



Société Médicale Balint  
**Le Bulletin**  
N° 80 Printemps 2015

## NOTES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS

**Marie-Frédérique Bacqué**, psychologue, psychanalyste, leader Balint, professeure de psychopathologie clinique à l'université de Strasbourg. Rédactrice en chef de Psycho-oncologie, Etudes sur le Mort et le Bulletin Balint. Présidente de la société de thanatologie. Rédactrice en chef du Bulletin de la Société médicale Balint EA30-71, Université de Strasbourg. [mfbacque@club-internet.fr](mailto:mfbacque@club-internet.fr)

**Luc Canet**, ex rhumatologue hospitalier parisien. Ancien président de la SMB, très actif au sein de la Société et anciennement militant au sein de la Fédération internationale Balint (FBI). Membre dès l'origine du Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders. [lucanet@noos.fr](mailto:lucanet@noos.fr)

**Jean-François Coudreuse**, gérontologue à La Rochelle (Charente-maritime), ancien chef de clinique, ancien président de la SMB, leader accrédité de la SMB. [jeanfrancois.coudreuse@wanadoo.fr](mailto:jeanfrancois.coudreuse@wanadoo.fr)

**Anne Deffontaines**, psychiatre dans un service de pédo psychiatrie dans l'Oise. Éluée présidente de la SMB en 2014.

**Brigitte Greis**, infirmière libérale à Poitiers, membre du comité de rédaction du bulletin, leader accrédité de la SMB, membre du collège de formation des leaders de la SMB. [greis.brigitte@wanadoo.fr](mailto:greis.brigitte@wanadoo.fr)

**Cécile Labrousse Champion**, psychologue clinicienne, psychanalyste. Travaille à Paris dans un service de pneumologie et d'oncologie thoracique, ainsi qu'en libéral.

**Roger Lagueux**, psychologue-clinicien, psychanalyste dans la Vienne, coordinateur de l'Atelier « Travail psychique dans le groupe Balint », ex vice président de la SMB, co-organisateur des Journées régionales de Poitiers. Membre du Collège de psychanalyse Groupale et Familiale. Leader accrédité de la SMB. [rlagueux@club-internet.fr](mailto:rlagueux@club-internet.fr)

**Isabelle Martinot Nouet**, médecin généraliste en couronne d'Angers (Maine et Loire), maître de stage, leader accrédité de la SMB, coordinatrice et créatrice de programmes DPC de la SMB. [isabelle.martinot@me.com](mailto:isabelle.martinot@me.com)

**Michelle Moreau Ricaud**, psychanalyste, membre et secrétaire analytique du Quatrième Groupe, membre de la S.M.B. (membre du Gral), leader accrédité de la SMB. [moreau-ricaud.michelle@wanadoo.fr](mailto:moreau-ricaud.michelle@wanadoo.fr)

**Michel Nicolle**, médecin généraliste (retraité), a exercé à Châtenay-Malabry (Hauts de Seine), au bureau depuis la nuit des temps, leader accrédité de la SMB, chargé des photos, de la fabrication et de la réalisation du bulletin. Délégué auprès de la FBI (Fédération Balint Internationale). [michel.nicolle2@wanadoo.fr](mailto:michel.nicolle2@wanadoo.fr)

**Marie-Anne Puel**, médecin généraliste à Paris, leader accrédité de la SMB, ex vice-présidente de la FBI, chargée du bulletin et des relations extérieures. Déléguée auprès de la FBI (Fédération Balint Internationale). [mapuel@wanadoo.fr](mailto:mapuel@wanadoo.fr)

**Marie-Noëlle Tilman**, médecin généraliste depuis 1985 en équipe pluridisciplinaire, dans une « maison médicale » de la banlieue industrielle liégeoise, en équipe pluridisciplinaire autogestionnaire.

**Louis Velluet**, médecin généraliste retraité, psychanalyste à Palaiseau (Essonne), leader accrédité de la SMB, un des premiers enseignants de médecine générale (avec Anne-Marie Reynolds) à l'UFR de Bobigny (Seine St Denis) en 1973, fondateur de « l'Atelier Français de Médecine Générale » (société médicale de formation et de recherche sur la médecine de famille) ; leader de groupe Balint d'étudiants à l'UFR de Necker (Paris). [l.velluet@free.fr](mailto:l.velluet@free.fr)

## RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS POUR UNE PUBLICATION DANS LE BULLETIN BALINT

-Les annonces d'événements comportent 15 000 signes au maximum.

-Les recensions comportent 30 000 signes au maximum

Les articles sont dactylographiés et comportent de 24 000 à 40 000 caractères (espaces inclus). Sur une page de garde, les auteurs écrivent leurs noms, prénoms, qualité, institution et adresse, ainsi que leurs références e-mail.

La deuxième page comprend un résumé en français qui servira de chapeau.

Les articles ne dépasseront pas 15 pages dactylographiées. Le titre sera aussi bref et précis que possible. Après une courte introduction, le texte sera articulé en chapitres, eux-mêmes subdivisés par des sous-titres en facilitant la lecture.

### CHARTE TYPOGRAPHIQUE

Afin que nous puissions traiter au mieux votre texte, il est essentiel que vous nous le transmettiez sous la forme la plus simple qui soit.

L'ensemble de l'article sera écrit dans la même police et la même taille.

Titres et noms propres restent en minuscules. Seule la première lettre d'un nom propre sera en majuscule.

Jamais d'espace avant une virgule.

Jamais d'espace quand vous allez à la ligne. Chaque paragraphe doit former un bloc qui débute au même endroit. Donc ne « reculez pas » vos début de phrase par un alinéa.

Pour les renvois de notes, n'utilisez pas l'appel de notes automatique qui existe dans votre logiciel de mise en page. Pour créer une note, il suffit d'écrire directement le numéro de la note après le mot concerné, mettre ce mot en couleur et aller à la fin de votre document, dans une rubrique que vous intitulez «Notes» pour inscrire le texte de la note, précédé du même numéro. À la composition, les notes seront replacées en bas de page, et la couleur effacée.

Chaque référence bibliographique sera écrite dans l'ordre suivant : nom de l'auteur en minuscules, précédé de l'initiale de son prénom, titre de l'ouvrage (ou de la revue) en italique, ou titre de l'article entre guillemets, suivi du nom de l'ouvrage (ou de la revue) en italique, maison d'édition, année de parution, numéro(s) de page(s), éventuellement. Exemple :

– S. Freud, *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, (1939), Gallimard, 1986.

– S. Freud, «les théories sexuelles infantiles», in *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p. 24-44.

L'appel des références bibliographiques dans le corps du texte se fera ainsi : (Freud, 1969).

Ne mettez aucun espace entre les guillemets et les mots qui les entourent, aucun entre un ; : ! ? et le mot qui le précède : les espaces nécessaires seront rétablis à la composition.

Utilisez l'italique avec modération (le réserver aux titres d'ouvrages, aux mots en langue étrangère, ou pour faire ressortir un mot ou une expression particulière). Les citations doivent venir entre guillemets et sans italiques. Pas de mots soulignés.

N'utilisez du gras que pour marquer la hiérarchie des titres et sous-titres de paragraphe.

Les paragraphes se succéderont sans ligne blanche. Ne sautez une ligne que pour marquer un détachement. N'utilisez pas d'alinéa.

Les tirets d'incise sont toujours longs : – et non - (qui est un tiret pour séparer un mot composé).

Pour obtenir un tiret long sur PC : touche Ctrl et tiret, ou caractères spéciaux dans le menu insertion.

Petit rappel : etc. s'écrit tel quel, jamais suivi de trois points de suspension.

Les majuscules seront accentuées. Exemple : À, édition, Être, etc.

Nous fournir à part vos éventuels tableaux ou documents-image (photos) ou schémas en jpg ou pdf, en noir et blanc, et de qualité correcte. Vous pouvez les laisser dans votre fichier word pour voir les emplacements, mais ils doivent être également joints séparément à votre article.

La hiérarchie des titres et sous-titres à l'intérieur de l'article sera clairement établie.

## **Le bulletin**

### *Editeur :*

Société Médicale Balint  
(SMB)

### *Comité de direction :*

Le bureau

### *Rédacteur en chef :*

Marie-Frédérique Bacqué

### *Comité de lecture :*

Luc Canet,  
Jacques Lescanne,  
Maurice Henniaux,  
Jacky Goimier,  
Philippe Guillou,  
Hélène Oppenheim.

### *Fabrication Réalisation et*

### *Crédit photo :*

Michel Nicolle.

### *Secrétaires de rédaction :*

Jacques Lescanne.

### *Comité de rédaction :*

Luc Canet,  
Guy Even,  
Brigitte Greis,  
Roger Lagueux,  
Louis Velluet.

### *Correspondants :*

Tunde Baka (*Roumanie*),  
Jorge Brandao (*Portugal*),  
Roger Van Laethem (*Belgique*),  
David Watt (*GB*),  
Rosana Lubelza (*Espagne*),  
Anna Della Casa (*Italie*).

### *Maquettiste :*

Laëtitia Glatin

### *Imprimeur :*

Alpha-Tracing  
Boulogne-Billancourt

n° ISSN : 0769871

## **Edito...**



*ANNE DEFFONTAINES*

Au soir d'une assemblée Générale où nous avons besoin de déposer ce qui nous agite ; où nous étions pris dans une dynamique qui aurait pu être destructrice, des voix se sont élevées pour proposer que l'on se donne des espaces de parole. Contre toute attente des gens se sont levés pour proposer leur candidature au CA, pour repartir et construire.

Un grand nombre de chantiers sont à aborder : accréditation, articulation entre les instances, ouverture de la SMB à d'autres domaines de compétence. Des blessures sont à panser, un avenir est à penser. Il nous faudra, pour cela, quitter nos bavardages, dire et faire la vérité, hors les modes, loin des idéologies. Alors seulement, peut-être, pourrons-nous porter une vérité, vérité plurielle qui n'est pas mensonge pour autant. Alors nous supporterons la complexité de la SMB, et la nôtre propre. Retroussons nos manches, armons nous de bienveillance et attelons-nous à ce vaste chantier prometteur

C'est dans cette perspective que j'ai précisé devant le CA les points fondamentaux de mon projet pour la présidence à la SMB

### **Projet pour la Présidence à la SMB**

Que la SMB soit le lieu de mises en commun de bonnes volontés et de compétences

Que soient mises à plat les dissensions, les conflits, les non dits.

Que la confiance prenne le pas sur la violence et la crainte

Que chacun puisse parler de sa place, articulée aux autres places

Que la communication soit fluidifiée au sein de la SMB

Que nous nous remettions à échanger, réfléchir, élaborer et penser

Que nous portions un projet commun de donner place à la parole, à la pensée, à la philosophie et la démarche de Balint sur le plan national et de s'ouvrir aux différentes approches de soin, à l'universitaire et à l'international

Nous avons besoin de nous parler, de temps d'échanges pour que cette parole soit constructive. L'idée d'une à deux journées de travail, de commissions, de débats. avec l'aide d'un tiers extérieur semble pertinente - Pour quel objectif?

- Faire l'état des lieux, au regard de l'histoire, comprendre cette

## *Edito...*

crise pour nous appuyer sur les points forts et bâtir des projets d'avenir.

- Redéfinir pour chaque instance : sa place, sa mission, sa fonction, son rôle, son mode d'élection et de pérennité, ses liens nécessaires à un bon fonctionnement
- Promouvoir des formations conséquentes, validées pour chacun des leaders

Au début de cette nouvelle étape, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui rejoignent l'équipe du CA.

Un merci tout particulier à tous ceux qui ont œuvrés au CA, au Bureau ou autres ateliers. Et je remercie tout particulièrement Jean Maclouf qui a consacré temps, énergie et professionnalisme à la Présidence, au poste de trésorier et à d'autres ateliers.

■ *Anne Deffontaines*

*Présidente de la SMB*

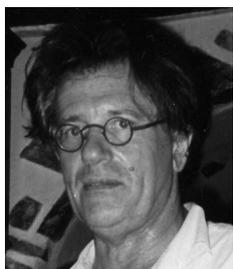
*20 novembre 2014*

Cet éditorial, écrit au lendemain de l'assemblée générale, est toujours d'actualité quelques mois plus tard. A ce jour, et dans la lignée de ce qui a été prévu, nous avons commencé une mise au travail entre les différentes instances de la SMB en l'occurrence le Gral, le collège et le CA. Nous nous sommes donc réunis le 14 février et une autre rencontre est prévue le 18 avril prochain. Nous ne pouvons que nous réjouir de ce qui se met ainsi au travail, du climat de sérénité et du désir de chacun de trouver les solutions les plus adéquates au service de la SMB et de ses missions.

Un grand nombre de chantiers restent à aborder, nous avons besoin de la bonne volonté de chacun pour la sérénité des débats et cette première journée est prometteuse d'avenir.

La SMB porte, depuis sa création, un message d'écoute et de respect mutuel et il importe à chacun d'entre nous d'en être le représentant.

Bon courage à chacun

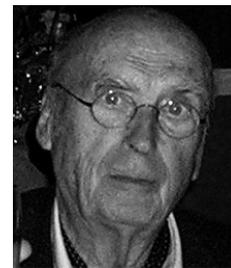


JEAN-FRANÇOIS COUDREUSE

## **LA SOCIÉTÉ MÉDICALE BALINT ET LE « LEADERSHIP » DES GROUPES BALINT**

### **Essai historique : I/ ses débuts**

*La controverse qui traversa, dès ses débuts, l'histoire du « leadership » des groupes à la SMB est celle de la place occupée par la référence à la psychanalyse...et les psychanalystes. Cette synthèse permet de comprendre comment un leadership balintien à la française s'est mis en place. L'originalité française a également permis que la référence psychanalytique soit restée celle de l'expertise des relations interpersonnelles et ne soit pas transformée en un « brouet médico-psychanalytique » qui aurait pu être distribué à des « soignants » en guise « d'enseignement postuniversitaire ».*



LUC CANET

#### **Introduction**

Il ne s'agit pas, ici, de reprendre l'histoire de la « collision » puis du dialogue devenu fécond entre médecine et psychanalyse. Elle est illustrée depuis le siècle dernier par les travaux pionniers que furent ceux de Freud (1926)<sup>1</sup>, puis de Ferenczi (article posthume)<sup>2</sup>, et à leur suite, par la contribution audacieuse, originale et rigoureuse de Michaël Balint, exposée dans son ouvrage, *le Médecin son malade et la maladie*, paru à Londres en 1954. La méthode, et les principes sur lesquels elle repose, tendait à réduire le fossé qui paraissait profond entre la science médicale contemporaine et les apports de la psychanalyse.

La médecine du corps s'était, certes, enrichie d'un regard clinique plus affiné, lié pour la plus grande part aux progrès techniques gigantesques mis à la portée, aujourd'hui, du plus grand nombre de praticiens. Mais comme nous le rappelle G. Guérin :

« Le corps auquel a à faire le médecin est un corps qui n'est pas régi uniquement par des faits anatomiques, biologiques, physiologiques. Il ne se réduit pas à une étendue, à un volume, à des organes et à des fonctions. C'est un corps dont l'une des dimensions essentielles est celle de la souffrance et du plaisir. »<sup>3</sup> La psychanalyse a permis :

« D'articuler autrement le rapport du sujet à

son corps »<sup>4</sup>.

La psychanalyse contribue à la possibilité de créer une approche plus globale de la personne malade par ceux qui ont mission de la soigner. Ce ne sont pas les thérapies « comportementalistes », actuellement à la mode dans l'univers médical et médiatique, qui pourraient nous conduire à en faire l'impasse.

#### **A l'origine : Le contexte de la naissance du Mouvement Balint Français**

Dans les années qui suivirent la deuxième guerre mondiale naissait en Europe aussi bien qu'aux USA un intérêt à la fois « idéologique »<sup>5</sup> et clinique pour ce que l'on réunit sous l'appellation de psychosomatique. En France, des médecins se regroupèrent autour de la recherche concernant une médecine qui s'accommodait mal d'un « soma » par trop séparé de la « psyché ». Ils désiraient ouvrir réflexion et formation sur une médecine non clivée, « psychosomatique »<sup>6</sup>. Ainsi naissait, sous l'impulsion de L. Chertok et M. Sapir, en 1957, une « Société Française de Médecine psychosomatique » avec pour Secrétaire Général le Pr. P. Aboulker. Elle réunissait à la fois des psychiatres, psychanalystes et des médecins. En 1959 paraissait le premier numéro de la *Revue de médecine psychosomatique*, organe officiel de cette nouvelle

Société.

Parallèlement, dès 1954, deux jeunes médecins et psychanalystes, E. et G. Raimbault, étaient allés s'initier aux Séminaires que Balint co-animaient avec sa future épouse, Enid Eichholtz<sup>7</sup> à la Tavistock Clinic de Londres, et en 1959, ils conduisaient le premier groupe Balint français.

De nouveaux groupes vont naître alors dans la décennie soixante aussi bien à Paris qu'en province avec pour « leaders », M. Sapir, Ch. Brisset, G. Guérin, J.A. Gendrot, P. Benoit, V.Gachkell, R. Dell, H.Michel-Wolfrom et R.Diatkine et, en province, J. Guyotat à Lyon, L. Israël et J. Kress à Strasbourg, Pr. Blanc à Bordeaux, J.A Gendrot à Brest, P. Benoit à Evreux ainsi que des groupes à Grenoble et Besançon.<sup>8</sup>

Des liens se tissaient entre l'expérience balintienne de la Tavistock Clinic de Londres et les médecins français : En témoigne la réunion de la *IIème Conférence internationale sur la formation psychologique des médecins*, organisée par le Pr. Kourilsky, J. A. Gendrot et E. Raimbault. Elle se tint à Paris-Versailles, en mars 1964. Elle faisait suite à une « Première Réunion Internationale des directeurs de groupe de formation psychologique des médecins » tenue à Londres à l'initiative de M. Balint et P. M. Turquet, de la Tavistock en 1962. Y participèrent la plupart de ceux de nos confrères anglais qu'on appela « la vieille garde », ces praticiens qui travaillaient depuis les débuts avec Balint.<sup>9</sup>

En avril 1968 paraissait le n° 1 du *Bulletin de la Société médicale des groupes Balint* faisant état de la fondation de cette jeune Société.

Mise en projet dès novembre 1965, elle naissait en mars 1967 avec un effectif initial de quinze médecins sur quarante-quatre médecins convoqués comme appartenant déjà à des groupes répertoriés, dont nous venons de

faire état. Dès sa création, notre Société se préoccupa des rapports à établir avec les « leaders » qui s'étaient lancés dans l'aventure des groupes Balint.

Ces derniers étaient naturellement issus du milieu psychiatrique et psychanalytique...avec, toutefois, la particularité de ne pas être restés étrangers, voire indifférents aux avatars d'un corps malade : ils étaient, de ce fait, sensibilisés à la fois à l'ouvrage de Balint, venant d'être traduit en français<sup>10</sup>, sur la formation des médecins praticiens, et à la demande que ces derniers formulaient à ce niveau<sup>11</sup>. Ils se réunissaient de façon informelle dans un « groupe d'études Balint », baptisé alors « groupe Marignan » car ils se retrouvaient au domicile de deux d'entre eux (Drs. E. et G. Raimbault) situé dans la rue du même nom. Ils échangeaient dans ce « groupe d'études » sur leurs premières expériences de leadorat de groupe Balint (années 1960-65).

On se souviendra que, dès sa création en 1967, notre Société signifiait dans ses statuts l'importance de la référence psychanalytique pour le « leadership » des groupes (article II). Mais l'attirance-répulsion vis-à-vis de la psychanalyse restait, pour des médecins praticiens, un élément notable de la résistance observée dès cette époque à pénétrer dans un groupe Balint.

En Avril 1970, à peine trois ans après sa création, notre Société, organisait une *Journée d'études*<sup>12</sup>. Elle était désirée autant par les praticiens balintiens que par les leaders analystes réunis dans le groupe « Marignan ».

On voulait traiter à la fois de la place occupée par l'« objet » psychanalytique dans la pratique du Groupe Balint, et des « malentendus » apparus entre un certain nombre de médecins balintiens regroupés dans cette jeune Société, et leurs leaders-formateurs, du groupe « Marignan » : certains, parmi ces

derniers, s'étonnaient aussi de cette création étrangère à eux<sup>13</sup>.

Cette *Journée d'études* s'inscrit dans l'histoire du mouvement Balint comme un temps utile mais laborieux dans le volet des rapports « psychanalyse et médecine » (ou psychanalystes-leaders et médecins participants à ces groupes). M. et E. Balint y assistèrent pour un moment.

Un certain nombre des praticiens Balintiens avaient l'impression :

« Qu'ils étaient l'objet d'une expérience [tentée par des psychanalystes] alors qu'ils désiraient en devenir les sujets. »<sup>14</sup>

### **Le challenge pour les premiers « leaders-Formateurs »**

Dès le début de l'expérience des groupes Balint, en France, on constate combien la « modélisation » du leader balint se cherchait :

Le leader était porteur non seulement de son « expérience » personnelle de psychanalyste et/ou de psychothérapeute, mais aussi de son « surmoi » lié peu ou prou à son appartenance à l'« institution » psychanalytique : il lui fallait affronter les difficultés éventuelles suscitées par des collègues psychanalystes non convaincus de l'intérêt de cette « ouverture » vers les médecins. Mais il lui fallait aussi « faire avec » le caractère spécifique de la pratique médicale qui lui était, plus ou moins radicalement, « étranger ». Ils se confrontaient alors à l'enjeu et la responsabilité d'induire chez ces praticiens la création et l'utilisation d'un « modèle » d'aptitude psychothérapeutique qui leur soit propre.

### **Les Praticiens Balintiens : premiers échanges avec les leaders**

On prit, lors de cette Table ronde, la mesure de la tension « identificatoire », positive ou non, vécue par le médecin praticien vis-à-vis

de ces leaders qui selon leur manière d'être dans les groupes pouvaient être vécus comme trop « frustrants », trop « silencieux », ou bien trop « didactiques », directs, donneurs de recettes, et qui dans toutes ces situations n'apportaient pas toujours à ce médecin praticien tout ce qu'il souhaitait obtenir pour progresser.

Le socle théorique sur lequel s'appuyèrent, aussi bien les leaders Balint que les praticiens concernés, demandeurs de cette formation, reposait essentiellement sur les deux ouvrages de M. Balint traduits en français : *Le Médecin, son malade et la maladie* (1960), et celui écrit avec E. Balint : *Techniques psychothérapeutiques en médecine* (1966)

En juin 1971, notre Bulletin publiait à titre posthume - Michaël Balint est décédé le 31 décembre 1970 - la traduction de sa communication au *IV<sup>ème</sup> Congrès de médecine psychosomatique*, à Paris, en septembre 1970, intitulé « Recherches sur la psychothérapie et importance des résultats pour la psychanalyse »<sup>15</sup>. Il y rappelait ce point, essentiel désormais pour tous balintiens, que :

« La thérapie n'est pas quelque chose qui se passe chez le malade, ou chez le médecin, mais quelque chose qui advient entre eux. ».

Les praticiens français « balintisés » avaient déjà bien intégré, à cette époque, la quasi-équation liant « entretiens prolongés » et nouvelle « aptitude psychothérapeutique ». Il leur fût plus difficile d'appréhender ce que leur proposaient les Balint à travers cette dernière communication concernant la formation à la « psychothérapie » du médecin praticien : la technique du « Flash ».

Il s'agissait d'une recherche réunissant un groupe de médecins anglais « pionniers » du Balint et choisis par M. Balint comme particulièrement expérimentés, et des psychanalystes de la Tavistock Clinic impliqués alors

dans des recherches sur les psychothérapies brèves (psychothérapies « focales »).

