



FRANÇOIS BERTON

LE POUVOIR MÉDICAL DANS LA RELATION MÉDECIN-MALADE. POINT DE VUE D'UN GÉNÉRALISTE.

Notre archiviste Jean-François Coudreuse nous a déniché un texte d'actualité publié en mars 1978 dans notre bulletin Balint n°22 (pages 27-39) par François Berton. Jeu : qu'est ce qui a changé en 40 ans ?

Il n'est que de feuilleter la presse médicale de ces derniers temps pour voir à chaque coin d'éditorial fustiger et nier la notion même de pouvoir médical. Quelques penseurs et leurs exégètes avaient entrepris de dénoncer ce pouvoir; et il est vrai qu'ils n'avaient de l'exercice de la médecine qu'une expérience lointaine ou de seconde main, et une information assez sélective.

D'ailleurs ce pouvoir que nos confrères de la presse réfutent a une connotation particulière et sociopolitique. C'est ainsi, par exemple qu'à propos du conflit entre le directeur et le chirurgien de l'hôpital de Donfront on a écrit que le premier était fortement motivé politiquement contre le pouvoir médical... et aussi contre le chirurgien. Ailleurs on parle encore du pouvoir médical « si souvent remis en cause par les syndicats » ; et le Dr Mérat, que je n'ai pas à présenter et qui souvent s'écoute écrire parle « du pouvoir médical tel qu'il est en train de naître des copulations de l'ordre du syndicat autonome de la Fédération et de la Confédération ».

Les exemples ne manquent pas, et le médecin qui pratique se sentant visé mais ne se sentant pas concerné hérissé son poil et hausse le ton. L'un d'eux, le Dr Hirsch de Bordeaux, écrit dans le

« Concours médical » :

« Après une longue vie d'exercice de la médecine générale, j'ai horreur d'entendre parler du pouvoir médical. Je suis un être humain qui a essayé de comprendre ce qui se passe dans l'homme malade, de le guérir et de l'améliorer si possible. Cela ne me paraît pas un pouvoir mais un devoir. Je n'ai jamais entendu parler du pouvoir du garagiste ou de l'électricien, pourtant je suis envers eux comme mes malades le sont envers moi.

Le malade suppose que je fais le nécessaire pour le faire vivre, il est sûr de son côté de me faire vivre par ses honoraires. Cela me paraît une situation claire et nette. S'il n'est pas content, il va voir un autre confrère.

Qu'il y ait des masochistes malades ou des sadiques médecins qui ont besoin du pouvoir médical - tant pis pour eux !

Ce sont des remarques d'un praticien qui vit de sa clientèle. Ce qui se passe dans certains hôpitaux est tout à fait différent, et le pouvoir médical s'y fait souvent sur le dos du malade sans défense ».

Une première lecture de ce texte nous ferait approuver ce confrère, quoique ses affirmations concernant un non pouvoir comparable au nôtre du garagiste ou de l'électricien donnerait à penser. N'acceptons nous pas les verdicts de ces techniciens et ne passons nous pas par

leurs volontés quand ils se doublent de redoutables vendeurs ?

Ce médecin bordelais cantonne le pouvoir médical dans les hôpitaux ; et c'est bien vrai que la technique nickelée confère à qui la manipule une puissance qui n'est pas que symbolique ! Il est vrai aussi que le fractionnement des responsabilités donne un pouvoir collectif parce que ne reposant que sur la réflexion et la conscience d'aucun en particulier.

Aujourd'hui cependant, nous allons essayer d'analyser ce pouvoir médical, non pas sous l'angle sociologique, politique ou économique, nous attendons cela de ceux qui connaissent ces problèmes, mais nous allons rester au niveau du médecin praticien que je suis et qui cherche à savoir ce qui se passe entre lui et ses malades, Nous allons chercher à débusquer le pouvoir dans les fourrés de la pratique quotidienne, mais en étant à la fois observateur et dans le champ de l'expérience.

Partant du besoin d'action, nous verrons les réponses possibles aux plaintes du malade, et le pouvoir qu'elles nous donnent. Nous regarderons la relation médecin-malade non pas comme une œuvre de charité mais comme une réalité clinique. Nous gratterons un peu où nous n'osons pas dire que cela nous dérange. Notre savoir repassé de frais par les EPU, la becquée maître-élève et autres bichats pourra passer pour un dangereux instrument de pouvoir, et l'idée que les malades s'en font n'arrange rien. Et enfin

nous irons interroger ceux qui sont encore médicalement impuissants, les étudiants en médecine, qui ont sûrement leur mot à dire, car croyez-le bien ces jeunes pensent beaucoup.

En pratique courante, la priorité est théoriquement donnée à l'Agir:

Que faire devant... Conduite à tenir chez un... Que vais-je faire ou donner, à ce malade, sont des problèmes et généraux et individuels. Ils se posent à nous ; ou plutôt nous nous les posons car nous ne supportons pas de ne pas FAIRE quelque chose.

C'est d'ailleurs très sécurisant d'avoir « quelque chose » à faire, avec, ou à, un malade. Il est plus facile en face de l'autre de parler d'une chose, d'une maladie, que de parler de lui-même, et d'établir une relation personnelle avec lui. C'est simple, quand les signes apportés par le malade correspondent à une maladie facilement identifiable qui entraîne une conduite codifiée: la constatation d'une varicelle chez un jeune, d'une fracture chez son père, ou d'une extra-utérine chez sa tante ne nous pose pas de problèmes immédiats : notre conduite est simple. Le malade est rapidement d'accord avec nous sur la décision à prendre, il ne semble pas que le pouvoir médical ait beaucoup à se manifester. C'est déjà plus difficile quand le malade n'est pas d'accord sur la marche à suivre et qu'il n'y en a qu'une possible.

C'est ainsi que le mois dernier un de mes malades avait des ganglions partout. Il a déjà mis 15 jours pour faire la numération demandée.

Elle montrait 300.000 blancs. Il a fallu le décider à rejoindre l'un d'entre vous dans son service hospitalier. Et pour cela il a fallu agiter quelques spectres macabres pour frapper l'imagination de cet homme immature et père de famille : un véritable chantage affectif pour le décider à se soigner. Un tel comportement n'est pas habituellement le mien mais j'ai dû m'y résoudre prenant une attitude coercitive qui était nécessaire. La relation médecin-malade était du niveau père - petit enfant buté. Déjà cet exemple clinique montre le pouvoir médical en exercice dans son désir d'action; que ce désir d'action ait été des plus légitimes, je ne le nie pas, mais que ma conduite commandée par les faits ait été sécurisante, je ne le nie pas non plus.

Que les symptômes présentés par le malade n' rentrent pas facilement dans une catégorie identifiable, nous mettons tout en œuvre pour les faire coïncider avec le tableau scientifique nosologique d'une maladie déterminée. Si nous y arrivons, nous jubilons, avons une belle maladie, tenons le malade à notre merci et notre savoir nous donne un pouvoir sur lui. S'il veut bien passer par nos volontés scientifiques c'est non seulement un beau mais encore un bon malade. Parfois, même, nous nous arrêtons au premier diagnostic clair et codifié: c'est si rassurant. Mais l'écart entre le discours du médecin et celui du malade est énorme: ils ne parlent pas de la même maladie. L'un parle à travers ses symptômes d'un mal être, d'un mal-à-dire, qu'il exprime par une maladie; l'autre a construit pour son confort scientifique

personnel une maladie qu'il a expliquée à son malade comme étant la seule source de ses maux, comme étant le seul langage qu'ils peuvent avoir ensemble et comme finalement devant prendre la place et l'identité même du malade. Que dire à ce sujet des vésicules, des spasmodies, des asthmatiques.

Un exemple: cette dame, connue depuis 10 ans vient me voir un soir. Vertiges, malaises, maux de tête, essoufflements, 20/12. Tout paraît simple. Je la tiens en mon pouvoir : je peux lui faire peur. Je peux lui infliger un régime (elle est obèse), j'ai des tas d'examen à lui demander et un traitement à lui donner. Ce pouvoir est fascinant et source d'une certaine jouissance. Mettez-vous à ma place : je la possède, d'autant qu'elle m'a souvent importuné. Mais je réussis à me reprendre et à me dire que c'est trop simple pour être vrai; et que cette maladie, l'hypertension, que je viens de construire sur cette malade (maladie du médecin) n'est peut-être pas sa maladie à elle et que nous allons suivre deux voies parallèles. Elle est là, allongée sur le divan. Je viens de retirer le brassard, la tête pleine d'idées contradictoires. Je garde le silence, et la trouve très émue. Je le lui fais remarquer. « J'avais, vous le savez, une fille, .. » je connais bien la famille, l'existence d'une fille unique et adulée de 22 ans et, si elle était morte, je le saurais. Ce J'AVAIS une fille me frappe. Elle est partie pour Marseille. Je le lui fais remarquer et il découle que ce départ de cette fille est vécu par cette femme comme un véritable deuil. J'avais une fille... et 20/12. Ma conduite devant

cette hypertension virait de bord, et mon pouvoir se transformait en savoir-faire.

Ce pouvoir d'agir- ce devoir pour certains - est parfois une attaque à main armée; et je pense aux techniques agressives d'exploration; je pense aussi aux réponses techniques à la plainte qui sont censées annuler celle-ci. Exigence est fait au médecin d'intervenir en tout et sur tout; et si le malade a encore après cela envie de se plaindre, il exagère; c'est un fonctionnel, un hypocondriaque, un dystonique neurovégétatif, mais toujours un justiciable d'exams de plus en plus recherchés pour mettre enfin une étiquette scientifique sur ces plaintes, et les ayant nommées, les exorciser. Ce pouvoir de l'agression technique se traduit assez bien par un certain vocabulaire médical emprunté à l'art militaire : la période d'invasion des maladies, l'envahissement des organes, le traitement d'attaque, la réaction de défense, les campagnes de dépistage, les armes dont nous disposons, les décharges d'anticorps et pour en finir ... les fantassins de la médecine comme on se plaît à nous nommer.

Le malade participe de moins en moins à sa maladie : il ne guérit pas; il est guéri; mais parfois pas de la maladie qui est la sienne, mais d'une autre que l'on fabrique sur son dos. Et il se sent plus en liberté surveillée que suivi. ..

Que nous le voulions ou non, qu'elle soit bénéfique, thérapeutique, ou au contraire offensive, toxique ou dangereuse, la relation médecin-malade existe et est l'oc-

casion de manifestations du pouvoir médical. Parfois d'une manière évidente : le pouvoir d'autoriser ou de défendre un sport, un voyage en avion; le pouvoir de permettre au malade l'obtention de certains médicaments qu'il nous demande : notre signature ouvre les tiroirs des pharmaciens mais ne libère pas pour cela leur conscience; ils se demandent toujours s'ils ont le droit de donner ce que nous avons permis.

Pouvoir de prescrire du temps; je veux dire de donner un arrêt de travail, pouvoir aussi de le refuser : si nous ne pouvions de temps en temps dire non, signer un arrêt de travail ne serait plus un pouvoir mais une fonction. A nous de voir où nous en sommes et si nous ne nous plaignons pas de ce que nous étions mérité. Notre pouvoir administratif est bien éculé; il existe cependant et est souvent fonction dans son efficacité du pouvoir de la position sociale et professionnelle du médecin. Mais pour nos malades, ce pouvoir administratif est immense, il est à la mesure de l'idée qu'ils se font de nous et du pouvoir qu'ils nous attribuent.

Continuons à dresser l'inventaire du pouvoir dans la relation. Elle se déroule dans un contexte extérieur de décors, de vêtements, de langage, d'habitudes socioculturelles. Il est évident qu'être debout et habillé devant un homme nu et couché crée une relation de dépendance; quoique la relation puisse s'inverser si celui qui est nu et couché fait naître un désir chez celui qui est debout et habillé. Il importe de prendre conscience de ses émotions dans un sens comme dans l'au-

tre (émotions provoquées et ressenties). Phryné, nue, avait un pouvoir sur l'aréopage, qui pourtant possédait LE pouvoir et prétendait l'exercer.

Mais l'écart vestimentaire crée un décalage : on parle de médecine en jean's ou de médecine en cravate. Je ne suis pas sûr que la médecine en jeans annule le pouvoir créé par l'écart vestimentaire surtout si le médecin est plus à l'aise en jeans que le malade dans ses beaux habits. Celui-là aura cherché à annuler l'écart vestimentaire en faisant un effort de toilette dans laquelle il ne sera pas forcément confortable. Il s'excusera de venir à la sortie du travail en bleus alors qu'ainsi il est beaucoup plus lui-même et moins vulnérable.

Plus l'écart socio-culturel est grand, plus le médecin exerce une domination ; non seulement en ce qui concerne la valeur des objets utilisés par le médecin, mais encore par les valeurs des médecins. Il est difficile de ne pas juger différemment une photo dédicacée de Claude François dans une chambre de jeune fille ou un poster de Hamilton chez une autre. Le malade ressent cela qui va disposer sur sa table de nuit tel livre à la mode ou amener avec lui telle revue de prestige. C'est la même démarche que de venir « en dimanche » : annuler l'écart pour annuler le pouvoir.

Le langage. Culturellement 80 % de nos patients ne comprennent pas notre vocabulaire courant, même non scientifique, Parfois nous l'ignorons, parfois nous le savons, qui continuons quand même à

parler magiquement, comme si les paroles prononcées exorcisaient, même et surtout si elles ne sont pas comprises. Bien sûr, nous nous abritons derrière la nécessité scientifique, mais n'est-ce pas un moyen encore commode de tenir les patients à l'écart de la réalité de garder les distances et d'imposer le silence en empêchant de répondre, faute de beau langage ?

Dépossédé totalement de sa maladie, qui pourtant sert à le nommer, le malade ne sait rien et ne comprend rien, même aux conseils les plus simples. Nous connaissons ces feuilles de régime qui parlent d'hydrates de carbone, lipides, ou même de calories. Leur inefficacité n'égale que leur cuistrie. Mentionnons aussi dans l'expression du langage l'écriture du médecin. Son illisibilité légendaire est une facette d'un pouvoir indûment exercé. Non seulement notre vocabulaire est ésotérique, mais notre typographie ajoute une barrière à sa compréhension. Le malade y répond en ne lisant point l'ordonnance.

Autre barrière qui augmente le pouvoir : le rituel de l'approche. J'ai eu l'occasion récemment de travailler avec des pharmaciens et ils m'ont fait remarquer que le patient entré dans l'officine librement, sans prévenir ; et sans transition, le pharmacien le trouvait en face de lui. Alors qu'en ce qui nous concerne, il existe un rituel de l'approche : téléphone, coup de sonnette, rendez-vous, salle d'attente. On attend toujours un peu le médecin, soit chez soi, soit chez lui. Le médecin peut demander un supplément pour exi-

gence particulière, si le malade demande à ne pas attendre ; de toute façon il faut qu'il paie, soit en temps, soit en argent.

Il est une autre forme du pouvoir, aussi puissante que scotomisée. C'est peut-être celle dont le médecin a le moins conscience car il ne tient pas tellement à la regarder en face. C'est le pouvoir de violer les tabous, et le pouvoir de transgression. Transgresser des interdits est un désir ancien commun à nous tous. L'interdiction, morale et policière est une barrière. La punition, qu'elle soit de l'ordre de la culpabilité personnelle ou du pouvoir exécutif social, est là pour nous retenir. Notre métier nous donne la possibilité – le pouvoir de transgresser beaucoup d'interdits sans risque de punitions et de réaliser ce désir infantile de voir, de toucher, de faire mal, voire de tuer. Je me souviens que dans un film dont j'ai oublié le nom, un médecin joué par Noël- Noël répond à la question de savoir pourquoi il a voulu faire sa médecine, c'est, dit-il, que toute mon enfance j'ai rêvé de déshabiller ma petite voisine, sans y parvenir.

Quel pouvoir nous est ainsi donné de violer les tabous sociaux, de voir le corps de l'autre sans qu'il puisse s'en défendre, le toucher, le pénétrer. Voire, lui faire mal. Si nous n'avons pris toujours conscience de ce que nous faisons, nous avons cependant de bonnes raisons de croire que le malade, lui, a une idée plus claire de la situation. C'est SAPIR qui nous dit cette phrase très profonde sous son aspect banal : « Savez-vous, quand vous palpez un ventre, que vous

palpez un ventre? »

Ce pouvoir sur le corps de l'autre, qui n'en a rêvé ? Mais cette violation des tabous est-elle une transgression ? Transgresser, dans notre métier, n'est-ce pas parfois violer les tabous ?

Rappelons que ce désir de pouvoir sur l'autre est contenu dans « le jeu du docteur » auquel nous avons joué dans notre enfance. Lucien ISRAEL a étudié ce jeu avec des enfants, et SAMBUC a repris cette étude auprès d'étudiants en médecine. Trois images du médecin se dégagent de ce jeu : Un rôle maternel protecteur : on s'abandonne, on se laisse tripoter, on se laisse gâter. Qui de nous n'a jamais apporté une fleur, un livre à un de ses malades ? Un rôle paternel, autoritaire ; qui tient le rôle dans le jeu du docteur a tous les droits, ces droits font une des parties principales de notre réflexion de ce matin. Il a le droit de faire mal, et en plus il faut lui dire merci ! C'est un personnage paternel, ou plutôt, comme dit Israël, patriarcal, c'est-à-dire plus puissant que le père ; il est bien tentant, bien redoutable et bien dangereux de s'y identifier ... Un troisième rôle, dans ce jeu, est un rôle sexuel licencieux. On parle peu de ce jeu, et je gage que vos enfants ne vous l'ont pas souvent raconté. Et vous n'avez sûrement jamais vu, ce pouvoir sur le corps de l'autre, ce passage à l'acte sous couvert de jeu perdrait son caractère de fiction et prendrait une dimension réelle et très angoissante et culpabilisante. Comment ne pas transposer dans notre réalité professionnelle ces trois aspects ? Et si l'enfant

s'en défend sous couleurs de jeu, comment nous protégeons-nous de cet aspect prise d'autorité et comportement licencieux pour l'exercice duquel le jeune étudiant commence par demander une « licence » de remplacement...

