. Il faut d'abord instaurer la confiance. C'est dans la répétition des séances, sur la durée, avec un même leader

Car enfin, dans une situation comme celle-ci, je m'interroge : ne serait-il pas intéressant que ce clown, soutenu par son binôme, dans l'après coup de l'élaboration en groupe, puisse parler avec l'équipe soignante de ce qui l'a profondément perturbé, afin que celle-ci, une autre fois, évite, de solliciter les membres du Rire Médecin présents dans l'unité de soin, pour une autre activité que ce que prévoit le projet de cette association ?

Au moment où j'écris ces lignes, je m'aperçois que cette association a sans doute raison de s'opposer au statut de soignant pour ses membres : il en va de leur projet, de leur liberté, de leur identité, de cette altérité nécessaire. C'est ainsi que les uns et les autres pourront être complémentaires « s'ils savent à leur tour s'écouter.

Alors le Rire Médecin, soin ou pas soin ? Quoiqu'il en soit, en attendant que les séances puissent être plus fréquentes, l'aventure d'inspiration Balint avec ces fabuleux acteurs me semble mériter d'être poursuivie. De belles rencontres, dit notre ami Gradelier.

Je vais de ce pas m'empresser de lire l'article de G. Diatkine (5) : « le rire », auquel Alice Poloméni nous renvoie. Je te remercie Jean-Daniel pour la confiance que tu m'as faite. Je ne pensais pas en t'écoutant que cela me mettrait autant au travail.

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁶¹

Références

- (1) *(Actuellement l'association prévoit, me semble-t-il, seulement quatre rencontres par an, soit une par trimestre),*
- (2) Poloméni Alice « *Des clowns soignants* » Bulletin Balint n° 88- printemps 2020, p.36 (3)
Poloméni Alice, *ibid.* p38
- (4) Poloméni Alice, *ibid.* p37
- (5) Diatkine G., « *Le rire.* » Revue française de Psychanalyse, 2006, 2 (70)

Qui a un cas ?

Christian Pirolli

Deux vignettes cliniques

(Dé)Prendre à la leWWUe«)

Je viens de m'installer dans ce Paris d'il y a quarante-cinq ans, sans rachat de clientèle, et vivote d'urgences de nuit et de quelques consultations diurnes. Je suis amené à voir en garde une petite fille de six, huit ans pour une banale rhino-pharyngite. Mais lors de l'anamnèse, les parents m'évoquent à mots douloureux et feutrés que l'enfant est suivie en hématologie pour une maladie gravissime de l'hémostase, une sorte d'hémophilie inexorable. L'enfant écoute ces demi-mots pénibles sans réagir et me scrute gravement. Insidieusement perturbé, j'examine l'enfant, énonce le diagnostic de banale infection virale, explique cette pathologie intercurrente, détaille le traitement et la conduite à tenir. Je ne me souviens pas que cette

enfant ait parlé : peut-être seulement quelques brèves réponses à

mes [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶³

questions directes. Et je repars, intimement ému par cette triste visite. Quelques jours plus tard, la famille revient en consultation en mon cabinet. Je redoute les pires complications, mais les parents me disent que l'enfant va

beaucoup mieux ; qu'elle voulait me voir ; qu'elle m'a trouvé « gentil » !!!... Je fais un examen clinique classique, confirme la bonne évolution, m'efforce de banaliser. La petite-fille ne dit pas grand-chose, mais observe intensément. J'énonce alors que je suis à la disposition de la famille, « au besoin » « La famille partie, je téléphone pour en savoir plus dans le service d'hématologie où le spécialiste débite froidement qu'il s'agit d'une rarissime pathologie de l'hémostase, très méconnue, de très sombre pronostic, sans aucun traitement connu, que les enfants meurent vers huit ans, qu'il y a une centaine de cas répertoriés aux Etats-Unis, qu'on y fait des splénectomies qui semblent prolonger un peu la survie, les filles mourant néanmoins avec leurs premières règles ! « La fillette revient quelque temps plus tard avec ses parents. Toujours pareil : elle veut seulement me voir parce qu'elle me trouve « gentil » (!!!) « S'instaure alors progressivement, presque à mon insu, sur ma totale inexpérience, sans cadre prédéfini, un rituel de venues à peu près hebdomadaires de la petite fille, accompagnée de l'un ou l'autre parent, ou des deux. Je lui pose quelques questions, sur l'école, ses copines, sa maîtresse, sur elle... Tantôt elle veut rester seule dans mon cabinet, tantôt un parent reste dans mon bureau, ou part dans la salle d'attente, puis revient lorsqu'elle le désire. Je ne connais rien, rien du tout, aux psychothérapies, a fortiori d'enfants. Je lui demande bientôt de m'apporter à chaque séance deux-trois bonbons soustraits à son propre stock hebdomadaire« Je la laisse dessiner quand elle veut, ce qu'elle veut. Toujours et devant elle, j'écris au dos du dessin fini son nom et la date. Elle fait parfois des découpages. Alors j'achète de la pâte à modeler, qu'elle travaille en me parlant, en me répondant ; puis des petits personnages animaliers très humanisés en plastique avec leurs maisons, leurs ustensiles, leurs outils, leur bateau. Elle réalise alors à haute voix des scénarii extrêmement élaborés qu'elle joue devant moi avec ces personnages. Un jour, l'hôpital parle de splénectomie. Elle dessine alors des enfants avec ou sans rate, rarement seuls, plutôt avec d'autres personnages. Elle met en scène son bestiaire de chats, singes, crocodiles et moutons, porteurs ou non de rate, à l'hôpital, dans leurs maisons, leur bateau ; et aussi souvent un grand personnage que je ne m'autorise qu'à peine à identifier... Arrive l'intervention : la splénectomie se passe bien et sans aucune complication. Son écriture se perfectionnant, à ma question « qu'est-ce que tu

[BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶⁴

veux faire, aujourd'hui ? », elle répond de plus en plus fréquemment « je vais t'écrire une lettre », qu'elle me tend sans un mot. Le plus souvent de courts billets d'humeur - et d'amour«- d'enfant de huit ans. Elle continue de grandir,

semble aller bien, fait de moins en moins d'hémorragies n'obligeant qu'à quelques heures d'hospitalisation. Le temps passe, ces étranges consultations aussi. A l'évidence, la puberté, un peu précoce, approche« fatidique. Je n'en mène pas large. Et puis un jour, lorsqu'elle me dit une fois de plus vouloir m'écrire une lettre, je me surprends à répondre sans réfléchir : « Et si **tu** t'écrivais une lettre, **à toi**, pour quand tu seras grande ? ». Elle me scrute ; s'interroge un peu« ; écrit sa lettre, s'applique, la termine, me la tend. « Non, c'est une lettre pour toi, pour quand tu seras une grande fille« » et je lui tends une enveloppe où je lui fais inscrire son nom. J'ai alors l'impression de conduire à cent à l'heure une voiture où je ne vois ni volant ni freins ! (Bien des années plus tard, je découvrirai lors de formations à l'hypnose médicale que Milton Erickson a vécu et traduit la même sensation dans les mêmes termes.) Le temps passe, et sa première menstruation survient ! Le temps reste suspendu« «et elle survit. Loin de tirer une quelconque gloriole à cette survie improbable et défiant le pronostic fatal des spécialistes, je suis bien au contraire, « inquiet » et perturbé par cette « étrangeté » qui me dépasse de très loin. Elle continue à venir de temps à autre, de moins en moins souvent. Puis un jour la famille déménage en province et je n'ai plus de nouvelles. Ma propre psychanalyse va son chemin, et tout cela s'éloigne lentement, s'estompe peu à peu. Plus de trente années passent, et un jour, je remarque dans la salle d'attente une jeune femme court-vêtue, les cheveux rouges, les ongles et les lèvres peints en noir, des piercings sur le visage. Arrive son tour, et je lui demande si elle est déjà venue, si elle a un dossier ? Elle répond avec douceur en souriant qu'elle est venue il y a longtemps, quand elle était petite, bien avant l'écran informatique« Vous l'avez reconnue« Elle est aujourd'hui chanteuse de rock, et sans être une star du show-biz, elle vit bien de ce métier qu'elle aime. Elle vient de se séparer de son conjoint, et dans le déménagement, elle a trouvé une vieille enveloppe libellée à son nom calligraphié dans une écriture enfantine. Elle l'a ouverte, et découvert *la lettre de la petite fille*« Elle a alors recherché sur Internet « si j'exerçais toujours, si je n'avais pas disparu » (sic)« Elle ne m'a pas dit ce qui était écrit dans la lettre ; et je ne le lui ai pas demandé« Elle n'a pas évoqué l'hémopathie de son enfance ; moi, non plus« Nous avons encore échangé quelques banalités, puis elle est bientôt repartie paisiblement, sans payer. Je

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE

2020⁶⁵

ne lui avais d'ailleurs pas demandé sa Carte Vitale, et j'ai supposé rétrospectivement qu'elle ne mangeait plus de bonbons« La psychanalyse m'a

appris plus tard que l'intuition, c'est du savoir, du **ça-voir** inconscient. Heureusement, **JE** n'en **SAIT RIEN**»