L'aspect « économique » du « Flash » n'échappait à personne : Comment ouvrir aux praticiens surchargés du Service de Santé britannique les apports de la psychanalyse avec des techniques plus économes en durée que celles de l'« entretien prolongé » ou du « détective », autrement dit, comment offrir au médecin et au malade une technique d'approche psychothérapique compatible avec les 10-15 minutes que le praticien consacrait en moyenne à son malade ?

On pourrait épiloguer sur cette nouvelle recherche, qui, depuis l'héritage de Ferenczi, illustre la permanence du désir, chez Balint, de mettre les apports de la psychanalyse à la portée du plus grand nombre de praticiens.

Cet « aménagement » proposé consistait à établir une situation de « résonance » entre le médecin et son malade, comme une sorte d'« éclair » (un « flash ») tenant d'une communication à la fois verbale et non verbale, poussant très loin l'identification du praticien avec son patient. Il s'agissait d'un acte :

« Intuitif mais différent de l'intuition de tous les jours en ce qu'il est contrôlé et différent des échanges inconscients habituels en ce qu'on l'utilise consciemment et sur un plan professionnel [...] une sorte de focalisation, mais une focalisation déterminée par accord tacite entre le médecin et le malade et porteuse d'une forte charge émotionnelle. »<sup>16</sup>

Balint reconnaissait toutefois qu'il n'était pas possible au cours d'une consultation de praticien, de maintenir l'« attention flottante » indispensable à la création d'un « flash », plus d'une fois sur trois patients... Avec le recul, on ne peut dire que cette « nouvelle manière », celle du « Flash », proposée à l'usage des médecins praticiens se soit développée plus avant, en France,

même si le médecin balintien l'utilise sans toujours la reconnaître en tant que telle comme un apport dans sa relation soignant-soigné<sup>17</sup>.

### **Une première référence concernant le « leadership » Balintien en France**

Dès la *première Conférence Internationale Balint*, à Londres (23-25 mars 1971), J.A. Gendrot dessinait ce qui, en France, allait devenir un point de référence de la pratique du « leadership » de groupe Balint :

« Renonçant à *traiter* les médecins, et renonçant aussi à les *enseigner*, il leur est demandé de consentir à faire l'effort d'*écouter* les médecins parlant de leur pratique journalière, comme il a appris à écouter sur le divan analytique ses élèves, futurs analystes. Mais à l'inverse de l'écoute du discours total de l'analysé, que le psychanalyste interprète dans le but (théorique) de rendre conscient *tout* l'inconscient de l'élève, méthode qui fait régresser l'analysé au niveau des couches les plus profondes de sa personnalité, il s'agit avec les médecins- de mettre en évidence et d'interpréter, grâce aux réactions du groupe, un discours partiel, qui est *tout* le discours médecin-malade, à l'exclusion de la vie extra-professionnelle du médecin : Sans faire régresser le médecin au plus profond de lui-même, cette méthode lui permet de prendre un recul considérable vis-à-vis de son comportement professionnel, de ses affects et de son besoin thérapeutique. »<sup>18</sup>

L'adhésion de J.A. Gendrot aux idées de M. Balint était profonde quant à la formation « relationnelle » des médecins mais il avait le souci du psychanalyste de ne pas se « marginaliser » vis-à-vis des institutions psychanalytiques existantes à ce moment: Il tenait à bien distinguer les deux fonctions, celle du médecin et celle de l'analyste, à une époque où l'œuvre psychanalytique plus théorique

de Balint n'était pas encore reconnue dans ces institutions comme elle l'est aujourd'hui et sans doute aussi pour ne pas effaroucher le milieu psychiatrique<sup>19</sup>.

### **Les critères de la formation Balint « à la française »**

Ce groupe de leaders-Formateurs cessa curieusement de se réunir régulièrement après 1970. Cette activité devait reprendre en 1974, toujours sous l'impulsion particulière de Gendrot, à l'occasion du *IIème Congrès international des Sociétés Balint*, à Bruxelles.

C'est là aussi que fut élaboré, formalisé sous l'impulsion de nos délégués (Bernachon, Dufour et Canet) le texte qui précisait les critères, « à la française », constituant la « spécificité du groupe Balint » alors qu'à ce Congrès s'étaient manifestées des « dérives » (particulièrement en Belgique, Hollande et Allemagne) par rapport au « modèle » de groupe Balint des débuts, y compris dans ses liens avec la psychanalyse.

Ces « critères » proposés précisaient, en particulier, que :

« -Le modèle des groupes Balint est constitué par un groupe de médecins praticiens se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé de cas cliniques

- Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient.

-La verbalisation des problèmes extra-professionnels n'est pas posée comme but.

-Ces groupes sont animés par un ou des leaders médecins ou non, psychanalystes formés à cette méthode.

- Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non médecins ayant des responsabilités thérapeutiques.<sup>20</sup> »

Se confirmait ainsi la mission que s'était

donnée notre Société Balint de veiller à ce que ces groupes puissent être animés avec les apports de la « psychologie de l'inconscient » et de souhaiter que les animateurs soient aussi « formés à cette méthode »

La mort brutale de J.A. Gendrot, en 1975, et des divergences qui se faisaient sentir parmi les leaders ne permirent pas, à l'époque, d'aller plus loin pour que notre Société puisse, alors, poursuivre le dialogue amorcé sur l'avenir du « leadership ».

### **L'intérêt soutenu de la SMB autour du « leadership » Balint**

En 1976, nous publions une communication présentée par M. Courtenay, médecin de la « vieille garde » de Balint, au *Congrès international de Médecine Psychosomatique*, à Rome, en septembre 1975. Cette communication avait été choisie car elle avait le mérite de décrire de façon très pragmatique, à travers une expérience balintienne au long cours, les « bonnes manières » à observer au cours de situations diverses, pour un authentique leader balintien, sans s'encombrer d'un lexique par trop psychanalytique<sup>21</sup>.

Le Conseil d'Administration de notre Société<sup>22</sup> maintenait son intérêt pour tout ce qui entourait le « leadership » des groupes Balint. On peut le constater à travers ses propositions de travaux soumises lors de son Assemblée de 1976 :

« 1/ Formation et étude de groupes comprenant médecins et psychanalystes, ou groupes interdisciplinaires, travaillant sur des problèmes théoriques

[...]

4/ Etude de la « dynamique » des groupes Balint

[...]

6/ Réflexion approfondie sur la formation des animateurs de groupe (leaders)

7/ Résistance à la formation Balint, des médecins et des analystes. »

En 1977, G. Le Gouës, jeune psychiatre, puis psychanalyste de la SPP, avait participé à la naissance d'un « Institut de formation à la médecine générale et relationnelle » fondé autour d'un des psychanalystes pionniers de ce groupe Marignan, V. Gaschkel.

Il publia dans notre Bulletin un travail de réflexion très critique sur les rapports de la psychanalyse avec les groupes Balint<sup>23</sup>.

Il mettait en question à la fois la théorie et le modèle proposé par Balint et il récusait plus précisément l'idée d'en faire un système de formation psychothérapeutique pour les praticiens, estimant d'ailleurs que le travail de l'animateur s'éloignait d'un véritable travail psychanalytique.

Cet écrit reflétait, à sa manière, l'opinion majoritaire en cours dans les milieux psychanalytiques et le peu d'appétence des Sociétés psychanalytiques pour cette initiative de formation, que constituait le milieu « balintien » de l'époque.

Dans le Bulletin qui suivit, en 1978, G. Guérin, psychiatre et psychanalyste, fréquentant le groupe Marignan et s'appuyant sur une déjà longue expérience de leadorat de groupe Balint, apporta, en quelque sorte, une réponse magistrale aux interrogations critiques que posait Le Gouës sur les problèmes de la collaboration des médecins et des psychanalystes<sup>24</sup>.

Ce texte fait, depuis, référence pour notre Société. Il justifie la ligne, propre à cette dernière, quant à la place occupée par la psychanalyse dans le « leadership » des groupes Balint en France.

Cette question fut reprise, plus tard, par l'un de nous. On y trouvera de nouvelles réponses dans un texte publié en 2008<sup>25</sup>.

En mars 1978 aussi, une Réunion européenne de leaders Balint à laquelle notre

SMB fut conviée et représentée, se tint, à la Grande Motte. Quatre années s'étaient écoulées, depuis le Congrès de Bruxelles en 1974, avant que, de véritables échanges aient pu, à cette occasion, reprendre avec le groupe initial des leaders. La réflexion sur la formation de nouveaux leaders était toujours présente chez les responsables de la SMB.

Il en fut de même lors du *IV<sup>ème</sup> Congrès international Balint* de Londres, de septembre 1978 puis lors de la Conférence internationale des animateurs de groupe Balint à Come (Italie) en avril 1980.

La contribution de René Gelly y fut particulièrement importante de notre point de vue puisqu'il y apportait sa propre réflexion, en tant que leader et comme membre de notre Société, en revenant sur l'histoire, en France, des débuts de cette relation laborieuse entre médecins balintiens et leaders de groupe Balint.<sup>26</sup>

Ce qui fait l'intérêt de son travail, c'est sa tentative d'explication, dix ans après, des raisons des désaccords relatifs, manifestés plus ou moins ouvertement entre les psychanalystes leaders et les praticiens balintiens lors de leur première rencontre d'avril 1970, évoqués plus haut:

A l'époque de la création de notre Société, les praticiens cherchaient à ne pas se laisser enfermer dans la prolongation d'une relation « Maître-Elève » comme ils la vivaient avec l'Enseignement Post-Universitaire de l'époque. Un petit nombre des « leaders » psychanalystes manifestait parfois un penchant pour le maniement de la théorie psychanalytique avec ses formulations « ésotériques », ce qui les plaçait en position « pédagogique dominante » vis à vis de ces praticiens balintiens qui, eux, se retrouvaient alors dans un statut d'élèves, ce qu'ils refusaient.

Ces « leaders » psychanalystes s'étaient intéressés aux médecins, après ce qu'ils avaient appris de Balint, mais ils ne trouvaient pas,

entre les deux modèles de formation qui étaient les leurs : celui de l'analyse individuelle et celui de l'analyse didactique, un nouveau « modèle » acceptable leur permettant d'offrir ouvertement leur savoir-faire psychanalytique vers ces praticiens à la recherche d'une prise en charge plus « globale » de leurs patients.

Or pour R. Gelly, la SMB avait été créée par des médecins praticiens issus de groupes Balint, avec l'espoir de pouvoir étudier et assessor ce troisième « modèle » en compagnie des leaders psychanalystes *mais dans une réciprocité* de motivations, abolissant la persistance d'une relation maître-élève. Cela avait suscité tension et incompréhension chez certains, aussi bien chez les participants que chez les « leaders ».

### **Vers une « labellisation » d'un leadership balint, à la française**

Plusieurs années vont s'écouler, avant que notre Société murisse un projet autour du problème de la « relève » des premiers leaders balintiens.

Dès octobre 1987 la SMB établit un recensement et une mise à jour de la liste des leaders balintiens qui s'étaient fait connaître, et qui vinrent nombreux à nos *Journées de Lyon* de novembre 1987. Elle sera suivie de deux journées de « réflexion-formation » des leaders. En avril 1988 une première réunion s'était tenue, avec pour modérateur Misenard et qui avait pour thème : « Sur la formation du leader » Il s'agissait d'une réflexion collective sur la question « qui devient leader et comment le devient-on ? », puis ce fut celle du 23 avril 1989. Elles contribuèrent à la formulation des « critères » proposés pour le « leadorat » des groupes Balint :

- Etre soignant
- Avoir fréquenté au moins deux ans un

groupe Balint

- Avoir fait une psychanalyse personnelle
- Avoir été observateur et/ou co-leader d'un gr. Balint
- Connaître les lois de la dynamique de groupe

### **Création d'un « Comité des Sages »**

A cette occasion, le Bureau de la SMB proposa dans un communiqué :

« La création d'un « Comité des Sages » qui aura pour tâche de définir, avec chacun des candidats à la formation au « leadorat », le cursus qui semblera le plus adapté à son profil, en fonction des critères retenus par le Comité qui tiendra compte du travail de réflexion déjà accompli.

Il veillera également au fonctionnement du groupe de « confrontations des pratiques ».<sup>27</sup>

Ce Comité constitué provisoirement de Pierre Bernachon, Luc Canet, René Gelly et France Meslet. fut vite rejoints par G. Guérin, S. Cohen-Léon, et Ph. Koechlin, et son secrétariat fut assuré par M.-A. Puel.<sup>28</sup>

La forte personnalité de P. Bernachon, un de nos premiers présidents, devenu, en France, le premier leader balintien non-analyste – situation courante en Angleterre et en Belgique, à cette époque – permit, en 1990, un dialogue très riche avec R. Gelly sur la place du leader psychanalyste dans le groupe<sup>29</sup>.

En avril 1990 se réunirent au sein de notre Société une structure nouvelle avec un groupe de leaders balintiens. On l'appela *Journée de confrontation des pratiques*. Ce fut la première d'une longue série de réunions annuelles qui perdurent jusqu'à maintenant sous la nouvelle appellation *Journée d'échanges sur les pratiques*.

### **Création du Groupe de réflexion et d'accreditation des leaders (G.R.A.L.)**

Enfin, en mai 1991, prenant la suite du « Comité des Sages », naissait le « Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders » (GRAL). Son rôle était d'être un organe consultatif et de proposition auprès du Bureau de notre Société<sup>30</sup>. La suite de son histoire a déjà été racontée par quelques-uns de ses témoins dans notre Bulletin<sup>31</sup> et fait l'objet d'un autre texte dans cet ouvrage collectif.

A l'évidence, cet essai historique témoigne de la permanence, dès sa naissance, de la préoccupation de notre SMB pour cette question du leadership. On pourra, dans le texte suivant, en découvrir les tout derniers développements.

### **Conclusion**

La controverse qui traversa, dès ses débuts, l'histoire du « leadership » des groupes dans notre SMB est, comme on le voit, celui de la place occupée par la référence à la psychanalyse... et les psychanalystes.

Les « défricheurs » de ce problème, les plus concernés à l'intérieur de notre Société, furent assurément J.A. Gendrot, puis A. Dufour, P. Bernachon, R. Gelly et Fr. Meslet, par leurs contributions dans nos instances exécutives et nos Bulletins. Il y en eut beaucoup d'autres, bien évidemment.

Nous sommes conscients que nous ne pouvons nous éloigner de cette référence psychanalytique pour le « leadership » dans le sens où nous entendons celle-ci : celle de l'expertise des relations interpersonnelles et non pas celle d'un « brouet médico-psychanalytique »<sup>32</sup> qui serait distribué à des « soignants » en réception d'un « enseignement postuniversitaire ».

Nous savons qu'il n'est pas nécessaire pour un balintien d'adhérer, autrement que d'un point de vue « culturel », aux diverses doctrines psychanalytiques mais on peut admettre que la méthode proposée par le

psychanalyste Balint est très éloignée d'un enseignement de la psychanalyse et/ou d'une « cure » psychanalytique de quelque nature qu'elle soit. Elle utilise la technique de l'apprentissage d'une « écoute » d'un « moi professionnel » qui transforme quelque peu la pratique de ceux qui s'y adonne.

« Troisième modèle » de formation, issu de la psychanalyse, pouvant déboucher sur une nouvelle « aptitude » psychothérapeutique du « soignant », comme le suggérait R. Gelly ? Le « leadership » balintien ne peut faire l'impasse de cet apport dans une reconnaissance mutuellement égalitaire de la recherche pour les différents intervenants du groupe.

### ■ *Luc Canet et Jean-François Coudreuse ( Past-présidents de la SMB et leaders accrédités)*

(1) S. Freud, « *La question de l'analyse profane* », O.C., XVIII, Paris, P.U.F. pp.5-90

(2) S.Ferenczi, « *La psychanalyse au service de l'omnipraticien* », in, *Psychanalyse* 4, Paris, Payot, pp.192-194

(3) G. Guérin, « *La collaboration Médecins-psychanalystes* » in *Cahiers de la SMB*, 22, mars 1978, p.21

(4) *Id, Ibid.* p.21

(5) Schématiquement deux écoles de pensée s'affrontaient, dans l'après-IIème guerre mondiale : le Pavlovisme né en URSS et la psychosomatique, en particulier celle d'Alexander, née aux USA.

(6) Voir M. Sapir, « *La formation psychologique du médecin* », Payot, Paris, pp38-47

(7) Voir M. Moreau Ricaud, « *Michael Balint, Le renouveau de l'Ecole de Budapest* », Erès, 2000, p.171

(8) Voir G. Harlé, *Gaz.Med.Fr.*, 77, n°8, 25-1-1970, pp567-571

(9) R. Kourilsky, J.A.Gendrot, E.Raimbault (S la Dir.), « *La formation psychologique des médecins, II<sup>e</sup> Conférence Internationale* », Maloine, 1964,378p.

- (10) La traduction française établie par le psychanalyste J.P. Valabrega de l'ouvrage de référence de Balint, « *le Médecin, son malade et la maladie* », date de 1960.
- (11) 36 groupes étaient répertoriés en France entre 1960-70 dont 25 dans la Région Parisienne (G. Harlé, réf 7)
- (12) *Bulletin de la Société Médicale Balint*, n°5, nov. 1970, pp. 9-74
- (13) M. Moreau Ricaud, *Op. Cit.*, p.200
- (14) R. Gelly, « *Aspects théoriques du mouvement Balint* », in Missenard A.(sous la direction de), « *L'expérience Balint : Histoire et actualité* », Paris, Dunod, 1982, p.74
- (15) M. Balint, « *Recherches sur la psychothérapie et importance des résultats pour la psychanalyse* », *Bull. Soc. Med Gr. Balint*, n°6, Juin 1971, pp.3-24
- (16) M.B.Clyne, communication (IVème Journ. Etudes – avril 1971) *Ibid.*, n°6, juin 1971, p.31
- (17) Voir aussi sur le sujet du « Flash », E. Balint, J.S.Norell, « *Six minutes par patient* », Payot, Paris, 1976, 228p.
- (18) J.A.Gendrot, « *Principes fondateurs de l'œuvre de Balint en médecine* », in, *Bulletin de la Société Médicale des groupes Balint*, n°6, nov.1972, p.21
- (19) Voir R. Gelly, *Op. Cit.*, pp. 64-66, ainsi que J. A.Gendrot, « *les questions posées par les médecins au groupe et les questions posées par les malades au médecin sont-elles les mêmes ?* » in, *Bulletin de la Société Médicale des groupes Balint* n°12, oct.1974, pp11-15
- (20) R. Delasnerie, Au IIème Congrès International des Sociétés Balint : Le « *training Balint et la formation psychologique en médecine* », in *Bull. Soc. Med. Gr. Balint*, n°12, oct. 1974, pp30-31
- (21) M.J.P.Courtenay, « *Les leaders, les médecins et leur patients* » *Bulletin de la Société Médicale Balint*, n°18, juillet 1976, pp.3-15
- (22) In, *Bulletin de la Société Médicale Balint*, n°20, avril 1977, p.52
- (23) G. Le Gouës, « *Le groupe Balint ou le choix de l'ambiguïté* » in, *Cahiers de la Société Médicale Balint*, n°21, octobre 1977, pp. 4-24
- (24) G. Guérin, *Op. Cit.*, (Réf. 3)
- (25) L. Canet, « *A propos de la place du champ psychanalytique dans la formation Balint* » in, *Au fil du temps... Vers une élaboration psychique en groupe Balint*, Ed. SMB, Paris, T.1, pp.85-101
- (26) R. Gelly, « *Les avatars de la relation entre les médecins balintiens et les leaders de groupe Balint* », in *Cahiers de la Société Médicale Balint*, N° 27, Mai 1980, pp.3-12
- (27) *Le Bulletin de la SMB*, n°3, (octobre 1989)
- (28) Consulter pour un C.R. plus détaillé, Fr. Meslet, *Le Bulletin de la SMB*, n°3(oct. 1989) et n°6(été 90)
- (29) Le jeu de la vérité (3<sup>ème</sup> épisode), échange de courrier entre Pierre Bernachon et Pierre Gelly, *Le Bulletin de la SMB*, (hiver 90-91), n°7
- (30) M.A.Puel, « *Le contenu de la réunion du 26 mai...en bref* » in, *Le Bulletin de la S.M.B.*, n°9, été 1991, pp6-7
- (31) Fr. Meslet-Guerrazzi, « *Histoire du GRAL(1)* » in, *SMB, Le Bulletin*, Hiver 2003, n°41 pp4-5, Ph. Koechlin, « *Histoire du GRAL(2)* » in, *SMB, Le Bulletin*, Printemps 2004, n°42, pp.4-5, L. Canet, « *Histoire du GRAL(3)* » in, *SMB, Le Bulletin*, Automne 2004, n°43, pp.4-5 S. Cohen-Léon, « *Histoire du GRAL(4)* » in, *SMB, Le Bulletin*, Hiver 2004, n°44, pp4-5
- (32) P. Bernachon « *Le jeu de la vérité* », in *Bulletin de la SMB*, n°7, 1990-91, p.4



JEAN-FRANÇOIS COUDREUSE

## **LA SOCIÉTÉ MÉDICALE BALINT ET LE « LEADERSHIP » DES GROUPES BALINT**

### **Essai historique : II/ De 1991 à nos jours**

#### **Introduction**

Ce chapitre devait être rédigé par notre regrettée France Meslet compte-tenu du rôle essentiel qu'elle joua au cours des années 90, dans la réflexion sur le « leadership » Balint au sein de notre Société.

Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'elle avait été chargée, en novembre 1987 à l'occasion des Journées Nationales de Lyon, alors qu'elle était Vice-Présidente de la SMB, d'organiser la première Journée de « Réflexion-Formation » des animateurs Balint, à Paris.

En octobre 1988, elle avait communiqué lors du Congrès National de la SMB à La Rochelle, sur le thème : « Contribution à la réflexion sur la formation des leaders »<sup>1</sup>.

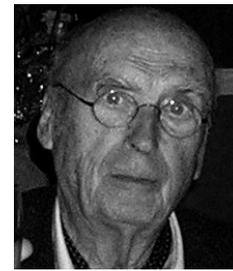
Rappelons ensuite, simplement, la création le 22 avril 1989 du « Comité des sages », et le 23 avril 1989, la 1<sup>ère</sup> Journée « réflexion/Formation » des leaders<sup>2</sup>.

On se référera à ce texte pour apprécier les avancées de ce débat au sein de la SMB<sup>3</sup>.

#### **Le G.R.A.L.**

Il serait fastidieux de relater au jour le jour les « faits et gestes » de cette instance, Il suffira de citer les moments qui nous sont apparus comme déterminants dans sa fonction.

La création, en mai 1991, du G.R.A.L. (Groupe de Réflexion et d'Accréditation des Leaders) prenant le relais du « Comité des Sages » (dont France Meslet faisait partie) a



LUC CANET

été abordée dans le texte qui précède.

La première rencontre des membres du GRAL avec le Bureau de la SMB eut lieu le 26 mai 1991<sup>4</sup> : Il y fut rappelé que le recrutement des membres du GRAL s'effectue par cooptation et avec l'accord du Bureau. Il y fut précisé que l'un des buts de la SMB était bien de « former » des leaders pour les groupes Balint. On précisa aussi que si un groupe était animé par deux leaders, il n'y avait pas de hiérarchie entre eux : ils étaient, au même titre, co-leaders. On remplaça le critère concernant la connaissance de la dynamique de groupe, par une période passée en tant qu'« observateur » dans un groupe. Il fut aussi admis que la SMB se préoccupait exclusivement de l'accréditation des groupes, dits « classiques » et non de ceux qui se réclamaient de la méthode du « grand » groupe, des séminaires de relaxation ou de psychodrame Balint. Il fut précisé enfin que le GRAL n'aurait qu'un rôle consultatif auprès des instances exécutives (Bureau et C.A.) de la SMB. C'est ainsi que fut modifié et inscrit dans le règlement intérieur de la SMB élaboré à cette époque, que le GRAL devenait le « Groupe de Réflexion *sur l'*(et non plus *et d'*) Accréditation des Leaders » pour affirmer clairement sa fonction exclusivement consultative, laissant au Bureau de notre Société la mission de l'accréditation.