Les défenses que nous établissons contre la réalisation de ces désirs inconscients sont très solides : une morale professionnelle stricte, une attitude rigide de la part des instances professionnelles qui sont censées la représenter, qui n'évolue que très lentement, et défendent une image sociale des médecins que beaucoup refusent comme pouvant les représenter. Un prestige social autour de la profession soigneusement cultivé, donne du médecin une image idéale qui le dépersonnifie. Il s'abrite derrière la certitude que ce qu'il fait est pour le bien du malade et que sa fonction est de le faire. Défense encore que la technique qui nous éloigne de la personne pour privilégier tel ou tel organe car qu'est-ce que pénétrer, voir, toucher, couper un organe quand on s'est bien isolé de la personne qui le possède: c'est beaucoup plus rassurant.

Tel est le caractère défensif de la médecine morcelée. Plus on est près de la personne, plus on éveille l'intérêt social: le psychanalyste plus que le dermatologue, le chirurgien gynécologique plus que l'orthopédiste ont des succès de salon. Le généraliste verrait ses actions remonter, dit-on.

Quel est donc cet autre pouvoir de nommer la maladie ? C'est à nous de décré-

ter s'il y a ou non maladie, de lui donner un nom, et par là même d'établir un pronostic; mais nous avons vu qu'il y a plusieurs niveaux de diagnostic et que la maladie du médecin n'est pas forcément celle du malade.

Pouvoir dangereux de nommer. Avant-hier, appelé auprès d'une fillette de 12 ans qui avait un pouls à 120 et bien sûr une précordialgie, j'ai eu grande crainte de prononcer le mot, qui ferait à vie basculer cette enfant dans le monde de ceux qui « ont quelque chose au cœur ». Comment devant un nourrisson qui a une difficulté expiratoire ne pas en faire, pour des années un asthmatique, avec toute la connotation angoissante et iatrogène qui l'accompagne ? Vous aurez toujours mal avant vos règles,... a dit une fois un médecin à cette jeune fille. Et elle exécute l'ordre. Comment ne pas penser au « Tu accoucheras dans la douleur... », qui est une des premières manifestations du pouvoir médical. Ce jeune homme est gêné pour présenter son carnet de vaccination : un service hospitalier a cru bon d'apposer sur la couverture un énorme cachet : « service des nourrissons débiles ». Il ne faisait pas le poids à sa naissance - et s'est rattrapé depuis - mais dans sa tête le mot débile désigne bien ce que veulent dire nos enfants quand ils traitent un de leurs enseignants (ou peut-être un de leurs parents) de « complètement débile ». Nous pourrions multiplier les exemples vécus du pouvoir iatrogène de nommer, mais ce pouvoir s'exerce aussi à l'envers : le secret professionnel nous donne le pouvoir de ne pas nommer, et il est assez voluptueux parfois de l'exer-

cer; pensons aux compagnies d'assurance...

Toute étiquette a une influence sur la santé du patient : pouvoir du diagnostic... il sert, nous dit Sapir, d'évitement au malade et justifie son inaction, et de justification au médecin dans son action. Ce diagnostic est pouvoir et devoir du médecin, passer à côté d'une maladie est péché mortel, rendre quelqu'un malade à force d'exercer ce pouvoir, péché véniel. Quand on a un diagnostic à mettre sur le dos d'un patient, on n'a plus peur d'être manipulé par lui, quand on n'a pas d'autres moyens d'éviter cette manipulation.

Créer un malade, là où il n'y a pas encore de maladie, drame quotidien de la médecine préventive. Dépister le symptôme - de préférence chiffré, cela protège mieux de la personne - et vouloir à tout prix le normaliser en installant le « justiciable » en état de maladie. Pour la justice française, tout être qui n'est pas certainement coupable est encore un innocent. Pour les médecins, tout être qui n'est pas certainement bien portant est malade. Nous aimerions mieux, parodiant une phrase célèbre, dire que tout malade est un bien portant qu'on ignore. Cependant quelle tentation pour le médecin de faire agiter les sonnettes d'alarme que lui donne son pouvoir devant toute anomalie de dépistage. Nous passons une bonne part de notre temps à contrebalancer cela et à redonner l'idée de santé à ceux que l'on a rendu malades.

Ce pouvoir né au cours de la relation, lié nous l'avons vu au désir de faire (on ne supporte pas de ne pas faire), à l'obligation de faire entrer les symptômes dans une catégorie nosologique sans quoi le malade ne peut être considéré, lié à la possibilité - qui découle de la proposition précédente - de se livrer à toute sorte de choses sur le corps de l'autre, lié à notre position sociale et à notre culture différente, lié à notre permission de violer les tabous et de réaliser nos phantasmes sur le corps de l'autre, lié au pouvoir de nommer, ce pouvoir nous vient aussi du malade lui-même.

Il nous est attribué par lui, le malade, et ce que nous ressentons en face de lui, est ressenti avec une égale intensité mais avec une même obturation par l'autre. Qu'est-ce qu'un malade ? On a répondu à cette question par une boutade, qui comme toutes les boutades n'en est pas une : un malade est qui vient sonner à la porte du médecin. La situation de demandeur donne un pouvoir à qui il est demandé. Une sorte de pensée magique colore la confiance accordée d'autant que l'homme malade se replie sur lui-même, son unité interne dissociée par la maladie. Il va vite chercher des positions de repli où il se sentira confortable ... protégé, comme du temps où, enfant, les choses se résolvaient d'elles-mêmes pour lui. Soignez-moi, ou guérissez-moi ? Ambiguïté de la demande. Aimez-moi. Il devient dépendant et tente d'échapper aux obligations et aux tensions de la vie quotidienne. C'est peut-être d'ailleurs ce qui l'a entraîné en état de maladie : c'est le point faible qui craque quand la

tension est trop forte et l'obstacle insurmontable.

La place est donc toute prête pour l'exercice du pouvoir médical, et il paraît simple de l'exercer. La tentation est même grande d'entretenir cette situation de dépendance et de provoquer la régression. Un malade passif, soumis, conforme à l'idée que l'on se fait du malade idéal : voilà ce qui convient au médecin. Objet idéal nécessaire à l'expression de la puissance. Il en est ainsi, par exemple actuellement des ouvrages, articles et campagnes visant à mettre en évidence tous les maux qui menaceraient les femmes enceintes. A en croire certains, les grossesses dites à risques sont légion : il existe même des tableaux où sont cotés ces facteurs de risque. Une situation de paix, d'espoir de non maladie devient de ce fait une situation médicalisée.

Se paniquent les femmes, se culpabilisent les généralistes qui ne se sentent plus capables de surveiller une grossesse. Le Dr Baudet n'a-t-il pas écrit dans la Gazette médicale « Toute aménorrhée, gravidique ou non est affaire de spécialiste et non de généraliste ».

Que dire aussi de ces cartes du cœur qui vous prédisent votre infarctus. Plus quotidiens dans cette manifestation de pouvoir sont les régimes qui ne sont suivis que par ceux qui n'en ont pas besoin, mais qui par contre ont grand besoin d'être dirigés, tenus en dépendance et un tantinet maltraités. Ceux-là avec leur demande, font la proie du pouvoir médical, et donnent raison au dicton médiéval « oignez le vilain, il vous poindra; poignez le vilain, il vous ouindra ! »

Plus l'attitude du médecin est capable de suggérer l'omnipotence et l'omniscience, plus grande est la tentation du malade d'y répondre et de s'y abandonner dans un masochisme voluptueux.

Pouvoir de la prévision: si vous ne faites pas ceci, il vous arrivera cela. Et les choses étant dites sont comme devant être arrivées...

Un autre pouvoir que le malade sent, c'est celui de comprendre. Il pense que nous saisissons tout de lui, et il est vrai qu'il est souvent dangereux de montrer au malade quelque chose de lui qu'il n'est pas prêt à entendre. Le pouvoir de guérir, de faire du bien qu'il nous prête s'entache de celui de le faire parler; et quand on le fait aller plus loin qu'il ne le veut, la situation se bloque, et souvent pour longtemps.

Les médecins installés - et installés dans leurs certitudes - ne se posent pas de questions sur leur pouvoir: ils refusent même d'en entendre parler. Il n'en est pas de même des futurs médecins SAM-BUC de Marseille a fait une très importante enquête auprès des étudiants de première année sur leur motivation dans leur choix d'une profession médicale. La place n'est pas ici de relater ses conclusions très denses mais nous pouvons retenir qu'il a mis en évidence une certaine quête du pouvoir, souvent clairement exprimée. L'exercice du métier permet de tenir l'autre en son pouvoir, de le choisir; mais l'étudiant le masquera sous un désir d'aider, de guérir, etc... Profession idéale, dit un étudiant. Idéale dans la me-

sure où elle permet sous couvert des meilleures bonnes raisons édifiantes de satisfaire des pulsions profondes peu avouables. Mais rapidement l'étudiant prend conscience non pas de ses désirs profonds, mais de la possibilité de les réaliser que lui donne l'étiquette de médecin.

J'ai retrouvé cela lors de plusieurs expériences vécues avec des étudiants de DC1. Il se trouve que j'assume les fonctions de chargé d'enseignement de Paris XIII en médecine, et qu'avec une quinzaine de collègues nous essayons de former les étudiants de troisième cycle à la médecine générale et d'y sensibiliser ceux du premier et du deuxième cycle.

C'est ainsi que cherchant à examiner ce qui se passe entre eux et leurs malades, ils nous ont confié leur désarroi devant les changements d'attitude de ceux-ci envers eux selon qu'ils fonctionnaient comme aide soignants ou comme étudiants en médecine, c'est-à-dire comme médecin. La communication facile et libre dans un cas se trouve coupée dans l'autre. Finis les bavardages, les confidences, la relation horizontale. Ils se trouvent revêtus d'un pouvoir qui les effraie, qu'ils ne peuvent assumer et quirompt la relation. Leurs paroles deviennent des paroles divines, ils sont doués d'infailibilité, et n'ont plus le droit à l'erreur.

Citons quelques-unes de leurs réflexions. A propos du schéma de prise d'observation qu'on leur demande d'appliquer, ils commentent « le malade

n'avait qu'à se taire, qu'à répondre par monosyllabes aux questions déjà toutes préparées du médecin « Seigneur et maître ».

Je me souviens très bien n'avoir pu m'empêcher d'imaginer la scène ; le médecin derrière un énorme bureau noir, jonché sur un fauteuil tournant dominant ainsi son patient... Bref, immuable dans son rôle de manager; cette notion de médecin surhomme, pouvant tout accomplir, tout guérir ou presque tout est à mon avis bien trop exploitée, le patricien (je respecte volontairement son lapsus) entouré de son jargon médical, combien de fois est-il inaccessible au patient ».

Un autre exemple :

« Au cours d'une matinée passée à l'hôpital, j'ai effectué l'interrogatoire d'une femme âgée. Le fait de porter une blouse blanche, de l'ausculter et de lui poser toute une liste de questions m'a fait passer pour un médecin. J'avoue ne pas en avoir pris conscience sur le moment; je n'étais en fait préoccupé que par l'interrogatoire. Elle se plaignait souvent de ses douleurs et me demandait si on pouvait les soulager. Confiant ou naïf, je lui assurai que tout serait fait pour les faire disparaître. J'ai demandé ensuite de ses nouvelles à l'externe qui m'apprit qu'il serait très difficile de faire disparaître les douleurs de cette malade. Quel n'a pas été mon sentiment de culpabilité à ce moment-là ! Je n'étais pas très fier de moi, car je pensais avoir utilisé un pouvoir sans en être conscient ».

Si on les aide un peu à réfléchir, les étudiants peuvent très bien analyser le pouvoir du médecin. C'est ainsi que l'un

d'eux raconte l'histoire familiale d'un garçon de 13 ans, à qui un médecin a imposé un régime strict depuis l'âge de 10 ans en posant le diagnostic de « futur diabétique ». Papa est diabétique, tu as eu une fois une glycémie un peu élevée, tu seras diabétique. Et l'étudiant ajoute : Non il ne sera pas diabétique, il l'est déjà ! Il a peur, me parle souvent de la maladie de son père qui n'est encore qu'à un stade très précoce. A 13 ans il connaît déjà parfaitement la physiologie du pancréas, il vit dans la hantise de cette maladie hypothétique. Mais le plus terrible c'est que le milieu familial aggrave cette situation en cultivant cette peur (Si tu manges un bonbon tu seras comme papa). L'étudiant commente ce cas en avouant qu'il l'effraie. Il a peur d'exercer plus tard, il cause de l'auréole et des pouvoirs de celui qui sait. Pouvoir d'avoir une influence néfaste sur quelqu'un (de le rendre malade) tout en étant persuadé d'avoir agi de la meilleure façon. Il se pose les vraies questions et voit que son pouvoir vient du malade lui-même : « Le classique Bonjour Docteur, lorsque je rentre dans une chambre, me coupe les jambes, et je me rends bien compte que cette personne couchée dans la position du malade attend quelque chose de moi. Les quelques minutes passées en sa compagnie le rassurent-elles ? Suis-je à la hauteur du pouvoir que m'attribue ma blouse blanche ? »

Une grande partie de notre interrogation d'aujourd'hui est posée dans cette réflexion de ces étudiants que nous avons cités. Admirons au passage leur maturité

et leur faculté d'analyser la situation qu'ils vivent. Hélas, ils sont en DCI et quatre ans de formation hospitalo-universitaire va leur enlever cette possibilité d'interrogation et leur donner la certitude que leur pouvoir est dans leur savoir et que tout est très bien ainsi.

Que le savoir donne le pouvoir, je pense que peu de nos confrères puissent le nier; mais encore faut-il d'une part que ce savoir ne nous donne que le droit de dire, de faire et rien de plus; et d'autre part que nous ne nous sentions pas désarmés quand ce savoir nous fait défaut. Il arrive très souvent en face d'un patient que nous nous demandions: que veut-il ? Où veut-il aller ? Que cherche-t-il à me faire comprendre ? Accepter le non-savoir, dire je ne sais pas, pour permettre au malade d'aller plus loin : il en sait beaucoup plus sur sa maladie que nous; accepter le non-savoir c'est éviter de le remplacer par l'exercice d'un pouvoir qui peut être toxique.

Dans pouvoir, dans savoir, il y a toujours voir. Nous avons assez insisté sur la puissance que nous donne ce voir, ce voir ça, ce voir pour. Michel Foucault cite dans la naissance de la clinique M.A. Petit qui écrit prophétiquement en 1797 : « Il faut autant qu'il est en soi rendre la science oculaire... » et Foucault commente « Tant de pouvoirs, depuis le lent éclaircissement des obscurités, la lecture toujours prudente de l'essentiel, le calcul du temps et des chances jusqu'à la maîtrise du cœur et la confiscation des prestiges paternels, sont autant de formes à travers lesquelles

s'instaure la souveraineté du regard. Œil qui sait et qui décide, œil qui régite ».

Œil qui voit, mais aussi bouche qui parle, et main qui agit. Où commence le pouvoir ? Perception du signe ? Nomination de la maladie ? Passage à l'action ? Foucault, toujours, nous dit que « C'est l'intervention d'une conscience qui transforme le symptôme en signe ». Peut-être pourrions-nous inverser et dire que c'est l'intervention d'un inconscient qui transforme le signe en symptôme : je veux dire par là qu'à travers les symptômes qu'il nous offre, le malade nous fait des signes et que les pouvoirs protéiformes que nous avons essayé de détailler sont autant d'écrans contre ce que veut dire le malade et ce que nous pouvons en entendre. Balint nous dit que c'est « sur une base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ses patients ». Cette relation unique n'est pas de l'amour, pas de la protection, pas de la haine, pas du pouvoir, pas du savoir, pas un désir, mais peut-être un peu de tout cela qu'il faut connaître et doser et contrôler. Cette connaissance de nous -même et de nos réactions envers nos patients est un moyen non pas d'annuler mais de contrôler le pouvoir médical.

Ecouter permet de parler. Celui qui sait, qui peut et le dit, ferme la bouche de l'autre. Celui qui fait, qui donne, qui impose rend l'autre impuissant. Notre médecin de Bordeaux, par la lettre duquel nous commençons notre exposé disait « je n'ai jamais entendu parler du pou-

voir du garagiste et de l'électricien et pourtant je suis envers eux comme mes malades le sont envers moi ». Peut-être écrirait-il maintenant « je ne sais ce qu'il en est du pouvoir du garagiste et de l'électricien, mais peut-être sont-ils envers moi comme moi envers mes malade ».

Le pouvoir est à qui peut donner et à qui il ne peut être rendu, à qui peut parler et à qui il ne peut être répondu, dit Jean Baudrillard. Contrairement aux guérisseurs qui ont UN pouvoir, nous avons le pouvoir. L'article est défini et non indéfini. Ce qui veut dire que nous pouvons l'analyser pour avoir non pas le pouvoir mais la possibilité de recevoir et d'entendre.

■ *François Berton.*



MARIE-ANNE PUEL

LE MALADE « PSY », SES PSYCHIATRES ET SES GÉNÉRALISTES. VIGNETTES

Les malades « psy » sont sans doute des malades comme les autres. Les médecins généralistes qui s'en occupent sont probablement aussi des médecins comme les autres. Mais les premiers sont un peu plus souvent isolés, inobservants, imprévisibles, multi-atteints, chronophages ; et aux seconds, il faut un peu plus de patience, de présence, de tact et d'aide...qu'aux autres. Entre eux, ou quelque part, parfois existe un ou plusieurs « psy »-thérapeutes qui aident ou déroutent patients et médecins. Vignettes.

Au fur et à mesure que l'on exerce la médecine générale, on s'aperçoit qu'on passe de guérir, à soigner, puis de soigner à accompagner. Et cela vaut particulièrement pour les patients que je baptiserai tout simplement « psy » sans m'occuper du diagnostic médical qui passe souvent au second plan, comme en témoignent les quelques histoires qui suivent.