Que s'est-il donc passé ? Qu'y a-t-il eu en jeu et en tension dans ce drame où mon impuissance et l'impéritie de tout le savoir médical ont mis la mort en échec, à mon insu, et durablement ? Il est très vraisemblable que *la petite fille* avait une certaine conscience du verdict fatal de la faculté par les silences, les mots feutrés et les non-dits des parents et soignants. Qu'elle avait surtout un formidable désir de vivre malgré les décrets des adultes de pouvoir et de savoir, et peut-être en opposition délibérée à eux. Qu'elle s'est animée par le hasard de la rencontre inattendue d'une pulsion amoureuse quasi-diplopie qui s'est cristallisée sur un jeune médecin bienveillant, disponible, curieux sans jugement de l'univers psychique de l'enfant, ne réduisant pas non plus l'enfance à ses incomplétudes et son immaturité, et silencieusement révolté contre le scandale de cette mort injuste pour oser côtoyer la promesse à l'horreur sans aucune attente de succès et malgré le verdict fatal rendu par la faculté. Un médecin aussi banal qu'un autre et si inexpérimenté et peu soucieux des protocoles qu'il laisse au début l'enfant décider de ses passages au cabinet. Un médecin qui ne sait rien sur les méthodes de prise en charge des thérapies infantiles, et qui invente au fur et à mesure des élaborations de l'enfant chaque dispositif thérapeutique à hauteur de psyché infantile, ayant seulement observé que les enfants se disent et se livrent dans leurs dessins, leurs réalisations de pâte-à-modeler, leurs constructions, leurs mises en scène de personnages, et abrégissent ainsi leurs peurs et leurs traumatismes. Un médecin qui devine intuitivement que l'enfant doit sacrifier quelque chose de son plaisir : des bonbons soustraits à sa jouissance pour gagner en autonomie et subjectivité. Un médecin qui ne met aucun enjeu narcissique dans ce bras de fer perdu d'avance, avec le temps et la mort. Un médecin qui n'a aucune suffisance à défier la mort promise, mais seulement la détermination et l'audace d'être là et d'y rester. Un médecin qui comprend l'amour de cette petite fille révélé dans ses jeux, ses pâtes à modeler, ses scénarii et ses billets sans jamais en abuser, ni non plus le dénier ou le dévaloriser. Un médecin qui intuitivement écrit le nom de la petite fille et la date au dos des dessins et des lettres, ratifiant ainsi à chaque fois le vécu de la rencontre en l'inscrivant dans une durée et une perspective de réappropriation future par l'enfant. Un médecin bien modeste qui a un jour l'intuition, l'illumination, de proposer à

la [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶⁶

petite fille d'écrire **la lettre à elle-même pour quand elle sera grande**, énonçant ainsi implicitement que cette histoire lui appartient, à elle seule

puisqu'il ne lit pas la lettre qu'elle lui tend ; et puisqu'il est supposé savoir qu'elle aura un futur, dont il sera d'ailleurs exclu, en lui demandant d'écrire à elle-même devenue grande. Et ce médecin lui tend une enveloppe, ce symbole du cadre thérapeutique enveloppant et maïeutique, sur laquelle il se garde bien d'écrire lui-même le nom de l'enfant, mais lui demande de l'inscrire elle-même comme adresse, comme apostrophe par-delà le temps et les vicissitudes pathologiques. Ce médecin a l'humilité de reconnaître que consciemment, il avance à l'aveugle comme dans un bolide sans direction ni freins, et devant le recul de la mort annoncée, il ne tire aucune gloire mais reste légitimement perplexe et dépassé par cette *inquiétante étrangeté*. Un médecin qui n'intervient pas comme agent extérieur mais qui ne s'esquive pas non plus lorsqu'avec la survenue des premières règles, l'avènement du sexe devait tuer. Plus de trente années de psychanalyse et de questionnements personnels ou institutionnels sur la psyché et la relation patient-médecin passeront, avant que les deux protagonistes ne se retrouvent. La petite fille devenue une femme, vient de perdre un amour et a retrouvé et lu *la lettre de la petite fille*. Et les deux protagonistes se retrouvent à nouveau face à face. Pleine de toute cette histoire, elle est venue vérifier s'il n'avait pas disparu, si rien n'avait changé. Il reste un peu balourd, un peu empêtré. Ils sont comme deux vieux amants apaisés, ayant vécu une grande histoire dont n'émergent plus que des réminiscences lointaines et désincarnées. Une dernière intuition lui dicte de ne pas demander ce qui est écrit dans la lettre pour ne pas dévitaliser le puissant charme du viatique. Elle ne dira rien de sa maladie passée, peut-être même oubliée. Elle était seulement venue refermer la boucle, *sa propre boucle*. Elle aura l'intelligence intuitive de partir sans payer. Il lui devait peut-être bien ça : trente et quelques années de psychanalyse et de recherche ! « mais à écrire vrai », **JE n'en SAIS RIEN**»

Un éclat de rire brisé

Elle avait une quarantaine d'années, un physique assez terne, ou plutôt assombri, où couvait pourtant quelque chose de lumineux qui irradiait exceptionnellement une expression fugace, un sourire furtif, une parole inattendue, une question d'une naïveté surprenante. Elle était venue me consulter pour ce que j'aurais volontiers appelé un syndrome anxiodépressif, mais qui n'en semblait pas typiquement un, et que j'avais eu envie de nommer [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶⁷

par perplexité « son état » : un état où dominaient la douleur et la culpabilité. Quelle douleur ? Et pourquoi, de quoi, coupable ? Je m'étais d'emblée appliqué