En 1992, Le GRAL renforça la présence de psychanalystes en son sein : Elle accueillit Pierre Benoit, médecin psychanalyste et leader Balintien parmi les premiers en

France, et Michelle Moreau Ricaud, psychanalyste, Universitaire, membre et secrétaire scientifique du IVème Groupe, et de l'Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse, s'intéressant à *l'Ecole psychanalytique de Budapest* et tout particulièrement à l'œuvre de Balint.

Les critères d'accréditation furent affinés : pour être reconnu comme leader par la SMB, il fallait désormais :

A : soit être connu par la SMB comme animateur de groupe depuis une assez longue date. (aux animateurs de groupe d'assez longue date mais inconnus de la SMB, il est demandé de rencontrer l'un des membres du Gral.

B : Soit être dans l'une des trois situations suivantes :

Etre médecin (c.a.d. clinicien généraliste ou spécialiste)

+avoir fait une analyse ou être en analyse depuis un certain temps

+avoir participé à un groupe Balint pendant au moins deux ans ou être observateur d'un groupe pendant un an

Etre paramédical clinicien

+avoir fait une analyse ou être en analyse depuis un certain temps

+avoir participé à un groupe Balint pendant au moins deux ans ou être observateur d'un groupe pendant un an.

Ceci pour ce qui concerne l'animation d'un groupe professionnel de pratique paramédicale

Etre analyste clinicien reconnu par ses pairs

+être observateur d'un groupe pendant un an

Dans ces trois dernières situations (B), il faut avoir un entretien avec l'un des membres du Gral.

Les membres du G.R.A.L. se réunissaient trois fois par an et depuis quelques années quatre à cinq fois par an, pour examiner de façon *collégiale* les demandes d'accréditation des futurs leaders, transmises par le Bureau et soumettre à celui-ci les conclusions de leurs délibérations.

Ils ont aussi à répondre à la fois aux requêtes de conseils émanant du Bureau. Pour ce faire, le Bureau et le GRAL se réunissent au moins une fois l'an.

Depuis 1992, à la demande du Bureau, le GRAL participe à la préparation conjointe ainsi qu'à l'animation des Journées dites de « Confrontation des Pratiques »

Le problème que posait alors, pour le candidat-leader, le critère de la connaissance de la « dynamique de groupe » fut abordé une nouvelle fois en 1993 et la difficulté que posait alors cette facette de la compétence fut contournée par la proposition d'un passage dans un groupe Balint existant, dans la position d'« observateur » : l'observateur n'était « ni payant ni payé » ; il devait rester silencieux durant la séance et ne devait faire part de ses observations qu'au(x) leader(s) dans l'après-coup.

En 1995, lors de la rencontre avec le Bureau, le GRAL affirmera la nécessité de maintenir une confidentialité absolue de ses délibérations, vis-à-vis des instances exécutives, à propos des motifs de la proposition d'accréditation, en raison de la protection rigoureuse des données qu'il recevait de la part des candidats rencontrés.

**Les Journées dites de « Confrontation » (devenue « Echanges ») des pratiques »**

Comme on vient de le voir, le souci de la SMB dans les années 90 était non seulement de recruter des leaders de groupe Balint mais aussi de proposer puis d'entretenir parmi ses leaders une certaine cohésion dans la manière d'exercer le « leadership » des groupes Balint.

La 1<sup>ère</sup> Journée portant cette appellation eut lieu le 22 avril 1990<sup>5</sup>. Le terme de « Confrontation des Pratiques », première appellation donnée à ces Journées, pourrait surprendre ; il était né, du constat que nous avions fait, de la diversité de l'animation des groupes que nous connaissions. Il ouvrait, en même temps, sur la finalité que nous lui donnions : la perspective d'une prise de conscience, individuelle et collective, qu'on pouvait apprendre, de l'expérience de l'Autre, qu'il y avait, là, une perspective d'enrichissement potentiel dans la conduite de son groupe... et que ceci n'allait pas sans une certaine dose de « confrontation ». R. Gelly avait précisé, lors de cette Journée, que le leader devait avoir « vécu » un parcours analytique pour être un expert des relations interpersonnelles en profondeur et de la communication inconsciente.

Depuis 1992, ces Journées se déroulent sur des thèmes, proposés par le GRAL : Ils concernent la problématique rencontrée dans la pratique du leadership des groupes. Elles sont introduites par un ou deux exposés présentés par un des membres du GRAL, et suivis par des petits groupes de leaders, type Balint au cours desquels sont exposées des situations rencontrées dans les groupes Balint des leaders présents, si possible en rapport avec le thème proposé. Un « grand groupe » réunit en fin de journée l'ensemble des participants pour une mise en commun des réflexions issues de l'expérience de chacun des groupes.

Entre 1990 et 2012, furent ainsi organisées douze Journées annuelles de « confrontation des pratiques ». On les nomme désormais : Journées d'« échanges sur les pratiques », sans doute pour gommer ce qui aurait pu paraître « agressif » dans le terme « confrontation ».

Les thèmes développés ont trait à ce qui peut poser problème aux leaders dans l'exercice de leur fonction. En voici un certain nombre : « le silence dans le groupe, la présence muette » (L.Canet, M.Moreau Ricaud-1993), « les risques de l'enseignement dans les groupes » (Ph.Koechlin-1994) « la mémoire dans les groupes » (L.Canet, M.Moreau Ricaud -1995), « les variables dans les groupes apports et risques dans les groupes « éphémères » (L.Canet, M.Moreau Ricaud-1997), « l'émergence des émotions dans les groupes et le leadership » (L.Canet, M.Moreau Ricaud -1998), « transfert, symptômes et résistance dans les groupes » (L.Canet, M.Moreau Ricaud -2000), « Transfert et contre-transfert dans les groupes Balint » (D.Decelle, Y.Tourne – 2004), « Le concept de la dynamique de groupe et les groupes Balint » (D.Decelle-2005). « La spécificité des groupes dits « éphémères » » (G.Even-2006). « Le passage à l'acte dans les groupes » (S. Bassot – 2008) etc... Ces Journées se poursuivent annuellement jusqu'à présent<sup>6</sup>.

### **L'Atelier « Travail psychique » dans le groupe Balint**

En janvier 1995, naissait, sous l'impulsion de Roger Lagueux, psychanalyste, leader accrédité de la SMB, et avec l'appui du Bureau et du GRAL, un « Atelier » dont il fut au long cours le coordinateur.

L'objectif de cet Atelier était de travailler sur l'hypothèse que le « changement limité quoique considérable de la personnalité » des

soignants participant à un groupe Balint au long cours était le résultat d'un « travail psychique » au sens freudien du terme, et que ce travail d'élaboration concernait tous les participants du groupe Balint : les soignants... tout autant que leur(s) leader(s). Cet Atelier put se réunir, environ tous les deux mois, durant quinze ans. Six participants puis dix, tous leaders accrédités de la SMB Balint, travaillèrent activement dans cet Atelier.

La richesse de cet Atelier tenait tout d'abord au « cadre » institué dès sa naissance :

1/ le nombre des participants fut limité à dix.

2/ le caractère « homogène » de sa composition : le point commun était que tous avaient une activité « live » d'animation de groupe Balint, et partageaient de la même façon le désir d'un enrichissement théorique tant à partir du corpus psychanalytique freudien que balintien.

3/ Enfin, à travers nos différences de parcours professionnels de « soignants » (médecin, psychologue-clinicien, psychomotricien, psychanalyste et directrice de formation en soins infirmiers),<sup>7</sup> chacun tenait au maintien d'une atmosphère rassurante et enthousiaste entre « Pairs balintiens ».

Pas une seule séance au cours de ces quinze années sans que n'y soit apportée une situation « clinique » émanant de groupes animés par l'un de nous ! : il ne s'agissait pas d'un quelconque « contrôle », mais de véritables échanges, sans contraintes, entre leaders. Ainsi étaient mises en commun les « représentations » de chacun, issues de nos expériences respectives, ainsi pouvaient être développé ce qui concernait les divers phénomènes inter-transférentiels ainsi que le repérage des éléments de la dynamique groupale à travers ces « échantillons » de vie

groupale balintienne rapportés dans cet Atelier.

Cette expérience vécue collectivement ne sera, sans doute, pas oubliée dans la perspective du *collège de Formation des Leaders* proposé, à la SMB, sous la direction de R. Lagueux. (Voir ci-dessous)

Cet Atelier, rappelons-le, fut, aussi, un lieu de lecture commentée et d'approfondissement théorique, en particulier des textes freudiens et post-freudiens qui concernaient le travail du rêve, le contenu manifeste et latent, le récit, le transfert des émotions, la répétition, la psychanalyse et la pratique médicale, mais évidemment aussi, les textes plus psychanalytiques de Balint : *Amour primaire et techniques psychanalytiques, Le Défaut fondamental*. Un temps était consacré à un commentaire de sa propre lecture fait par l'un ou l'autre d'entre nous, suivi d'une discussion collective.

C'est ainsi que nous fûmes conduits à réaliser une trace écrite de notre travail. A la demande du Bureau de la SMB, chacun de nous contribua à l'écriture d'une monographie. elle fut éditée par la SMB sous la forme de deux opuscules intitulés « *Au fil du temps* » (2008-2009). Oui, au fil du temps... qu'il faut pour parvenir aux résultats recherchés dans un groupe Balint !

Il s'agissait d'apporter au lecteur des « vignettes » commentées de situations vécues au cours du « leadership » balintien, mais, nous avons voulu que ce soit plus qu'un simple regard sur une « manière » contemporaine de ce leadership : « *Au fil du temps* » nous avons pris, en effet, la mesure de l'envahissement actuel des techniques dites « comportementalistes » au détriment d'un apport « psychanalytique » plus ancien dans tout ce qui entourait le « relationnel » de la fonction « soignante », son apprentissage autant que sa pratique. La formation

médicale continue, telle qu'elle se dispensait sous nos yeux, était pour nous le miroir de ce risque.

Est rappelé constamment dans ces textes publiés notre unanimité à conseiller le maintien du cap vers ce que la SMB (en particulier avec son GRAL) avait marqué dans le marbre de notre Institution : ***le leadership balintien ne peut se concevoir hors de la référence analytique freudienne et balintienne à l'Inconscient.***

Cet Atelier ne négligea pas non plus le dossier toujours ouvert de l'« aptitude » psychothérapeutique du « soignant » et plus particulièrement celle du médecin praticien, les voies qui y conduisent, et ce qui peut faire problème.

Nous nous sommes autorisés à penser aussi que cet Atelier a joué aussi un rôle séminal dans la mise en place des activités plus récentes de la S.M.B :

Un nouvel Atelier, modéré par l'un de nous (JFC) et M. Rohaut, s'est ouvert, depuis 2011, sur le thème de cette « aptitude psychothérapeutique ». Il prolonge un des aspects de la tâche entreprise par l'Atelier « Travail psychique ».

D'autres importantes contributions ont vu le jour :

R. Lagueux a développé, dans la suite de l'Atelier « Travail psychique », autour de la question de la formation des leaders, les fondements théoriques et pratiques menant à la création de plusieurs structures au sein de notre Société.

Il fut précisé que celles-ci devaient s'établir en lien avec les instances exécutives de la SMB et en harmonie avec les activités du GRAL :

Il s'agit tout d'abord des *Groupes théorico-*

*cliniques* puis, plus récemment, du *Séminaire théorico-clinique spécifique leaders*, et du *Collège de Formation des leaders*, dont la finalité est la future formation des leaders de groupe Balint et de répondre au souci du GRAL de voir progresser leur formation.

### **Les Groupes théorico-cliniques**

Au départ de ces Groupes présidait l'idée qu'après l'expérience d'une formation Balint dans un groupe Balint « au long cours », il était apparu nécessaire, à un certain nombre de participants, de poursuivre leur « formation-recherche ».

C'est ainsi qu'une structure nouvelle de « formation post-Balint » naquit avec l'appui du Bureau.

R. Lagueux fut chargé par ce dernier et avec l'assentiment du GRAL, d'en concevoir l'organisation et sa mise en œuvre.

Cette formation post-Balint a pour but d'apporter une meilleure connaissance des différents champs du savoir psychanalytique, psycho-sociologique et groupal

Le premier *Groupe théorico-clinique* débuta en 2006 et cette activité se poursuit, annuellement, depuis.

Il consiste en six Week-ends sur dix-huit mois à deux ans, avec la participation active de leaders accrédités de la SMB. Chaque journée se déroule en trois temps :

1/un temps d'exposé sur la pensée et l'expérience balintienne, réalisés par des invités à ces séminaires

2/ un temps pour un groupe Balint

3/ un temps d'« élaboration psychique » : c'est le moment au cours duquel sont échangés entre participants, dans l'après-coup des deux premiers temps : remémoration, émotions, représentations nouvelles et tout ce qui fait partie de l'analyse du « vécu » pendant le

temps, du groupe Balint et les échanges sur les apports théoriques.

En 2014, 39 membres de notre SMB avaient participé, depuis leur création, à ces *Groupes théorico-cliniques*, et ce travail se poursuit.

### **Le Séminaire théorico-clinique « spécifique leaders »**

En 2009, le GRAL participa à trois reprises à un « groupe de travail pour la formation des leaders ». La modération de ces réunions fut confiée à R. Lagueux.

Cette structure, eu égard au souci constant de la SMB autour de la question du leadership Balint, conduisit, en décembre 2012, à l'ouverture d'un premier *Séminaire théorico-clinique « spécifique leaders »*.

Ce Séminaire est animé par R. Lagueux, en collaboration avec le GRAL qui avait donné son accord pour ce travail « d'expérimentation-Recherche » : Yvette Selles-Lagorce participe, à ce titre, à la co-animation de ce Séminaire.

Il a été conçu comme une structure de « formation de formateur »

Le dispositif s'appuie sur les données de la psychanalyse et les apports spécifiques de Balint dans ce domaine.

Un modèle original de fonctionnement y est proposé, dans lequel est mis notamment en valeur tout ce qui touche à la dynamique groupale.

Ce Séminaire est ouvert aux Balintiens ayant fait un parcours dans un groupe Balint « classique », ayant, de plus, participé à un de ces *Groupes théorico-cliniques*, décrit ci-dessus, et qui postulent pour devenir leaders. Il est ouvert aussi aux leaders déjà accrédités, qui seraient désireux d'approfondir leurs connaissances.

Ce séminaire vise donc à l'acquisition des compétences pour une qualification de leader afin de conduire des groupes Balint mais

il laisse le soin à l'instance GRAL de proposer leur accréditation en tant que leader Balint.

On notera que sur les 13 premiers participants de ce Séminaire, 8 n'étaient pas des leaders accrédités par la SMB.

Il semble, par ailleurs, que l'objectif des responsables de ce Séminaire théorico-clinique « spécifique leaders » serait d'élargir son champ de compétence, vers la formation de leaders « de groupes de parole, d'analyse de la pratique ou de groupes à visée thérapeutique ».

Cet élargissement d'objectif dépasserait, bien évidemment les limites du champ qui nous concerne, à la S.M.B., quant à la question du « leadership » proprement balintien, pour lequel le GRAL se considère particulièrement concerné.

### **Le Collège de formation des leaders**

L'apparition, en 2006 des Séminaires théorico-cliniques, évoluant sur 2 années va conduire à l'idée de créer un Collège de formation pour leaders.

En gestation depuis 2009, avec la collaboration du GRAL, du Bureau et du « Groupe de travail pour la formation des leaders », naissait, en 2012, sur un modèle proposé par R. Lagueux, un *Collège de Formation des leaders*, qui englobe les différents Séminaires théorico-cliniques décrits ci-dessus.

Les propositions suivantes y ont été récemment formulées :

La délivrance d'une attestation de validation de formation qui viendrait conclure le passage dans le Séminaire théorico-clinique « spécifique leaders ».

Ce temps de formation devrait être accompagné de la rédaction d'un « Mémoire » d'une trentaine de pages portant sur « une situation groupale dans le champ du leadorat ». La présentation de cet écrit se ferait devant

trois personnes : un responsable du Séminaire, un tuteur accompagnateur, un membre de la SMB (leader).

Enfin, serait proposée une « Journée de perfectionnement des leaders » nationale ou régionale. (il s'agirait alors d'un ajout au JEP annuelles (voir plus haut))

Ces nouvelles propositions, conçues comme devant conclure cette formation au leadorat Balint n'ont pas encore été validées (2014), ni par l'Exécutif ni par l'instance GRAL.

Elles doivent être considérées comme un nouveau champ d'investigation et de propositions. Répétons, ici, que certaines, comme celles concernant la formation de leaders de groupes d'une autre finalité que celle de la conduite d'un groupe Balint (groupe d'analyse de la pratique, groupes à visée thérapeutique), semblent aller au-delà de notre espace spécifiquement balintien : celui qui concerne la seule formation des leaders de groupe Balint. Elles devraient être examinées, au préalable, par les instances *ad hoc* de la SMB : L'Exécutif et le GRAL

## **Conclusions**

Nous ne sommes certainement pas les seuls à constater, depuis quelques années, la raréfaction du nombre des groupes Balint fonctionnant sur le mode « classique » : le groupe au long cours tel qu'il est pratiqué sur plusieurs années de « formation-recherche », seul garant de cette possibilité de modification « limitée quoique considérable » de la personnalité professionnelle du « soignant ».

Nous pensons, aussi, que cette désaffection certaine est, au moins pour partie, contingente de l'éloignement observé actuellement du référentiel psychanalytique dans un certain nombre de pratiques de réflexion individuelles et groupales, et relayée par certains médias.

Il existerait, en effet, un danger pour notre Mouvement de voir l'utilisation de l'appellation balintienne accolée à des pratiques groupales qui s'éloigneraient du référentiel sur lequel le psychanalyste M. Balint avait créé et expérimenté sa méthode de formation-recherche.

Notre SMB, au fil des années, et pour « coller » à l'évolution présente de la Formation continue, avait expérimenté et mis en place des groupes à durée très limitée voire « éphémères ». Ceci le fut tout d'abord lors de divers Congrès, tant ceux de notre propre SMB que de Congrès de soignants divers, plus spécifiquement ceux réunissant des médecins généralistes. Plus récemment, nous avons introduit la pratique de ces groupes « éphémères » dans un cadre réglementé par des instances extérieures à notre propre organisation, celle des Séminaires OGC et DPC. Rappelons que ce fut la raison d'une modification notable des statuts de la SMB quant à la représentation plus importante des médecins « libéraux » au sein de nos instances exécutives, ce qui, *de facto*, réduisait celle des autres composantes (celle des psychologues cliniciens(ennes) par exemple, et des autres professions paramédicales de soignants).

Certes, ces nouvelles pratiques constituent un travail de « sensibilisation » non négligeable pour la méthode de Formation Balintienne, mais pour le moment nous ne voyons pas venir l'efflorescence souhaitée de nouveaux groupes Balint « au long cours », seuls capables, rappelons le, d'apporter aux « soignants » les conditions d'une transformation approfondie de leur pratique.

Nous avons vu, aussi, qu'à partir des années 1990, avec la création du « Comité des Sages » devenu GRAL, la SMB s'est préoccupée sans relâche de la question du leadorat Balint. Elle a introduit la validation de ses animateurs à la suite d'un processus d'accréd-

dition.

Nous avons rappelé dans cet article la place d'un travail psychanalytique personnel, qui, en France, est, jusqu'à présent, considéré comme indispensable à l'animateur de groupe Balint. La méthode créée par M. Balint s'appuie en effet sur les données freudiennes de l'inconscient et les apports psychanalytiques personnels de son auteur. Rappelons qu'elle se distingue de façon notable des techniques dites « comportementalistes » apportées plus récemment : La formation Balint est, nous insistons, aux antipodes de tout ce qui pourrait ressembler à un catalogue de « recettes », face à la problématique « relationnelle » du « soignant » et qui pourrait faire l'impasse sur ce travail en profondeur individuel et groupal qu'est le groupe Balint.

Cette accréditation des animateurs (leaders) s'enrichit au sein de la SMB, d'un temps de formation plus spécifique, grâce aux « Journées d'échanges sur les Pratiques » dont nous avons vu la variété des thèmes abordés.

Enfin, la création récente du « Collège de Formation des leaders » avec ses divers outils sera, nous le souhaitons, garante de ce souci permanent de notre SMB de rester dans l'esprit qui l'anime depuis sa création : Proposer aux « soignants », et en particulier aux médecins, les structures adéquates leur permettant de bénéficier d'une formation relationnelle soignant-soigné, selon la méthode éprouvée des groupes Balint au long cours tels qu'ils sont pratiqués en France.

■ *Luc Canet et Jean-François Coudreuse*  
(*Past-présidents de la SMB et leaders accrédités*)

dans la relation soignante » (octobre 1988)

(2) Voir, *Bulletin de la SMB*, n°3, oct. 1989

(3) Consulter pour un C.R. plus détaillé, Fr. Meslet, *Bulletin de la SMB*, n°3(oct. 1989) et n°6(été 90)

(4) Voir J.F. Coudreuse, « A propos du Leader Balint L'apport des Archives de la S.M.B. » Exposé 1<sup>er</sup> Sém. Théorico-clin. « Spécif. Leaders », Déc. 2012

(5) Voir *Bulletin de la SMB*, n°6, Eté 1990

(6) Chacun des thèmes de ces Journées annuelles est rapporté dans *Le Bulletin de la SMB* de l'année correspondante.

(7) Participèrent, à cet Atelier, avec R. Lagueux : A.M. Alléon, K. Atger, L.Canet, M.C Choquet, J.F.Coudreuse, J. Destruhaut, M.Nicolle, M.Rohaut, Y.Selles-Lagorce.

(1) *Actes du Congrès SMB*, La Rochelle « Le Tiers

## **D'UN GROUPE BALINT A L'AUTRE.**

**Quel cadre pour quelle dynamique de création d'une identité de groupe?  
Entre groupe Balint en création et groupes éphémères récurrents.**

*À partir de deux références à André Green et à Didier Anzieu et d'une analogie à la genèse d'un cristal, l'auteure développe l'exposé de deux dispositifs de groupes Balint au long court et éphémère. Elle montre que derrière sa composante opérationnelle, le cadre du groupe semble incarner une dimension symbolique, illustrant les composantes facilitatrices de la création du groupe et de son identité à l'image de la cristallogénèse.*



ISABELLE MARTINOT NOUET

Cette question a mûri à l'occasion de deux expériences croisées d'animation de groupe que sont la création d'un groupe Balint régulier sur 6 mois, l'animation et l'observation de groupes éphémères partiellement récurrents dans le cadre de la Formation médicale continue.

Dans quel cadre fonctionnent ces pratiques, avec quels déterminants organisationnels, et influences sur le fonctionnement et la création d'une identité de groupe ?

### **1- Mon attention a été retenue par deux références et une analogie :**

La définition d'André Green du cadre, comme associant une matrice et un écrin, ont résonné pour moi avec le champ de la cristallographie, puis la perspective d'Anzieu sur les dynamiques en jeu dans la création d'une identité groupale, vers un groupe mature capable de travailler.

**André Green** nous propose une vision potentiellement dynamique du cadre, appliquée à la psychothérapie, associant « *une matrice active, qu'il définit comme la partie dynamique du cadre, dialogique, ... et un écrin abritant la matrice active, dont la forme peut*

*varier.* »

**Matrice et écrin**, ont résonné pour moi avec des images empruntées à la cristallogénèse: avec selon l'expérience d'un physicien, les paramètres suivant pour faire un beau cristal: une matrice (ou solution sursaturée en ions), un germe (ou petit cristal auto-créé), un écrin (ou creuset) et un catalyseur (l'intervention subtile humaine du manipulateur sur la diminution lente de la température, l'ajout de constituants dans la solution voire de grains, ou de champs magnétiques)...