« Soigner, c'est pas de la tarte », écrit Martin Winkler dans la préface du livre du Dr Borée. J'ajouterai pour poursuivre la métaphore pâtissière que la consultation du malade « psy » constitue la cerise sur le gâteau. Notez que, justement, j'aime bien les cerises. Mais parfois, je pense comme Jaddo que si j'avais « fait dresseuse d'ours » ça n'aurait pas été plus dur.

Pour faire simple, je dirais qu'il y a quatre catégories de patients.

1. Ceux qui sont (toujours, encore) suivis en « psy »
2. Ceux qui vont bientôt y aller-mais-quand ?
3. Ceux qui refusent d'y aller. Point barre.
4. Et ceux qui en reviennent sans espoir qu'ils y retournent.

J'ai classé ces catégories de 1 à 4 sur l'échelle de Richter des difficultés à se coltiner en consultation.

En préalable, en vertu de la loi de l'emm.... maximum, les malades qui auraient besoin

de plus de temps sont ceux qui ne prennent pas rendez-vous ou quand ils prennent rendez-vous, n'y viennent pas et se glissent de préférence entre deux patients déjà longs ou compliqués en fin de soirée quand on a rendez-vous au théâtre.

• Un exemple ? Tenez, lui ... Un corps de 13 ans, un visage de 30 et un âge civil de 50, sous tutelle, manutentionnaire en Esat. Il est atteint d'une maladie périodique dont j'ai entendu parler pour la dernière fois il y a quarante ans sur les bancs de la fac. C'est dire que j'en sais long ! Même pas trouvé ce thème là en formation médicale continue. J'ai écrit deux cents lettres au spécialiste depuis vingt ans que je connais ce patient. Il ira « *la prochaine fois* » il me le promet. Entre temps : le médecin du centre anti douleur m'a prévenue de ses demandes toxicomaniaques d'antalgiques, le patient a été convaincu d'exhibitionnisme dans le métro (enfin c'est ce que j'ai supposé en l'écouter), et la dermatologue m'a demandé assez vivement de ne plus jamais lui adresser ce genre de malade (il a une légère tendance à déposer son sexe sur le bureau des médecins- femmes en tout cas). Il se déshabille même pour un mal de gorge, exhibe ses sous-vêtements féminins (à Noël, ses bas blancs sont retenus pas des jarretelles à pompons rouges et blancs assorties à son soutien-gorge) « *Comment vous me*

trouvez docteur, ça me va bien ? » Je réponds que je ne suis pas compétente dans ce domaine après lui avoir répété que non, je n'ai pas de sous vêtement ni à lui donner ni à lui vendre. Au moment de ses ennuis judiciaires, j'ai appelé un psy dont il a bien voulu se souvenir qu'il y allait de temps en temps, pour savoir quoi écrire sur son mauvais état de santé. J'ai prononcé timidement les mots troubles de l'identité sexuelle mais non le psy n'avait rien remarqué et surtout pas ses sous-vêtements. Normal, non ? Retour à la case départ. Mais je ne perds rien pour attendre. Il va revenir, car avant de partir, son visage prend un air coquin : « *Vous z-êtes pas fâchée mon petit docteur ?* » Ben non, je ne suis pas fâchée, juste contrariée, burn-outée, désespérée : je me trouve nulle, je n'arrive pas à l'aider. « *Heureusement qu'il n'y en a pas deux comme moi, hein docteur ?* ». « *J'osais pas vous le dire, c'est la première chose sensée que j'entends depuis que vous êtes arrivé* ». Il éclate de rire, je lui souris. Fin de l'épisode.

A quand le fichier national des coursiers sanitaires et sociaux pour accompagner les patients indécis ou oublieux en consultation ?

- Il y en a une autre qui ne prend jamais rendez-vous. Elle est beaucoup mieux connue des pompiers et des urgences qui m'appellent régulièrement. Ex toxicomane, en fauteuil roulant (chondrocalcinose des genoux), collectionnant les virus (hépatite B, VIH), les TS et les médicaments. Il y a un monde entre elle et moi. Je l'adresse en neuro pour crises d'épilepsie. Elle oublie de prendre rendez-vous, puis oublie d'y aller. Faut dire qu'elle a renvoyé la dernière auxiliaire de vie. Puis, décide de se faire hospitaliser et est renvoyée

à quatre heures du matin de l'hôpital. Entre temps, les pompiers l'ont amenée aux urgences pour 40° de fièvre et pneumonie. L'interne m'appelle (tiens, c'est gentil ça) : « *on a remplacé le Skénan par la méthadone* ». Bon à suivre... si l'on peut dire car le parcours est plutôt sinueux...Le clou du feuilleton (saison 25, 17/32), c'était il y a quelques jours : elle arrive sans fauteuil et sans rendez-vous. « *Ben et votre fauteuil ?* » « *Je l'ai prêté* ». **Moi** : « *Glup !?!?* ». Et trois jours après au téléphone : « *Je vous ai menti, on me l'a volé !* » Le prochain coup de fil, ça sera sûrement : « *Je vous ai menti, j'l'ai vendu* ». Je suis prête à tout...

A quand le développement des appartenements thérapeutiques pour des patients qui ne peuvent décidément pas vivre seuls ?

Revenons à la **catégorie 1**

Il y a deux schizophrènes qui, dès qu'ils ont été assis, m'ont tendu leur carte vitale en me disant ; « *Je suis schizophrène* ». Je les aurais embrassés. Ce n'est pas que je sois longue à comprendre à qui j'ai affaire. Mais que la chose soit entendue de part et d'autre fait gagner du temps et de l'énergie !

Cela ne veut pas dire que leurs plaintes somatiques soient faciles à traiter. L'hémicorps engourdi et froid, la céphalée occipitale, l'œil droit différent de l'œil gauche, me plongent souvent dans un grand désarroi : quand commencer la batterie d'examens complémentaires, quand l'arrêter. Chacun a le « droit » à une SEP, mais j'ai aussi le droit de penser que ces symptômes ne correspondent qu'à la traduction physique d'un mal être psychique qui relèvent davantage de l'écoute que du scanner. Je m'en tire souvent en ouvrant

largement toutes les portes possibles et en construisant avec le patient une sorte de stratégie partagée du genre « *Voilà ce que je vous propose...qu'en pensez-vous ?* ». Mais comme écrit Michael Balint « *Posez des questions, vous n'aurez jamais que des réponses !* »

- A noter au passage, cette jeune femme en Esat, venue pour un accident du travail, à qui je remets ses volets administratifs qu'elle se met à lire attentivement, m'interroge soudain, sidérée : « *Victime ? Je ne suis pas une victime !* ». Depuis longtemps, je pense que le langage administratif des formulaires médicaux en particulier devrait bénéficier d'une révision annuelle. Je projette de monter quelque chose avec elle.

A quand une administration qui utiliserait un vocabulaire choisi à la place de victime, adulte handicapé, dégénérescence et j'en passe.

Mais il y a des francs-tireurs qui arrivent quand même à me piéger. Cet homme très beau-jeune-svelte, qui s'était déclaré bipolaire à la deuxième consultation (je l'avais un peu aidé !) s'est assis tranquillement un beau jour en face de moi m'a demandé de mes nouvelles, a échangé quelques propos sur la sécurité dans le métro (son métier), et sur le temps doux-pour-la-saison, s'est levé avec son arrêt de travail qu'il était venu me demander et a juste ajoute : « *Ah ! Au fait, vous ne savez pas ... mon fils (14 ans) s'est pendu il y a trois jours* » me laissant KO sur ma chaise. Je n'en suis pas encore revenue.

Là, heureusement, il y a des groupes Balint pour m'en remettre...

Dans cette catégorie il y a quand même des situations plus faciles presque rêvées. Une

admirable infirmière psychiatrique, que j'ai rencontrée il y a 20 ans chez une malade à domicile, a accompagné une patiente obèse (peut-être un peu déficiente côté mental-suivie au CMP) pour une prise de sang. Gagné ! Dyslipidémie, diabète, HTA. Tout est en place pour l'aider. L'infirmière ajoute que les malades « psy » les plus isolés, qui sont les plus exposés aux maladies somatiques, n'ont souvent pas de médecin traitant. Remarquez, on n'est quand même pas bien avancé. Devant le bilan trimestriel et la balance n'annonçant rien de bon, elle me regarde droit dans les yeux, plisse tout son visage et dit à voix basse penaude et contrite « *j'aime bien manger des gâteaux* ». Comme moi aussi, je ne dis plus rien.

A quand les diététiciennes à domicile qui prépareraient des bons petits plats hypocaloriques ou /et hyposalés et/ ou hypo sucrés jusqu'à ce que les patients eux-mêmes sachent les cuisiner ?

Continuons la montée de notre échelle de Richter et arrivons à la **catégorie 2**.

Deux exemples.

- Elle ... vit en couple, et travaille éventuellement entre deux examens complémentaires ou deux hospitalisations pour « bilan ». Elle est extrêmement autoritaire, arrive en râlant parce que je suis en retard de dix minutes, ne comprend pas pourquoi elle a toujours mal (moi non plus). Depuis deux ou trois ans, cette femme de la quarantaine passe de scanners en IRM, de neurologues en endocrinologues, de kinés en ostéopathes ...pour arriver il y quelques mois au sublime diagnostic de fibromyalgie avec son corolaire : l'anti dépresseur (que je lui avais proposés il y a trois ans) qu'elle a évidemment

refusé catégoriquement. Du coup, elle a consulté ailleurs ; on lui a prescrit quelques examens complémentaires. C'est reparti ! Peut-être que cela lui fera encore une fois une soupape de sécurité (bien que ça commence à faire très cher de la soupape pour l'assurance maladie). A l'instar de John Salinsky, j'ai l'impression d'être Sancho Panza, compagnon maladroit près de son vaillant chevalier-de-la-Mancha de malade qui s'attaque aux moulins à vent-symptômes en les prenant pour une armée ennemie.

• L'autre, qui pourrait être top-modèle, belle de partout, gracieuse, fine, ce n'est pas chez le psy qu'elle refuse d'aller. C'est chez le gastro entérologue. On lui a découvert une maladie de Crohn au décours d'une appendicectomie. Elle refuse le diagnostic, le traitement et le suivi. C'est qu'elle est très occupée par un nombre considérable de sismothérapies, et autres thérapies très spécialisées inconnues de moi, séances de tout-ce-qu'on veut en centre de jour. Elle vient (peut-être) me donner de ses nouvelles mais sûrement me faire rédiger quelques papiers. Le désespoir est contagieux ! Son départ me laisse dans une grande lassitude.

A quand les journées de 35 heures qui me donneraient un plus de temps pour une consultation un peu mieux honorée ?

Dans la **troisième catégorie** nous avons la femme du déprimé. Elle ne vient que tous les six mois pour que je renouvelle son Lévothyrox. *Elle va bien. C'est tout.* Mais l'an dernier, son mari a été hospitalisé plusieurs mois pour une dépression gravissime. La semaine dernière, c'est lui qui vient en consultation pour me remercier de ce que j'ai fait pour lui et me révèle l'enfer de sa vie quotidienne auprès de sa femme au dernier

degré d'un toc dont il fait les frais du premier poil resté dans la douche à la dernière miette de biscotte laissée sur la nappe. *Mais elle va bien. C'est tout.* Non, l'hospitalisation de son mari n'a pas été un problème, elle n'a besoin d'aucun soutien puisqu'elle n'a aucun souci. Imperturbable... Ma proposition à peine déguisée de psychothérapie n'a pas rencontré l'ombre de l'un de ses neurones. Même pas mal ! Au revoir, Madame, à dans six mois... ! « *C'est ça* », répond-elle, presque insolente.

Cela me rappelle l'épisode (relaté dans « *Ca va docteur ?* ») du sonotone en vrac sur le bureau, où le médecin essaye de faire comprendre à sa malade « débranchée » que non, il ne va pas se mettre à le réparer ! Elle, c'est pareil, elle est débranchée.

Et nous arrivons à la **quatrième catégorie** Elle... aurait pu être peinte par Delacroix sous le titre de l'Orientale. Majestueuse. Mais à peine assise, des larmes sortent de ses yeux comme la vapeur d'une cocotte-minute. Elle donne l'impression que sa souffrance mentale va la faire exploser. Un peu de la même façon, à la maison, « ça » sort sous forme de vomissements. Elle est boulimique depuis dix ans. Deux thérapeutes se sont déjà penchées sur son cas (à ma demande) : une comportementaliste spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire et une psychiatre psychanalyste, mais « *personne ne peut rien pour moi* ». Pourtant, elle a accepté facilement une prise de sang et une fibroscopie haute toutes deux normales (aurais-je sournoisement espéré une anomalie pour légitimer mon inquiétude ou donner de l'eau à mon moulin) et un anti dépresseur qui ne l'a pas empêchée de démissionner (à l'amiable) et de se retrouver sans emploi.

Même la psychiatre que j'ai appelée est perplexe devant un tel « mur ». Et la patiente de me répéter : « *Je suis comme ça, personne ne peut rien pour moi* ». Et chez les « psy », elle ne retournera pas. Bon, nous voilà bien...

Lui... il a docilement consulté plusieurs psychiatres successifs à ma demande. Fiasco complet. Pour comprendre, j'appelle le dernier psy : je dresse un portrait succinct du patient pour demander conseil et au bout du fil j'entends « *Ah oui ! Le parano ?* » Quelle empathie !! Remarquable. Envie de répondre : je me fiche qu'il soit parano ou pas : cet homme a besoin d'aide. Du coup, je l'ai « pris en psychothérapie », pour le « nourrir affectivement » comme écrit Louis Velluet et « en contournant les sujets qui fâchent » ... Mieux que rien... ou pas ?

A quand les psy qui pourraient vraiment m'aider à prendre ces patients en charge pour de vrai ?

Les autres

Et puis il y a ceux qui ne viennent pas.

Par exemple, celui qui joue au squash contre l'entrée de l'immeuble et que je croise tous les jours en évitant les balles. Personne ne s'y frotte. Il pèse cent vingt kilos et est fort comme un turc. Son frère est venu deux fois me voir. La première pour me demander d'appeler le psychiatre au CMP pour changer le traitement car « il nous terrorise, sa mère et moi ». J'ai laissé un message à l'infirmière...sans conviction. La seconde fois, il est venu pour un épithélioma baso cellulaire sur l'épaule. Il les a larges mais quand même ! *No comment.*

Par exemple, cet abonné des restos du cœur qui ramasse des mégots pour se fabriquer des

cigarettes et squatte l'appartement et le bar d'une veuve elle-même très alcoolisée. Très honnêtes tous les deux : « *On pourra pas vous payer, mais il ne peut pas venir, il ne peut ni marcher ni respirer* » Passe pour une fois (une fois ?!). J'ai tout fait pour qu'il soit hospitalisé sans passer par les urgences pour « décompensation oedémato-ascitique », y compris des chocolats dans le gentil service qui l'a accepté, y compris d'aller lui rendre visite. On s'est tous donné tellement de mal que l'attachée m'a envoyé une lettre pour me dire qu'il ne s'était pas rendu à son rendez-mois le mois suivant. C'était il y a un an. Il m'a téléphoné la semaine dernière : « *Faites-moi une ordo, je ne veux pas vous déranger, je n'ai plus de médicaments, ça recommence. Pourtant je ne bois plus une goutte d'alcool. Elle passera prendre l'ordonnance au secrétariat* ». Par moment, je rêve !

Depuis que j'ai écrit ce texte, il est mort. « *Il a vomit son foie* », me dit poétiquement sa pseudo compagne qui n'en mène pas large, dès fois (si j'ose dire) qu'il lui arriverait la même chose !

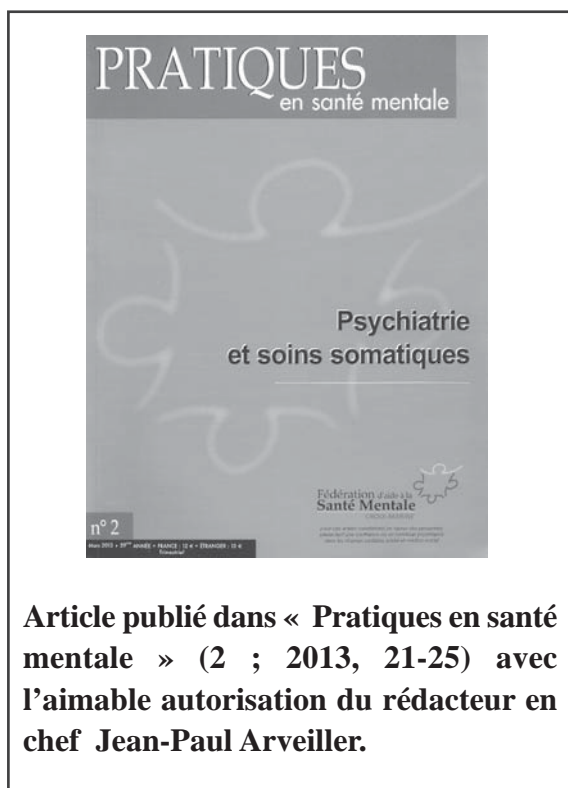
Et pendant ce temps-là, ils fument comme des pompiers, sont gros comme des barriques, ne vont pas chez le dentiste, alors qu'à chaque consultation, on évoque timidement la question du sport, des dents, du régime, des patches, et on finit par penser comme eux, que tabac et obésité ne sont finalement que des problèmes secondaires, des épiphénomènes.

« *Je m'appelle Françoise, je suis alcoolique, j'ai arrêté de boire depuis dix ans, je travaille, mais je suis devenue parano, et je mourrai ruinée avec un cancer bronchique avec les deux paquets quotidiens de cigarettes.* » Celle-là non plus ne veut rien en-

tendre. Et pourtant, elle ne jure que par moi ou le prétend ! Et cela me fait (*vraiment*) de la peine !