à l'écouter, en lui prescrivant à la fin de la consultation quelque anxiolytique léger dans lequel je ne m'investissais guère, qui donc n'était pas très efficace, et qu'elle ne prenait peut-être même pas. Les consultations se multipliaient, assez fréquentes, avec de moins en moins de doléances sur un symptôme précis, et de plus en plus elle se contentait de s'asseoir, me parlait en espérant manifestement peu de réponses, et n'attendant plus le moindre simulacre d'examen physique. Nous nous étions, en peu de consultations, et j'ai déjà envie d'écrire peu de séances, installés dans cette dynamique où elle parlait librement, à brûle-pourpoint, à dire vrai par associations libres, et où j'écoutais dans une attention flottante et pourtant vigile, relevant quelque élément, soulignant tel autre, posant une question plus ou moins innocente. Elle était donc dans une vraie démarche analytique bien que n'ayant jamais goûté de la moindre psychothérapie, si bien que pour délimiter plus clairement le cadre et me donner plus de disponibilité d'écoute, je lui proposai bientôt de ne plus la recevoir qu'en dehors de mes heures de consultation de médecine générale, à heure fixe et « seulement pour parler », ce dispositif étant facilité par le fait que je disposais d'un grand bureau confortable de réception, auquel était attenante une salle d'examen strictement médical, bien séparée par une porte. Elle accepta sans la moindre hésitation ni surprise. Elle avait eu une enfance apparemment banale dans une famille croyante, mais pas particulièrement pratiquante. Pourtant, vers la vingtaine d'années, elle avait ressenti l'appel de la foi, était entrée dans les ordres, même si je ne me souviens plus exactement si elle avait, ou pas, prononcé ses vœux. Quoi qu'il en soit, elle vivait une vie religieuse non cloîtrée, mais dans un ordre. Cet ordre avait pour coutume, ou règle, de confier la vie spirituelle de ses ouailles aux soins éclairés d'un directeur de conscience et confesseur. Elle décrit le sien comme un grand érudit, passionnant et passionné, avec lequel elle avait des entretiens exceptionnels d'intelligence et de gravité. J'ai d'emblée identifié que son transfert m'assignerait la place de ce confesseur d'exception, et qu'endosser cette défroque pour tenir cette place dans son analyse, serait une démarche périlleuse sur une vertigineuse ligne de crête bordée d'abîmes insondables. Elle me décrivit plus avant une enfance où dans un décor petit bourgeois avait rôdé l'ombre menaçante de la séduction pédophile, sans que je me souvienne vraiment s'il y avait eu acte, ou pas. Quoi qu'il en soit, son enfance avait été marquée par ce danger, et c'est, confrontée à cette menace, [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶⁸

qu'elle avait structuré son psychisme et élaboré sa jeune féminité. On peut concevoir qu'elle ait trouvé dans le Dieu juste et bon des églises, un père

omnipotent, mais protecteur, et suffisamment lointain et transcendant pour n'être pas, lui, une menace physique. Mais le destin est ironique ou malin, qui la confronte, alors qu'elle a déjà embrassé une vie religieuse où les élans de sa féminité se subliment dans la chaleureuse sororité, à l'aura fascinante de ce pasteur d'âmes consacré, mais bien trop incarné. Lequel des deux aura séduit l'autre et rompu le vœu d'abstinence qu'ils avaient prononcé ? Quoi qu'il en soit, ils se trouvèrent, se reconnurent, s'aimèrent, se désirèrent et devinrent amants. Mais plus la jouissance sexuelle devenait pour elle une jubilation de nature divine qui ne faisait que renforcer sa foi, plus sa jouissance à lui devenait coupable, honteuse, et prétexte à mortifications qu'il s'imposait à lui, mais aussi, et même surtout, à elle. Et bientôt, il lui impose de résilier ses vœux sous prétexte de parjure sacrilège et de s'exiler dans une vie séculaire qu'elle n'a jamais connue. La voilà donc chassée de l'Eden protecteur de son paradis sororal, et tombée dans la réalité brute de l'anonymat parisien. Déboussolée, mais soutenue par l'amour qu'elle éprouve encore pour son confesseur qui pourtant n'intercède en rien pour elle, sans diplôme, sans expérience professionnelle, elle réussit néanmoins à trouver un travail d'aide bibliothécaire pour louer un petit studio. La relation physique perdure, mais si elle la comble encore malgré tout, elle se fait de plus en plus follement coupable chez son amant qui vit des résurgences honteuses dignes des pénitents des temps ignominieux de la Très Sainte Inquisition« Et l'inévitable survient : elle tombe enceinte, ce qu'elle vit d'abord comme une consécration divine de leur amour, avant de rapidement déchanter devant les imprécations et les anathèmes violents qu'elle essuie. Son amant la somme d'avorter tout en la culpabilisant de l'obliger lui, à cause de sa grossesse, à devenir complice du crime inexpiable contre la vie sacrée ! C'est peu de temps après son avortement, dans cette déroute de toutes ses valeurs et de ses sentiments bafoués, qu'elle vint me consulter. Sa thérapie analytique allait son train, sur un mode grave, toujours triste, rarement éploré, et elle perlaborait bien ses prises de sens. Et puis un jour, à l'entour d'une significative évocation narrative, j'avançais nonchalamment par association libre une interprétation pourtant sans grande prétention didactique. Et du tac au tac, dans cette ambiance de gravité pourtant lourde, son buste se dressant instantanément sans dissimulation, son visage exultant la physionomie d'une jeune femme vivante et joyeuse, sa bouche proféra sans censure, un tonitruant « tout à fait, [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁶⁹

Thierry ! », parodiant ce tic de langage à la mode dans le monde des commentateurs de football du moment ! Nous avons de concert

instantanément éclaté de rire. J'étais curieux de voir si cette dérisoire, mais comique entorse protocolaire aurait un quelconque impact sur sa cure. Je la vis aux séances suivantes venir de plus en plus apaisée, bientôt revivifiée, sa mise s'éclaircissant en vêtements plus colorés, son corps enfin délié se dressant dans son propre espace, et sa voix devenant plus lumineuse et assurée. Quelque temps plus tard, elle décida d'interrompre ses séances pour commencer, ou continuer de vivre.