**La genèse du cristal peut se faire spontanément** dans la nature sur des temps très longs, avec des refroidissements très lents, sans perturbation pour faire de beaux cristaux comme les quartz ou les améthystes, sans cristallisation anarchique.

**Dans un laboratoire la cristallisation peut être encadrée par une intervention humaine, servant de catalyseur** pour accélérer les processus, comme une diminution lente de la température par le manipulateur, permettant une croissance lente sans être anarchique, en alimentant la solution. L'ajout d'impuretés pourrait favoriser le développement de certaines faces cristallines.

**La notion d'organisation psychique d'Anzieu**, renvoie elle à la notion de limite, d'enveloppe et à la nécessité d'un espace défini pour l'élaboration psychique.

**Selon Jean Bernard Chapelier** (groupe et conflictualité, groupe et transformation changement- séminaire théorico clinique N°4), Didier Anzieu présente plusieurs phases nécessaires au développement d'une identité de groupe, vers un groupe de travail mature, capable de travailler.

**Une période initiale**, ouverte aux angoisses archaïques et menace de perte d'identité.

**Une phase d'illusion groupale**, où les membres du groupe se sentent bien ensemble et ont le sentiment d'appartenir à un bon groupe. Les mauvais objets sont projetés à l'extérieur du groupe. Il peut y avoir unité contre un bouc émissaire, et indifférenciation.

Ce bon groupe inclut les thérapeutes et la projection des mauvais objets à l'extérieur. L'illusion groupale apporte aux membres du groupe une confiance de base dans leur groupe, et une identité collective. Cette illusion construit le groupe comme un objet total.

**Puis une éventuelle phase dépressive pour sortir des solutions de facilité que sont leader et bouc émissaire.**

**Puis une période de re-différenciation**, avec une ré-individualisation, conduisant à reconnaître les différences entre les membres du groupe, avec une identité collective conservée.

**Il y a alors dans le groupe une élaboration possible de thèmes plus individualisés.**

**2 -Quel cadre donc, pour quelle influence sur la création, le fonctionnement du groupe, et l'éventuel développement d'un lien ou d'une identité groupale.**

**Les deux dispositifs expérimentés fonctionnent avec deux cadres opérationnels différents, selon les types de participants (soignants, médecins, psychologues ou autres)**, la durée des séances de groupe, l'animation par un, deux leader, voire la présence d'un organisateur observateur. Puis le caractère éphémère ou l'inscription dans la durée et à quelle fréquence.

**Le groupe au long cours** a été constitué après une phase de recrutement de 3 mois, ayant permis de recruter 7 participants, 6 médecins dont 2 remplaçants et 1 psychologue. La moitié de membres a été recruté par un des animateurs, dont certains avaient participé à un groupe d'inspiration Balint, d'autres avaient répondu à un mailing envoyé à leur cabinet, par la société médicale Balint, ou trouvé une annonce sur le site de la société médicale balint et du conseil de l'ordre des médecins local. Il fonctionne depuis 6 mois, avec une séance mensuelle le même mardi du mois, de 20H30 à 22h, dans une salle du conseil de l'ordre. Il est animé par deux animateurs Balint agréés, un médecin et un psychanalyste.

**Les groupes Balint éphémères** expérimentés ont été des séquences de quatre groupes

Balint échelonnés sur deux jours, au sein de groupes éphémères recrutés dans le cadre de la FMC puis du DPC... Chaque groupe était constitué de 6 à 9 participants. Certains venaient pour la première fois, d'autres avaient pu participer à d'autres sessions de séminaires. Certains participants connaissaient l'organisateur, ce qui avait été un motif d'inscription, voire retrouvaient d'autres participants rencontrés dans une session précédente, et d'autres nouveaux venus s'étaient inscrits en réponse à une annonce reçue par la Société médicale Balint .

**Ces deux cadres à l'œuvre ont illustré un mode de fonctionnement très différent.**

**Dans le groupe au long cours.** Le travail d'élaboration psychique en groupe s'est succédé de séance en séance, de façon plus ou moins profonde selon l'expérience des présentateurs. Les animateurs étaient là pour faire circuler la parole, rappeler le cadre du fonctionnement en groupe Balint. Ils étaient sensibles à l'élaboration de chacun, certains participants semblant tout de suite à l'aise, et deux ou trois avaient été repérés comme plus dubitatifs par rapport à la démarche, et recevaient toute leur attention. Chacun a semblé pendant 6 mois assez précautionneux et respectueux de la parole de chacun. Comme si, le travail devant durer, une certaine prudence était de mise avant de se connaître. Il n'y a pas eu de conflit émergeant, et après deux groupes où les absents se sont alternés, tous les participants sauf un se sont retrouvés à la dernière session avant la trêve estivale annoncée. Chacun avait pu présenter un cas, les

participants perçus comme dubitatifs semblaient apaisés après avoir présenté un cas au groupe qui les avait aidé à travailler. Chacun a exprimé son envie de se retrouver à la rentrée.

**Selon l'image de la cristallogenèse** évoquée plus haut, le groupe semble s'être construit dans un écrin protecteur, au sein d'une matrice incluant les animateurs, sur un temps suffisamment long pour qu'une autogenèse semble avoir opéré et que chacun s'y soit trouvé une place, avec un groupe capable d'échanges élaborés, dans un climat de confiance. Un des liens étant le recrutement partiellement fédéré autour de la connaissance d'un des animateurs. Le groupe semble donc s'être construit une identité groupale, probablement encore dans une phase idéale. Il semble prêt à travailler, après une phase de doute des animateurs devant certaines absences, ayant permis à chacun de prendre sa place dans le groupe à la fin de la saison.

**Dans les groupes éphémères récurrents.**

Les participants se rencontrent pour un travail par nature éphémère sur deux jours. Participants et animateurs y ont été le plus souvent surpris par l'intensité des échanges. Les situations proposées sont souvent en rapport avec un thème, et peuvent frapper par l'intensité des situations amenées, et la profondeur du travail mobilisé. Le plus souvent la moitié des participants connaît l'observateur, ce qui crée un sentiment de confiance, de lien propice à l'élaboration psychique. Les nouveaux venus, en général sensible à la dynamique Balint, surprennent le plus souvent

par la rapidité à la quelle ils s'intègrent au fonctionnement du groupe. La plupart du temps les échanges sont bienveillants, et les animateurs sont à l'écoute pour éviter d'éventuels débordements, et apaiser les échanges.

**La présence de l'observateur silencieux semble y apporter une fonction supplémentaire.** Cet observateur applique une écoute silencieuse, échange avec le groupe à l'occasion des pauses, des repas, voire d'un diner convivial pour les sessions de province, et restitue ses impressions au bout de deux jours. Cela lui confère une fonction d'accompagnant silencieux, et non une image de juge difficile à cerner. Cette fonction a pu être utile à l'occasion d'un séminaire où le groupe était animé par deux animateurs hommes où certaines femmes regardaient l'observatrice silencieuse quand elles exprimaient des élaborations sur un personnage féminin et ses rapports à sa mère évoqué par une présentatrice. Des échanges informels à la pause avaient alors semblé les apaiser. Dans un autre séminaire où un participant avait été difficile à gérer dans le groupe, avec une personnalité particulière, une avidité de reconnaissance et une tendance à présenter des idées plaquées qui avaient semblé offusquer une participante. L'échange lors du debriefing avec l'observateur, avait permis de par sa connaissance du fonctionnement au sein des formations locales, d'échanger sur des pistes sur comment l'apaiser en limitant son retentissement sur le groupe.

**Cette fonction de catalyseur et liant possible de l'observateur organisateur a été particulièrement mise en exergue lors d'une session,** où plusieurs aléa se sont succédé, dont le changement d'organisateur pour un organisateur non installé et sans pratique de groupe Balint, avec cette fois ci recrutement aléatoire de participants ne se connaissant pas précédemment, sauf pour trois personnes connaissant un des experts. Lors de cette session, le groupe auto recruté était particulièrement hétérogène, et il a été plus difficile de faire du lien entre les participants, et d'apaiser les échanges entre de jeunes médecins venant découvrir le fonctionnement des groupes balint, et des médecins aguerris à la pratique de groupe Balint. **Ces groupes éphémères partiellement récurrents, fonctionneraient donc sur un mode accéléré de genèse,** avec un sentiment d'urgence à s'exprimer, pouvant risquer d'être source de débordements. Une fonction de catalyseur renforcé semble pouvoir être assurée par la présence de l'observateur organisateur, qui contribue à la consolidation et la sécurisation non verbale du groupe. Cette réflexion sur les cadres respectifs de ces deux groupes a permis d'éclairer à quel point le cadre opérationnel pouvait influencer la genèse et le fonctionnement du groupe, ainsi de la constitution d'une identité groupale propre au groupe. Des éléments particuliers du dispositif de fonctionnement du groupe ont semblé intéressants à pointer :

L'importance du co-leadorat, pour que les animateurs puissent alternativement écouter, faire avancer l'élaboration psychique, et être à l'écoute de l'intégration de chacun au groupe. Des regards entre animateurs permettent à cet égard de valider leur coopération quand un participant semble déborder et risque d'importuner les autres membres du groupe.

la présence éventuelle d'un organisateur observateur, et sa fonction de catalyseur supplémentaire du groupe.

La question de l'autocréation du groupe ou d'un fondateur du groupe responsable d'une partie du recrutement.

La question de la première prise de parole, qui semble avoir marqué un avant et un après. Les premiers à s'exprimer semblent indiquer leur confiance dans le groupe, et ceux qui ont parlé en dernier étant souvent ceux qui exprimaient le plus de remarques réticentes. Ils semblaient en général apaisés après avoir présenté une situation, s'être dévoilés au groupe, avoir été aidés par le groupe. Ils semblaient ensuite plus à l'aise dans leurs interventions dans le groupe, comme si ils y avaient trouvé leur place et leur légitimité. A l'inverse un médecin remplaçant n'ayant pas trouvé de situation à présenter, s'est interrogé sur sa participation future au groupe, s'inquiétant qu'un manque de pratique, comme pour interroger sa place dans le groupe..

**Derrière sa composante opérationnelle, le cadre semble donc incarner une dimen-**

**sion symbolique, illustrant les composantes facilitatrices de la genèse du groupe et de son identité à l'image de la cristallo-genèse:**

un écrin ou creuset : constitué par le cadre organisationnel (la salle, la fréquence du groupe, les horaires des sessions)

La matrice active, que constitue le groupe avec ses animateurs, et des éléments à l'oeuvre chez les animateurs qu'on pourrait qualifier de féminin, la capacité, d'accueil, d'écoute, de mise en confiance, et d'autres qu'on pourrait qualifier de masculins, comme le rappel des règles de fonctionnement, de la loi et la capacité à dire non et modérer certaines interventions.

L'autogénèse ou la présence d'un germe implicite, selon que le recrutement a été anonyme, suite à des annonces, ou est passé par un organisateur, ou un animateur. voire parfois un groupe de participants.

Et enfin la possibilité d'une fonction de catalyse, pouvant être assurée par les animateurs, quand ils soutiennent l'élaboration psychique par certaines de leurs interventions, et de cet organisateur observateur qui apporte une dimension supplémentaire, pour fédérer le groupe, et parfois permettre une profondeur de travail par son écoute silencieuse.

■ *Isabelle Martinot Nouet*



BRIGITTE GREIS

## **QU'EST-CE QUI FAIT LE SOIN ? UNE RECHERCHE D'UN FONDAMENTAL À VISITER**

*Entamer une relation de soin, ouvrir la porte de cet habitant blessé, nous entraîne d'emblée vers la responsabilité du futur de cette relation. Cette relation concerne les deux partenaires, le soignant et le soigné. Là, le temps n'existe pas. Et c'est bien cette inexistence du temps qui importe et souligne toute la force de ce qui se passe dans la rencontre.*

Le temps nous le savons, flirte avec le plaisir de travailler. Le manque du temps, est une souffrance, un désordre, un croche-pied au bon entendement de ce que nous abordons ou projetons dans notre vie. Le plaisir et l'avenir sont ce qui nous anime dans cette relation de soin : accepter et découvrir l'autre, s'y mêler avec retenue pour faire de sa demande un jeu de tétis qui va souder son adhésion à son autonomie. Cela semble parfois simple, cependant bien des séances de soin nous surprennent dans leur complexité événementielle et nous en ressortons en nous indemnisant de ces instants troublants par la mémoire indélébile de ce qui s'est passé. Ce n'est pas rien surtout quand nous ne savons pas toujours expliquer le trouble ainsi vécu. Expliquer tue parfois le désir de savoir. La dynamique mise en place pour entendre la rumeur de l'autre gonfler au fur et à mesure de notre désir de comprendre, ne se finalise pas toujours sur une « solution » à l'énigme de l'autre, cet autre si étranger à nous, si étranger parfois à lui-même. Une jambe soignée, traitée, un pied, une main, un ventre, une vertèbre ou un nerf, une âme, ne satisfont pas notre étonnement ressenti de la rencontre de cette personne qui se cache derrière ce « don d'organe ». L'enveloppe corporelle ainsi mise à jour dans une blessure soupçonnée qui se rend disponible, n'est qu'un contenant de ce que nous captions à nos dépendis si

nous ne prenons pas garde à ce que nous recevons ainsi.

Je voudrais dire à quel point, entamer une relation de soin, ouvrir la porte de cet habitant blessé, nous entraîne d'emblée vers la responsabilité de l'advenir de cette relation. Je veux bien dire que cette relation concerne les deux partenaires, le soignant et le soigné. Là le temps n'existe pas. Et c'est bien cette inexistence qui m'importe et qui souligne toute la force de ce qui se passe dans la rencontre et qui nous implique fortement. Il est de l'ordre de l'imposture que croire en le début et la fin d'une relation de soin, qu'il suffit de payer un tarif, de planifier un acte, de rentrer et de partir, pour soigner. Il n'existe pas d'acmé d'une notion du temps dans le soin, c'est imprévisible ce qui se passe. Et, malgré ce que la connaissance scientifique parvient à réussir à engager de progrès et de confort pour guérir, l'excuse d'un manque de temps émise par le soignant n'est qu'un supposé viatique vers la prise de conscience de son implication. Car enfin, se glisser dans les méandres des affluents d'un temps qui s'écoule, n'est-ce pas accepter d'ouvrir notre disponibilité à l'autre, à soi, d'explorer notre étrangeté en relation ? Toute exploration est rythmée par les découvertes qui s'imposent à elle, toute découverte est vierge de savoir et force notre pensée en se jouant de la conformité du temps. Passé, pré-

## SMB France.../... Papier Libre

sent, avenir, n'ont de sens que si on veut bien abandonner nos perceptions pré-acquises de ce qui se passe, de repousser la modernité de nos comportements, c'est-à-dire se soumettre à des types de relation qui capitalisent notre pensée : qualité-prix, le temps c'est de l'argent, efficacité et rentabilité, l'autre reste un inconnu négligé, soi n'existe que dans le spectacle consommé. L'ignorance et la bêtise remplacent la pensée et la fatigue envahit la vie qui passe de vacuité où le temps devient une référence monnayée.

Il est important de revisiter nos fondamentaux pour être avec l'autre, nos incertitudes valent plus que nos savoirs parfois, parce

qu'elles engagent notre lien à l'autre et nous préservent d'en finir avec ce que l'on ressent de ce qui se passe. Nous prenons des risques, nous ressentons de la tendresse ou de l'accueil ou bien le contraire. Nul n'est censé l'ignorer, nul ne peut faire abstraction de notre questionnement. Qui doute est, mais n'est pas sans l'autre.

De la réflexion sur ce que nous guide dans nos soins, non loin du savoir scientifique, n'est-ce pas le risque que nous prenons en opérant la tendresse et l'accueil qui nous occupent ? Sous peine de nous perdre ?

■ *Brigitte Greis*

## SMB France.../... Cas clinique



MICHELLE MOREAU RICAUD

### UN GROUPE BALINT DANS UN SERVICE DE PNEUMO-ONCOLOGIE

Ce texte a été présenté au colloque Cancer et Psychisme de février 2014

*Il s'agit de la jeune expérience d'un groupe Balint dans un service de pneumologie de l'hôpital Saint-Joseph, Paris XIV ème. Cécile Labrousse et Michelle Moreau Ricaud proposent cette communication à l'amicale invitation du Dr Françoise Bessis.*



CÉCILE LABROUSSE

#### Tout d'abord un « constat »

Les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, généralistes ou spécialistes, trouvent depuis quelques années, *l'exercice de leur métier de plus en plus difficile*, malgré les progrès techniques incontestables de la médecine scientifique. Ils souffrent **dans** leur métier et **de** leur métier, et commencent à le dire lors des colloques par des posters et des communications, mais aussi par des re-

vendications syndicales : grève des soins, appels à cesser le travail... jusqu'à la *forme inédite du « happening »*, comme celui organisé par deux médecins, Jérôme Marty (Toulouse) Président de l'Union Française pour une Médecine Libre et David Shapiro (Paris): *le 18 février 2014 à Paris*, devant les fenêtres de la ministre de la santé, une vingtaine de personnes en blouse blanche portant une pancarte portant différents messages -

« solitude », « travail 70 h/semaine », « in- considération »(sic), « honte d'être malade » - et qui tombent, l'un après l'autre au son d'une cloche. Leur souhait : attirer l'atten- tion sur les *risques courus* par médecins et soignants depuis longtemps ; en effet des mé- decins arrêtent leurs pratiques, ou bien pré- sentent des pathologies ; ils souffrent de stress, ou de dépressions, ou de *burn out* . Au mieux, quelques jours d'hospitalisation les remettent en selle ; au pire, ils font des pas- sages à l'acte suicidaires. Notons que les sta- tistiques indiquent un taux très élevé, *14°° de décès chez les soignants*.

Malheureusement, si Winnicott conseillait aux médecins de faire une analyse, (conseil d'ailleurs impossible à suivre dans les temps de post-guerre, d'où le succès du groupe Ba- lint dans la même période), le seul « re- mède » que préconise le Dr Jérôme Marty, l'un des organisateurs du happening, est de *se garder d'être un « monomaniac de la médecine »*, de jouer au golf, de voyager, d'avoir des amis. Certes, autant de conseils excellents pour qui peut les suivre, pour une bonne hygiène physique et mentale, mais n'est-ce pas un peu *léger* ? ....

Mon étonnement tient à ce que *presque* ja- mais les médecins – parfois formateurs - ne conseillent à leurs confrères de travailler sur eux-mêmes !

Pourquoi la Formation Médicale Continue, qui a accepté cette formation de la Société Médicale Balint, la met -elle au même rang que par exemple le module « Améliorer ma prescription dans (le diabète » ou autre pro- blème) ?

Pourquoi les médecins sont-ils encore si peu nombreux à se former par le groupe Balint ? Ou à faire venir des psychanalystes dans

leurs centres ou leurs services ? Pourtant de- puis les années 60, des psychanalystes ont été appelés dans les services de médecine, en particulier de cancérologie. Des noms comme ceux de Emile Raimbault et Ginette Raimbault, Odile Schweisguth, <sup>1</sup> Danièle Brun, Jacqueline Moriso et d'autres, se sont illustrés dans cette collaboration féconde « *main dans la main* » avec des médecins.

### **Mise en place d'un groupe Balint dans le service de pneumo-oncologie**

(Cécile Labrousse) Lorsque je suis arri- vée dans le service de pneumologie, il y a presque 12 ans, le poste de psychologue ve- nait d'être créé et, avec lui, une nouvelle fonction faisait son entrée dans l'équipe.

Parmi les attentes, le projet d'un espace de parole pour l'équipe était au premier rang. Le chef de service était bien conscient que les capacités d'étayage de ses équipes étaient souvent débordées par la gravité de la mala- die cancéreuse, les décès de patients et la dé- tresse des familles. Il a d'emblée soutenu l'idée de créer un espace de parole .

C'est par un véritable travail de maturation, opéré sur plusieurs années, qui a finalement conduit à la mise en place d'un groupe Balint dans le service, qui a été intégré et investi par l'équipe.

Les premiers temps, j'avais seule, et me trouvais confrontée aux difficultés face aux patients atteints de cancer du poumon, me- nacés et attaqués dans leur intégrité physique et psychique. J'ai rapidement éprouvé moi- même une forme d'impuissance, voire de pa- ralyse de la pensée. Quelque chose se communiquait, venant massivement nous éprouver, faire sentir ces angoisses d'effon- drement et de détresse vécus par les malades.

Je me trouvais régulièrement traversée par ces appels, conscients et inconscients, des parts souffrantes de l'individu. Ce dernier trouvait-il une occasion de s'adresser – dans une urgence de vie - aux personnes en charge de « soigner » ? J'ai pu repérer que les parts souffrantes du patient m'interpellaient, mais aussi le médecin oncologue, l'infirmière ou l'aide-soignante. C'est donc avant tout par nécessité, celle de pouvoir penser ma pratique clinique autant qu'institutionnelle, que j'ai cherché à me rapprocher d'associations ou de « sociétés savantes », comme on les appelle.

Ce n'était pas facile de trouver des pairs, travaillant comme moi en oncologie, avec une approche analytique. J'avais le soutien total et la reconnaissance du chef de service, arrivé quelques mois avant moi, ce qui me permit d'intégrer à mon activité, ce nécessaire travail de formation, et d'aménager des relations étroites, c'est à dire hebdomadaires durant 3 ans, avec l'Association Psychisme et Cancer et Françoise Bessis, rencontrés lors des 1ères Journées scientifiques en 2004.

Mon expérience de psychologue, et parallèlement de psychanalyste en formation faisait son chemin, et je réalisais que, comme moi, les soignants et médecins étaient aux prises avec les enjeux des transferts sans le savoir, sans repères pour pouvoir reconnaître et penser ce qui se jouait en eux, et, entre eux et le patient. Cela les laissait au mieux épuisés, sinon angoissés ou déprimés. Pour certains, toute une organisation défensive massive se constituait, mais au détriment de la relation avec le patient.

Alors que ce travail interne s'effectuait en moi, je pouvais progressivement apporter

aux membres de l'équipe, des éclairages sur le plan théorique, m'efforçant d'utiliser un langage simple.

Les interrogations de l'équipe concernaient leurs difficultés face aux réactions ou demandes du patient, à la détresse ou l'agressivité des familles. Ces multiples moments d'échange, formels et informels, le plus souvent « à la volée », entre deux soins au milieu du couloir, ont permis que se tissent peu à peu des liens de confiance et de reconnaissance mutuels. Plutôt que d'apporter des conseils au soignant, ou « d'agir » immédiatement leur demande d'aller voir tel patient, j'écoutais et tentais de leur renvoyer que leur façon d'entendre et de sentir le patient, de se questionner, était déjà un acte thérapeutique. J'avais la conviction qu'il y a cette dimension thérapeutique (consciente et inconsciente) dans toute relation de soin, mon souci étant de la leur restituer.

Une grande disponibilité était nécessaire pour qu'adviennent ces échanges, de loin les plus importants à la création de relations où les Savoirs ne sont pas en rivalité. Je répondais souvent que « je ne Sais pas », mais que j'essaie de comprendre et d'écouter ce que le patient vit et montre, ce qu'il essaie de nous dire, y compris avec sa maladie et ses symptômes.

J'étais encouragée par certains soignants ou médecins qui sentaient que des enjeux plus complexes étaient sous-jacents et qu'il fallait y répondre avec beaucoup de délicatesse et de prudence. Leur crainte de « tomber à côté », d'être maladroit, était manifeste, et me laissait percevoir leur volonté, si ce n'est de « bien faire », du moins de ne pas ajouter aux épreuves déjà subies par le malade. Je

me suis alors intéressée aux travaux de la Société Médicale Balint, et me suis rendue au Congrès de Strasbourg en octobre 2010.