Conclusion Je m'imagine chez les Généralistes Anonymes. « Bonsoir. Je m'appelle Marie-Anne, je suis médecin généraliste. J'exerce depuis plus de trente ans. J'ai arrêté de me résigner depuis longtemps : pour chaque patient, je cherche le curseur mais avec les patients « psy » il bouge sans arrêt. Etre là quand ils me le demandent, c'est le moins que je puis faire. Mais la question de savoir si je ne pourrais pas mieux « être » plutôt que « faire » me taraudera jusqu'à ma retraite, et peut être après ! »

■ Marie-Anne Puel



Bibliographie

BALINT M., « *The doctor, his patient and the illness* », 1957, Londres, Pitman
« *Le Médecin, son malade et la maladie* », Paris, PUF 1960, Payot 1088, 1996

DR BOREE, « *Loin des villes, proche des gens* », City Editions 2012

JADDO, « *Juste avant dresseuse d'ours* », Fleuve noir, 2011

KIPMAN SD, « *Médecine de la personne* », Rueil-Malmaison, Doin Arnette 2012

SALINSKY J, « *Don Quixote, Sancho Panza and the medically unexplained symptoms Proceedings of International Balint congress* » - Philadelphia 2011
« *Don Quichotte, Sancho Panza et les symptômes médicalement inexplicables* » Bulletin Balint n°74, été 2012, 43-48.

SALINSKY J, SACKIN P, « *What are you feeling doctor?* » Radcliffe 2000 (Ca va docteur? Sipayat 2010)

VELLUET L, « *Le médecin, un psy qui s'ignore* » L'Harmattan Paris 2005 (page 83)



FRANÇOISE AUGER

BALINT ...SUR FRANCE 2

Quelques balintiens ont vécu une petite aventure que Françoise Auger nous raconte ici.

Il y a quelques mois défilerent sur l'écran de mon ordinateur des messages divers en provenance de Marie-Anne Puel, d'Eric Galam, de notre président Jean Maclouf autour d'un même sujet : l'enregistrement pour la TV d'une séance de groupe Balint. De quoi, de quoi, la TV, un GB ? Envisagé par qui, dans quel cadre, pour en faire quoi ??? Et puis comment respecter la confidentialité ... les questions se bousculent.

Et, pas à pas le fil rouge se dessine. Notre confrère, Eric Galam, médecin généraliste, balintien, leader, assez prolifique dans le domaine de l'écriture (ouvrage sur le burn-out des médecins et articles paraissant parfois dans le monde) et notre président pas moins médecin généraliste, Jean Maclouf, sont approchés par une journaliste de France 2 dans le cadre du projet évoqué ci-dessus.

Après bien des discussions quant à l'intérêt et la faisabilité, il est décidé de répondre favorablement à cette demande. Oui, j'entends les détracteurs évoquer que ça ne sert à rien, que ce n'est pas de cette manière que l'on peut diffuser l'existence de cet outil si utile aux soignants, que les journalistes en font ce qu'ils veulent et que l'idée de départ, peut être tronquée et contre-productive, qu'il faut trouver d'autres moyens pour faire « notre pub »... ! Je reste d'accord avec ces arguments, cependant il me semble que cette opportunité n'est peut-être pas à rejeter et me voilà « partante ».

Le projet se précise, encore faut-il trouver des médecins balintiens pour participer au défi. Le jour J, une douzaine de médecins enthousiastes sont prêts à jouer le jeu... La majorité est constituée de jeunes installées, d'internes en fin de formation de médecine générale ou de remplaçantes. Toutes ont expérimenté le travail en groupe Balint pendant leurs études ou participent à un groupe Balint au long court. Le reste de la troupe est constitué de médecins plus âgés, la plupart masculins, ayant une expérience Balint de durée variable et/ou ancienne. Les leaders Marie-Anne et Eric ont l'habitude, à la fac de travailler ensemble.

Le cadre est bon enfant, canapés, fauteuils ou simples sièges se jouxtent dans la petite salle d'attente de l'un des leaders. L'équipe de France 2 est sur place, chacun bavarde avec l'autre. Il a été décidé que les personnes présentant un cas auraient le visage flouté, lors de la présentation et pendant toutes leurs interventions. L'équipe TV est constituée de la journaliste responsable du reportage, d'une assistante à la caméra et d'un perche-man. Chacun trouve sa place. Eric bien intentionné fait circuler des gâteaux et bonbons vite censurés par le perche-man. Le bruit de papier froissé ne peut venir se surajouter au bruit de fond de l'avenue ...il faudra attendre. !

Derniers réglages ... clip de départ... finalement débute un groupe « normal ». Après une présentation des participants, où, comme d'habitude on ne comprend rien des noms de

chacun ... (mais ça doit être mon âge et l'audition !), les leaders posent la question traditionnelle : « qui a un cas » ? Se suivent alors 2 cas très traditionnels et l'on en oublie totalement la caméra. Celle-ci est cependant peu mobile car posée sur un trépied et elle ne cadrera que la personne qui parle ... sans balayage du groupe pour capter les réactions non-verbales des uns et des autres.

Un premier cas est présenté par un confrère d'un certain âge. Il évoque une situation de refus de soins. Le second cas est apporté par une jeune interne qui se découvre « médecin » malgré son jeune âge face à un couple. La qualité de travail du groupe est remarquable, la parole circule bien, les associations d'idées vont bon train, chacun prend la parole, plus ou moins comme dans un groupe classique. Les deux présentateurs disent avoir été aidés par le travail du groupe et enrichis pour les nouvelles rencontres avec leurs patients.

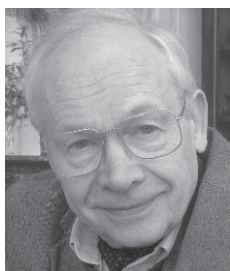
En fin de séance, la journaliste interviewe les uns et les autres sur notre expérience Balint, notre motivation à entreprendre ce travail au long cours, l'intérêt que nous y prenons, la difficulté que nous rencontrons à diffuser l'existence de cet outil et à donner envie aux médecins de le découvrir et le pratiquer pour un double bénéfice pour le médecin et le patient.

Nous apprendrons que cette séquence filmée, ou ce qui en restera après montage... s'intégrera dans une émission : « Envoyé spécial – suite ». En effet, il y a 18 ans des médecins ont participé à une émission de cette rubrique. Le thème portait sur la formation des médecins. La journaliste a retrouvé les médecins interviewés dans le passé pour leur demander ce qu'ils pensent actuellement de

l'évolution de leur métier, de l'exercice de la profession et de la formation des médecins généralistes. Des éléments de notre approche balintienne dont l'effet « anti-burn-out » est bien connu devraient prendre place au cours de cette future émission. A ce jour, il n'est pas précisé de quelle manière nous aurons un regard sur l'émission et l'utilisation de notre prestation, avant la touche finale ! Quant à la date de diffusion elle n'est pas encore avancée. Nous ne manquerons pas de vous en informer afin que vous puissiez avoir un regard critique sur cette intervention.

En conclusion, que le résultat soit médiocre, sans intérêt, contreproductif, ou au contraire intéressant, ce soir-là, nous avons vraiment travaillé ! Encore une fois la « magie » du travail en groupe Balint a opéré : participants se rencontrant pour la première fois, cas intéressants et apport bénéfique pour les présentateurs ... c'est épatant ! Certes, un participant était inhabituel : la caméra mais elle s'est fondue dans le groupe.

■ *Françoise Auger*



MAURICE HENNAUX

INTERVIEW DE PARTICIPANTS AUX PRÉCÉDENTS GROUPES THÉORICO-CLINIQUES BALINT

Voici les propos recueillis par Maurice Henniaux auprès de participants des précédents Séminaires de formation théorico-clinique de la SMB. Ces séminaires ont été mis en place en 2006 par Roger Lagueux et son groupe de travail (cf article BB75 page 19)

« Ces groupes sont une excellente expérience de formation-recherche indispensable pour tous les professionnels concernés par la relation médecin/malade, soignant/soigné.

Qu'attendez-vous du Séminaire ?

- « Une meilleure connaissance du travail en groupe Balint considéré comme un outil précieux pour approfondir, penser et évoluer dans sa pratique professionnelle ».
- « On voudrait en savoir plus sur les bases théoriques en expérimentant d'autres groupes Balint avec d'autres personnes que celles déjà connues ».
- « Les groupes Balint permettent de mieux connaître et d'approfondir notre propre regard sur la manière d'exercer et de la partager avec d'autres ».
Cela apporte des enrichissements réciproques « comme dans un jeu de miroir ».
- « Nos pratiques professionnelles nous obligent à agir ou à réagir, parfois nous sommes submergés ou bloqués par nos émotions. Les groupes Balint nous aident à faire un pas de côté quand c'est nécessaire. Ils nous aident à repérer nos points aveugles ».

Tous les participants interviewés, quelle que soit leur ancienneté et leur expérience des groupes Balint, du débutant au leader, désirent découvrir comment se déroule ce qui s'y passe, acquérir une meilleure observation de ce qui s'y joue.

- « on voudrait comprendre pour mieux cerner l'enrichissement que l'on constate dans la pratique de la relation médecin-malade lorsqu'on commence à participer à des groupes Balint. »

Certains voudraient comprendre

- « les interventions et les comportements des participants, des leaders, leurs conséquences sur la circulation de la parole dans le groupe, comment celle-ci va être reprise par le groupe, apporter une meilleure compréhension du cas présenté, ce qu'on en retire nous même ».

D'autres connaître plus

- « les dynamiques des groupes Balint, les tonalités émotionnelles groupales évidentes ou sous-jacentes, les jeux de miroir, les identifications conscientes et inconscientes » :
- « On est très souvent étonné quand le rapporteur à partir d'une situation apparemment bloquée, découvre, grâce au groupe, des possibilités de relations insoupçonnées auparavant. Par exemple lorsque la violence, travaillée par le groupe, débouche sur une souffrance cachée qui peut être métabolisée. »

Certains ont le souci de transmettre leur expérience Balint.

- « On aimerait avoir plus de fondements théoriques pour repérer les mouvements des groupes et transmettre aux collègues ce qu'on y a trouvé ».

Qu'est ce que le séminaire vous a apporté ?

- « *Tout d'abord une convivialité très agréable d'écoute qui crée une ambiance professionnelle propice aux échanges et au travail en groupe* ».
- « *On a fait l'expérience enrichissante de changer d'animateur de groupe, les observateurs du groupe restés silencieux intervenaient après l'étude du cas. Différents des leaders, ils montraient d'autres façons d'animer un groupe sans nécessairement refaire l'étude du cas. Ils reprenaient d'une manière plus théorique ce qui s'était passé en indiquant des pistes théorico-cliniques en fonction des discussions* ».

Comment concilier clinique et théorie dans la formation ?

Les participants ont été

- « *séduits par les formations reçues parce qu'ils étaient reconnus comme des professionnels en recherche qui souhaitent explorer telle ou telle piste théorique, ponctuée par des questions : Qu'est ce que tu souhaites maintenant ?* »

Ainsi les

- « *approches théoriques souhaitées ont été reprises durant le séminaire et organisées pour la session suivante. Elles répondaient à l'envie de creuser, d'aller plus loin, sur le plan théorique. Elles correspondaient à la clinique qui venait d'être vécue.* »

« *La formation-recherche Balintienne expérimentée pendant le séminaire n'est pas du tout celle de l'élève qui doit subir l'enseignement d'un maître non adapté à ce qu'il recherche; elle consiste à exister comme un participant qui « a les cartes en main pour approfondir sa découverte*

de la théorie » à l'aide des pistes qui lui ont été proposées ». « *Les groupes Balint stimulent la recherche théorique qui à son tour trouve sa justification dans la pratique dans un aller-retour permanent* ».

Qu'attendez-vous maintenant après cette formation ?

- « *Continuer à poursuivre ce fonctionnement de formation-recherche ; découvrir d'autres approches théoriques et pratiques comme le fonctionnement des groupes. Fortifié par l'expérience du groupe de formation-recherche, « on se sent légitimé à poursuivre sa formation et aussi surtout en tant que chercheur Balintien* ». « *De ce fait on se met à penser l'éventualité d'animer soi-même un groupe Balint et donc de participer à un autre groupe théorico-clinique et même à un groupe de formation des leaders. Être Balintien, c'est être dans « un état d'esprit de formation –recherche sur la relation soignant-soigné par les groupes balint et aussi ailleurs* ».

■ *Maurice Henniaux
(leader SMB,
membre du collège de formation)*

Le GROUPE THÉORICO-CLINIQUE BALINT N° 4 de 2013-2014 ne commencera ses travaux que **les 21 -22 septembre 2013** pour nous donner la possibilité d'avoir un groupe complet (10 participants). Demander la plaquette au secrétariat



BRIGITTE GREIS

LA MÉDECINE DE LA PERSONNE PORTER SOIN.

Les trois textes qui suivent concernent la défense de la Médecine de la Personne ou des Personnes que sont les patients et les soignants à partir d'idées (résumées ici par Brigitte Greis) ayant abouti à un manifeste (Livre sous la direction de Simon-Daniel Kipmann), puis à la création d'un Observatoire et enfin à l'organisation d'un Colloque.

L'humanité produit de la singularité, de la pluralité, l'homme est complexe et face à la maladie, sa complexité est exacerbée, mise à jour et active. On ne peut donc, porter au travers d'une technique, même la plus évoluée et cependant utile, par des soignants seuls, cloisonnés dans leurs compétences, si chevronnés soient-ils, les plus dévoués soient-ils, le soin au patient, dans un cadre régi par les protocoles sans singulariser ce patient en soin par des soignants aussi sujets et singuliers. Nous avons besoin de reconnaître la pluralité des individus pour avancer au travers des contraintes économiques, des techniques, dans un contexte social qui unifie l'individu et puis le perd comme être en soi dans un souci d'égalité sociétale. Michel Foucault disait qu'il n'y avait pas qu'un seul discours, pas qu'un seul langage, aucun langage ne peut être dominant et la vérité ne peut être qu'inscrite dans un processus d'évolution, de transformation. On a besoin de retrouver l'individu, tel qu'il est, tel qu'il veut être, tel qu'il croit être, tel qu'il est en droit de décider pour lui-même, si on lui laisse la possibilité de se trouver sur ses lieux, selon ses origines, selon sa culture, selon ses croyances, parce que les êtres sont traversés par des tas de langages, comprendre alors l'être devient compliqué et le fait même de dire que l'on comprend devient un

processus incarcérant, comme aussi le soulignait Foucault, car que croyons-nous savoir de l'autre ? Quelle compréhension d'autrui peut-elle nous satisfaire ? Si nous ne nous comprenons pas, quel mensonge alors à nous-mêmes guide nos connaissances ? Jusqu'où mon besoin de connaissance peut-il aller ?

Nous sommes voués à vieillir puis à disparaître et en liens les uns avec les autres, toujours en relation, et dans la vie, et dans le soin. Nous sommes donc mus dans une quête de vie, parfois de survie, d'une nouvelle existence, voire d'essence, particulièrement dans la maladie, par la maladie et au travers de la maladie. Porter soin à une personne suscite donc une exigence essentielle, c'est avant tout de rencontrer cette personne grâce à l'implication que nous engageons de nous-mêmes, nous, soignants de toutes compétences, aidants multiples, famille et amis, pour renouer avec ce processus de transformation et de liens que traverse la personne, dans la maladie, dans ce souci d'autonomie et d'existence auxquelles elle a droit d'accéder et de vivre quel que soit l'état de son corps, de sa culture, de ses origines, de son langage, de son histoire, de sa propre capacité à se prendre en charge.

Tout soignant est aussi une personne, et le

patient une autre, la médecine alors devient une rencontre où le soin devient un prétexte vers la guérison, vers le palliatif, vers un soutien ou une renaissance de l'être. Ce n'est pas rien. Henri Bauchau a travaillé dans son écriture, dans ses fictions et dans son travail de psychanalyste, sur la perte et le processus de transformation intime qui en découle. Il se passe quelque chose que tout effort économique, protocolaire, technique, ne peut inhiber sans provoquer le contraire de ce qu'il recherche, de la souffrance, de la chronicité, de l'incompréhension, la spoliation de l'être à l'être.

Qui peut savoir ce qui se passe pour cette personne, sur son « parcours cancéral » quand elle entend le médecin lui dire, en parlant face à son ordinateur et donc sans la regarder : « Bon, maintenant qu'est-ce que je vais vous donner comme protocole ? ». Et cette autre à qui on demande en excès d'attentions assénées de culpabilités étouffantes : « Et vous, qu'est-ce que vous voulez que l'on vous fasse maintenant ? Que voulez-vous ? ». Le « maintenant » est un coup de machette. Michel Foucault rappelle qu'on ne sait pas ce qu'est le désir, on sait juste ce qui nous fait plaisir. Alors quand il s'agit de prendre conscience de l'enjeu de la vie ou la mort, quelle voie l'être peut-il choisir quand en fait il n'y a plus le choix, que sa liberté, ou l'une de ses libertés, est liée à la transformation de son corps voire à la perte de sa vie ? Quel espace de création lui reste-t-il pour transformer la peur en un élan pour ne pas rester indigène dans sa propre histoire ? Le patient souvent s'échoue exsangue d'incompréhension sur les rives de la culture experte

des médecins spécialisés qui assoient leur savoir et leur expérience sur une supériorité étanche et cloisonnée, où l'être n'existe pas, où l'espace vide de la relation, se remplit de fantasmes que seul l'être fragilisé par la maladie, vit au travers du processus de la dé-possession qu'entreprend la « prise en charge » médicale de son être décidant.

Etre décidant.

C'est un rappel, un appel, une reconnaissance de l'autre que nous nous devons de mémoriser, bien plus : rechercher dans une implication de soi dans la relation de soin, l'autre étant celui avec qui on entre en relation quel que soit le soin. Mais de notre mémoire interrogative sur l'autre, que mettons-nous en place dans ce que nous recevons de l'autre et de son parcours de perte : face à son corps défaillant, face à des vécus perturbants, face à des pertes réelles de leur vie ou de leur entourage, ou bien de leurs origines ou encore de leur vie matérielle ?