Jacques Fabrizi

Palimpseste



#palimpseste

Ce texte est paru dans un blog.

D·XQ vécu personnel à la question essentielle du comment vieillir voire comment mourir, quand ce Q·eVW pas le souci de la vie saine et présente, J. Fabrizi nous rappelle notre finalité et ses conditions.

Actualités, Blog, Jacques Fabrizi, L'Express 12 août 2020

Sur l'absence de désir, sur la solitude nue, sur les marches de la mort, j'écris ton nom : EHPAD*«Comme il me plairait cependant de m'adonner à une réécriture palimpseste !

Il n'est nul besoin de faire un sondage pour réaliser que les personnes âgées dans leur grande majorité ne souhaitent pas y finir leurs derniers jours. Celles et ceux dont les parents âgés ont fait le choix du domicile pour leur dernier parcours de vie se sont, sans aucun doute, sentis soulagés en apprenant les [BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020](#)⁷¹

ravages dus au virus du COVID-19 dans les EHPAD et autres structures médico-sociales. En France, l'épidémie à COVID -19 est, à ce jour, responsable

de plus de 30 000 décès, dont plus d'un tiers en EHPAD. Elle aura révélé au grand jour les conditions de vie dans ces structures en portant un éclairage cru sur le sort réservé à leurs résidents. Véritable cheval de Troie, c'est le personnel qui aura permis l'intrusion du SARS-COV-2 dans les EHPAD et qui a été le premier à alerter sur le manque de moyens criant pour y faire face en déplorant la gestion calamiteuse de cette crise sanitaire d'une ampleur insoupçonnée. La situation était rendue d'autant plus délicate par manque de personnel, de masques, de sur-blouses, de charlottes et que les tests de dépistages étaient effectués au compte-goutte. Est-il encore nécessaire de rappeler que toutes ces conditions étaient dénoncées de manière récurrente ?

Les commentaires exprimés par les soignants en EHPAD dans certaines enquêtes révélées sur le site Internet de France Inter sont éloquentes et traduisent avec acuité leur profond malaise :

- J'ai l'impression de revivre la canicule de 2003, en pire.
- Lors de la canicule, on a eu 50 morts en une semaine, mais on savait que ça n'allait pas durer. Or le virus, on ne peut pas l'arrêter comme ça. Et c'est à nous de le combattre.
- On est complètement laissés à l'abandon«
- Nous sommes paniqués, abasourdis, on va travailler la boule au ventre, à l'aveuglette, sans armes pour nous protéger«
- J'espère que ce ne sera pas l'hécatombe. On a peur. C'est dingue parce qu'on finit par se croire à la guerre, en se demandant qui va tomber ? - Les résidents ne sont pas testés, donc on ne saura jamais le nombre de personnes qui meurent réellement à cause du virus. On a également demandé à être testés, en vain.
- Les soignants contaminent les patients qui contaminent d'autres soignants. Tout le monde se contamine mutuellement, ça fait boule de neige.

Il est à craindre que les personnes âgées résidentes en EHPAD n'aient pas bénéficié de soins appropriés et d'un accompagnement de fin de vie digne de ce nom. Les quelques commentaires repris ci-dessous ne sont pas rassurants et auraient tendance à accréditer cette thèse :

- C'est déjà difficile d'envoyer des résidents âgés aux urgences en temps habituel, alors en pleine crise sanitaire« Qu'est-ce qu'on fera si l'un d'eux est

- Les autorités ont fait le choix de considérer les personnes âgées comme non prioritaires à l'hôpital, aux soins intensifs et à la réanimation. Comme si après 85 ans, on ne présentait plus aucun intérêt !
- C'est un abandon total des personnes âgées, une discrimination inacceptable, malgré un personnel extrêmement dévoué dans les EHPAD. - S'il faut que les personnes âgées partent, qu'elles partent avec dignité.