Particulièrement quand tout va mal et que la maladie progresse dangereusement, chaque membre de l'équipe est ramené, par la force des choses, à son humanité, avec ses limites et ses doutes. Mais dans ce dénuement, restent nos capacités à ressentir des éprouvés et des affects (s'ils ne sont pas trop verrouillés). Cela peut paraître simpliste de dire que ma rencontre avec les patients se fait avant tout, avec toute l'humanité et l'humilité dont je peux être capable. Quant aux savoirs théoriques, ils sont nécessaires pour rassembler et élaborer cette fonction de Témoin (« interne » et « externe » au sens de J.-F. Chiantaretto) que je m'efforce d'occuper avec le patient.

Lorsque ces efforts d'ajustement aux besoins du patient, mêmes imparfaits, sont partagés en équipe, ils soudent cette dernière et lui permettent de grandir. Mais c'est là un équilibre bien fragile, d'autant plus que la situation est difficile. Le risque de basculer dans la crise ou le *burn-out*, n'est, en général, pas loin. Ce sont des moments périlleux, tant sur plan individuel que collectif, car dans ces circonstances, sont recherchées des « solutions d'urgence », mais non adaptées.

L'année suivante, l'équipe vécut de nouveau une période difficile, mais mes idées étaient déjà plus claires. L'arrivée d'un nouveau médecin, qui me sollicita pour re-créeer un espace de parole formalisé, me permit de ne pas céder, à la demande de l'équipe soignante qui se traduisait schématiquement ainsi :

« On voudrait un groupe de parole, mais on veut que ce soit toi la psy du groupe de parole, car toi, on te connaît ! »

C'est là que le bât blesse, et je le savais. La pluralité des places occupées par la psychologue du service (auprès des patients, leur familles, les soignants) entraîne inévitablement des télescopages des enjeux relationnels, identifications et transferts inconscients. Et cependant, quoi de plus légitime que cette « exigence » qui traduit bien qu'une chose essentielle avait pu se créer pas à pas : un lien de confiance mutuelle suffisamment solide pour se risquer à s'exposer ensemble dans des moments de fragilité.

Ayant entendu, au congrès de Strasbourg, Michelle Moreau Ricaud parler du travail de Balint auprès des médecins, a émergé en moi l'idée d'un groupe Balint avec un psychanalyste de la SMB.

Je dois beaucoup au chef de service le Dr Sergio Salmeron et son adjoint le Pr Jean Tredaniel, qui non seulement ont pris une part active dans ce projet, mais m'ont soutenue, tant auprès de l'équipe qu'auprès de la direction, pour défendre et financer ce dispositif de travail.

J'ai contacté Michelle, qui a accepté de s'engager dans cette aventure. Je lui rends maintenant la parole pour parler des principes du groupe Balint

### **Le « groupe Balint » : ses principes**

(Michelle Moreau Ricaud) Longtemps la médecine a travaillé dans le clivage soma-psyché.

Puis depuis plus d'un siècle elle a *même fait* comme si la découverte freudienne de l'inconscient ne la concernait pas.

Si, depuis, les médecins ont compris *l'influence mutuelle du physique et du psychique* dans la création de la maladie, sans doute la plupart d'entre eux ont-ils encore des réticences à suivre la *démarche holistique de*

*Balint* : ce n'est pas seulement un organe qui est atteint, mais *la personne toute entière, soma et psyché, croyances...*

Balint, ce médecin et docteur en sciences s'était formé à la psychanalyse à la fois à la Polyclinique de Berlin et à Budapest dans cette « Ecole d'authenticité » (Lacan) fondée par Ferenczi. Il avait quitté les sciences, chimie-biochimie dans laquelle il excellait, pour s'engager totalement dans le travail psychanalytique.

Sans reprendre ici la création du groupe Balint dans les années 50's à la Tavistock de Londres<sup>2</sup>, disons que lorsqu'il s'est agi de former des médecins généralistes, selon la proposition du National Health Service, son *utopie médicale* était d'apprendre aux médecins à écouter leurs malades. Il employait d'ailleurs une expression de proximité corporelle très imagée : il faut, leur disait-il, « *écouter le patient avec tous les pores de la peau* ».

Je rappelle son *dispositif* : huit à douze médecins se réunissent *régulièrement* (toutes les semaines avec Balint, tous les 15 jours ou tous les mois actuellement), pendant deux heures avec un psychanalyste « leader » / animateur, payé pour son travail et qui garantit le fonctionnement du groupe. La règle de confidentialité est demandée.

Il s'agit, dans une atmosphère bienveillante, *d'éclairer des cas de la pratique quotidienne actuelle du médecin*. Après la demande rituelle du leader : « Qui a un cas ? », un praticien se risque à exposer une consultation, une prise en charge. Il reprend les problèmes médicaux et relationnels rencontrés, l'histoire de son patient avec ses trous de savoir, son questionnement, tout cela *sans dossier, sans note*, le plus *spontanément* possible, uti-

lisant donc *la méthode freudienne de l'association libre*. Les autres participants réagissent, s'interrogent, font des remarques, essaient d'aider leur collègue dans la compréhension du cas, par l'étude de ce qui s'est *vraiment passé* entre lui et son patient. Le leader participe, encourage à dire les émotions que le médecin a éprouvées envers son patient et qu'il ne souhaite pas toujours livrer ...- bref, tout ce qui n'est pas toujours clair : son contre-transfert. Certes lié au cas médical et à son traitement, le focus est alors mis sur la relation médecin- malade, leurs échanges verbaux et autres, un geste du patient par exemple <sup>3</sup>

Je voudrais insister sur ceci : à l'heure de *Evidence Based Medicine*, on peut encore apprendre quelque chose sur soi, sur le patient, à partir de ce que l'on pourrait appeler *Emotional Based Medicine*.<sup>4</sup>

Dans un service de pneumologie *s'interroger sur la manière dont l'annonce de la maladie* a été faite, quels sont *les mots* qui ont été employés, quel *sens* ils avaient pour le médecin et quel sens ils ont pu représenter pour le patient revient constamment ; cela *paraît essentiel* pour comprendre les affects du patient, et le grand bouleversement ressenti par lui à ce moment-là.

« Comment fait-on pour ne pas provoquer un *choc* alors que l'on *doit dire la vérité* au patient ? » se demande le Dr x . Justement, hier, Pierre Boudeyou rappelait ceci dans son intervention : « il y a 40 ans on ne disait rien au patient, à peine aux proches », et il ajoutait : « c'était plus facile ».

L'incompréhension du patient pour sa maladie, son impatience à obtenir un rendez-vous après ses examens, ou à arrêter son traitement parfois, rencontre rarement une réac-

tion négative du médecin. Mais que dire de la colère du patient, de son désespoir, lorsque après quelques mois ou quelques années de traitement, il *comprend soudain* qu'il souffre d'une maladie grave dont l'issue tragique se rapproche, et qu'il se met alors à agresser le médecin ?

Aux Journées Ferenczi de la semaine dernière, j'ai évoqué ce passage des médecins « maltraitant » leur patient devenus des médecins maltraités par eux.

*Se mettre à la place du patient, s'identifier à lui*, n'est pas toujours facile. L'empathie n'est pas une disposition toujours immédiate. Pour comprendre le patient le médecin doit se mettre à son niveau, baisser la garde, modifier ses mécanismes de défense, afin de pouvoir rencontrer son patient, « *sentir avec ou dans* » le patient, selon l'expression de Ferenczi. Cela suppose que le médecin *veuille changer au moins un petit peu*, qu'il arrive à ce « changement **limité** de sa personnalité » dont parlait Balint .

Sans dire son nom, sans être *la* visée première du groupe Balint, cette formation n'en est donc pas moins une « *psychothérapie du médecin* ». *Légère certes, mais fort utile pour le patient !*

Nous vous présenterons maintenant *deux cas* que nous avons co-écrit :

Cas n° 1 (Cécile Labrousse)

Comme cela pouvait arriver lors des premières séances de l'introduction du groupe Balint dans le service, le premier cas présenté ce jour n'est pas vraiment un cas de Balint. La particularité, en même temps que la difficulté d'un tel dispositif au sein d'une équipe, est que le cas de l'exposant glisse parfois en discussion générale sur un patient.

Le groupe s'interroge sur la toute-puissance,

souvent mise en échec dans la relation médecin - malade, ainsi que sur les processus de projection sur l'autre des angoisses et de la culpabilité. Le groupe repère qu'il y a parfois, de la part des médecins et des patients, une nécessité de maîtrise, quand les angoisses deviennent trop difficiles à contenir. Discussion que le leader tolère un temps, avant de ramener le groupe à un cas particulier.

Dans le silence qui suit, une Interne, jusqu'alors très silencieuse, prend la parole à l'occasion d'un silence. Elle est manifestement très émue. Une de ses patientes a brutalement été transférée ce matin en réanimation, suite à une décompensation cardiaque. Son pronostic est réservé. Elle énonce les reproches qu'elle se fait : « Je n'ai pas su prendre mes responsabilités... je n'ai pas pris la bonne décision. »

Elle explique que la malade présentait ces derniers jours un important essoufflement, qui la laissait très angoissée et inconfortable, avec l'impression d'étouffer. Les examens avaient révélé un épanchement péricardique (liquide autour du cœur, entravant son fonctionnement). L'acte médical préconisé était de pratiquer une ponction du liquide. Elle avait, à deux reprises, effectué ce geste douloureux pour la patiente, mais sans parvenir à le prélever.

Elle avait hésité, la veille, à faire une troisième tentative le soir, mais avait estimé que la patiente le vivrait comme un acte violent, d'autant plus qu'elle n'était pas sûre que ce soit efficace.

Elle a donc quitté son service avec ces préoccupations. La violence des sentiments coupables s'exprimait à présent, notamment celle d'avoir pris seule cette décision, sans

en référer au médecin senior. Celui-ci, présent dans le groupe, écoute. Nous sommes tous témoin de l'émotion qui monte chez ce dernier au fur et à mesure du récit de l'Interne. Il prend alors la parole et nous permet de comprendre que, de son côté, il portait aussi une forte culpabilité concernant cette situation, notamment vis-à-vis de son Interne qu'il a, selon lui : « laissée seule face à cette patiente en détresse respiratoire ». Il la soulage immédiatement en confirmant qu'une troisième ponction aurait été aussi inefficace que les autres. Il en avait la conviction, mais n'avait pas pu la lui transmettre. Il s'est senti, sur ce point, défaillant quant à ses responsabilités d'encadrement et craignait que l'Interne lui en veuille.

Le groupe comprend mieux pourquoi une telle émotion a surgi chez le médecin, qui découvre en même temps que lui que, non seulement l'Interne ne lui en veut pas, mais qu'elle portait, seule, la culpabilité.

#### Cas n°2 (Michelle Moreau Ricaud)

A cette séance là, nous ne sommes pas très nombreux, les semaines précédentes ont été marquées par une série de décès dans le service. L'équipe est fatiguée, les Internes, habituellement présents, sont absents car trop occupés avec les entrées du jour. Nous nous retrouvons à six, et gardons les chaises vides des absents. Après un petit temps de salutations et d'échanges informels, laissant le temps à chacun d'arriver, le groupe débute par la demande rituelle du leader : « qui a un cas ? ».

Un très court silence et le Dr X prend la parole : « J'ai vu un homme hier en consultation ». C'était la première consultation. Le patient, adressé par son diabétologue, souffre d'asthme. Il annonce : « vous avez 3 fois pour que je voie si je vous consulterais ensuite ».

Le médecin va comprendre que le patient a déjà consulté sept pneumologues avant lui. Et qu'il ne prend pas les traitements prescrits. Le médecin poursuit encore un peu son récit de la consultation, puis s'arrête, visiblement ému.

Quelques questions fusent immédiatement demandant des précisions. Puis à la question du leader : « qu'avez-vous ressenti ? », il peut très vite dire qu'il s'est senti *agressé et mal à l'aise*. La nature du contact et la tonalité de l'échange lui a fait *ressentir le désir de rejeter le patient*. Il a perçu ce mouvement en lui et s'est efforcé de contenir cet élan de rejet. Il ne sait trop comment ; mais il a senti et nous rapporte que « ça ne s'est pas si mal passé que cela ».

L'étonnement de chacun sur cette attitude agressive du patient, son « défi » envers son consultant sidère le groupe mais ne laisse pas le médecin dans un moment de silence dont il avait besoin. Mais on « vole à son secours » en quelque sorte. Le groupe, par ses interventions, lui permet de repérer qu'il a poursuivi un fil, une sorte d'intuition, qui s'élabore au cours de la séance de groupe : *il a pu percevoir le besoin de maîtrise de ce patient*. Souhaitait-il vraiment se soigner ? Le médecin a imaginé que ce patient opposant, résistant pourrait peut-être accepter d'être soigné si seulement il restait « maître de son traitement ». Il fallait veiller à ce qu'il reste protégé de toute « injonction médicale ». Ses impressions vagues, pas toute à fait conscientes, l'avaient guidé et avaient déterminé sa façon de parler, de se présenter et d'envisager un traitement pour le patient.

## ***SMB France.../... Cas clinique***

Il a pu dire aussi combien cette consultation avait été « coûteuse » pour lui, sur le plan de la qualité d'attention et des efforts demandés pour réprimer son contre-transfert négatif. Il a également pris conscience que ce n'est sans doute « pas gagné » pour lui et que des épreuves de force analogues sont encore à prévoir. A la grande surprise de tout le groupe il termine en disant que : « finalement je ne suis pas sûr d'avoir envie de le suivre » !

Le groupe semble navré ! C'est la fin du temps de la séance le leader lui en fait simplement la remarque : « il semble que le groupe pense que vous êtes celui qui pourrait le mieux aider ce patient »

(Prise en charge à suivre pour un prochain groupe).

Les médecins prennent conscience de tous

les sentiments négatifs qui les agitent lorsque les patients sont agressifs, ne ressentent plus autant de honte à dire leurs éprouvés : sentiments de colère, d'impuissance envers les patients ou leurs collègues. Ils semblent accepter leur vulnérabilité d'homme et sentent qu'ils peuvent se décentrer pour comprendre l'autre aux prises avec angoisse, découragement, manque d'espoir pour se soigner. Et les aider.

Le groupe semble gratifié sur ce qui s'est "fait ensemble", et l'on voit un changement dans la relation avec le patient difficile et défiant, au bout de la 3<sup>e</sup> année de formation

■ *Michelle Moreau Ricaud  
et Cécile Labrousse*

## ***SMB France.../... Notes de lecture***

### **AMÉLIORER L'EMPATHIE : UNE ÉTUDE À SUIVRE Commentaires libres autour de l'article de Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. :**

*Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: A preliminary study. Journal of Psychosomatic Research 76 (2014) 426–429.*

« La première condition pour établir un diagnostic est évidemment d'avoir des connaissances suffisantes ; il faut que le médecin puisse envisager toutes sortes de maladies et en deuxième lieu, il doit posséder une vivacité et une souplesse d'esprit suffisantes pour saisir toute réponse inhabituelle ou inattendue à ses questions et pour modifier en conséquence sa première idée.

Mais, durant tout l'examen, c'est lui qui pose les questions qu'il faut pour obtenir les réponses voulues ; tout ce qu'on demande au

patient, c'est de comprendre les questions du médecin et d'y répondre sincèrement. Les relations personnelles entre les individus engagés, bien qu'elles soient plus importantes que lorsque le médecin ausculte le cœur ou palpe un abdomen sensible, sont loin d'être au centre de l'attention.

La technique de la prise de l'anamnèse n'a pas été standardisée de façon aussi rigide que la classification botanique par exemple ; néanmoins, elle tend vers la forme d'un questionnaire systématique. Malheureuse-

ment, il n'existe pas encore de questionnaire systématique de ce genre dans le domaine de la pathologie de la personne globale – champ véritable de la pratique médicale [...]. La psychiatrie est engagée dans la même impasse ; là non plus, il n'existe aucun questionnaire systématique approprié »

Ne cherchez pas l'auteur : c'est Michael Balint « Le Médecin, son malade et la maladie » (Ed Payot 1966, pages 130 et 131).

Il me semble que l'étude publiée par Philippe Jaury et son équipe est en résonance au moins sur deux points cruciaux avec ces lignes de Balint.

- Les « relations personnelles entre les individus engagés » devraient faire l'objet de beaucoup plus d'attention ; et probablement particulièrement lorsque les dits individus sont un étudiant en médecine et un malade dans un hôpital. L'étude montre une « érosion » de l'empathie (entre le début des études et la 4<sup>e</sup> année de médecine) expliquée au moins par la nécessaire adaptation à une situation nouvellement stressante où l'étudiant est confronté à toutes sortes de personnalités de tout horizon auxquelles il doit faire face et souvent ...rapidement !

- La critique de l'anamnèse classique qui aboutit à ne recueillir « que des réponses » et le regret qu'il n'existe pas de questionnaire approprié pour un diagnostic approfondi trouvent dans cette étude un espoir de recherche. En effet, apprendre qu'il existe une échelle internationale validée pour évaluer l'empathie et que « 8 items » pourraient bientôt aider les étudiants à encadrer leur questionnement sur leurs relations aux malades est encourageant. De même, que la formation en groupe Balint aide les étudiants à mieux appréhender les malades « borderline » et

que cette assertion relève d'une étude scientifique est très réjouissant. Bien sûr, les Balintiens les plus purs et convaincus n'ont besoin d'aucune étude qui équivaldrait sûrement pour eux à l'enfoncement de portes ouvertes. Mais, tous les jours, pour l'enseignant Balint « lambda » à l'université, la publication d'études de ce type est une mine d'or. Bien sûr, cette étude, les auteurs le reconnaissant, mérite une suite et il est souhaitable qu'on s'y attelle. Il serait grand temps, comme le montre cette petite anecdote : Oscar Rosowsky (décédé il y a quelques jours, paix à son âme !) avait quitté la Société Médicale Balint pour cofonder la Société Française de Médecine Générale (SFMG) au motif qu'il souhaitait qu'elle s'engage plus avant dans la recherche. Résultats : les groupes de pairs (largement diffusés par la SFMG) ont leurs lettres de noblesse universitaires... et pas les groupes Balint !

Pour conclure sur une note poético-humoristique, je voudrais rappeler qu'une étude française des plus sérieuses est en cours en Ile-de-France : Paro le Pingouin, robot intelligent (57cm et 3kg quand même !) offre son empathie de peluche duveteuse blanche aux malades « Alzheimer » en émettant des murmures de plaisir sous les caresses hésitantes de mains vieillissantes...Et ça marche ! En fait, on nous l'a caché : mais Paro le Pingouin sort d'un groupe Balint !

■ *Marie-Anne Puel*

## **LE DSM-ROI. LA PSYCHIATRIE AMÉRICAINE ET LA FABRIQUE DES DIAGNOSTICS. DE MICHEL MINARD. ÉRÈS. 2013**

Préfacé par Allen Frances (coordonnateur du DSM-IV), qui admet d'emblée que Michel Minard connaît mieux l'histoire des diagnostics psychiatriques américains que lui-même, l'ouvrage est passionnant.

Michel Minard, psychiatre honoraire des hôpitaux à Dax dans les Landes, a toujours été engagé dans la psychiatrie sociale et participe au projet de recherche pluridisciplinaire C2SM (classification des catégories en santé mentale) de la SOFOR (Sud-Ouest Formation Recherche) à Bordeaux.

Michel Minard ne s'est pas contenté, pour l'écriture de cette somme de 451 pages, de se plonger dans les biographies de tous les psychiatres américains à l'origine des DSM, il a accompli une analyse de la politique de santé mentale des Etats-Unis, des Pères fondateurs jusqu'à aujourd'hui même. Seule une compréhension de la culture américaine et de son histoire permet en effet de saisir ce qui mène au DSM-5. Mais ce que Michel Minard conçoit dans son ouvrage, cette approche véritablement anthropologique des pratiques de santé mentale outre-Atlantique, les membres de la *task force* de l'APA (American Psychiatric Association), auteurs des *Diagnostic Statistical Manuals* ne l'ont jamais réalisé. À aucun moment en effet, la culture des migrants aux USA et celle des pays vers lesquels ces manuels ont été exportés, n'a été prise en compte pour relativiser leur vision standardisée de la maladie mentale.

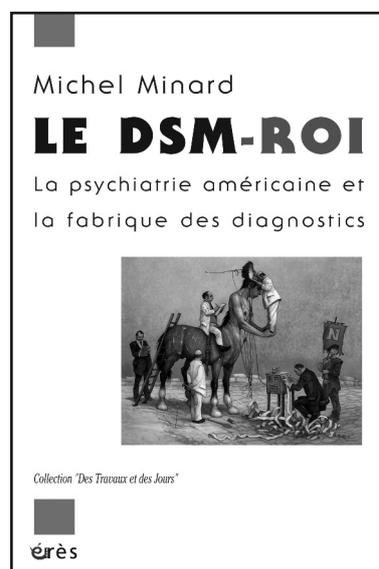
Allen Frances a dirigé en 1994, la rédaction du DSM-IV et a commencé à signaler, en 2009, les difficultés posées par le premier draft (ébauche) du DSM-5. Il s'exprimait surtout au sujet du diagnostic de paraphilie, qui prenait en compte la souffrance des pédophiles comme critère de trouble mental. Mais, ce qui pouvait apparaître comme une

expression imprudente des auteurs du DSM, se muait en critique beaucoup plus incisive au sujet des autres diagnostics: Les essais cliniques limités sur le terrain ne permet-

taient pas de prédire les pourcentages des troubles mentaux, or, « une formulation plus claire, rendant les diagnostics plus faciles à utiliser par les médecins généralistes, les patients, les familles et les enseignants », le tout amplifié par le marketing des industriels du médicament, pouvait conduire à un surdiagnostic et à des faux diagnostics pour des millions de personnes.

Le cheval de bataille favori du psychiatre était prêt, Allen Frances l'enfourchait bientôt dans un incroyable parcours, a priori contradictoire, pour quelqu'un qui avait dirigé la version juste précédente d'un manuel dont les objectifs ne semblaient pas jusqu'alors si différents. Que ce soit dans le Huffington Post, dans son blog de Psychology Today ou dans le New-York Times, la bataille avec l'APA était engagée.

Quels sont aujourd'hui les motifs de ce combat, bientôt repris mondialement, en particulier par STOP-DSM en France et en Europe ? Sans traduire les douze questions d'Allen Frances posées le 19 Mars 2012 dans son blog du Huffington Post, signalons la critique faite à l'élargissement du trouble « dépres-



sion majeure » après deux semaines de symptômes parfaitement compatibles avec le deuil normal, le surdiagnostic du trouble « déficit de l'attention » (dont la fréquence a déjà triplé en quinze ans), le fait qu'un diagnostic de « risque de psychose » et qu'un autre de « dérèglement perturbateur de l'humeur », ouvrent la porte au traitement préventif par des antipsychotiques chez des enfants. Il concluait son pamphlet « *Am I a dangerous man ?* » (en paraphrasant le titre du film « *A dangerous method ?* »), en proposant que les 47 organisations de santé mentale mondiales examinent indépendamment les nouvelles propositions diagnostiques du DSM-5. Il conspuait aussi les profits éditoriaux considérables de l'APA qui coordonne les DSM depuis leurs débuts (1952), les conflits d'intérêt avec les laboratoires du Big Pharma, enfin et surtout il s'inquiétait du vertige qui atteignait le DSM en augmentant considérablement la pathologie mentale du côté de la dépression, des troubles neurocognitifs mineurs, des excès alimentaires, de l'abus de substances, et enfin même de la « nostalgie criminogène » (chez les meurtriers impulsifs dont les U-S semblent regorger ces derniers temps).