Nous avons à faire avec la perte. Nous aussi soignant, celle de l'autre et parfois du désir de porter soin par incompréhension ou difficultés de communication, par oubli de soi, par oubli de notre rôle, par oubli de l'être en soi qu'est l'autre, par oubli de ce qui se passe.

L'oubli dans la relation de soin est une porte cachée d'un parcours de sauvegarde, encore faut-il accepter de perdre, même en tant que soignant, et accepter de ne pas « comprendre » car la personne est complexe.

■ *Brigitte Greis*



ROGER LAGUEUX

GROUPE BALINT : CHEMIN VERS UNE MÉDECINE DE SUJET(S)

Le Congrès International de la SFPPG sur « GROUPE et PSYCHANALYSE » a eu lieu du 14 au 17 Mars 2013 à Paris. Plus de 500 participants. Il comportait des conférences, des symposiums, des tables rondes, des ateliers expérimentiels. Une remarquable organisation ! Parmi les tables rondes (séances de 2heures), l'une était centrée sur « LES GROUPE BALINT ».

Denis Mellier, son organisateur et modérateur avait convié ici trois personnes, mais aussi trois associations qui se réfèrent à Balint. Faut-il y voir, au-delà des frontières, les prémices d'un travail en commun ? Cette expérience fut riche et encourageante. Les trois personnes conviées étaient : Simone Cohen-Léon pour « Approche et Fonctions Balint. Dispositifs dérivés du Groupe Balint » - Martine Lacour pour « Les groupes de soutien au soutien (Jacques Lévine), des Groupes Balint pour les enseignants ? » - Roger Lagueux pour « le Groupe Balint, un chemin vers une médecine de sujet ? »

Cette table ronde m'apparaît comme un rassemblement d'héritiers, héritiers de Balint. Mais quand des héritiers prennent la peine de se réunir, souvent c'est parce qu'il leur paraît pertinent de faire l'inventaire de ce qui a été transmis en positif comme en négatif. C'est à cette place là que je voudrais me situer avec vous ce soir. Il est un autre facteur qui doit-être considéré, comme tout héritage, le nôtre doit aussi être, sinon évalué, du moins regardé à l'aune du **temps**.

Quand Balint a inventé son dispositif de « Formation-Recherche » que nous appelons groupe Balint, il l'a fait avec **les connaissances de son temps**, avec son histoire, son expérience personnelle et professionnelle et dans le contexte de l'époque. Il en va de même pour nous aujourd'hui. Nous appréhendons le groupe Balint avec ces mêmes paramètres : notre histoire, notre expérience, les connaissances et le contexte d'aujourd'hui. A travers ces deux prises de vue, celle d'hier et celle d'aujourd'hui, je voudrais partager avec vous quelques observations, quelques réflexions d'après coup, qui me semblent montrer une **convergence dans la continuité** entre hier et aujourd'hui. Ainsi, le groupe Balint m'apparaît comme un « **chemin vers une médecine de sujet** » pour le soignant comme pour le patient.

LE MALAISE DES SOIGNANTS

Après la deuxième guerre mondiale, le médecin psychiatre » psychanalyste Michael Balint comme certains de ses confrères – Bion, Rickman notamment - était confronté, tant au niveau individuel que collectif, à des difficultés bien semblables aux nôtres. Balint se sent concerné par ce malaise et d'autant plus qu'il sait que Tavistock a essayé plusieurs fois d'organiser des cours pour médecins – un enseignement post universitaire avec conférences de psychopathologie et de psycho dynamique – cours qui ont singulièrement échoués¹. C'est à ce moment là qu'il crée sa « formation-recherche » - « *Formation avec recherche, en même temps que* » comme dit Michelle Moreaud Ricaud².

Le malaise d'il y a soixante ans a-t-il disparu ? Évidemment non ! Pourtant la médecine a fait des progrès considérables dans toutes ses disciplines. Mais si son orientation scientifique a été « *décisive pour l'efficacité somatique* », elle a aussi produit « *un reste : l'exil du sujet* ». Comment donc faire se rejoindre la science et « *la singularité du sujet ?* »³.

Dans la presse, dans les médias en général, le malaise, voire la souffrance des soignants aussi bien que des patients, est une réalité quasi quotidienne. Il est souvent question de « *burn out* », pourtant la presse ne dit pas tout et je voudrais vous rapporter un travail d'en-

quête du docteur Carole Richard en 2012.

On peut y lire page 25 : « *le scandale France télécom en 2009 : sur 18 mois, il y a eu 23 suicides chez France Télécom sur 106000 salariés. Pendant la même période, 60 médecins ont mis fin à leurs jours sur 200000 professionnels. Il s'agit d'un taux 50% plus élevé qu'à France Télécom, et le sujet n'est pas abordé dans les médias ou si peu* ». Elle cite le docteur Pelloux : « *ce n'est pas dans la culture médicale de se faire aider psychologiquement, la négation de lui-même fait partie de l'apprentissage que le médecin reçoit* ».

Ce sont là des paroles difficiles à entendre, mais qui nous ramènent à notre façon et modestement au cœur de ce que souhaitait Balint dans son dispositif de formation-recherche. Ce dispositif ouvre un **champ nouveau** de formation. Quand il commence ce qu'il appelle ses séminaires de formation recherche, Balint nous dit lui-même, « *il n'existait aucune méthode adaptée aux médecins praticiens pour les former au diagnostic psychologique et à la psychothérapie* »⁴. Ceci ne peut se réaliser sans une formation pour « *devenir sensible aux processus inconscients* », et pourtant Balint propose que ce soit « *sans le secours de l'analyse personnelle.* »

Dans le même article, il ajoutait « *toute la formation se fait par la discussion des rapports des médecins concernant leurs patients par un groupe de collègues. Le contre-transfert du médecin, c'est-à-dire la façon dont il utilise sa personnalité, ses convictions scientifiques, ses modèles de réactions automatiques etc. représente le matériel le plus important* »⁵.

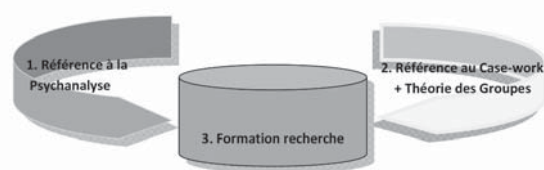
Nous avons là un **condensé** de ses références théoriques : des références médicales assurément comme tous les médecins qui sont là – mais ce ne sont pas celles-là qu'il utilise – une référence à son **expérience** personnelle du système Hongrois du contrôle analytique

des jeunes analystes et une référence à l'expérience qu'Enid Balint, sa femme, avait du **case-work**, sans parler de la référence au **groupe thérapeutique** de Bion, dans la mesure où il en avait connaissance.

En prenant une métaphore, nous pourrions figurer le **dispositif** de Balint par deux rivières :

La psychanalyse de Freud et de Ferenczi serait la première, le case-work et le groupe thérapeutique de Bion serait la deuxième. Ces deux rivières se retrouvent en un seul fleuve : la **formation recherche**. Celle-ci n'est plus de la psychanalyse proprement dite mais la référence à l'inconscient et à sa dynamique est fondamentale. Ce n'est plus du case-work (étude de cas) proprement dit, ni du groupe thérapeutique mais un groupe de travail à partir du **récit** du rapporteur de cas concernant un patient. C'est un **champ nouveau** pour l'étude du contre-transfert à partir des interactions/associations dans les discussions de groupe. Nous pourrions figurer ce point central de méthode et de théorie par le schéma suivant.

SCHEMA DISPOSITIF DE FOMATION



Qu'en font les héritiers ?

Je voudrais vous parler de l'expérience d'une dizaine d'entre eux de 1995 à 2010, une dizaine de leaders Balint se sont ainsi réunis cinq journées par an. Et il est un pan entier du domaine reçu en héritage de Balint qu'ils ont été amenés peu à peu à explorer pour le mieux connaître et en mieux tirer parti. Plus ils parlaient ensemble, plus ils échangeaient, plus ils découvraient que le groupe Balint –

pour peu qu'on en respecte le cadre et les orientations – entraînant au fil du temps **vers une élaboration psychique individuelle et collective.**

FORMATION RECHERCHE ET ELABORATION PSYCHIQUE

Brièvement je vous propose de regarder cette élaboration :

Dans son lien avec l'expérience

Dans son lien avec le travail psychique

Dans son lien avec la mémoire, les souvenirs voire les traces

Dans son lien avec le travail associatif et groupal

Dans sa dynamique créative

L'élaboration comporte toujours une dimension de travail – travail approfondi, dit-on habituellement. Élaboration vient de *labor*, travail. On est donc dans le registre du labeur, du labour même, disent certains. L'élaboration dont nous parlons ici, est celle qui relève de notre champ Balintien de préoccupations, mais pas seulement ; c'est aussi celle qui est **nécessaire à tout être humain** pour son équilibre et son épanouissement. Il s'agit de **l'élaboration psychique** aussi bien que de **l'élaboration intellectuelle.**

Lien avec l'Expérience

Rares sont les cliniciens qui n'ont pas été confrontés à une expérience proche de la sidération qui met dans l'incapacité de penser. C'est la même chose pour les patients. Pour se dégager de ces expériences, l'accumulation des savoirs ne suffit pas. L'élaboration est indispensable, mais bien souvent elle ne peut se faire qu'à plusieurs, en tout cas avec un autre et souvent avec plus d'un autre.

Pour Balint la dynamique de la formation recherche pousse dans cette direction. Pour cela, elle nécessite de faire des **expériences nouvelles.**

L'expérience du récit

L'expérience d'inter influence

L'expérience du « *champ d'expérience intermédiaire* »

Expérience du récit

Faire le récit de sa pratique professionnelle dans une situation donnée – et sans notes – constitue une expérience riche de sens. C'est une « aventure » qui comporte une part inconnue - non sue de soi-même et non sue du patient – et une certaine « rupture » avec l'expérience d'une réalité concrète et sensible dont on veut parler pour une autre expérience. Selon Michelle Moreau Ricaud il y aurait même ici l'expérience d'un déplacement qui emmène vers « *une autre logique, celle de l'audible* »⁶. Pour les autres participants qui écoutent, ce récit sollicite immédiatement une nécessaire contrainte de représentation en raison même, pour chacun, de son absence de la scène évoquée. Pour le rapporteur de cas, le récit est déjà une élaboration/traduction qui mobilise l'imagination de chaque auditeur pour se « *construire* » lui-même le patient dont on parle.

L'expérience du récit pour celui qui s'y engage mobilise chez lui le processus de formation/transformation. **Sans cette expérience**, la démarche s'arrête, le processus – qui suppose toujours temps et évolution – s'arrête, et **l'élaboration n'a pas lieu.** C'est ce qui peut s'observer chez tel ou tel participant de groupe Balint quand il n'ose pas s'aventurer jusqu'au récit, ou résiste à cette aventure et quitte le groupe.

Expérience d'inter-influence

Quand nous sommes en situation groupale, on peut observer que **l'expérience d'inter influence** est quasi habituelle. L'élaboration que nous voulons appréhender a donc un **lien** avec cette expérience, et la situation groupale de formation Balint – mais ce n'est sans doute pas la seule – semble pouvoir mobiliser et associer trois dimensions qu'on pourrait qualifier de **piliers potentiels**

d'élaboration. C'est la réflexion de Bion dans plusieurs de ses ouvrages qui nous ouvre cette voie de recherche et de compréhension. Ces trois modalités associées seraient :

Apprendre par expérience personnelle

Concevoir l'émotion comme base de développement

Mettre notre subjectivité au service de l'observation et de la compréhension.

Apprendre par expérience personnelle semble constituer un élément fondamental de l'expérience singulière du récit pour le rapporteur de cas.

Concevoir l'émotion comme base de développement, c'est reconnaître qu'il se passe quelque chose d'important dans le groupe de formation recherche, comme l'a toujours considéré Balint quand il prêtait attention aux manifestations des émotions. Il semblait même les interpréter comme des « *expressions de processus inconscients* » réactivités par le récit du rapporteur.

Mettre notre subjectivité au service de l'observation et de la compréhension est nécessaire, mais elle ne s'acquiert qu'au fil du temps.

L'Expérience du « *Champ d'expérience intermédiaire* »

L'expression nous vient de D. Winnicott. Quand elle concerne le groupe – quel qu'il soit – on veut dire que le groupe devient un **domaine intermédiaire** entre le monde intérieur et le monde extérieur. On pourrait reprendre ici toute la théorie de l'objet transitionnel appliquée au groupe. Mais comme le mentionne J.C. Rouchy, il est pertinent de distinguer le groupe pris comme « **objet transitionnel** » - ce qui apparaît dans certaines phases du travail et de son déroulement dans le temps et constitue un moment « régressif » - et le groupe comme « **espace transitionnel** » qui est une fonction permanente dans tout groupe, si on sait la préserver.

Les praticiens des groupes thérapeutiques ou à visée thérapeutique – mais ceci existe aussi dans des groupes d'appartenance dits ordinaires – savent que plus les participants ont été abîmés par la vie, plus on peut s'attendre à ce qu'ils cherchent à retrouver ou à recréer un **objet perdu**, fusse à travers une relation fusionnelle. Le phénomène **d'illusion groupale** nous vient alors à l'esprit. Mais l'expérience apprend que ce moment régressif ne doit pas être considéré seulement comme un leurre, mais comme une nécessité, car il a une **fonction à remplir : une fonction de transformation**. Cet état transitoire peut faire passer à un autre état. Le « *champ d'expérience intermédiaire* » de D. Winnicott dans son livre « *de la Pédiatrie à la Psychanalyse* » dès 1969 parlait des stades intermédiaires entre « *l'incapacité... à reconnaître et à accepter la réalité et le moment où commence l'aptitude croissante à le faire* »⁷.

Lien avec le travail psychique

L'élaboration ici a un **lien** avec le travail de la psyché; d'où son nom d'élaboration psychique. Elle se situe dans une **subjectivité humaine** et non dans l'objectivité d'une chose figée. Le médecin soigne un corps humain, le corps d'un sujet pensant. Dans cette élaboration, une dynamique complexe est à l'œuvre à la fois consciente, préconsciente et inconsciente. Ce qui nous fait dire que le groupe Balint ne peut pas être conçu comme une technique d'apprentissage parce que le travail ici a quelque chose à voir avec l'inconscient, c'est-à-dire que le participant mais aussi le leader sont et seront toujours aux prises avec une part méconnue d'eux-mêmes. On appellera cette part méconnue : force, résistance ou émotion, peu importe.

Et pour saisir l'élément central du lien que l'élaboration possède avec le travail psychique, il nous faut nous référer à une idée importante pour Balint concernant la conception de l'analyse et la conception de la formation recherche. Le travail psychique qui peut s'y opérer est un **travail psychique partagé**.

Haynal A, dans son travail sur Ferenczi, nous invite à lire ou relire certains passages du « *Journal Clinique* » de ce « *Psychanalyste pas comme un autre* » comme il le nomme. Ce texte nous aide à mieux cerner ce qu'est le travail psychique partagé, avec deux maîtres mots qui reviennent continuellement et qui illustrent d'une façon imagée les expériences qui ont lieu là. Ces deux maîtres mots sont : « **transfert et contre-transfert** ». Pour lui « *transfert et contre-transfert s'entrelacent et donnent l'impression de deux enfants effrayés qui échangent leurs expériences, qui par suite d'un même destin, se comprennent tout à fait et cherchent instinctivement à se rassurer dans une communauté de destin* »⁸.

Voilà qui intéressait Balint pour sa compréhension de la dynamique du transfert/contre-transfert dans la relation médecin/malade.

Dans le champ spécifique du Balint, le travail d'interprétation ne concerne presque jamais les motivations cachées du comportement thérapeutique du soignant. C'est son transfert « *privé* ». Par contre dans l'étude du transfert public – celui auquel le récit du rapporteur et le travail du groupe donnent accès – le travail d'interprétation vise essentiellement à rendre chaque participant capable de **faire par lui-même des découvertes**.

Nous sommes là au cœur de l'élaboration psychique. En plus de la capacité de faire des découvertes par soi-même, elle permet de **créer des liens** là où il n'y en avait pas, ou là où on ne les voyait pas; elle permet aussi de **repérer des enchaînements** source de prévisions, de perceptions nouvelles, de solutions nouvelles. Balint a l'audace de penser que le médecin, le soignant, le travailleur social peut être un véritable chercheur de sens, de vérité.

Pour que ce travail se fasse, l'investissement du **processus** d'exploration et d'analyse est nécessaire. **Investissement dans la conti-**

nuité et investissement groupal.

Lien avec la mémoire

Curieusement certains historiens nous éclairent sur l'élaboration en nous montrant particulièrement **le lien** qu'elle peut avoir avec la **mémoire**, les souvenirs, les traces.

La mémoire joue un rôle important en ce sens qu'elle sélectionne et modifie les souvenirs. L'élaboration n'est pas l'accumulation de savoirs. Ce serait plutôt **l'ensemble des opérations de l'esprit**; donc l'attention, la conception, le jugement, le raisonnement. En somme ce serait l'association de nos idées avec notre imagination en tant que **créatrice**.

Au début de la psychanalyse, **l'élaboration psychique** portait sur les **traces mnésiques** provenant d'un évènement traumatique.

Au cours d'une soirée Balint de Poitiers, un leader Balint nous a rapporté un fait clinique de tentative de viol d'une petite fille de trois ans par un oncle. La petite victime a pu en parler à sa mère, à son père. Ceux-ci ont immédiatement réagi tant du côté du soin médical que de la justice. Cet évènement /choc, évènement/blessure a fait l'objet de beaucoup d'échanges et pourrait-on dire, d'une véritable élaboration. Le résultat clinique est intéressant à observer : il n'y a pas eu de véritable séquelle ni de traumatisme. L'élaboration psychique des parents, du médecin, de l'entourage et de la petite fille avait « *transformé* » le choc avant qu'il ne devienne traumatisme désorganisateur.