Les exemples des EHPAD qui ont connu une véritable tragédie avec un nombre important de décès sont malheureusement légion. Citons pêle-mêle les EHPAD franciliens qui ont été particulièrement touchés, mais aussi celui de Mars-la-Tour en Meurthe-et-Moselle, « Le Couarôge » à Cornimont dans les Vosges ou encore « La Riviera » de Mougins dans les Alpes-Maritimes. La liste est malheureusement loin d'être exhaustive. Dans le même temps, j'ai continué à soigner mes patients âgés à domicile en observant scrupuleusement les gestes barrières, en particulier le port de masque et le lavage des mains ; je ne dénombre aucun décès lié au covid-19. La décision du ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, prise le 11 mars 2020, « de suspendre l'intégralité des visites extérieures en EHPAD », malgré sa légitimité sur un plan sanitaire, s'est avérée préjudiciable sur un plan psychologique. Les personnes âgées ont développé des troubles du comportement, des syndromes dépressifs, voire des tendances suicidaires. Le confinement a pesé sur le moral des résidents, des familles et des soignants qui y exercent. Saluons le dévouement sans faille du personnel de ces établissements et quelques initiatives solidaires comme l'exemple de l'EHPAD « La Colombe » à Roncq près de Lille dont les 26 soignants se sont confinés dans l'établissement avec leurs résidents. À Roubaix, huit tablettes ont été prêtées à l'EHPAD « Nouveau Monde », afin que les résidents puissent échanger à distance avec leur famille durant cette période de confinement imposée par le coronavirus.

La commission d'enquête parlementaire chargée d'étudier l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus a d'ores et déjà dénoncé l'impréparation de la sixième puissance mondiale et pointé les manques (de masques, de lits de réanimation, de respirateurs et de médicaments essentiels), la saturation des hôpitaux et les défaillances du

système de santé français qui, il y a peu, était reconnu comme un des meilleurs au monde.

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8 % des plus de 60 ans sont dépendants et 20 % des plus de 85 ans. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans. Ces perspectives sont un enjeu majeur pour la *silver* économie dont les objectifs sont d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, de garantir leur autonomie le plus longtemps possible ou même allonger leur espérance de vie. Sous ce nom se cache l'ensemble des produits et services à destination des seniors dont la croissance va de pair avec le vieillissement des Français. De nombreux secteurs sont en effet concernés par cette tendance et peuvent proposer des produits adaptés aux plus âgés, notamment :

² La santé : soins à domicile, médecine à distance, nutrition, objets de santé connectés«

² La sécurité et l'autonomie : téléassistance, détecteurs«

² L'habitat : logements adaptés, domotique«

² Les services : services à la personne, aide-ménagère, prévoyance« ²

Les loisirs : tourisme, sport, jeux«

² La communication : téléphones mobiles, tablettes, Internet«

² Les transports : aides à la mobilité, transports adaptés«

Elles attirent les convoitises de certains groupes financiers spécialisés dans la prise en charge globale de la dépendance et l'exploitation de maisons de retraite, de cliniques de soins de suite et de psychiatrie en France, mais aussi à l'international. Leurs valorisations boursières sont conséquentes et leurs chiffres d'affaires et leur croissance organique en hausse constante malgré les premiers effets défavorables liés à la pandémie de COVID-19.

La mort en institution est-elle plus difficile à accepter que la mort à domicile ? Comment est vécu ce moment de transition par la famille, qui se voit souvent contrainte dans l'urgence de rechercher un hébergement parce qu'elle ne peut plus faire face, ou tout simplement parce que la maladie et le handicap ne sont plus gérables dans un domicile inadapté. Sommes-nous certains, comme bon nombre d'établissements semblent encore l'affirmer, que la personne

a fait ce choix de terminer sa vie en institution ? La culpabilité commence à ce moment pour les proches qui n'avaient pourtant plus d'autres solutions de répit.

Au-delà de sa singularité, l'évocation de la mort de mes parents me semble particulièrement opportune pour apporter une ébauche de réponse. Ma mère, grabataire depuis de nombreuses années en raison de poly-pathologies, fut admise en EHPAD, contre son gré, alors que mon père qui permettait son maintien à domicile fut hospitalisé en urgence à la suite d'une fracture sur prothèse totale de hanche. Son séjour fut émaillé de moult complications sans aucun doute liées à son refus obstiné de l'institutionnalisation. Il s'agissait d'un placement temporaire en attendant que mon père retrouve une certaine autonomie, mais il s'avéra plus éphémère que prévu. Elle décéda d'une détresse respiratoire aiguë, moins de trois semaines après son admission sans que je puisse l'accompagner. J'en suis encore meurtri. Mon père survécut à un séjour de plus de deux ans au camp de concentration de Buchenwald, mais aussi à la mort de ma mère. Il avait toujours souhaité mourir à domicile. Je me suis attaché à respecter sa volonté même si cela me demanda une énergie et une constance sans faille. Je passais le voir une à deux fois par jour et, à peine avais-je franchi le seuil de sa porte, qu'au premier regard je devinais son humeur du moment, « *se tutto era a posto o no* », « si tout allait bien ou non ».