Le livre de Michel Minard commence avec Benjamin Rush (1745-1813), arrière petit fils d'un immigrant quaker à Philadelphie où il crée véritablement la psychiatrie américaine. Fondateur des premiers asiles, ce signataire de la déclaration d'indépendance des États Unis est aussi un humaniste et un politique, en particulier contre l'esclavage et pour de meilleurs traitements des malades mentaux. Le pendant féminin de Benjamin Rush est Dorothea Lynde Dix (1802-1887). Elle défend les insensés en Pennsylvanie, elle est nommée chef des infirmières pendant la guerre de sécession et contribue à édifier des *State Hospitals* qui offrent leur asile aux aliénés américains. Le portrait de Benjamin

Rush orne le logo de l'APA, créée en 1844 et désormais la plus grande organisation psychiatrique du monde (plus de 36 000 psychiatres adhérents). Avec pour devise « Member driven. Science based. Patient focused », l'APA s'est forgée une visée expansionniste, voire hégémonique sur le monde. Elle y impose le « politically correct » dans ses termes et nous dérange dans nos traductions quand nous nous interdisons de parler d'un schizophrène et préférons « une personne avec un trouble schizophrénique ». Cela justifie la volonté de ne classer que des troubles et pas des individus comme le prétend Robert Spitzer, à la sortie du DSM-III qu'il dirige. L'APA a aussi un objectif indirect : re-médicaliser la psychiatrie, en faire une discipline noble, scientifique et se départir d'une psychiatrie sociale, qui se contenterait d'assurer la tranquillité d'une société effrayée par les fous. De re-médicaliser les psychiatres à les biologiser, nous verrons qu'il n'y a qu'un pas ; celui-ci sera franchi lors du « changement de paradigme du bio-psycho-social au bio-bio-bio...

L'histoire est très détaillée par Michel Minard et nous vous renvoyons bien sûr aux excellentes synthèses biographiques qui figurent dans le livre. Mais, si symboliquement, le passage de Sigmund Freud en 1906 à la *Clark University* de Worcester (Massachusetts), est le début d'un engouement pour la psychanalyse, celle-ci sera durement rejetée en raison de la prise de pouvoir trop conservatrice de certains, dans l'APA même, mais surtout dans la popularisation d'une pratique par des thérapeutes de toutes obédiences et parfois peu rigoureux. Les néo-kraepelinien en particulier à Saint Louis (Missouri) vont, sur cet argument, sortir du bois avec Wilhelm Mayer-Gross, Eliot Slater et Martin Roth en 1951. S'inspirant d'Emil Kraepelin, ils vont développer une taxonomie psychiatrique totalement opposée

à la psychanalyse et proposeront toutes les grandes modifications à l'œuvre à partir du DSM-III : le démantèlement de l'hystérie, la division des troubles de l'humeur en trouble bipolaire et unipolaire, la découverte des attaques de panique, enfin, la sortie du cadre délimité par les névroses. Ils imposent les recherches sur la maladie mentale, séparent le normal du pathologique, tracent les grandes lignes des outils à inventer et des évaluations scientifiques à mener. La discussion à partir de 1974 sur la publication du DSM-III aura été marquée par quelques grands faits sociaux : l'homosexualité est définitivement retirée du manuel (après un vote à l'APA qui mettra en échec les psychiatres psychanalystes qui veulent en faire un trouble mental et surtout après de gigantesques manifestations dès les années soixante-dix), ou du moins, elle y subsistera jusqu'au DSM-III-R sous la forme résiduelle d'ego-dystonic homosexuality ; le post-traumatic stress disorder fait son apparition à la satisfaction des vétérans du Vietnam qui seront dès lors indemnisés, enfin, pour faire bonne mesure à la suppression des névroses ; les psychoses, sont, elles aussi limitées à ce qui n'est ni troubles schizophréniques, ni troubles paranoïaques.

Avec le DSM-III-R, le manuel change d'échelle. Des commissions consultatives de plus de 200 experts sont créés et sont elles-mêmes divisées en sous-commissions, la pédopsychiatrie se développe en changeant de paradigme elle aussi (fin de l'école orthogénique de Chicago et ouverture au programme TEACCH du psychologue Eric Schopler qui l'a créé, ainsi qu'à toutes les recherches en matière d'autisme sur les neurones miroir, les aspects génétiques, les thérapeutiques médicamenteuses), enfin le DSM est devenu, non seulement aux États-Unis, le langage de toute la communauté psychiatrique revalorisée, mais il développe son influence dans

tous les pays, dont la Chine, la Finlande, l'Europe, etc. L'approche scientifique des troubles est imposée : empirisme des observations et nécessité d'obtenir des données quantitatives, validité des décisions, concordance entre les experts, compatibilité avec la classification de l'OMS (ICD-9 à l'époque). Michel Minard, outre son talent de conteur, nous apporte les détails indispensables pour comprendre l'évolution de la psychiatrie avec les DSM. Il nous délecte (si ce n'était pas si grave) de l'expérience de David Rosenham, professeur de psychologie à Palo Alto avec l'hospitalisation de huit faux malades mentaux, qui furent tous déclarés porteurs d'un diagnostic psychiatrique et hospitalisés entre 7 et 52 jours. Cette expérience mit en évidence la difficulté à ne pas faire de diagnostic, mais surtout, la faiblesse de la prise en charge hospitalière de l'époque, les mauvais traitements et même l'idée que l'hospitalisation pouvait être contre-thérapeutique. L'histoire de l'épidémie de diagnostics de personnalité multiple est plus directement reliée au DSM-III, ce trouble est déclaré « syndrome iatrogène », mis en valeur et entretenu par l'attention accordée par les praticiens. Son entrée dans le DSM-III lui donnera cependant le statut de maladie officielle, ce qui expliquera les milliers de cas et les frais occasionnés pour traiter les fameuses personnalités coexistant chez un même sujet.

Le scandale de la « thérapie de la mémoire recouvrée » éclatera à la suite de l'accusation de parents suspects d'avoir commis un inceste sur leur enfant, inceste dont ce dernier avait réprimé tout souvenir. Ces tristes situations posent la question selon Michel Minard : « à qui profite le diagnostic » ? En effet, avec la multiplication des troubles bipolaires, des troubles envahissants du développement, des phobies sociales, le monde découvrira que ces symptômes, ces maladies

ne viennent jamais seuls, que ce sont des lignes de traitement, des étiquettes, voire des stigmatisations, des charges financières pour la société et des sujets qui deviennent patients, sans bénéfice ni bien-être.

Quelle conclusion Michel Minard nous propose-t-il ?

Il rappelle que le souci taxonomique nous vient de nos grands mythes, dont celui de la Bible présentant un Dieu soucieux de classer les éléments et les êtres. Mais si la psychiatrie s'est mise à classer, elle n'en est pas pour autant devenue une science, elle a évolué, considérant la psychanalyse comme insuffisante à donner des réponses concrètes. La révolution des neuroleptiques avec la chlorpromazine connue dès 1955 (et tous les psychotropes qui suivront dans les dix années), va donner un mode d'action sur le cerveau, mais pas vraiment sur l'esprit, la psyché, l'âme... Le DSM sort de l'influence psychanalytique et s'oriente clairement vers les outils scientifiques de mesure, les prescriptions médicamenteuses, ce qui lui assure le soutien des compagnies d'assurance-maladie qui y voient plus clair qu'avec les cures psychanalytiques, et, bien sûr l'appui des industriels du médicament. Avec le DSM-III-R, la popularité du DSM est à son comble aux USA : six réimpressions, 460 000 exemplaires vendus. Le DSM-IV confirme le succès. Mais ce sont surtout les pays destinataires qui sont conquis : le vocabulaire est complètement adopté aux USA : hyperactivité, trouble panique, bipolarité sont répandus par les médias comme une traînée de poudre. Les associations de famille et de patients s'en emparent également pour réclamer des diagnostics et des traitements. Le *Disease mongering* augmente. Il s'agit littéralement de la promotion de maladies ou de la création de pathologies clé en main (qui fera l'objet d'un numéro spécial de PLoS Medicine 2006).

Seuls les conflits d'intérêt feront reculer les membres de l'APA, au point que certains regrettent la perte des capacités psychothérapeutiques des jeunes psychiatres formés uniquement au DSM. Enfin, au delà de l'utilisation mercantile du DSM, de la question des expertises médico-légales, des remboursements de soins, de reconnaissance de handicap, ce sont surtout les questions idéologiques et politiques comme celles du contrôle social ou de la psychiatrisation de la vie et enfin du dopage de la vie dès la petite enfance qui vont faire glisser le DSM sur la pente dure des sociétés occidentales mieux informées des écarts des auteurs de l'APA qui ont cru à la biologisation de la « maladie mentale » et des différents « malaises dans la civilisation ».

Michel Minard fait l'analogie avec sa créature, qui échappe au Dr. Frankenstein, mais il compare aussi le DSM à « l'incroyable Hulk qui sous les coups de ses adversaires, change de couleur (la couverture du DSM) et grandit, grandit »... Jusqu'où ?

Un livre très bien documenté, engagé comme son auteur, qui permet de saisir en profondeur, au travers de l'histoire de la psychiatrie aux U-S, l'évolution des représentations de la maladie mentale, des psychiatres et des sociétés dans l'élaboration de normes et de standards, mais sans jamais aborder la souffrance du sujet.

■ *Marie-Frédérique Bacqué*

*Ce compte-rendu a été publié dans Psycho-oncologie, Décembre 2014, N°4, Vol 8: 248-50.*

## **LE GROUPE THÉRAPEUTIQUE. APPROCHE INTÉGRATIVE. EDMOND MARC ET CHRISTINE BONNAL. DUNOD, 2014.**

Ouvrage pratique et riche en exemples, « le groupe thérapeutique » se veut intégratif. Le terme désigne ici la confluence entre différents courants psychanalytiques et les niveaux plus sociologique et même politique des sciences humaines actuelles. La perspective d'Edmond Marc et de Christine Bonnal est donc multi-référentielle. Sa base est l'expérience clinique car son contexte théorique ne prétend pas refaire l'unité entre les écoles de psychanalyse, mais les références nombreuses à l'histoire et à la biographie des thérapeutes de groupe, qu'ils soient psychanalystes ou psychosociologues, déploie, finalement, une grande cohérence dans l'approche de la société en réduction que constitue le groupe thérapeutique.

Les auteurs du livre sont, pour l'un, professeur émérite à Paris X-Nanterre (Paris Ouest Nanterre La Défense) et spécialiste du changement en psychothérapie et Christine Bonnal, psychanalyste et psychosomaticienne. Tous deux sont partisans de la psychanalyse intégrative, qui prône l'unité psychosomatique de l'humain (Jean-Benjamin Stora). Elle réfute une vision qui privilégierait une pure psychogénèse autant qu'une pure organogénèse des maux. Elle souhaite intégrer la psycho-neuro-immunologie, la psycho-neuro-endocrinologie et la neuro-psychanalyse. Son modèle de fonctionnement psychique reste cependant celui de la métapsychologie freudienne, tout en intégrant les apports des neurosciences.

Cette vision scientifique largement ouverte semble être la garantie en effet d'un maintien du thérapeute dans le monde mouvant des connaissances. Sa pratique clinique lui permet de relativiser les nouveautés et de garder un sens critique face au « progrès » des techniques. Le livre est agréable à lire et relate, dans un premier temps, l'historique

de la psychothérapie de groupe. Il est convenu par les auteurs de « dépasser les clivages » pour valider une hypothèse : le processus vécu par le groupe thérapeutique est spécifique. Il n'est pas équivalent à celui de la thérapie individuelle.



Un petit rappel sur la psychologie des groupes passe par Gustave Lebon, Joyce Mc Dougall et Freud bien entendu. Mais c'est surtout avec Kurt Lewin que l'hypothèse tirée de la *Gestalt theorie* va prendre son essor : la totalité du groupe ne peut être réduite à la somme des parties qui le constituent. Les psychanalystes comme Bion ont aussi abordé le groupe comme une totalité présentant sa « culture » et sa « mentalité », mais c'est l'École de Palo Alto qui montrera que le groupe forme un système structuré et régulé d'interactions desquelles seules les interprétations de l'analyste vont permettre la prise de conscience. Jacob Moreno a toute sa place comme fondateur de la psychothérapie de groupe et de la sociométrie (relations d'affinité qui se développent entre les membres du groupe) sa technique du psychodrame aura un immense succès, autant que Siegmund Foulkes avec sa *Group-analysis* et Wilfred Bion, lorsqu'il étudiera les défenses collectives du groupe contre les angoisses archaïques réactivées par la situation. Enfin l'école psychanalytique française, avec Didier Anzieu suivi de René Kaës et de l'école lyonnaise, montrera le développement de l'appareil psychique groupal, ce lieu de for-

mation de l'inconscient du groupe, extérieur à l'individu. Ils seront suivis de nombreux autres psychanalystes de groupe en France et dans le monde entier.

Le livre devient très vite pratique, ce grand rappel historique terminé.

Sa grande qualité est de mêler les points théoriques aux extraits de *verbatim* de groupes, tous extrêmement illustratifs. Ainsi pour l'étude des dispositifs groupaux, on retrouvera les règles fondamentales (la libre expression, l'engagement, la présence, la confidentialité, la restitution et le non passage à l'acte) dépeintes très concrètement par quelques vignettes cliniques. Le chapitre sur l'animation est également très riche. Il permet d'aborder les qualités de l'animateur et en particulier, les transferts et contre-transfert. Si René Kaës avait dénommé inter-transfert les transferts entre animateurs (1992), il est rare de voir traiter ce sujet dans un ouvrage. Il en est ainsi des conflits entre animateurs ou au contraire du déni de leur agressivité mutuelle. L'appel à une supervision n'en est que plus justifié.

La cohésion sociale est le thème qui ourle l'ensemble des travaux des grands visionnaires des sociétés contemporaines, de Marx à Rogers. Elle va être traitée ici d'abord sous l'angle du petit groupe et de ses trois mécanismes de base : la dépendance qui engendre le fantasme de sécurité et de satisfaction complète, mais sous la domination du leader ; l'attaque-fuite qui désigne un mauvais objet interne ou externe au groupe et enfin le couplage qui projette dans un « sauveur » issu d'un couple, la solution généralisée aux problèmes du groupe. La dynamique groupale oscille ainsi entre tendance à la normalisation et recherche utopique de solution. Seule l'analyse des transferts permettra d'acquérir la bonne distance entre les membres et les animateurs.

On notera le traitement original, dans le livre,

de la régression y compris dans le corps. Tous ces phénomènes, s'ils sont reconnus et dépassés, forment les facteurs d'évolution des individus en thérapie de groupe. Pour certains, il s'agit de changer l'image de soi et ce travail identitaire est l'un des changements les plus risqués pris par les participants. Pour d'autres, ce sera la représentation de soi, soit le regard d'autrui sur soi qui sera modifié au travers des réactions du groupe.

Finalement, la thérapie groupale apparaît aux auteurs, comme une démarche particulièrement efficace, complémentaire d'une thérapie individuelle. Elle forme un des outils du psychologue ou du psychiatre de formation analytique. Elle peut être employée dans un cadre strictement dirigé vers cette psychothérapie, elle semble surtout aujourd'hui ajouter une compétence à ceux qui la pratiquent dans d'autres contextes : ponctuels lorsqu'il s'agit de recevoir un couple ou une famille, plus réguliers mais moins spécifiques, dans la pratique du groupe de parole ou dans l'analyse institutionnelle.

■ *Marie-Frédérique Bacqué*

*Ce compte-rendu a été publié dans Psychoncologie, Mars 2015, N°1, Vol 9: 64-65*

## **L'ANNONCE DIRE LA MALADIE GRAVE. POUR UNE PAROLE QUI ACCOMPAGNE**

**Martine Ruzniewski, Gil Rabier, Dunod, 2015, 250p.**

Voici un ouvrage totalement imprégné de ce que peut apporter, à nous autres « soignants », un travail « au long cours » de « formation-recherche » Balint tel qu'on peut le vivre dans les groupes Balint ou les groupes de parole en Institution.

Mais tout d'abord, quelques mots de ses auteurs. Martine Ruzniewski, psychanalyste, est « leader accrédité » de notre SMB. Elle anime depuis de nombreuses années des groupes Balint ainsi que des groupes de parole en Institution, à l'Hotel-Dieu de Paris tout d'abord, puis à La Pitié-Salpêtrière, et ensuite à la Fondation Curie où elle se consacre exclusivement dans cet Etablissement, à l'écoute du personnel « soignant ».

Gil Rabier est un cinéaste documentariste qui a réalisé, avec l'auteure, des films consacrés à ce travail sur le « relationnel » des soignants.

Ce livre n'est surtout pas un livre de « recettes » auxquelles on pourrait recourir pour aborder ce problème si difficile pour tous soignants : celui de l'annonce de la maladie grave et son « suivi » relationnel. Il décrit, au premier chef, et en profondeur, toute la complexité des situations que vivent, si souvent, les « soignants » travaillant aussi bien dans les services d'oncologie ou de soins palliatifs qu'à travers les diverses fonction soignantes du secteur hospitalier ou libéral. Tout l'univers des circonstances de l'« annonce » est envisagé : celui des diagnostics, des échecs de traitement, des rechutes, de l'arrêt des traitements spécifiques, du transfert en Unité de Soins Palliatifs, de la fin de vie et de sa phase terminale.

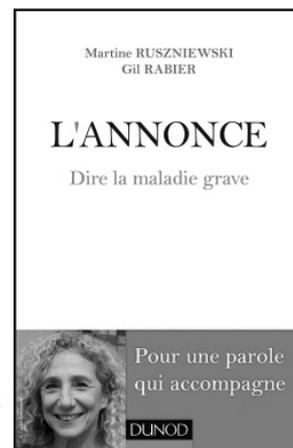
L'auteure appuie ses réflexions essentiellement sur un nombre important de « rapports

de cas » vécus dans les nombreux groupes qu'elle anime. Ils sont alors décryptés et analysés, ce qui donne au lecteur le sentiment très intense de participer lui-même à un

de ces groupes. Mais au-delà du contenu très « clinique » des cas rapportés, ce livre révèle la longue expérience de l'auteure. Elle développe de façon magistrale ce qu'il nous faudrait acquérir, au fil de l'expérience intime de chacun et avec l'aide de ces groupes de parole, pour faire une vraie place au « sujet » malade, trop souvent réduit à celle d'un « objet – malade ». L'auteure fait ressortir combien le « sujet » soignant, aussi, pourrait jouer son rôle et coexister avec l'« objet soignant » et un « savoir médical » qui l'« embarrasse » parfois.

Il ne faudrait surtout pas négliger la lecture des dernières pages : L'auteure nous montre, certes, le progrès engendré par les lois Kouchner et Leonetti : Elles ont pour objectif de réduire la trop grande vulnérabilité des patients qui se conjuguaient à une relation souvent paternaliste entre le médecin et le patient. Mais, ces nouveaux cadres légaux qui « ont tendance à générer des conduites idéales », à la limite, inatteignables, ne doivent pas conduire à « oublier » la notion que « l'« annonce » doit s'inventer sans renoncer à une certaine liberté ». La loi ne peut remplacer la « pensée soignante ».

Voici un livre authentiquement « balintien » dont la lecture m'apparaît comme un moyen d'enrichissement réel pour tous praticiens ayant une fonction « soignante », confrontés à la prise en charge de patients atteints de ma-





PIERRE GELLY

Pierre Gelly nous a quittés en septembre dernier, au terme d'une longue et cruelle maladie. Voici ce que nous dit François Berton à son sujet :

« Pierre a participé aux premières étapes de l'enseignement de la médecine générale en troisième cycle à la faculté de médecine de Bobigny. Une équipe formait comme un sous-groupe dans la structure mise en place par le doyen Cornillot, équipe plus centrée sur l'étude de la relation médecin-malade au sens balintien et sous-tendue par une formation analytique commune. Il y avait là Pierre, donc, avec Louis Velluet, Anne-Marie Reynolds, Philippe Cros, François Berton. Nous avons mis au point la Table Ronde de Médecine Générale qui consistait en l'étude d'un cas rencontré par un des étudiants (en troisième cycle, donc effectuant des remplacements ou même pour certains déjà installés) étude de cas où en étaient traités les aspects clinique, pathologique, thérapeutique, relationnel, et sociologique. Ce qui différait notablement d'un groupe balint. Mais qui n'empêchait pas d'en conduire régulièrement de tout à fait orthodoxes dans le cadre du même DU.



OSCAR ROSOWSKY

Nous avons appris aussi la disparition du Dr. Oscar Rosowsky, médecin généraliste et psychanalyste, à l'âge de 90 ans. Il avait participé aux débuts de de la SMB au cours des années 60-70 en siégeant au bureau de

notre société.

Il a longtemps fait partie, à Paris du groupe Balint animé par les Dr Gachkel et Dell et

Pierre avait pleinement sa place dans cet enseignement et y portait la double casquette, fonctionnant comme médecin généraliste et analyste.

Plus tard des groupes balint eurent lieu régulièrement dans son pavillon de Nanterre, menés alternativement avec François Berton sous leur forme classique ou psychodramatique »

Pour ma part j'ai eu le bonheur d'animer avec lui un groupe Balint à Pontoise pendant plusieurs années. L'éloignement de l'hôpital et nos voyages communs en voiture étaient l'occasion, en compagnie de Marie-Christine Koehrer, observatrice dans le groupe, de parler du travail du groupe et de nos impressions, aussi bien lors du retour que pendant le diner qui suivait.

Dès le lendemain matin, Pierre m'appelait au téléphone et nous comparions nos souvenirs de la veille en une sorte de debriefing fort utile pour notre travail de leader. Ceci était la matière d'un écrit réalisé par Pierre, et une manière de nous préparer à la séance suivante.

Grâce à lui, rarement de pareilles conditions de travail ont été réunies, je lui en garde un souvenir reconnaissant.

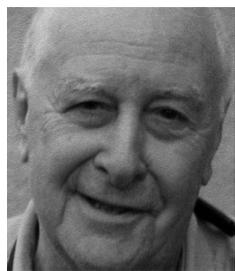
■ *Michel Nicolle*

écrit avec J. Goedert un livre intitulé : Une guérison « impossible », dissection dans un groupe Balint, publié chez Payot à Paris en 1976 .

Il avait eu un rôle actif pendant l'occupation sous le nom de Jean-Claude Plunne .

Parallèlement à son rôle la SMB, Il avait aussi pris une part importante dans la création de la Société Française de Médecine Générale.

■ *Michel Nicolle*



LOUIS VELLUET

## A LA RECHERCHE DU BALINT PERDU

*Il existe un paradoxe entre la fréquence d'utilisation du nom de Balint, la référence aux groupes balint et la faiblesse d'investissement réel de la méthode balint dans les universités autant qu'en pratique de ville. N'y aurait-il pas une certaine dérive de la vision de Balint lui-même ? Hélas, celle-ci est concomitante d'une certaine satisfaction des praticiens à croire qu'ils respectent et prolongent la pensée de Balint ou pire, qu'ils bénéficient d'une analyse ne nécessitant finalement qu'un faible investissement.*

Une question posée répétitivement par beaucoup d'enseignants dans le domaine de la formation psychologique, et que nombreux se reposent encore aujourd'hui avec perplexité est celle de la diffusion restreinte de la théorisation et de la pratique introduite par Michael Balint au cours des années cinquante.

Ce problème concerne aussi bien le monde de la médecine que celui de la psychologie. Le contraste entre l'usage répétitif du nom de l'auteur, devenu pratiquement nom commun, les allusions fréquentes à son corpus et à l'inverse le peu d'institutions universitaires où ce mode de formation est réellement mis en place de façon systématique et le peu de groupes existants « en ville » est frappant.