Dans son livre « *l'Élaboration* » François Duparc observe que « *le travail de la mémoire...permet de donner sens aux traces mnésiques d'une expérience vécues dans l'après coup* »⁹.

Dans le groupe Balint au long cours se constitue une **mémoire clinique** individuelle et collective. Celle-ci s'appuie sur la mémoire des rapporteurs de cas qui ont entrepris de se remémorer ce qui s'est passé. Les

mots, les affects, les troubles peuvent même revenir de façon massive principalement quand le climat groupal est propice. Cette mémoire individuelle et collective contribue manifestement à l'élaboration de la relation médecin/malade, soignant/soigné, et particulièrement dans le cas d'une rencontre ancienne vécue comme un échec mais enfouie dans une tentative d'oubli. (cf dossier B cas clinique)

Lien avec le travail associatif et groupal

Ce que nous venons d'évoquer, nous laisse déjà entendre qu'il y a un **lien** entre l'élaboration, le travail des associations et le travail groupal. Le récit d'un ou plusieurs participants par leurs figurations, leurs représentations mobilisent chez un autre ou d'autres participants une **association** qui donne envie de parler d'un patient.

Il y a plus de cent ans en 1893, Freud voulait comprendre ce qui se passait chez certains malades souffrant de paralysie. Sa recherche portait particulièrement sur la comparaison des paralysies motrices organiques et hystériques. Il écrit un texte en Français¹⁰. L'idée maîtresse de ce texte est que l'évènement qui a été source de traumatisme comporterait une valeur affective qui doit être éliminée, et que pour ce faire, il n'y aurait que **deux voies** : la **réaction motrice adéquate** et le **travail psychique conscient**, disons le autrement : l'évacuation ou le travail associatif.

Très tôt, Balint a signifié aux travailleurs sociaux puis aux médecins généralistes de son séminaire de formation recherche que pour décrypter, comprendre – condition nécessaire pour élaborer – ce qui se passe entre le médecin et le patient, le soignant et le soigné, un véritable **travail d'associations** est nécessaire analogiquement, comme on le fait pour décrypter les pensées latentes d'un rêve en psychanalyse.

Pour la démarche Balintienne, le travail de l'association est indissociable du travail psychique. Et quand le travail associatif indivi-

duel est soutenu par le travail associatif des autres participants du groupe, nous pouvons rejoindre René Kaës dans son livre « *La Parole et le Lien* ». Il écrit : « *chaque participant dans sa singularité incorpore ou introjecte, contient ou transforme des objets, des représentations, des émotions, des pensées qui appartiennent à un ou plusieurs autres participants* »¹¹.

C'est là qu'il y a une **métabolisation** de la réalité psychique, du monde imaginaire, des fantasmes mais aussi de la réalité sociale, du moins de notre regard sur elle. Alors des **sensations**, chez le rapporteur mais aussi chez les autres participants, peuvent devenir des sentiments, puis des idées et des pensées. C'est de l'**élaboration**.

Balint lui-même nous oriente vers cette conception du travail et sa compréhension. L'**écoute** des associations qui nourrissent les **discussions** peut, en effet, créer une véritable **ouverture** grâce à une atmosphère nouvelle mais favorable.

Si nous voulions saisir les choses dans un référentiel analytique, nous dirions qu'il y a ici un travail important du **préconscient** comme facteur de changement.

Dynamique créative du groupe balint

Cet aspect nous amène à essayer de préciser l'impact de l'**élaboration** individuelle et collective. Le récit du rapporteur et le travail des associations ont fait émerger le transfert et le contre-transfert dans l'espace groupal. Et voilà que cet espace apparaît lui-même comme une **construction collective**, véritable outil de travail et condition de parole pour chacun.

Le climat des échanges permet bien souvent à des **représentations** enfouies de devenir soudain disponibles et utilisables par le rapporteur mais aussi par les autres participants. Pour décrire le travail psychique qui s'opère là, Balint mentionne trois phases « *observer* » - « *éprouver* » - et finalement « *écouter* ».

ter » les discussions dans le groupe. Ceci vient modifier ce qui se passe entre le médecin et ses patients. Nous pouvons nous arrêter sur cette troisième phase en raison de l'importance de **l'atmosphère** créée qui la conditionne. Celle-ci est décrite avec son climat de confiance, de respect, de bienveillance et de confidentialité. Elle permet des **expériences nouvelles**. Balint en mentionne plusieurs :

Parler sans précipitation

Écouter les autres avec un esprit libre et une attention flottante

Autoriser certains silences

Donner à chacun le temps de trouver ce qu'il pense vraiment ou ce qu'il veut vraiment dire

Dire des « choses inattendues » et les examiner sans drame

Il y a donc là une **écoute singulière** qui nous intéresse comme elle intéressait Balint. Elle porte en elle une **dynamique créative** qui conduit « à un changement limité bien que considérable ». N'y a-t-il pas là un travail de reviviscence de la « zone de création » pour les soignants comme pour les soignés ? Le *Défaut Fondamental* dont parle Balint ne concerne pas que les malades.

L'élaboration psychique qui s'opère au fil du temps en groupe Balint peut mettre en lumière le « *sujet malade* » mais aussi le « *sujet soignant* », et le récit lui-même constitue déjà une véritable mise au travail. D'anciens participants au groupe Balint au long cours peuvent dire que l'élaboration « *libère le soignant du sujet malade* », façon de dire que la parole permet de nous libérer de l'histoire trop chargée, de nous en dégager. N'est-ce pas une façon de donner au soignant la possibilité d'être sujet, « **sujet pensant** ? » du même coup, l'élaboration serait-elle un chemin vers une médecine humaniste de sujet(s) ?

■ Roger Lagueux

(1) Balint M. ; La Genèse de mes Idées in La Gazette Médicale de France N°3 1970

(2) Moreau Ricaud M. ; Pour une Médecine entre Sujets : La Méthode Balint in Actes Colloque de Poitiers 2010 P. 36

(3) Dubas F. ; Le sujet Humain dans la Médecine Aujourd'hui, in Actes du Colloque 15-16-17 octobre 2010 Poitiers, Doc. SMB P. 12-13

(4) Balint M. ; Le Médecin son Malade et la Maladie, petite bibliothèque Payot p. 11

(5) Balint M. ; op.cit.p.461

(6) Moreau Ricaud M. ; Le Renouveau de L'École de Budapest ED. Erès P. 178

(7) Winnicott D. ; De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Payot P. 133

(8) Ferenczi S ; in Haynal A. Un Psychanalyste pas comme un Autre. La renaissance de S. Ferenczi Ed. Delachaux et Niestlé, Paris 2001 P. 78

(9) Duparc F. ; l'élaboration, Ed. l'Esprit du Temps 1998 P.18

(10) Freud S. ; in Pollak Cornillot : article notion de travail en psychanalyse, in Dictionnaire International de la Psychanalyse Ed. Calman Lévy, 2002 P. 1775.

(11) Kaës R. ; La parole et le Lien-Processus associatif dans les groupes, Dunod 1994 P. 264

LA NAISSANCE DE L OFMP



L'observatoire Francophone de la Médecine de la Personne vient d'être créé en Janvier 2013 à Poitiers.

Un premier livre a été publié en Septembre 2012, ouvrage collectif de 26 écrivains soignants, sous la direction de Simon-Daniel Kipman : *Médecine de la personne, UN manifeste qui s'adresse aux médecins, soignants, malades et décideurs (ou ceux qui se pensent tels)*, chez Doin Armette. Ouvrage qui réunit des soignants soucieux de prendre soin de la personne et de sa complexité, la personne étant le patient mais aussi le soignant.

L'observatoire a pour vocation de donner un écho aux initiatives déjà prises, ici et là, dans le cadre de la Médecine de la Personne, de faciliter des recherches dans ce sens, de créer des liens entre les groupes et associations qui prennent soin de la Personne.

La Médecine de la Personne, tient à préserver trois dimensions essentielles :

- La Médecine pour une Personne, tient compte de la personnalité du patient

- La Médecine par une Personne, est pratiquée par tous les soignants, et tient compte de leur formation, de leur disponibilité et de leur implication personnelle avec des personnes et permettant de penser en termes de santé publique, de formation et d'organisation de soins.

- C'est une pratique thérapeutique qui permet d'agir avec les aidants, famille, groupes, proches, et selon ses références et choix, qui

permet d'élaborer de la théorie et de l'organisation du soin à partir de la pratique quotidienne, de l'observation, de la clinique, du lien avec le patient, qui se crée avec le soin et avec ce qui se passe dans le soin et avec la personne, patient et soignant. Elle met en liens les soignants aussi singuliers et interdépendants, quelles que soient leurs spécialités, les aidants, la famille ou amis, pour maintenir autant que possible, celui ou celle dont on prend soin, dans l'autonomie.

La première action de l'OFMP est le 1er congrès francophone de la médecine de la personne à Poitiers les 28 et 29 Mars 2014 à l'Espace Mendès France dont le thème est : De la pratique à la théorie, de la théorie à l'organisation

Contact : Brigitte Greis : greis.brigitte@wannadoo.fr et Simon-Daniel Kipman: s.d.kipman@gmail.com

SMB France.../...Annonces

41^e congrès national de la SMB-Premier colloque international SMB

Date : 25 et 26 octobre 2013

Lieu : Besançon (Doubs)

Thème : *Diversités, migrations et relation de soins*

La confrontation aux diversités (culturelles, linguistiques...) mais aussi à toute autre sorte de diversité amenée par des situations d'exclusion sociale, de marginalisation, d'atteintes de maladies invalidantes... invite le soignant à interroger sa propre culture, ses propres valeurs et ses propres représentations mobilisées dans de telles situations.

Même si celui-ci arrive à dépasser l'attitude caractérisée par l'opposition entre deux pôles «eux» et « nous », il ne peut échapper lors de la rencontre avec l'autre à des mouvements de différenciation et d'identification. Un système de liens intersubjectifs complexe se met en place où l'étranger et le familier, le même et le différent, soi et l'autre s'interpénètrent et se combinent pour donner naissance à autant d'identités différentes.

L'approche par les groupes Balint est particulièrement intéressante pour les soignants souvent interpellés par ces personnes.

Vous aurez l'opportunité de l'expérimenter au cours des trois sessions que nous vous proposons lors de ce colloque.

Contact: Souad Ben Hamed; contact@smb-2013.fr

Atelier français de médecine générale – XXIVe « Journées de Communications »

Date : vendredi 4 et samedi 5 Octobre 2013

Lieu : Paris (Hôtel : Novotel- Bercy, rue de Bercy -75012)

Thème : « *Le médecin de famille et l'argent* »

Comment concilier la nécessité incontournable d'avoir recours dans certaines circonstances à d'autres professionnels avec l'exigence absolue de préserver la relation transférentielle thérapeutique, spécifique au médecin de famille, avec le patient.

Contact : Louis Velluet (l.velluet@free.fr) Tél. : 06 70 10 33 55

Note: *Les journées de communication de l'Atelier se proposent de mettre en lumière la richesse de la clinique de la médecine de famille et d'étudier ses spécificités.*

Accréditation des leaders

Mathieu Chomienne, médecin généraliste à Eysines près de Bordeaux, membre du conseil d'administration de la SMB, a été accrédité en février dernier. (mathieu.chomienne@gmail.com)

Association psychanalyse et médecine (APM) et Paris XIII

Date : vendredi 4 et samedi 5 octobre 2013

Lieu : Villetaneuse et Paris (amphitheâtre Charcot, Pitié-Salpêtrière)

Thème : *La Salpêtrière, un théâtre de l'hystérie*

A noter : samedi : 19h Le théâtre de l'hystérie mis en scène

Contact : Michelle Moreau-Ricaud moreau-ricaud.michelle@wanadoo.fr

SMB France.../...Annonces

Groupes Balint : actualités et groupes potentiels

- La **liste actualisée** des groupes Balint en France est disponible sur le **site** de la SMB : www.balint-smb-france.org et au secrétariat, Aurélie Sensève (secretariat.balint@laposte.fr)
Pour les réfractaires, intolérants et autres allergiques à l'informatique : elle peut aussi être demandée au secrétariat : Aurélie Sensève (03 87 31 74 40)

- **Groupe Balint -Strasbourg** (département de médecine générale):

Philippe Guillou (pguillou003@rss.fr)

- **Groupe Balint- Bordeaux** (département de médecine générale) :

François Pétrègne (francois.petregne@wanadoo.fr)

- **Groupe Balint-Poitiers** : le jeudi 19h30 à 21h30. (groupe ouvert à de nouveaux participants):

Roger Lagueux 05 49 57 16 31 ; (roger.lagueux@wanadoo.fr)

- **Pour les groupes parisiens** :

Françoise Auger 06 24 46 64 56 ; (auger.francoise@free.fr)

- **Groupe Balint Paris -75012** : Jeudi matin de 11h30 à 13h une fois par mois (complet)

- **Groupe Balint Paris-75014** : Dr Luc Canet (lucanet@noos.fr) et Michelle Moreau Riccaud (moreau-riccaud.michelle@wanadoo.fr)

- **Groupes potentiels** septembre 2013 :

- **Groupe-Vitry sur seine** : à l'initiative du Dr Alain Jean (alain.jean6@wanadoo.fr) les leaders étant : Marie-Anne Puel (mapuel@wanadoo.fr) et Marc Belhassen (marcbelhassen@free.fr)

- **Groupe Balint Paris-75017** : Dr Pierre (dr.cathpierre@gmail.com) ou Dr Nguyen (nguyen-thi.bach-ngoc@wanadoo.fr) et les leaders sont : Hélène Oppenheim (hoppeinheim@orange.fr) et Claire-Noëlle Collardey (claire.collardey@neuf.fr)

Premier congrès de l'OFMP

Date : 28 et 29 mars 2014

Lieu : Espace Mendès France, Poitiers

Thème : *L'Observatoire Francophone de la Médecine de la Personne (OFMP) a été créée à Poitiers en janvier 2013 (cf deux articles dans les pages précédentes)*

Contact : Brigitte Greis ; greis.brigitte@wanadoo.fr

Attention : modifications des publications de la SMB

Par décision du bureau, la SMB publie depuis début 2013

- **Un bulletin semestriel (été et hiver)- envoi postal**

- **Une lettre semestrielle (printemps et automne) envoi par mail.**

SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LE LETTRE DE LA SMB, ENVOYEZ VOTRE ADRESSE MAIL AU SECRETARIAT (secretariat.balint@laposte.net)

Congrès national de la médecine générale (CNMG) - Congrès annuel de Nice

Date : jeudi 27 - samedi 29 juin 2013

Lieu : Nice (Acropolis)

Thème : « *Les maladies chroniques* »

Rappel : la SMB est membre du conseil d'administration du **Collège de la Médecine Générale** au même titre que les vingt autres structures françaises en charge de la formation des médecins généralistes. Le congrès annuel est maintenant organisé sous son égide. Les groupes Balint y figurent en bonne place et sont d'année en année de plus en plus prisés par les participants. Notre association est majoritairement généraliste. Il conviendrait de le montrer. **Joignez l'utile au convivial ! Inscrivez-vous ! (prix réduit pour les adhérents à la SMB et défraiement FAF)**
Session transdisciplinaire « Santé mentale » (vendredi 28, 16h30-18h)

Titre : « *Prise en charge somatique des patients en souffrance psychique* »

Argument : La prise en charge somatique des patients ayant une maladie mentale ou des troubles psychiques est souvent inexistante et lorsqu'elle existe chaotique pour les patients et pour les soignants. Quelles sont les principales difficultés ? Quels ponts instituer entre les différents professionnels de santé ? L'abord somatique de ces patients ne nécessite-t-il pas une approche globale spécifique et quelles sont ces spécificités ? Que demandent ces patients ou que ne demandent-ils pas ? Que leur répondent les médecins généralistes ? A quelles stratégies d'amélioration des pratiques pouvons-nous penser ?

Coordinateur : Marie-Anne Puel

Comité de pilotage : Marc Grohens, Annie Catu-Pinault et Isabelle Cibois-Honorat pour le conseil scientifique. Intervenants : Isabelle Pourrat (mg) et Thierry Bottai (psychiatre)

Contacts-Inscriptions : www.congresmg.fr

Journées Nationales de Médecine Générale (JNMG)

Date : 11 et 12 octobre 2013

Lieu : au CNIT - La Défense à Paris

Thème : *Médecine Générale : Formation médicale continue.*

Note : Elles sont organisées par le groupe de presse Global Média Santé : « Revue du praticien - médecine générale ».

La SMB y participe (invitations gratuites sur demande au secrétariat Balint)

- en animant des ateliers
- en participant aux communications courtes du vendredi après-midi
- en proposant un groupe Balint

Contact : Jean-Daniel Gradeler (jean-daniel.gradeler@laposte.net)

PROGRAMME DPC Société Médicale BALINT - Janvier à Juin 2013



Dans le cadre des nouveaux programmes de « Développement Professionnel Continu » (DPC), la Société Médicale Balint est agréée jusqu'en Juin 2013 pour vous proposer des programmes de Développement Professionnel Continu, financés et indemnisés par l'OGDPC de Janvier à Juin 2013.

La Société Médicale Balint vous propose les formations suivantes subventionnées par l'OGC, pour vous aider dans votre programme de formation personnelle, et vous permettre de satisfaire à vos obligations, **avec une indemnisation de 690 euros par programme**:

Pour y participer, vous devrez vous inscrire auprès de notre secrétariat avec le dossier ci joint. Pour être indemnisés, vous devez créer votre compte sur le site www.mondpc.fr, muni de votre N°Adeli ou RPPS et d'un RIB. Puis contacter l'organisateur local ou le secrétariat pour vous aider à valider votre inscription sur www.mondpc.fr.