Je l'ai accompagné à domicile, comme il l'avait souhaité, jusqu'au bout de la vie, jusque dans la mort. J'écris jusque dans la mort, mais ce faisant cela m'apparaît contestable, car au dernier moment, mon chemin a bifurqué, je suis resté dans la vie et il s'en est allé dans la mort. Je m'en suis trouvé certes très différent, mais vivant. Mon père est décédé à 93 ans, quelques jours avant son anniversaire. Plus il vieillissait et plus je devais me convaincre qu'il allait mourir. Je sentais sa fin proche, c'était inéluctable, je le savais, mais curieusement je n'arrivais pas à l'envisager encore moins à l'admettre. Je repoussais cette éventualité et me réfugiais dans le déni. Pourtant, je voyais bien qu'il se désinvestissait progressivement des choses de la vie, comme si elle l'abandonnait peu à peu. Son regard ne me semblait plus aussi présent. J'y lisais l'acceptation de ce qu'il pressentait mais que je refusais obstinément. Il demeurait les volets clos de plus en plus tôt, comme s'il cherchait, dans un rite initiatique, à s'accommoder doucement, insidieusement, à la nuit éternelle. J'avais essayé de me préparer à cette échéance, mais quand

l'événement survint, malgré tous mes efforts, j'eus l'impression d'avoir été pris de court, d'avoir été pris au dépourvu. Mon père est mort. Le temps a passé, inexorablement, irrémédiablement, irréversiblement. Aujourd'hui encore, je reste impuissant face à mes sentiments et je demeure avec l'étrange impression que c'était hier.

Les personnes âgées ont payé un lourd tribut au SARS-COV-2. Il conviendrait d'en tirer les leçons et d'adopter d'ores et déjà un autre regard, mais aussi un autre langage sur la vieillesse. Michel Billé, sociologue spécialisé dans les questions relatives aux handicaps et à la vieillesse, précise dans une tribune publiée récemment dans *Le Monde* qu'« être vieux n'est en soi ni un défaut, ni une maladie, ni un délit » Demain, je serai un peu plus vieux, et j'aurai peut être besoin d'être "soutenu" à domicile et non "maintenu" à domicile ! J'aurai besoin d'être "pris en considération", non pas "pris en charge" ³ je ne suis pas une charge ! J'aurai besoin que l'on "veille" sur moi, pas que l'on me "surveille" « Ça n'a l'air de rien, mais ces mots parlent bien du nécessaire changement de regard qu'il faut opérer sur la vieillesse. » Il serait temps, en effet, y compris dans ce domaine, de changer de paradigme afin que le grand âge ne soit plus associé à contraintes budgétaires et la perte d'autonomie à des notions de rentabilité et de valorisation boursière.

Vieillir ne devrait-il pas aller l'amble avec sérénité et amour ? Cette conception idéalisée de la vieillesse peut paraître idyllique. Restons cependant attentifs à ce qui se trame au travers de cette expérience unique. Écoutons le message de ceux qui la vivent, même s'il est entravé par le déclin cognitif. Interrogeons le silence notamment quand « les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux ». **

I'm a poor lonesome doctor«

* Paul Eluard, *Liberté*, quelques vers remaniés

** Jacques Brel, *Les Vieux*

Homages

Hommage à André Haynal (1930² 2019)

Michelle Moreau Ricaud

André Haynal nous a quitté le 7 novembre 2019.

C'est à lui qu'Enid Balint, troisième épouse de Michael Balint, avait confié les Archives Balint. Professeur honoraire de médecine, ex-Directeur du Département de psychiatrie des hôpitaux Universitaires de Genève, il était aussi psychanalyste, titulaire de la Société suisse de psychanalyse, et, un temps, son président. Il avait été également fin des années 80 *Visiting Professor* en Californie, à l'université de Stanford. Il avait aussi rejoint l'A.I.H.P. (Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse)

Sa famille, originaire de Transylvanie, s'était installée en Hongrie, à Budapest, où son père, Imre Haynal, exerçait comme médecin. André était né là, le 13 août 1930, et avait passé son enfance et sa jeunesse dans cette capitale, où il avait étudié la philosophie et la psychologie, avant d'aller faire médecine à Zurich.

Polyglotte, il parlait le hongrois, l'allemand, l'anglais «et l'humour ; il était le type de ces intellectuels hongrois, issu de différentes cultures, de langues, très intéressé par l'histoire des idées, dont témoignent ses tous premiers ouvrages co-écrits :

Les orphelins mènent-ils le monde ? ; Le fanatisme - rare ouvrage citant La Henriade de Voltaire ! Médecine psychosomatique. On lui doit également

*Psychoanalysis and the Sciences*¹. *Un Psychanalyste pas comme un autre*, qu'il

¹ Haynal, A., Senarclens P. (de), Rentchnick, P. *Les orphelins mènent-ils le monde ?* Paris, Stock, 1977

Haynal, A., Molnar, M., Puymège *Le fanatisme*, Stock, 1980

Haynal, A., Pasini et Archinard *Médecine psychosomatique*, Paris, Elsevier Masson,

1997 Haynal, A., *Psychoanalysis and the Sciences*, Karnak, 1992

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁷⁷

m'avait offert le jour du débat, ainsi que de nombreux articles dans *le Coq Héron* et *Psychothérapie*.