L'hypothèse qui s'est peu à peu imposée et que nous allons développer prend appui principalement sur notre prise de conscience progressive des effets dissimulés du dogmatisme du monde de la psychanalyse quelles que soient ses différentes écoles. Depuis l'origine il semble que se soient mises en place, aussi bien dans le milieu de vie extérieur que dans le monde clos des institutions enseignantes, des règles inappropriées à l'usage étendu du groupe balint. Ces règles, transpositions aberrantes de certains protocoles analytiques, sont entrées en résonance dans l'enseignement médical avec les résistances viscérales des professionnels qui se disent « scientifiques ». Les demi-mots, les réticences, la

culture du mystère trop souvent observée chez certains animateurs psychologues ou psychanalystes renforcent la méfiance et l'agressivité sous-jacentes. C'est sans doute une des raisons pour laquelle les groupes ne peuvent faire partie que des enseignements optionnels dans la plupart des facultés de médecine.

Deux convictions irrationnelles bien ancrées nous ont semblé particulièrement nocives. Il ne saurait être question par exemple de proposer la participation à un groupe balint dans l'espace social sans un examen préalable appelé pudiquement entretien. En ce qui concerne les participants potentiels, il est essentiel de savoir où se situe leur « désir » et cela seul le psychanalyste est censé le savoir. Il est par ailleurs le seul qui peut être juge de leurs capacités évolutives ou de leurs failles psychiques éventuelles.

En ce qui concerne le premier point il est essentiel d'émettre de très sérieuses réserves. Pour qui a fréquenté les rares endroits où selon une technique groupale proche<sup>1</sup>, des psychanalystes acceptent de s'exposer devant leurs pairs en présentant leurs cas difficiles une conclusion s'impose : même après plusieurs années il est souvent difficile sinon impossible d'émettre un jugement sur les aptitudes réelles au changement des sujets suivis (et nous laissons prudemment de côté le cas des participants). On voit ce qu'il peut y avoir d'aberrant à donner un avis après une

rencontre occasionnelle avec un inconnu.

En ce qui concerne l'appréciation de l'équilibre psychique il faut être encore plus prudent, la peur d'une fragilité du sujet reçu n'est parfois que le reflet de l'identification projective de la fragilité du receveur, surtout s'il n'est pas médecin. Le candidat, lorsqu'il est médecin, a souvent mis en place depuis longtemps de solides défenses ou des résistances qui feront justement l'objet du travail groupal, nous reviendrons sur ce point.

Il nous faut maintenant en venir au point le plus délicat, les conséquences perverses de ces dérives. Lorsqu'on bénéficie d'échanges avec d'autres leaders au long des années, lorsqu'on peut côtoyer dans les congrès ou les colloques des participants membres de groupes de longue date on s'aperçoit avec gêne que beaucoup de participants « sélectionnés » étaient non pas des professionnels à la recherche d'une meilleure compréhension et d'une amélioration de leur pratique par l'analyse de celle-ci comme le souhaitait Balint mais des personnes inconsciemment en quête d'éclaircissement intime. Beaucoup d'entre elles qui auraient pu sans doute bénéficier de prises de conscience enrichissantes au cours d'un travail analytique vont se contenter de fréquenter un lieu sécurisant mais sans profonde exigence.

Lorsqu'on s'autorise ainsi à porter un regard objectif au-delà des apparences sémantiques et à observer les échanges au sein des rencontres des différentes associations balintiennes la surprise est grande. Se découvrent alors des mouvements émotionnels non analysés, des vagues profondes de croyances sécurisantes qui nous renvoient au passé. Sous le *Désir* demeurent les traces anciennes de la *Foi*, quant à la *Personne* elle a revêtu le costume du *Prochain* qu'il faut aimer. Ces dérives qui sont en lien avec la pulsion de religiosité inhérente à l'insécurité de l'être

humain depuis son origine sont aussi éloignées de la vérité scientifique que notre monde des confins de la galaxie.

Une des impasses du travail balint peut ainsi être de maintenir ces participants dans une stase euphorique improductive. Nous percevons bien l'ambiguïté de la formule de Balint proposant comme aboutissement du travail, un changement à la fois limité et considérable, comme s'il n'était pas nécessaire d'aller très loin dans l'évolution personnelle pour que les leaders aient la conviction d'avoir rempli leur tâche. En réalité, l'analyse approfondie de l'évolution des participants qui ont bénéficié réellement du travail de formation montre que le changement, s'il s'est réellement produit, ne peut jamais être limité. Certains de ceux chez lesquels le processus s'est enclenché sont (heureusement en petit nombre) devenus psychothérapeutes ou psychanalystes officiels. D'autres se sont souvent apparemment éloignés de la mouvance mais ont mis à profit le processus de changement en innovant chaque jour dans le domaine essentiel de la psychothérapie du médecin généraliste, de la « relation thérapeutique » comme le souhaitait Balint. Restent ceux que nous évoquons plus haut, les pratiquants en chapelle de ce que l'on appelle maintenant « le Soin ». Nous ne sommes pas sûrs qu'ils contribuent à la diffusion de l'esprit de recherche sur les liens interhumains.

Si nous en revenons au point de départ de notre réflexion la question qui se pose est donc celle de la rencontre avec les participants potentiels. Les deux écueils à éviter sous peine de naufrage sont, comme nous l'avons vu, une sélection au gré de la névrose de l'accueillant et l'accent mis sur ce que l'on pense être le « Désir » de la « Personne ». Ces constructions abstraites sans substrat objectif ont peu à peu contaminé

l'univers de nos formations.

Quarante années de pratique de groupe dans l'université et le monde de la formation médicale continue nous ont amené à valider l'hypothèse que le travail balint peut et doit être proposé à tous sans exclusive. On est souvent émerveillé (et le mot n'est pas trop fort) par la finesse et la profondeur du travail réalisé avec des participants « naïfs » », aussi bien avec des jeunes gens qui vivent leurs premiers mois dans l'univers hospitalier qu'avec les adultes qui vivent la vraie vie au sein de la population depuis des années. Les uns et les autres découvrent une approche particulière de la pratique médicale qui certes, dans la cadre de l'enseignement initial ou de la formation professionnelle, est obligatoire, mais contrairement à ce qu'imaginent beaucoup de théoriciens du monde de la psychanalyse, ils s'y meuvent pendant quelques heures avec aisance. La raison en est simple : ils la vivaient sans le savoir. Des mots sont mis sur ce qui est inévitablement présent mais n'avait pas dans le monde médical le droit d'être reconnu.

L'expérience, au sens scientifique de ce terme, nous a ainsi appris que la perception de l'inconscient est largement diffuse et qu'elle n'est pas l'exclusivité des habitants de la planète Psy. Par contre, pour qu'elle soit possible il est nécessaire que soit écarté impérativement tout ce qui se rattache aussi bien aux dogmes médicaux qu'au catéchisme analytique. Le leader psychanalyste du groupe est effectivement dans une position très inconfortable. Il doit laisser de côté tout ce qu'il pense être son savoir et s'appliquer à favoriser l'objectivation de la réalité clinique, des mouvements profonds qui s'entrecroisent dans la rencontre interhumaine.

Pour conclure nous en reviendrons à la question essentielle. Peut-on, dans le climat actuel de notre société où prévalent les schémas

intellectualisés les plus éloignés de la réalité biologique, revenir sur les pratiques déviantes que nous venons d'évoquer ? Elles sont anciennes, originelles, elles étaient présentes dès l'introduction de l'œuvre de Balint en France. L'auteur de ces lignes a conservé en lui le souvenir du trouble ressenti lorsque, lors d'un colloque à Paris à la faculté des St-Pères en 1970, il a eu la chance de se trouver pour la première fois de sa vie très proche de Michael Balint. Il a encore au fond de lui le profond malaise ressenti devant le mélange d'amertume et de colère non exprimée de celui-ci devant l'appropriation déviante de son travail par le monde analytique français. Cela se passait trois mois avant sa disparition le 31 Décembre 1970.

C'est au cours des années suivantes qu'à travers les échanges amicaux et les confidences d'Enid qu'il a pu réaliser combien Michael avait été blessé par la défiguration de son travail.

Nous voici donc confrontés maintenant à une tâche aussi primordiale qu'immense, honorer la mémoire de celui qui avait eu l'intuition de ce que devait être la médecine proche et protectrice des humains en réhabilitant sa pensée.

■ *Louis Velluet*

(1) Nous faisons ici allusion au dispositif du « trait du cas » initié en particulier par Claude Dumézil et au remarquable travail qu'on peut y accomplir à distance des rigidités idéologiques.



## **FORMER LES LEADERS DE GROUPE BALINT À LA SMB**

**Entretien Roger Lagueux Michelle Moreau  
Ricaud**

*À l'occasion du terme à venir de la « première promo-  
tion » des futurs leaders Balint, Michelle Moreau Ricaud*

*interroge Roger Lagueux sur les principes de la formation  
à la base du Collège de Formation des Leaders Balint.*



ROGER LAGUEUX

Question: Nous vous avons tous soutenus pour la formation que vous avez mise en place: d'abord le Groupe de Réflexion sur l'Accréditation des Leaders (GRAL), en vous donnant le feu vert, le Bureau de la SMB, ainsi que les leaders qui sont intervenus dans cette formation. Or, certains leaders sont passés au travers, d'autres ne l'ont pas suivie... qu'en pensez-vous ?

Réponse: Chacun est libre, Michelle. Mais je fais les mêmes observations que vous et je remarque que chez les Balintiens, les différentes catégories professionnelles ne sont pas logées à la même enseigne. Certains sont plus démunis et plus fragiles dans les groupes.

Q : Pour le Séminaire, comment avez- vous reçu l'enquête de Maurice Héniaux ?

R : Vous voulez parler du Groupe théorico-clinique, je suppose, et non du séminaire qui ne se termine qu'en Mars prochain.

Q : oui.

R : Comme un compliment !

Q: Quels modèles seraient à la base de votre programme du collège des leaders ? est-il parallèle à un cursus universitaire ? à celui des Sociétés de formation à la psychothérapie ? Au psychodrame ? A la Tavistock Clinic , au IV ème Groupe où nous avons appris, avec

J.-P.Valabrega, à tenir ensemble le théorico-clinique ? Autre ? Vous m'aviez faite justement travailler sur les fondements et influences sous -jacents dans la création du groupe Balint...

R. : Pour répondre au plus près de votre question- ou être plus juste, plus vrai, vous me permettez de remonter loin dans le temps pour trouver le socle de ce qui s'est fait pour moi au Collège. Dans mon enfance, ceux qui étaient avant moi et autour de moi m'ont transmis deux choses importantes : l'observation, l'apprentissage par expérience et la force du travail groupal. Ce mode de formation est de ceux qui laissent des traces, une véritable empreinte : beaucoup d'écoute, peu d'interrogations, beaucoup de présence, peu d'interprétations.

Pour répondre à votre question complexe des modèles qui seraient à la base du programme du Collège, il faut ici aussi revenir à l'histoire des faits qui ont sûrement contribué - même à notre insu, du moins en partie - à créer le socle des idées, comme disait Balint, sur lequel s'appuie le Collège. A première vue, ce serait ma propre formation et la pratique professionnelle centrée sur les groupes à travers l'hexagone, qui s'en est suivie et ce sont ont aussi des confrères, beaucoup de confrères du dedans comme du dehors avec leurs idées, leurs modèles.

Le travail groupal- disons le travail en groupe - le travail de groupe - si je l'ai comme reçu en héritage, c'est au cours d'une

formation psychosociologique, dans un premier temps, que j'en découvrirai beaucoup de composantes au niveau clinique et théorique. Dans cet espace, l'observation et l'apprentissage par expérience allaient devenir des éléments fondateurs.

Ce n'était pas le « modèle universitaire » - même si celui-ci m'a beaucoup apporté par sa rigueur et son amplitude.

La formation psychosociologique (pendant trois ans et plus) me mettait comme participant au cœur de la vie des groupes, et particulièrement de la dynamique de groupe : groupe d'évolution, groupe de diagnostic (diagnostic de la vie du groupe - de la vie en groupe – diagnostic de soi-même en groupe face aux autres). Ce modèle de formation comportait aussi l'expérience de l'interview, de l'entretien avec leurs modalités d'apprentissage, leur analyse de contenu. La conduite de réunion y prenait place aussi. Dans une post formation, l'approche de l'intervention en institution ouvrait sur l'analyse des pratiques, la régulation d'équipe et l'analyse institutionnelle. Le courant Lewinien, Rogérien avaient le vent en poupe, mais pas seulement. J'eus la chance d'avoir comme formatrice principale avec Max Pagès, Lily Herbet qui venait de passer trente ans à la Tavistock et qui venait de traduire le livre de Bion « Recherches sur les petits groupes ». Assurément ce n'est pas tout à fait le même modèle que celui de Lewin ou Rogers. Qui plus est, Lily Herbert – mais à l'époque je ne le savais pas – avait fait son analyse personnelle avec Michael Balint. Son mode de formation est de ceux qui laissent des traces, une véritable empreinte – et surtout pas sauvages, mais qui entraînent l'adhésion.

Les professionnels qui se confrontent aux situations groupales – inévitablement s'ils creusent un peu – se heurtent à la difficulté de décrypter, d'analyser en dehors de l'hypothèse de l'inconscient. La psychanalyse per-

sonnelle contribue alors à infléchir les modèles de formation. J'observe ainsi que la jonction de ces deux courants, ces deux modèles, s'est trouvée pour moi dans le modèle de formation à l'analyse de groupe, au psychodrame analytique, à la thérapie familiale analytique. Mais je n'ai pas trouvé de véritable jonction entre le groupe et le modèle du divan/ fauteuil. Façon de dire que l'épreuve de la clinique a été déterminante dans la constitution et le programme du Collège. Pour tenir ensemble théorie et clinique, j'ai trouvé un constant étayage tant du côté du IVème groupe que du côté du CPGF (Collège de psychanalyse groupale et familiale) et l'AIPCF (Association Internationale de psychanalyse de couple et de Famille).

Je viens de parler là de l'influence des gens du dehors, mais il est tout aussi vrai que les gens du dedans (SMB – Mouvement Balint) et vous en êtes, ont lentement mais sûrement contribué à créer la base du Collège et son programme. Le modèle Princeps, ici, est Balint lui-même, mais aussi l'Association SMB qui avait la mission de transmettre l'héritage de Balint. C'est dans cette mouvance qu'a été créée la formation post Balint que nous appelons maintenant le « groupe théorico-clinique Balint » et les autres formations mises en place dans cette dynamique groupale en réponse aux attentes des Balintiens. Le travail de mise en mots, de liaison, et d'élaboration apparaît de plus en plus comme le fil conducteur du programme de formation. Nous sommes redevables au modèle de la perlaboration en psychanalyse. Si l'élaboration ou perlaboration a un pouvoir transformateur pour le sujet (analysant), l'élaboration en Groupe Balint constitue un antidote au malaise des soignants comme je l'ai développé dans un article de la Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe (N° 61)

Q: Autre question, plus réaliste : comment avez-vous fait également pour prévoir 400 heures de formation, et le financement, et le coût de la formation ?

R: J'ai fait là un vrai travail, à partir des mes expériences et avec comparaison avec d'autres formations. La durée de formation de formateur que constitue la formation du leader Balint, est explicitée dans la plaquette générale « leader Balint formation perfectionnement » Balint n'hésitait pas à dire qu'il faut compter avec le temps... pour changer. Il faut du temps pour s'approprier la démarche clinique de Balint et intérioriser sa pensée novatrice.

Le financement et le coût de la formation ont été étudiés en tenant compte de plusieurs paramètres. Au départ la SMB a voulu prendre en charge une partie de la formation de ses membres diminuant ainsi les frais d'inscription.

Aujourd'hui ce n'est plus d'actualité et les participants doivent assurer eux-mêmes le coût de la formation. Cependant nous notons quelques prises en charge par le FAF.

Q: Pourquoi souhaitez-vous élargir le groupe Balint à d'autres publics que ceux qui sont à la base de la SMB : les médecins? Nous avons déjà élargi aux psychologues cliniciens en formation analytique. Vous souhaitez former des leaders au « groupe de paroles », et à « l'analyse des pratiques » (« casse-gueule » souvent des institutions !): Est-ce à la demande des formés ?

R : Oui, c'est ça; je me souviens de l'erreur d'une Vice-présidente de la SMB voici une dizaine d'années, qui avait répondu (à un groupe de 10 personnes psychothérapeutes, qui demandait une formation de leader Balint pour le secteur social) : « nous ne le faisons pas ». ! Ici, les candidats leaders ou des

leaders accrédités ne sont pas seulement préoccupés du leadorat de groupe Balint conventionnel. Pour bon nombre d'entre eux, les groupes d'inspiration Balint sont nés à partir des demandes de professionnels aux prises avec des situations relationnelles et sociales qui les influencent et qu'ils peuvent influencer, comme le soulignait déjà Revault d'Allones. Ce sont souvent des situations humaines conflictuelles pour lesquelles il n'y a pas toujours d'explications ou de réponses pratiques ou théoriques connues. Il y a là des souffrances qui demandent au moins à être entendues, voire éclairées, travaillées et prises en compte. Dans le séminaire théorico-clinique spécifique leaders, ce sont les participants qui ont apporté ces préoccupations pour lesquelles, ils sont sollicités. Il nous faut répondre à ces demandes dans un esprit Balintien.

Q: Revenons au programme et à la fin de la formation: allez-vous faire un « jury », afin de juger des « mémoires » demandés ?

R: Michelle, ce n'est pas un « jury »! Ne soyons pas prisonniers des mots, des modes de formation universitaires ou analytiques. Ce dont il s'agit, c'est un moment privilégié d'échanges et de discussions à partir du travail d'observation, d'analyse et d'élaboration d'un participant avec le tuteur accompagnateur, les responsables du Cycle et le groupe entier du séminaire. Par comparaison on pourrait dire que c'est un mini colloque. Ce n'est pas une évaluation, elle ne peut être négative.

Q: C'est la première promotion cette année; si le bilan s'avérait insuffisant, voire négatif? Que se passerait-il alors, quel « rattrapage »?

R : (rit) Ils continueront à se former ...

Q: Lorsque les leaders nouvellement formés dans le collège, vont-ils demander leur accréditation au Bureau et au G.R.A.L. ?

R: Ah, ça alors, ils verront... Je n'en sais rien ; cette question appartient aux seuls participants qui savent que la formation n'est pas l'accréditation, c'est bien clair pour eux. Je ne sais qui a répandu ces rumeurs. Je sais cependant que certains ont fait la démarche d'accréditation et à ce jour sont toujours sans réponse. Ils ne comprennent pas le silence institutionnel.

Q: Vous faites allusion à la suspension, décidée par le GRAL, de recevoir les candidats ... Mais précisons : si les candidats se contentaient de ce « bilan » de formation sans demander d'accréditation, nous n'aurions plus à nous en soucier ?

R : L'accréditation, vous le savez, n'est qu'un moment ...on ne naît pas leader, on le devient. Si le Balint ne s'est pas développé...

Q : ... C'est que les médecins hésitaient à se former ?

R: Mais aussi parce que les leaders y sont pour quelque chose: la résistance est aussi du côté du leader...

Q : Comme on peut le voir en psychanalyse... ?

R : les leaders ont une formation théorique et clinique insuffisante !

Le Groupe Balint doit se faire dans la durée; le reste est caricatural ! Avec l'O.G.C. ils n'ont que 8 séances de groupe Balint, alors qu'au collège ils en ont 12 par an ! Et avec 8 petites expériences de groupe Balint ils deviennent titulaires de la SMB ! C'est du charlatanisme ! Et avec l'acceptation du

règlement intérieur ! On va à la faillite du Balint ! L'accréditation ne peut être un seul moment ! Dans l'atelier que j'ai commencé en 1996, qui a duré 15 ans, j'ai insisté sur le fait qu'il fallait de l'imprégnation et de l'élaboration !

Q: Roger, il faut reparler de ces différences avec le Bureau et le C.A..

Vous savez combien je partage votre exigence dans la formation ; je vais demander à mes collègues du G.R.A.L, qui la partagent également, davantage d'articulation entre nous; et que l'on débâte de nouveau comme nous le faisons. ...

Merci Roger.

R : Merci Michelle.

■ *Paris, Lux Hôtel,  
le 24 janvier 2015.  
(Entretien relu et corrigé  
par Roger Lagueux  
et Michelle Moreau Ricaud)*

## **2EME CONGRÈS FRANCOPHONE DE LA MÉDECINE DE LA PERSONNE**

20 et 21 nov 2015

A l'auditorium du musée STE croix face  
à Mendès France- 86000 Poitiers - 05 49 50 33 08

### **PROGRAMME**

#### **Thème du congrès :**

*Parler*

*Parler au patient*

*Parler au soignant*

*Parler de et autour de la maladie*

#### **Argumentaire :**

«Lors du 1er congrès de l'OFMP en mars 14 à Poitiers, la question majeure et récurrente qui a surgi des ateliers et de la table ronde a été celle de l'annonce de la maladie.

Qu'il s'agisse de sa maladie, de poser un diagnostic, d'administrer des soins, et même d'informer et de former, les interrogations sont toujours les mêmes.

Pourquoi informer et/ou transmettre ? A qui s'adresse-t-on ? Et comment on parle ?

A chaque fois il s'agit d'échanges et de constructions communes dans l'espace et le temps, de représentations, de ce qui arrive, surprend, dérange.

A chaque fois il s'agit de se représenter les choses afin de les réaliser et d'anticiper pour s'en défendre ».

#### **Le 20 novembre 2015 :**

8h30 : Accueil dans le hall d'entrée de Mendès France  
Salle auditorium de ST Germain

9h-9h30 : Médecine de la personne différenciée de la médecine personnalisée par le  
Prof. Weill Bernard ( membre du CCNE )

9H-9H20 : Les patients avec troubles psychiques.  
M. Jean Renaud ( président de l'UNAFAM Poitiers)

9H20-9H50 : Bilan de l'OFMP  
par M.S.D. Kipman ( psychiatre psychanalyste), président de l'OFMP

9h50- 10H20 : Intervention de Prof. Gil ( doyen honoraire de la faculté de médecine  
et de pharmacie, Poitiers) : pourquoi s'intéresser à la médecine de la personne ?  
Point de vue philosophique et point de vue politique  
Discussion  
Pause : thé ou café

10h45-11h15 : Intervention de M. Claeys ( député-maire co-auteur du rapport sur la fin de vie):  
La loi et la santé  
Discussion

## ***SMB France.../...Annonces***

- 11h30-12H15 :       Philosophe, psychanalyste (à confirmer)  
Discussion  
Déjeuner sur place 12H30 -14H
- 14h-15h30 :       Table ronde avec l'atelier sur le vieillissement et la gestion de la mort  
en institution  
MO. Müller, directrice d'EPAHD Paris, Dr.I. Migeon–Duballet,  
gérontologue CHU Poitiers  
M. JI. Pefferkorn, directeur du réseau gérontologie, Poitiers.  
Discutant : M. M.Billé sociologue, Poitiers  
Discussion  
Pause, thé ou café
- 16H- 17h30 :       Table ronde sur l'ANNONCE, atelier de Poitiers,  
Laurent Montaz, chef de clinique des soins palliatifs CHU, F.Birault MG,  
B.Greis IDE, L. Iste psychologue en soins palliatifs CHU,  
E .Piketty MG.  
Discutantes : Mme S. Streiner, adjointe à la direction de France-culture  
et Francine Tinsa, sociologue à l'université de Sfax ( Tunisie) (à confirmer)  
Discussion  
Fin de la journée

Soirée festive à 20h à l'espace Mendès France, spectacle théâtral et musical d'après un texte de Louis Jouvet, Remise du prix littéraire OFMP en présence du jury, et les auteurs Agnes Lebig ( sage-femme), Amin Malouf, Mme Sandrine Streiner, co-directrice de France Culture.