Des programmes de DPC à thème (avec présence de 2 jours) : pour travailler sur la prise en charge relationnelle des patients, par la méthode des groupes balint, et recevoir un éclairage d'experts sur les thèmes suivants (**2 nouveaux thèmes en 2013**) :

- 1 – **Nouveau** : **Le médecin généraliste, l'enfant, ses parents**, approche relationnelle. Une occasion de travailler sur les relations précoces parents-enfant et des apports théoriques pour aider les médecins dans l'abord relationnel des enfants et le soutien de la parentalité. Avec des temps de travail en groupe Balint sur des situations concrètes.
- 2 – **Nouveau** : Améliorer la relation médecin patient, **mieux gérer les relations difficiles**. Ce programme associera des temps de travail sur des situations concrètes en groupe Balint, à des apports théoriques pour aider les médecins à améliorer leur relation à leurs patients. Une approche des relations difficiles à certains patients, permettra de mieux en comprendre les enjeux, redonner du sens à l'écoute, développer son attitude empathique, tout en se préservant d'un épuisement professionnel.
- 3 – prise en charges relationnelles des **patients souffrant d'anorexie-boulimie**
- 4 – prise en charge relationnelle du **patient en deuil**

Et des programmes de DPC séquentiels (4 demi-journées en 2 mois) : pour améliorer la relation médecin patient sur une période de 2 mois :

- Améliorer la relation médecin patient par l'**étude de cas en groupes Balint**. Un programme de 4 demi-journées en 2 à 3 mois, avec deux groupes Balint par session pour améliorer sa relation médecin patient par la pratique des groupes Balint.

Programme automne 2013 en attente de prolongation d'accréditation par OGDPC (**à suivre**).

L'équipe FMC de la Société Médicale Balint

Contact : Société Médicale Balint / G.R.O.M (Mme Aurélie SENSEVE)

10 Route de Thionville, Zone des Varimonts - 57140 WOIPPY

Tél. 03 87 31 74 40 / secretariat.balint@laposte.net

LES SPECIFICITES DES FORMATIONS DE LA SOCIETE MEDICALE BALINT:

C'est l'occasion de participer pendant 4 demi-journées, à 4 groupes Balint.

Le travail en Groupe Balint permet aux médecins participants d'exposer des situations pratiques, de repérer les enjeux de la relation médecin patient, leurs représentations et ce qui limite leur prise en charge. Les échanges avec le groupe aident chacun des médecins à retrouver la distance nécessaire, des perspectives pour développer une attitude empathique. C'est aussi une occasion d'interroger la propre place du médecin dans cette rencontre thérapeutique, et d'explorer de nouvelles pistes.

CE TRAVAIL EST ASSOCIE A UNE FORMATION SUR LES THEMES SUIVANTS:

Les thèmes seront abordés en plénière avec les experts, et pourront être retravaillés à l'occasion des situations cliniques travaillées en Groupe balint. **Chaque programme de DPC permettra donc un travail pratique sur la question choisie.**

PROGRAMMES DE FORMATION DPC SUR 2 JOURS

Thèmes	Description
<p>1 - Le médecin, l'enfant, ses parents, approche relationnelle. (Nouveau thème)</p>	<p>Chaque médecin généraliste suit de jeunes enfants et est confronté aux mystères de la relation précoce parent enfant, fondamentale pour l'évolution future de l'enfant. Il peut être amené à percevoir des dysfonctionnements relationnels préoccupants pour le développement futur de l'enfant.</p> <p>Les présentations vous aideront à mieux comprendre les relations précoces mère-enfant avec l'éclairage des concepts de Balint et de Winnicott, à savoir comment développer ses compétences pour s'adresser à l'enfant, tout en soutenant les parents dans leur parentalité, pour prévenir des souffrances psychologiques futures. Le travail en groupe sur des situations concrètes aidera chacun à interroger sa propre place de médecin dans le trio père mère enfant.</p>
<p>2 – Améliorer la relation Médecin patient : Les relations difficiles. Comment restaurer l'empathie, quand et comment se poser des limites ? (Nouveau thème)</p>	<p>Chaque médecin généraliste est confronté à des patients difficiles à gérer sur le plan relationnel. Ces situations quoique rares, peuvent être vécues comme douloureuses, source d'épuisement professionnel, d'insatisfaction dans sa pratique. Elles peuvent rendre difficile pour le médecin le maintien du recul nécessaire, et d'une attitude empathique.</p> <p>Les présentations vous aideront à réfléchir aux relations difficiles avec l'éclairage des concepts de Balint. Qui sont ces patients qui nous mettent en difficulté ? Quelles sont ces situations vécues comme difficiles par le médecin ? Quels enjeux relationnels sont à l'œuvre pour le patient et le médecin ?</p> <p>La qualité de la relation médecin patient est plus que jamais nécessaire afin d'assurer au médecin une poursuite sereine de sa pratique, et un accueil empathique de ses patients.</p>
<p>3 - Prise en charge relationnelle des patients souffrant d'anorexie-boulimie</p>	<p>Les conduites anorexiques-boulimiques sont fréquentes, très souvent méconnues des soignants, pourtant très handicapantes pour les patients. Le médecin généraliste occupe une place essentielle pour leur repérage et le suivi des patients. La qualité de la relation médecin patient est plus que jamais nécessaire afin d'assurer au mieux une prise en charge globale de ces patients.</p> <p>La formation alterne entre des exposés concernant les troubles des conduites alimentaires, et des temps de travail en groupe Balint, centré sur la relation médecin patient, où les participants expliqueront des situations de leur pratique, pour repérer leurs représentations et ce qui limite leur prise en charge.</p>

<p>4 - Prise en charge relationnelle du <u>patient en deuil.</u></p>	<p><u>Les médecins généralistes sont en première ligne</u> lorsqu'un deuil touche une famille. Ils sont amenés à proposer un traitement lorsque les <u>conséquences du deuil</u> entraînent une détresse prolongée. Celles-ci sont souvent méconnues des soignants.</p> <p><u>La formation en groupe Balint</u> permet de revenir sur les raisons cachées et souvent symboliques des complications du deuil, et de saisir ce qui renvoie aux deuils du médecin.</p> <p><u>L'apport des experts</u> permettra de comprendre la place de la perte et du deuil dans la vie des patients, en fonction du contexte.</p>
---	--

SOCIETE MEDICALE BALINT 2013 – programmes DPC Séquentiel

Thèmes	Description
<p>A - Améliorer la relation médecin patient par <u>l'étude de cas en groupe Balint</u></p>	<p>Ce programme proposera au petit groupe de médecins inscrits, de se retrouver <u>4 demi-journées se succédant sur une période de 3 mois</u>, pour travailler suivant la <u>méthode des cas, en groupe Balint</u>. <u>Suivant le principe du DPC</u>, les médecins s'appuieront sur des <u>situations rencontrées dans leur pratique</u>, se confronteront à l'avis du groupe pour travailler en profondeur les enjeux sous jacents aux situations qui leur posent question, et faire évoluer leur relation thérapeutique dans l'entre temps.</p>

FORMATION DPC Janvier Juin 2013

Programmes DPC sur 2 jours

Date	Ville	Thème	Organisateur	Coordonnées
24 & 25 Mai 2013	PARIS	Prise en charge relationnelle des patients souffrant de deuil.	Dr O. Demonsant	odemonsant@wanadoo.fr
24 & 25 Mai 2013	LILLE	Prise en charge relationnelle des patients souffrant d'anorexie boulimie en médecin générale	Dr A. Bardoux	bardoux-alain@wanadoo.fr
31 Mai & 1 ^{er} Juin 2013	STRASBOURG	Amélioration de la relation médecin patient, les relations difficiles	Dr Ph. Guillou	pguillou003@rss.fr
7 & 8 Juin 2013	ANGERS	Le médecin, l'enfant et ses parents , approche relationnelle.	Dr I. Martinot	isabelle.martinot@me.com
14 & 15 Juin 2013	BORDEAUX	Amélioration de la relation médecin patient, les relations difficiles.	Dr M.Chomienne	mathieu.chomienne@gmail.com

Séminaires DPC séquentiels

Date	Ville	Thème	Organisateur	Coordonnées
Juin à septembre 2013	LILLE	Etude de cas en groupe Balint	Dr A. Bardoux	bardoux-alain@wanadoo.fr

SMB - COLLÈGE DE FORMATION DES LEADERS

Le Collège de formation des leaders a été créé en 2010 par la SMB. Sa mission est d'organiser la formation des futurs leaders Balint et le perfectionnement des leaders accrédités.

FORMATION DE LEADERS BALINT

La formation de leaders Balint est une formation de formateurs. Elle suppose :

1. UNE EXPÉRIENCE DE GROUPE BALINT suffisamment longue (3 ans ou 72h) réalisée dans
- un groupe Balint local (s'adresser au Secrétariat Balint 03 87 31 74 40)

ou

- un groupe Balint longue durée (72h) par journées ou WE : Paris (s'adresser à Annie Catu Pinault 06 30 80 45 50 ; annie.catu-pinault@wanadoo.fr). Bordeaux (*en préparation* s'adresser à Habid Sangaré : 06 14 65 18 23 ; habib.sangare@gmail.com)

2. APPROFONDISSEMENT DE LA FORMATION RECHERCHE BALINT par le GROUPE THÉORICO-CLINIQUE BALINT (6 Weekends).

Le prochain groupe théorico-clinique (N°4) commencera les 21 et 22 septembre 2013. Vous pouvez encore vous inscrire

Contact : Roger Lagueux 05 49 57 16 31 ; roger.lagueux@wanadoo.fr

3. UN SÉMINAIRE THÉORICO-CLINIQUE SPÉCIFIQUE LEADERS

(10 WE) **2012/2014 (complet)**

Formation réservée aux leaders (jeunes leaders- candidats leaders)

Ce séminaire a pour objectifs

- *Explorer les différentes composantes du Champ nouveau du groupe de formation créé par Balint et des groupes qui s'en inspirent pour former ou soigner; à partir de l'expérience des participants dans leur contexte : participation, observation, co-animation, animation, intervention*
- *Apporter des connaissances théoriques et cliniques concernant entre autres la dynamique groupale et la place du leader*
- *Constituer un espace d'expérience d'analyse, de réflexion et d'élaboration*
- *Acquérir une compétence pour animer des groupes Balint, d'inspiration Balint ou des groupes à visée thérapeutique,*

Cette formation représente 200 h de formation :

- *120 h pour le séminaire proprement dit*

80 h de travail personnel supervisé dans le séminaire (expériences cliniques d'observation, de co-animation, d'animation de groupes (Balint ou autres) et de temps de tutorat pour l'élaboration écrite d'une expérience clinique groupale.

Contacts : Roger Lagueux : 05 49 57 16 31 ou Yvette Sellès Lagorce : 05 55 77 48 68

LA CO-ANIMATION DANS LE GROUPE BALINT

Lors du Congrès international Balint qui aura lieu à Heidelberg en septembre prochain, une réflexion sur le co-leadership sera proposée aux participants. Il a d'autant plus d'échos que la journée d'Echanges des Pratiques a eu lieu sur ce thème le 26 mai dernier à Paris. Louis Velluet a bien voulu traduire cet article et nous l'en remercions vivement.

Les participants ont assez souvent l'occasion de faire l'expérience de la co-animation dans les groupes Balint, au moins au cours des différents congrès Balint (*ndlr : nationaux ou internationaux*). Pourtant, il y a encore à réfléchir un peu en ce qui concerne son importance. Dans un contexte social, nous sommes assez souvent habitués aux choses dont l'expérience nous montre qu'elles sont bonnes, alors nous ne nous interrogeons pas et nous continuons (*ndlr : à les utiliser*). Nous ne le ferions probablement pas si nous ne les aimions pas. Donc, la co-animation doit avoir une influence positive quelconque, au moins sur les animateurs mais probablement sur le groupe également.

Il y a très peu de publications sur les problèmes de la co-animation, même dans la thérapie de groupe et encore moins dans le travail Balint. Quand elle est mentionnée, elle est principalement associée aux questions qu'elle pourrait poser mais nous attendons encore des réponses. Dans cette communication, nous souhaitons approfondir le sujet en nous servant de nos expériences dans notre propre groupe comme animateur et co-animateur en nous référant aussi à des expériences de groupe auxquelles nous avons assisté.

1. L'animation est structurante

Animateur et co-animateur partagent une tâche commune, donner au groupe sa forme

aussi bien que se donner la liberté de faire leur travail. Ils ont à s'accorder sur la structure externe qui concerne leur rôle bien défini en tant qu'animateurs, mais aussi sur la structure interne du travail lui-même. La façon dont chacun d'eux peut se conduire et faire montre d'entraîneur ne change pas seulement l'atmosphère mais le processus du travail dans le groupe.

1.1 La structure externe

La structure externe détermine la structure interne. S'agit-il d'un groupe avec deux animateurs expérimentés ? Ils partagent alors la même expérience professionnelle de leaders Balint et donc peuvent alterner leur rôle d'animateur et de co-animateur de groupe en groupe sans trop de difficultés. Le co-animateur lui-même est-il en situation de formation ? Etre « le formé » ne devrait presque jamais permettre de prendre la direction du groupe sans une certaine concertation entre l'animateur le co-animateur et le groupe.

Etre assis côte à côte fait de l'animateur et du co-animateur deux égaux mais modifie les possibilités d'observer le groupe « de l'autre côté » comme cela se fait assis en face à face. Même le choix des sièges a une influence sur la structure interne du groupe, sur son déroulement et sa dynamique.

Tous deux peuvent être vus comme un couple. Qu'en est-il de l'animation avec deux

personnes du même sexe ou de sexes différents ? Observés sous l'angle de la psychanalyse les deux animateurs et le groupe sont dans une situation œdipienne et avoir des parents homosexuels peut perturber, mais aussi faire réfléchir de façon moins conventionnelle. Si nous sommes réellement dans une situation de travail de groupe dans l'optique de Bion cela ne doit pas trop altérer le fonctionnement. Mais quand les aspects régressifs sont plus importants les animateurs doivent essayer de revenir au cas et calmer la dynamique groupale, par exemple en relevant les agressions ou les paroles blessantes entre les membres du groupe.

1.2 La structure interne

En ce qui concerne la structure interne, le co-animateur peut passer du rôle de l'animateur – en faisant même de son collègue le co-animateur – à celui du co animateur à niveau égal, ou devenir presque un membre du groupe et participer à la discussion. Avec une place équivalente, le co-animateur peut mener le groupe seul quand l'autre est absent. Mais remplacer l'animateur en cas d'absence change la dynamique groupale. Le groupe peut ressentir un certain « manque » de l'absence du « parent principal », mais aussi faire l'expérience de sa façon de travailler avec un autre animateur !

Animateur et co-animateur doivent savoir quand intervenir. Au moins avoir une idée de leurs rôles respectifs. Souvent, le premier demande au second de penser à l'horloge et donc de l'aider à structurer le groupe. Mais il doit aussi y avoir une sorte d'accord sur quand intervenir et comment l'animateur doit réagir aux différences d'opinions émises par son collègue. Tous deux doivent au moins

souhaiter une certaine tolérance de style en ce qui concerne les points de vue.

Au cours d'une séance, une jeune femme psychiatre n'a pas encore dit un mot. Animateur et co-animateur sont d'accord pour que le premier ne s'adresse pas directement à un membre du groupe qui garde le silence, ils pensent que cela interfère trop avec le déroulement du travail. C'est donc le co-animateur qui fait observer que cette participante n'a exprimé aucune opinion depuis le début. Il lui demande alors gentiment si elle souhaite partager ses réflexions avec le groupe ou non. Elle réagit alors sans hésitation mais avec soulagement et dit que ce qu'elle ressent est tout à fait différent de ce qui a été exprimé depuis le début.

Etre interpellé par le co-animateur pourrait donc aider à parler des sentiments personnels, en particulier quand ils sont en contradiction avec ce qui a été dit auparavant. Du point de vue de la psychodynamique, le travail du co-animateur aide à dépasser les résistances ou les défenses présentes dans le groupe en excluant les oppositions d'idée ou de ressentis. C'est alors à l'animateur de renvoyer ce matériel « au cas » et d'aider le groupe à prendre en compte les aspects divergents. Si l'animateur doit envisager le groupe dans son ensemble, la tâche particulière du co-animateur est d'établir des contacts individuels ce qui rassure et aide à émettre une opinion en contradiction avec le groupe.

2. La co-animation comme contenant pour les animateurs

Travailler ensemble donne l'opportunité d'une « intervision ». Le groupe Balint sert

de contenant pour le cas exposé. La dyade animateur et co-animateur est un autre contenant, particulièrement pour l'animateur, il lui est plus aisé de conserver son rôle puisqu'il ne doit pas déverser ses propres expériences dans le groupe ce qui le transformerait en participant. Les affects peuvent être « neutralisés » au cours des échanges pré et post groupe entre les deux collègues ou dans un groupe de supervision pour animateurs.

L'animateur est confronté à un cas de soins palliatifs chez une personne âgée et à la manière dont le jeune médecin essaye de comprendre sa relation avec le patient qui va mourir : la décision d'arrêter le traitement a été prise. Cela ressemble aux expériences vécues par l'animateur dans sa propre famille. Contrairement à certains membres du groupe qui disent ouvertement comment eux-mêmes ont vécu de telles situations l'animateur ne doit pas rapporter ses expériences personnelles. Une première étape de la « neutralisation » des émotions violentes est faite lors du débriefing avec le co-animateur après le groupe et une seconde étape dans le groupe de supervision des animateurs.

3. La co-animation diminue les aspects de la dynamique de groupe non souhaités et introduit la triangulation

Le co-animateur peut ramener aisément le groupe au cas s'il s'agit d'un groupe de formation et si l'animateur est vu quelque part comme un « enseignant ». En revenant aux ressentis personnels, à la question de la relation avec le patient, le co-animateur est le double de l'animateur, mais il peut aussi être un exemple, un modèle (*ndlr : au sens de personne à laquelle on peut s'identifier*) pour les participants du fait de la hiérarchie.

Ceci peut être d'une importance particulière avec les participants qui ne sont pas familiers avec les approches psychodynamiques et qui ne sont pas habitués à cette forme spéciale de discussion utilisant l'émergence de l'imaginaire et des fantasmes.