Mais c'est surtout son ouvrage *La technique en question*, (avait-il pris le titre de la conférence de Martin Heidegger, *La question de la technique*, à l'envers ?) qui, à mon avis, est celui qui a sensibilisé la communauté psychanalytique à la psychanalyse hongroise et en a fait le *hérault* de Ferenczi, médaillé par J. Mézsáros à Budapest, et le Président des Congrès Ferenczi à travers le monde, dont le dernier se tenait à Florence avec C. Bonomi, (2018). Le sous-titre de cet ouvrage : *Controverses en psychanalyse*, montrait comment ce que chaque psychanalyste tenait pour acquis ² la technique freudienne - pouvait s'interroger historiquement ; les deux grandes figures pionnières de la cure Freud et Ferenczi y sont soumises à la critique grâce à un tiers, Michael Balint, témoin depuis 1924 de leur amitié, collaboration et influence mutuelle, qu'Haynal met en scène.

A mon retour du premier colloque International Balint à Budapest-(1986) où j'avais rencontré les médecins français de la Société Médicale Balint (Bernarchon, Canet, Berton et Nicole, etc.) et les anglais de la Balint Society (dont Philip Hopkins qui l'avait créée en 1970), j'avais rendu compte de cet événement, l'un des premiers dans une Hongrie encore sous le rideau de fer, pour la revue de J. Laplanche *Psychanalyse à l'Université*². Et commencé les échanges avec Enid Balint, auprès de qui je cherchais des informations, pour *une biographie*«

Curieuse de continuer une recherche commencée quelques années plus tôt sur Vilma Kovacs (dont j'avais fait la présentation et traduit son texte sur la formation pour la première journée scientifique du Quatrième Groupe ; cf. *Topique* 18, 1977), je découvrais les liens familiaux (elle était la belle-mère de Balint). On savait peu de choses à ce moment-là sur les psychanalystes hongrois et leur petite Société.

Certes Lagache et Lacan avaient cité Ferenczi, et connaissaient personnellement Michael Balint, qui avait noué, dès la fin de la guerre, des liens scientifiques avec l'unique, alors société analytique française, la Société Psychanalytique de Paris. C'est W. Granoff surtout qui avait fait

Haynal, A., *Un Psychanalyste pas comme un autre*, Genève, Delachaux Niestlé

2002 Haynal, A., *La technique en question*, Paris, Payot, 1987.

² Moreau Ricaud, M. « Réflexions à propos du congrès International Balint à Budapest (mai 1986) » in *Psychanalyse à l'Université* 12-46, 337-346, 1987

BULLETIN BALINT N°89 – AUTOMNE 2020⁷⁸

connaître Ferenczi par un article en 1958, « Ferenczi : faux problème ou vrai malentendu » ; Judith Dupont, nièce de Balint, avait traduit *Thalassa* dès 1960 ! Isle Barande (aussi d'origine hongroise) avait publié la première biographie (1972), suivie de celle de Sabourin (1985). Quant à Balint, J.P. Valabrega avait traduit dès 1960, *Le Médecin, son Malade et sa Maladie*, et avec Judith Dupont, *Techniques psychothérapeutiques en médecine* chez Payot, en 1966.

En rentrant de ce congrès à Budapest (1986) j'avais également rédigé un *Portrait de Balint*³ d'une soixantaine de pages, envoyé à Haynal, texte trop gros pour *Topique* et proposé à Judith Dupont, alors rencontrée sur le conseil d'Enid Balint, et finalement publié chez *Frénésie*, en trois livraisons, grâce à Michel Collée : la matrice de mon futur livre *Michael Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest*⁴.

Or les Archives Balint venaient d'être confiées à André Haynal par Enid Balint, et entreposées dans son service universitaire à Genève⁵.

C'est sur les conseils d'Enid Balint et de Judith Dupont que je l'ai rencontré. Car après avoir longuement interrogé Judith sur des points précis de sa famille, avoir pris des notes sur les traductions qu'elle me faisait de la correspondance de Balint avec ses parents, les Dormandi, en exil à Paris, et les échanges de lettres avec André, beaucoup d'énigmes restaient encore. La consultation des archives à Genève s'imposait.

Généreux, disponible, André Haynal m'a reçu dans son service et accordé de son temps ; j'ai plongé pendant trois jours pleins dans ces précieuses Archives, aidée également par sa psychologue Marie-Christine Beck, qui avait établi la toute première bibliographie de Balint⁶ et par son assistante, Maud Struchen, qui me traduisait lettres et documents en allemand, alors qu'André

m'aidait pour le hongrois.

Quel plaisir de dépouiller ces archives, alors qu'à Londres, Pearl King, s'était étonnée de ma démarche « André m'a aussi reçue chez lui pour dîner,

³ Moreau Ricaud, M. « Portrait de Balint », Frénésie, 1987, 1988

⁴ Moreau Ricaud, M *Michael Balint. Le renouveau de l'Ecole de Budapest*, Ramonville Ste Agne, éerès, 2000, réédité en 2007.

⁵ Les archives Balint sont maintenant « rentrées » à Londres, au Freud Museum.

⁶ A. Haynal la complétera avec notre collègue canadien Marcel Hudon, pour *The American Journal of Psychoanalysis*, « The life and Work of Michael Balint, Third Special Issue, 2003, Guest Editor Judith Dupont, with the collaboration of Michelle Moreau Ricaud.