Discutant d'un cas le co-animateur relève que le groupe reste fixé au niveau du cognitif. Sur un mode descriptif il expose au groupe ses observations. Il prend l'initiative de s'interroger sur ce qui aurait pu être à faire dans ce cas et il continue en posant la question de ce que le présentateur silencieux peut EPROUVER à ce moment.

Présenter le niveau cognitif comme quelque chose de mauvais peut perturber le déroulement du processus dans un groupe de formation. Dans son travail quotidien le médecin doit fonctionner sur ce mode d'une manière très professionnelle. Pourquoi serait-il maintenant mauvais d'éviter les émotions qui surgissent en utilisant l'instrument habituel de la défense cognitive ? Essayer d'enseigner en opposant le bon et le mauvais peut facilement mener à une rébellion contre l'animateur. Une telle rébellion n'a probablement pas trop à faire avec le cas lui-même mais avec la situation de formation.

Dans une telle situation le co-animateur peut proposer un changement de perspective d'une façon plus subjective, en jouant un rôle de modèle. Quand il oriente le chemin depuis les faits apparents jusqu'au phénomène plus profond des émotions émergentes il peut ainsi ramener à la question de la relation entre le médecin et le patient.

3.1 Concernant la dynamique groupale le co-animateur peut permettre la triangula-

tion sous différentes formes

Quand il y a co-animation, la triangulation groupe-présentateur-animateur devient plus complexe et la dynamique du groupe peut évoluer de différentes façons.

Dans le cadre conceptuel de la psychodynamique l'animateur représente l'intelligence, le savoir, la compréhension, la maturité. Le co-animateur figure les émotions, l'incertitude, l'absence de clarté, la relation, la provocation. D'une certaine façon, il est l'inconscient qui observe et reste silencieux. L'animateur est le conscient qui agit. Entre eux, il y a le cas présenté.

Travailler avec un co-animateur assure au présentateur « deux parents » qui le protègent contre le groupe. Cela peut donner plus de sécurité. Mais un des deux parents peut aussi être déloyal, comme dans la « vraie vie ». Et d'un autre côté, ils peuvent représenter des aspects différents mais compatibles. Le co-animateur comme représentant de l'inconnu et du subconscient, l'animateur de ce qui est actuellement connu et conscient.

Assis côte à côte, ils peuvent être vus comme un couple. A titre d'exemple, ils peuvent montrer que des observations ou des interprétations différentes peuvent être intégrées sans bouleversement majeur ni chez l'un ni chez l'autre. Lorsqu'ils sont assis face à face, le co-animateur ne peut pas être pris pour l'animateur en ce qui concerne le côté didactique : cela lui donne la liberté d'agir indépendamment, de participer avec moins d'émulation car il peut se comporter un peu plus comme un membre du groupe et juste observer ce qui se passe.

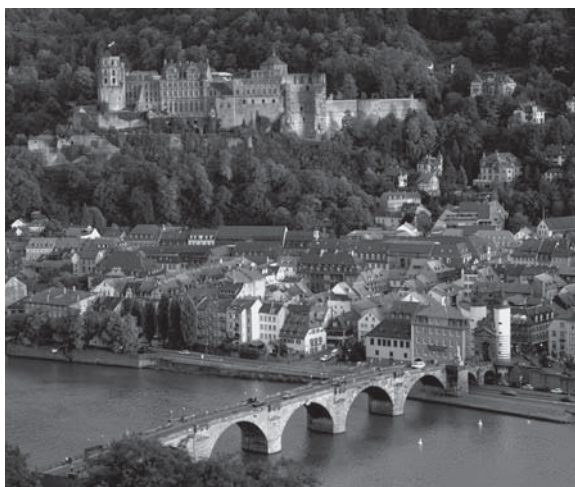
Pendant la présentation d'un cas, la tâche du

co-animateur est d'écouter l'intervenant, d'observer le comportement du groupe et de chacun des participants et de se mettre d'accord avec ses propres élaborations et ressentis, tout cela en restant en contact avec l'animateur et en harmonie avec les objectifs du moment. Pendant que l'animateur garde à l'esprit le cas le co-animateur peut être plus en contact avec d'autres membres du groupe, il a l'opportunité d'être la personne qui les comprend, comme « il y a au moins quelqu'un qui m'écoute » remplissant de ce fait une fonction contenant particulière des désirs subconscients. Pour favoriser le travail psychanalytique, l'animateur doit user d'un style objectif pendant que le co-animateur peut identifier beaucoup plus aisément les ressentis observés.

Par rapport à l'animateur « enseignant », le co-animateur peut être vigilant en ce qui concerne les perturbations dans le groupe, identifiant les différents impacts sur le travail. Il ne doit pas souhaiter suivre le mouvement du groupe. Il peut se saisir plus facilement de ce qui a été perdu au cours de la discussion.

Un médecin présente son cas dans lequel il a fait preuve d'ignorance en ce qui concerne une question médicale. Un collègue non médecin pointe la difficulté pour un médecin de gérer le fait de ne pas savoir. Le groupe ne réagit pas à son intervention. Le co-animateur assis près du présentateur a l'impression, ou le fantasme, que celui-ci retient sa respiration pendant que le groupe résiste à travailler sur ses ressentis « narcissiques ». A ce moment il « offre » (en intervenant pas) un espace émotionnel silencieux. Puis l'animateur essaye à nouveau de revenir à ce qui concerne la relation médecin-malade, pen-

dant que le groupe continue à discuter le problème au niveau des connaissances, donc ignorant son intervention. Le co-animateur propose alors ce qu'il a imaginé d'une éventuelle nouvelle rencontre avec ce patient qui confronte le médecin avec la réalité de son savoir incertain.



Que s'est-il passé dans la séquence décrite ? Tout d'abord le groupe montre de la résistance à s'identifier au traumatisme subi par le présentateur et relevé par le collègue non-médecin. Le co-animateur, et non le groupe, prend en compte la réaction du présentateur en observant et en comprenant le blocage de sa respiration comme un phénomène intérieur « en miroir ». Plus tard, alors que le groupe est encore enfermé dans ses résistances, il tente de transformer le processus groupal en faisant allusion au sujet évité. A un « méta-niveau », retenir sa respiration signifie ne pas être en contact, de même que la discussion sur des sujets médicaux signifie l'évitement du domaine émotionnel. En faisant allusion à une rencontre ultérieure possible entre le médecin et son patient l'impasse émotionnelle peut être surmontée et le présentateur aidé à réfléchir au lieu d'éviter la question.

3.2 L'animateur et le co-animateur comme un sous-groupe

Comment se comporter avec un groupe qui garde le silence pendant un certain temps ? Quand personne ne souhaite intervenir ? L'animateur doit-il accepter le silence, et pour combien de temps, ou doit-il faire remarquer ce qui se passe ?

Comment cela peut-il être différent avec un co-animateur présent dans une telle situation ?

La présence d'un co-animateur donne l'opportunité de se comporter comme un petit « sous-groupe » en discutant entre deux de la situation et de ce qui est censé se passer. Le silence peut illustrer la perte de contact entre le présentateur et le patient, par exemple si ce dernier souffre d'un trouble psychotique. L'absence d'interventions peut être également due à une perte de contact entre les participants et le cas, mais aussi entre l'animateur et le groupe. Lorsque les deux responsables s'interpellent à propos de la situation ils peuvent se renvoyer l'un à l'autre ce qui se passe. Les ressentis désagréables peuvent donc être transformés en quelque chose qui peut être pensé. D'une certaine façon ils se comportent comme un groupe de réflexion.

Faisant référence encore une fois à la dynamique de groupe l'animateur s'adresse au co-animateur comme au représentant du groupe. Tous deux entament un processus parallèle qui est le reflet de la discussion dans le groupe.

Une jeune femme de 20 ans suivie pour un trouble chronique de l'alimentation refuse

les consultations avec un jeune médecin traitant. Ou bien elle refuse déjà d'entrer dans le cabinet ou elle reste silencieuse pendant la consultation. A l'extérieur elle accuse répétitivement le médecin de ne pas être à l'heure ou de manquer les consultations. Le jeune collègue expose ses sentiments de colère et d'impuissance. Pendant le groupe le travail alterne entre de courtes périodes de remarques ponctuelles et de longues périodes de silence. Après un certain nombre de ces alternances l'animateur interpelle son co-animateur en lui demandant son aide pour comprendre ce qui se passe dans le groupe. Ce dernier exprime d'abord sa fatigue. L'animateur reconnaît un manque d'intérêt pour ce cas. Après un court moment de réflexion le co-animateur réplique que sa première réaction a été la colère. Dans sa perception intuitive le groupe était seulement occupé à soutenir le médecin frustré tandis qu'il perdait de vue la patiente. L'animateur lui propose alors : « Vous voulez dire que vous vous identifiez au ressenti de la patiente et vous vous sentez blessé et incompris ? » Le co-animateur acquiesce.

Travaillant comme « une équipe de réflexion, les deux collègues peuvent ainsi refléter les ressentis non exprimés dans le groupe parce qu'ils sont trop désagréables et donc éliminés par les mécanismes de défense. Après cette intervention, la discussion a été reprise. Etre proche ou non a été relié à se nourrir ou ne pas se nourrir, accuser le docteur a été interprété comme une défense contre la proximité. L'impuissance du médecin a été interprétée comme la peur et l'impuissance de la patiente. L'intervention de l'animateur en direction du co-animateur a été interprétée comme une façon d'entrer en contact de manière inhabituelle qui pourrait aussi être né-

cessaire, d'une manière ou d'une autre, pour cette patiente. Finalement, le présentateur s'est senti soulagé d'avoir compris à quel point la patiente se sentait quelque part perdue dans sa propre peur de la proximité et qu'il devait l'aborder différemment lors de la prochaine rencontre.

Résumé

Le thème de la co-animation dans les groupes balint ouvre un large champ de questions et de perspectives.

Animateur et co-animateur doivent former une équipe douée de sensibilité. Ils peuvent être « les bons parents ». Comme n'importe quel animateur ils doivent faire attention à ne pas intervenir trop autoritairement pour laisser le processus de travail du groupe se dérouler de façon fluide. Mais la co-animation peut avoir des effets spéciaux positifs.

C'est particulièrement dans la formation, et donc dans un groupe moins mature, qu'il peut être aidant de travailler de cette façon. L'animateur est plus vu comme un enseignant qui observe et guide le processus. Le co-animateur peut être plus proche du groupe et des ressentis émergents mais pas encore exprimés. Sa présence donne l'opportunité d'une triangulation à certains moments. Par lui-même ou en lien avec l'animateur, il peut servir de modèle et favoriser le travail du groupe balint de façon originale.

■ *Ulrich Rüth et Astrid Holch (Munich)*
avec leur aimable autorisation et nos remerciements
(Traduction : Louis Velluet)

Balint international.../...Annonces et comptes rendus

Fédération Balint internationale (*International Balint federation*)

Consulter le site de la Fédération Balint Internationale (FBI) pour connaître toutes les manifestations, les rapports d'activités nationaux de toutes les Sociétés Balint existantes et rester en lien (amical et informatique) avec nos amis balintiens du monde entier.

On annonce la création de la société Balint chinoise ! www.balintinternational.co

Société Balint belge (SBB) : Newsletter N°21

Pour recevoir la Newsletter belge et suivre avec intérêt leur réflexion et leurs activités :
balint.belge@gmail.com

XVIIIe Congrès international Balint – Heidelberg (Allemagne)

Date : samedi 7- mercredi 11 septembre 2013

Lieu : Heidelberg (Allemagne)

Thème : « *Affection et relation, le cadre du travail balint* »
(« *Attachment and relationship, the frame of Balint work* »)

Contact : www.balintinternational.com et mapuel@wanadoo.fr

Comité Scientifique : Henry Jablonski, Paul Sackin, Andrew Elder, Marie Anne Puel, Michèle Parée, Ritch Addison, Ann Sinclair, Jeff Sternlieb, Don Nease, Mark Budow, Guenther Bergmann, Heide Otten, Ernst Petzold, Philip Herzog, Frank Meumann, John Barton, Ruth Dunn, George Brandao, Tove Mathiesen, Dorte Kjeldmand.

ATTENTION : si le nombre des « francophones » est suffisant, des groupes Balint en français seront proposés.

XXe anniversaire de la Société Balint Roumaine

Rappel : nos amis roumains ont fêté leur vingt ans entre les 9 et 12 mai derniers à Miercurea Ciuc en Roumanie, sur le thème « Soma et psyche » Nous leur renouvelons nos vœux de prospérité.

Le nouveau bulletin roumain (N°57) est paru (deux articles en anglais) disponible en PDF.

Contact : Albert Veress, président de la Société Balint Roumaine. alveress@clicknet.ro

Conférence des leaders – Israël

Date : 11-13 septembre 2014

Lieu : Mer de Galilée (Israël)

Thème : cette conférence a lieu tous les deux ans en alternance avec les congrès internationaux de la FBI sur l'animation des groupes Balint. Après Copenhague et Charleroi, les Balintiens israéliens offrent l'organisation de cette 3^e conférence.

www.balintinternational.co

Balint international.../...Annonces et comptes rendus

Prix d'Ascona

- Le « Prix d'Ascona » a gardé son nom même s'il n'est plus attribué à Ascona comme auparavant. Les « récompenses » des étudiants sont attribuées par les fonds de la FBI
- Destiné aux étudiants en médecine de tous les pays : écrit sur la relation médecin-malade du point de vue de l'étudiant (les maîtres de stage en particulier sont invités à informer leurs étudiants sur ce prix). Montant : 5000€
- **Date limite** : 31 décembre chaque année.
- **Adresse d'envoi** : geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de
- **Renseignements** : www.balintinternational.com
- Les Prix sont remis en plénière lors des congrès Balint internationaux. En 2010, les trois étudiants lauréats ont été particulièrement appréciés et applaudis au congrès de Philadelphie de 2011 où ils ont pu faire état de leurs travaux, lesquels sont parus dans les actes du congrès.

Rappel : Comité international/formation des leaders

Un groupe de délégués de la FBI s'est porté volontaire pour organiser un Séminaire international tous les deux ans. La date de ce séminaire pourrait coïncider avec celle d'un conseil d'administration de la FBI. Il serait organisé conjointement entre le comité de la FBI et le pays d'accueil et aurait pour objet le processus du leadership, le partage des expériences, l'amélioration des compétences et tout autre sujet qui intéresserait les protagonistes.

Le **Comité** est composé de : **Andrew Elder** (Président de la Société Balint anglaise), **Heide Otten** (ex présidente de la Société Balint allemande), **Michel Delbrouk** (trésorier de la FBI et ex président de la Société Balint belge), **André Matalon** (Société Balint israélienne), **Don Nease** (Etats-Unis, vice-président de la FBI).

Conseil d'administration de la FBI- Stockholm 4 mai 2013

(résumé du CR de Paul Sackin, secrétaire général de la FBI)

- (ndlr : Pour la première fois depuis très longtemps : absence des français)
- Entrée de la **Chine** dans la FBI
- La FBI est maintenant une organisation internationale à but non-lucratif enregistrée en **Suède**.
- **Nouveau bureau** : Don Nease, nouveau président (USA) Paul Sackin, secrétaire général reconduit (GB), Marc Budow, nouveau trésorier (Israël), Kristina Toivola (Finlande) reconduite à la vice-présidence et Marieke van Schie (Pays-bas) nouvelle co-vice-présidente. Sont nommés deux « réviseurs » (« revisors ») suédois: Juanita Forssell (reconduite) et Henry Jablonski.
- Il est proposé que les **rapports** nationaux annuels qui figurent sur le site de la FBI comprennent les membres du conseil d'administration, le nombre d'adhérents et les conférences, journées d'étude et congrès organisés.
- Le conférence de **Charleroi** a été un franc succès et l'équipe organisatrice (« Task Force ») a été vivement félicitée et Michèle Parée en particulier.

Balint international.../...Annonces et comptes rendus

- **Wonca** : Don (Nease), Andrew (Elder) et Mark (Budow) ont proposé des interventions qui ont été acceptées. Clare Geralda (du Royal College anglais) est également impliquée
- **Traductions** : le livre d'Hélène Oppenheim est en voie de traduction en anglais ; celui de Heide Otten est déjà traduit, celui de Bohdan est en cours. « Le médecin, son malade et la maladie » a été traduit en Hébreu par Benyamin Maos. (Ndlr : seules les traductions en anglais sont subventionnées.)
- **Website** : remise à jour le 15 juin ; mais toute suggestion de modification mineure peut être demandée au coup par coup.
- **Photothèque internationale** : les français (AIPB et SMB) ont proposé un album de photos ou de vidéo à rassembler sur le site...l'intérêt semble avoir été discuté (ndlr : mais la proposition n'a probablement pas été comprise)
- **Congrès de Heidelberg** : vingt et un papiers ont été proposés, douze ont été retenus : il y aura donc des sessions parallèles. Andrew Elder enverra à toutes les associations Balint de nouveau un questionnaire concernant le leadorat Balint et rapportera les résultats. Un **psychodrame** (AIPB) aura lieu en anglais. Des groupes en **français** pourraient être organisés en fonction de la demande.
- **Prix d'Ascona** : 26 articles ont été proposés ; le premier prix a été attribué à un étudiant de Nouvelle-Zélande, le deuxième à un brésilien, le troisième à un anglais.

RAPPEL : NOUVEL ATELIER INTERNATIONAL POUR UN FONDS LITTÉRAIRE BALINT

Composition : Don Nease (vice-président, USA) coordinateur, (dnease@umich.edu)
André Matalon (Israël), Paul Sackin (GB)

Objectif : collecter la littérature « Balint » à travers le monde.

NDLR : la FBI dispose dorénavant d'un budget « traductions » pour faire connaître les différentes parutions Balint (traductions en anglais d'ouvrages en langue originale).

En pratique pour demander une traduction à la FBI, prendre connaissance du formulaire sur le site www.balintinternational.com (« *application process* »)