### **Le 21 novembre 2015**

- 9H-10h30 :       Ttable ronde sur Transmission et information, atelier de Genève  
Animée par Florence Quartier, psychiatre et psychanalyste,  
Dr.G. Davoine et Dr. A. Bishara spécialistes médecine interne  
et rhumatologie, Dr.M. Senaud, MG, Dr. P. Forel, médecine interne.  
Discutant : Claire Malka, Directrice IFSI Poitiers  
Discussion
- 11h-12h :       Bilan des ateliers  
Projets  
Fin et collation apéritive

**Tarifs :** Médecins : 130 euros - Non-médecins : 40 euros et para-médicaux  
Patients : 30 euros et étudiants  
(adhérents : - 20%)

### **Secrétariat des inscriptions :**

La maison du tourisme : 33 place Charles de Gaulle 86007 Poitiers cedex BP 287  
Tèl : 05 49 37 48 58 - <http://congrès.reservation-vienne-futuroscope.com>



L'observatoire a été créé le 29 Janvier 2013 à Poitiers. Son siège est localisé au 7 rue Monseigneur Augouard - 86000 Poitiers - France.  
 Les membres du C.A. de l'OFMP sont Mr KIPMAN Simon-Daniel, psychiatre psychanalyste ; Mme GREIS Brigitte, infirmière libérale ; Mme CHAMBOUX-HALES Catherine, représentante de patients ; Mme QUARTIER Florence, psychiatre psychanalyste. M. MEZZICH est membre de droit comme président du Collège international.

**Les objectifs de L'OFMP :**

Cette association a pour but de repérer les liens autour de la personne, de la personne avec les soignants, des soignants entre eux ; repérer la complexité de la personne caractérisée par son histoire, ses groupes de références, ses comportements actuels, ses choix ; rompre l'isolement du patient seul dans la maladie face à une médecine diversifiée et cloisonnée selon ses compétences ; respecter la volonté du patient dans ses choix et sa vie ; rompre l'isolement des soignants et autres portant du soin autour et pour la personne, par la personne. L'OFMP a pour objectifs de rechercher, de soutenir, faire connaître et discuter de toute initiative en matière de la médecine de la personne.

L'OFMP a une durée de vie illimitée avec un conseil d'administration et un conseil scientifique. La médecine de la personne inclut la psychiatrie du fait de l'histoire de la médecine de la personne en psychiatrie et du travail de Mr. Mezzich. Mais, et surtout, tous ceux qui y oeuvrent ; psychologues, infirmiers, éducateurs, médecins, assistants sociaux, etc...

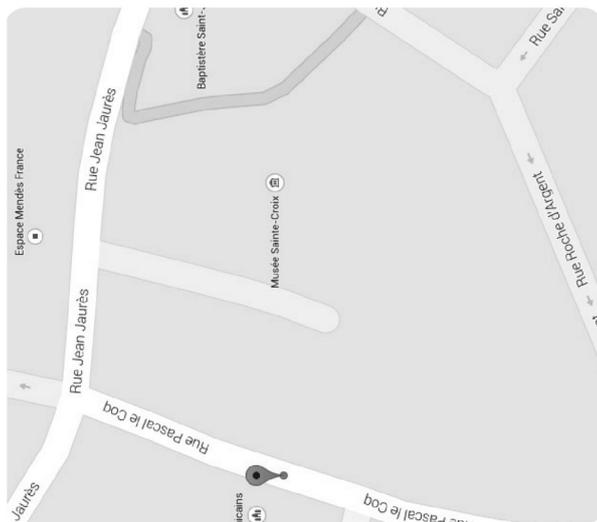
**BULLETIN D'ADHÉSION À L'OFMP**

A adresser à : OFMP - 7 rue Monseigneur Augouard - 86000 Poitiers - France

Par chèque bancaire ou virement sur compte Crédit Agricole n° : 00095031460 code établissement 19406  
 Association : 150€ / Individuel : 85€

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Tel mobile : \_\_\_\_\_ Tel fixe : \_\_\_\_\_

**PLAN D'ACCÈS**



**Auditorium du musée Sainte-Croix de Poitiers**  
**Face à l'espace Mendès France**  
 rue Pascal Le Coq - 86000 Poitiers



**OFMP**  
 Observatoire francophone  
 de la médecine de la personne

**www.ofmp.fr**

**2ÈME CONGRÈS FRANCOPHONE  
 DE LA MÉDECINE DE LA  
 PERSONNE**



**PARLER  
 PARLER AU PATIENT  
 PARLER AU SOIGNANT  
 PARLER DE ET AUTOUR  
 DE LA MALADIE**

**20 et 21 novembre 2015**  
 À l'auditorium du musée Sainte-Croix - Poitiers

## LA MÉDECINE DE LA PERSONNE

Trois dimensions caractérisent l'OFMP : Une médecine Pour une personne, cela évoque une médecine personnalisée, une médecine par des personnes, qui montre la dimension de la fois de l'investissement personnel des soignants et la dimension de la formation spécifique que cela implique, et une médecine avec des personnes, liant la dimension collective de l'équipe, du service, du réseau, et celle plus large de la santé publique et de l'organisation des soins, dans toutes ses dimensions, y compris économiques.

L'OFMP : sollicite des adhésions individuelles et des adhésions de structures publiques et associations leur permettant de siéger au conseil d'administration et peut-être au conseil scientifique ; l'OFMP propose aux associations partenaires de nous aider à repérer des liens avec les membres adhérents, à les faire connaître, à fournir toute aide technique ou matérielle dont elles pourraient disposer, à participer à la mise en place d'activités, ou à faire participer l'OFMP à participer à leurs activités. Le premier congrès a eu lieu les 28 et 29 Mars 2014 à l'espace Mendès France à Poitiers sur le thème : De la pratique à la théorie, de la théorie à l'organisation, des commissions sur des thèmes dont certains se dessinent déjà, s'organisent comme : personnes âgées, médecine de la personne et chirurgie, médecine palliative, annonce de la maladie, précarité et soins...

L'OFMP se différencie de la médecine personnalisée ; la médecine de la personne inclut dans sa pratique, les aspects individuels, collectifs, sociaux et culturels, en respectant et intégrant les apports et recherches de la science.



## PROGRAMME

**Thème :** Parler - Parler au patient - Parler au soignant - Parler de et autour de la maladie.

**Argumentaire :** «Lors du 1er congrès de l'OFMP en mars 2014 à Poitiers, la question majeure et récurrente qui a surgi : des ateliers et de la table ronde a été celle de l'annonce de la maladie. Qu'il s'agisse de sa maladie, de poser un diagnostic, d'administrer des soins, et même d'informer et de former, les interrogations sont toujours les mêmes. Pourquoi informer et/ou transmettre ? A qui s'adresse-t-on ? Et comment on parle ?

A chaque fois il s'agit d'échanges et de constructions communes dans l'espace et le temps, de représentations, de ce qui arrive, surprend, dérange.

A chaque fois il s'agit de se représenter les choses afin de les réaliser et d'anticiper pour s'en défendre ».

### VENDREDI 20 NOVEMBRE 2015

**8h30 :** accueil dans le hall d'entrée de l'auditorium du musée Sainte Croix, rue Pascal Le coq, 86000 Poitiers

*Salle auditorium de St Germain*

**9h - 9h20 :** Médecine de la personne différenciée de la médecine personnalisée par le professeur Bernard WEILL, membre du CCNE

**9h30 - 9h40 :** Les patients avec troubles psychiques, par M. Jean RENAUD, président de l'UNAFAM Poitiers

**9h40 - 10h :** Bilan de l'OFMP par M.Simon-Daniel KIPMAN, psychiatre psychanalyste et Président de l'OFMP

**10h - 10h30 :** Intervention de M. Roger GIL, Professeur émérite de neurologie à l'Université de Poitiers et Directeur de l'Espace de réflexion éthique Poitou-Charentes : pourquoi s'intéresser à la médecine de la personne. Points de vue philosophique et politique. Discussion

**Pause :** thé ou café

**10h45 - 11h15 :** Intervention de M. CLAEYS, Député-maire, coauteur avec M. LEONETTI du rapport et de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : la loi et la santé. Discussion

**11h30 - 12h15 :** Intervention d'une philosophe, psychanalyste (A CONFIRMER), Discussion

**12h30 - 14h :** Déjeuner sur place

**14h - 15h30 :** table ronde avec l'atelier sur le vieillissement et la gestion de la mort en institution avec Marie-Odile MÜLLER, directrice d'EPAHD Paris ; Dr. MIGEON-DUBALLET, gériatre CHU Poitiers ; M. J.L. PEFFERKORN, directeur du réseau gérontologie, Poitiers. Discutants : M. BILLE, sociologue à Poitiers. Discussion

**Pause :** thé ou café



## SMB France.../...Annonces

**16h - 17h30 :** Table ronde avec l'atelier de Poitiers sur l'ANNONCE avec :

Laurent MONTAZ, chef de service des soins palliatifs du CHU de Poitiers ; F. BIRAULT, MG ; B. GREIS, IDE ; L. Iste, Psychologue en soins palliatifs ; E. PIKETTY, MG. Discutants : Sandrine STREINER, adjointe à la direction de France-culture et Francine TINSA, sociologue à l'université de Sfax en Tunisie (à confirmer), Discussion

**20h :** Soirée festive à l'espace Mendès France, spectacle théâtral et musical d'après un texte de Louis JOUVET. Remise du prix littéraire OFMP en présence du jury et des auteurs Agnès LEBIG, sage-femme et Amin MALOUF

### SAMEDI 21 NOVEMBRE 2015

**9h-10h30 :** table ronde sur la transmission et l'information, atelier de Genève, animée par Florence QUARTIER, psychiatre et psychanalyste, Dr. G. D'AVOINE et Dr. A. BISHARA, spécialistes médecine interne et rhumatologie, Dr. M. SENAUD, MG, Dr. P. FOREL, médecine interne. Discutant : Claire MALKA, directrice IFSI Poitiers. Discussion

**11h - 12h :** Bilan des ateliers, projets. Fin et collation apéritive

## TARIFS

Catégorie	non-adhérents	adhérents
Médecins	130€	104€
Non-médecins et para-médicaux	40€	32€
Patients et étudiants	30€	24€
Repas du vendredi midi	15€	12€
Panier du samedi midi	6€	5€

## INSCRIPTIONS AU CONGRÈS

Repas, panier du samedi, hôtels (2\*, 3\*, 4\* centre ville), visite de Poitiers pour les accompagnants.

Indiquez : Nom, prénom / profession / adresse / mail / téléphone.

Réservation, informations et règlement après de :

Service réservations - inscriptions du congrès

seminaire@tourisme-vienne.com / 05 49 37 48 58

http://congres.reservations-vienne-futuroscope.com

33 pl. Chartes de Gaulle BP287 - 86007 Poitiers cedex



## **DE LEADERS DE GROUPES BALINT USAGE ET MESUSAGE DE LA FRUSTRATION DANS LA CONDUITE D'UN GROUPE BALINT**

Samedi 6 Juin 2015 de 9h à 17heures à l'IFSI des Diaconesses de Reuilly.

*La journée d'échanges autour des pratiques s'adresse bien **aux leaders** de groupes Balint accrédités par la société, aux candidats leaders ayant effectué une démarche officielle d'entrée dans un processus d'accréditation, aux leaders des sociétés affiliées Balintiennes Françaises, à nos amis Belges, Suisses ... À JOUR de leur cotisation (grom2@wanadoo.fr)*

**Lieu :** PARIS 12eme IFSI des Diaconesses. Métro Reuilly Diderot

**Coût d'inscription à la Journée :** 30 Euros, auprès du secrétariat de la SMB (grom2@wanadoo.fr)

*Le programme et le Bulletin d'inscription seront envoyés courant avril.*

**Contact:** pour plus d'informations : Katherine Atger

« Chaque fois que j'ai succombé à la tentation de devenir un « bon médecin, » (en tant que leader de groupe), nous dit Michael Balint, tous les signaux d'alarme ont simultanément retenti, le médecin rapporteur demandant avec ambivalence-avidité et frayeur – une aide thérapeutique accrue, le reste du groupe attendant dans une atmosphère curieusement étouffée et ardente quelque expérience révélatrice, et moi-même éprouvant un besoin très fort de donner généreusement ce que l'on me demandait. Je me suis alors arrêté aussitôt que je me suis rendu compte de ce qui se passait ».

M. Balint n'est-il pas ici en train de nous parler, avec humilité, de sa frustration ... et de celle qu'il pense devoir faire supporter au groupe ?

Ne nous est-il pas arrivé aussi, à chacun de nous, leader, d'avoir envie, voire, d'intervenir, d'apporter précocement une interprétation, un savoir, ou encore « la bonne attitude thérapeutique » à avoir, en réponse à « l'attente avide » du groupe ?

Pourquoi le groupe se tourne-t-il vers nous ? Que se joue-t-il pour lui ? Pourquoi nous semble-t-il parfois « tourner en rond » ou

rester dans l'évitement de son propre travail ? Quel sens cela a-t-il ou peut-il avoir dans la situation présentée et le contexte groupal ?

Mais, qu'éprouve également le leader en écho à cette attente ? Pourquoi intervient-il parfois ? Pourquoi refuse-t-il cette satisfaction d'autres fois et jusqu'où aller dans ce refus ?

Comment peut-il s'appuyer sur « la horde des frères » et relancer la dynamique groupale, alors que celle-ci-même semble résister ?

C'est sur cette question de la frustration, souvent observée ou éprouvée dans la conduite d'un groupe Balint, que l'instance de Réflexion et d'Accréditation des Leaders, (sur la proposition d'un participant à l'enquête de bilan de la précédente journée), avec l'accord du Bureau de la SMB, propose de réfléchir le 6 Juin 2015 .

(1) 95, rue de Reuilly 75012 Paris, Métro Mongallet ou Nation.

(2) Balint Michael ; Le médecin, son malade et la Maladie. La sélection - Paris : Payot, 1978 – p 341



MARIE-NOËLLE TILMAN

## **EN QUOI LA FRÉQUENTATION D'UN GROUPE BALINT M'AIDE À PRENDRE SOIN DE MOI ET DE MES PATIENTS ?**

*Avant-propos et notes choisies par Philippe Guillou<sup>1</sup> :*

*Médecin, mère de deux enfants, Marie-Noëlle Tilman exerce la médecine générale dans une maison médicale située dans un quartier de la périphérie de Liège ... Elle a tenu ce propos devant l'assemblée de la Société Balint Belge le samedi 4 octobre 2014 à la ferme de Martinrou à Fleurus. La Société Balint Belge avec son vice président, Le Dr Jean Fléchet, autorise la diffusion ce texte à condition d'en préciser l'origine. Il a été publié dans la Revue Balint belge.*

*Le 4 octobre 2014 la Société Balint Belge fêtait aussi son 40<sup>e</sup> anniversaire après sa création en 1974 en organisant une journée d'étude ayant pour titre « **soin de soi et soin de l'autre** ». Cette circonstance et ce contexte particulier permet de comprendre la référence qui est faite par l'auteur à sa participation à un groupe Balint.*

*J'ai pu assister à ce discours prononcé par Marie-Noëlle Tilman et être touché à mon tour par sa sincérité et son authenticité. Avec les échanges qui ont pu suivre son intervention, entre le Dr Tilman et moi-même elle a pu ajouter les éléments suivants concernant la diffusion de son texte auprès d'étudiants et d'enseignants de médecine générale.*

« ...je suis très honorée et heureuse que ma réflexion puisse éventuellement servir de base à celle que mèneront vos étudiants. Quand je l'ai rédigée pour la journée Balint (je n'avais pas proposé spontanément de le faire, c'est Jean Fléchet qui me l'a suggéré) je m'étais dit que, tant qu'à faire, je souhaitais que cela parle aux participants, que cela interroge leur propre désir.

Plusieurs m'ont dit que cela avait été le cas, tant mieux...

Le titre de l'intervention est celui qui m'a été donné<sup>2</sup>. Si ce n'est que j'ai transformé le "comment la fréquentation d'un groupe Balint m'a-t-elle aidée à prendre soin de moi et de mes patients ?" en : "en quoi... m'aide à ..." En effet, je crois que la réflexion n'est jamais finie, ce n'est pas d'avoir écrit un texte là-dessus qui fait que je pourrais m'en passer.

Quand j'étais étudiante, le prof de philo que je cite nous avait dit aussi qu'il avait mené une enquête rapide dans 2 auditoriums différents (en droit, et en médecine), avec réponse à la main levée: "qui, ici, a déjà vu un mort?" Il

prétendait en tout cas qu'il y avait de rares mains levées dans l'auditoire de droit, qu'elles étaient bien plus nombreuses chez les étudiants en médecine... (Ceci pour ajouter à votre réflexion) : )

Je vous souhaite (...) une réflexion et des échanges dynamiques, fructueux et "sincères" avec les étudiants (mais ce n'est pas vraiment facile, je crois, devant des camarades "proches"... l'intérêt du groupe Balint est aussi qu'il s'agit d'une réunion de personnes qui, pour la plupart, ne se voient pas en dehors de ce temps). J'ai parlé de manière sincère, c'est vrai, mais devant des inconnus (et quelques personnes connues). Pas sûr que je dirais ce texte devant mon équipe, à la maison médicale... »

Je vous laisse maintenant découvrir son texte et entrer dans le cœur et la naissance d'une vocation médicale. C'est aussi le témoignage du travail singulier opéré en groupe Balint sur le sujet, sur sa parole et sa rencontre avec l'autre, à partir de la question non encore posée par les organisateurs de cette journée d'étude mais bel et bien suggérée par les tra-

vaux de Michael Balint « soin de soi ou soin de l'autre ? ».

En préparant mon intervention, en réfléchissant au thème de la journée, j'ai perçu que j'étais accompagnée par les visages et les histoires de « mes » patients. Parmi ceux-ci, trois patientes en particulier. Comme en sous- impression, le fond d'écran. J'aimerais vous en dire quelques mots.

- La première, appelons-là Christiane, je l'ai connue en 1985, tout au début de ma vie professionnelle. Nous sommes nées la même année. A cette époque, elle était déjà mère de 5 enfants. La rencontrant, et tout en m'efforçant de répondre aux nombreux problèmes de santé de la famille, j'avais en moi cette question, qui me travaillait sans que je m'en rende compte : « mais comment est-ce possible, à 25 ans, d'avoir déjà 5 enfants!? » Quelle ne fut pas ma surprise, quand elle me demanda un jour : « dis, MN, comment ça se fait que tu n'as pas encore d'enfants toi ? » Nos étonnements étaient réciproques. Notre questionnement sur « l'autre » était commun.

- La seconde, Fabienne, pèse encore 37 kg, elle devrait est morte 10 ou 12 fois, mais elle dit qu'elle est comme les chats : « j'ai neuf vies ». On s'est mis d'accord qu'elle en avait au moins 19, de vies, au vu de sa liste interminable de pathologies : embolie, AVC, hépatite C, BPCO, des pneumonies, polyarthrite, méningite, éthylisme, pancréatite aiguë et chronique, fracture du crâne, du bassin, de hanche, de genou... C'est peut-être son caractère pas possible, qui l'aide à résister, qui la fait quitter l'hôpital 3 x sur 4 contre avis ou en conflit, et jeter au loin toutes les bonnes volontés qui s'approchent de trop près. Je suis son médecin depuis 1986. Elle me fait naviguer de l'impuissance à la négociation, de l'épuisement à l'imagination, de l'exaspération à la volonté renouvelée de bien faire. Mais comment y arrive-t-elle !?

- La troisième de ces patientes, Monique, est décédée en 1991 d'un cancer. Encore jeune - comme on dit- et mère de 4 enfants, dont une petite fille de 11 ans, handicapée mentale... Je venais moi-même d'être maman pour la première fois. Elle m'avait dit avant de mourir: « prenez soin de ma petite fille, docteur, ne la laissez pas tomber, quand je ne serai plus là. » Elle fut placée dans une institution, loin de chez elle.

Il est assez commun de dire que ce sont nos patients qui nous apprennent notre métier. C'est particulièrement vrai pour ces 3 personnes-là. Ce texte est l'occasion pour moi de leur rendre hommage.

**Alors, « Prendre soin de moi et de mes patients... » ....**

Je crois qu'il existe une autre question en amont de celle « comment je prends soin de moi et de mes patients ». Cette question c'est : pourquoi, pour - quoi donc suis-je (sommés-nous, peut-être) allée/allés me /nous fourrer dans ce métier – ou celui d'infirmier, de psychologue, d'assistant social, de kiné...? En ce qui me concerne, qu'est-ce que je fais en médecine, pourquoi ce « choix » ? Un choix a priori positif, susceptible de « prendre soin de moi ». Choix amoureux et choix de travail seraient en effet deux modes privilégiés de mise en œuvre, de concrétisation de notre désir inconscient. Mais on sait que l'inconscient peut nous jouer des tours ...

Deux pistes éclairent plus particulièrement mon choix d'être médecin, deux façons, parmi d'autres, de raconter l'histoire :

- La première s'appellerait : « au commencement était le transfert »

- La seconde : « au commencement était le désir de voir »

Au commencement était le transfert  
25 mai 2014

Lorsque Jean m'a parlé d'un éventuel témoi-

gnage à la journée Balint, je me trouvais très loin de la Belgique... Cela fit quelques échanges de mails... Et déjà je m'étais mise à y penser, sans même le savoir. Au retour de voyage, en plein décalage horaire, je me suis réveillée à 4 h du matin avec une phrase comme une évidence, une inscription dorée. Cette phrase c'était :

« Au commencement était le transfert » (faut pas s'inquiéter, cela m'arrive aussi avec le pain que j'ai oublié de décongeler pour le déjeuner) Je me suis rendormie... Mais... « Au commencement était le transfert » : j'ai essayé de le comprendre le matin, de l'interpréter de mon mieux.

La phrase ainsi complétée - ou reconstruite à posteriori- devint :

Au commencement - de mon orientation vers la médecine - était le transfert - vers mon médecin généraliste.

Ça, je ne le savais pas. Je crois que je l'ai découvert, « appris » en analyse.

En effet, je disais que je voulais devenir médecin pour « aider les gens »; je voulais surtout **VOIR** comment les hommes vivent, et pour cela il me fallait entrer dans les maisons. Or un médecin, ça entre dans les maisons.

En analyse j'ai redécouvert la place du médecin généraliste de mon enfance dans ce choix. Il est depuis longtemps décédé.

Il met une grosse lampe sur son front. Dans la salle d'attente ça sent bizarre. C'est lui qui dit s'il faut une piqûre, si je peux - ou pas- retourner à l'école.

Quelques actes de bravoures aussi : 3 verrues pulvérisées au bistouri électrique, j'ai toujours les marques. Ponction de genou. Il a touché mon corps. Il m'a vue déshabillée.

Mais surtout :

Je me rends compte « ça alors, il parle avec mes parents. Ce n'est peut-être même pas cela, mais plus précisément : « ça alors, il parle avec mon père », ce qui est encore plus étonnant. Mon père est un interlocuteur pour lui. Mes parents - ma mère !?- l'écoutent, mais il écoute aussi mes parents - mon père !! Plus fort : ils discutent ensemble d'autre chose que de la médecine on dirait. Il passe tard et commente avec mon père le match de foot. Mes parents et le docteur se tutoient. Ils s'appellent par leurs prénoms.

Il écrit d'une écriture minuscule sur des petites feuilles de papiers rassemblées dans une pochette de cuir qu'il tient d'une seule main. On dirait qu'il y en a des milliers rassemblées-là. Ce sont ses dossiers. C'était avant l'informatique.

Quand il range ses honoraires, il classe tranquillement les billets selon leur valeur. Il y en a beaucoup. Ça ne semble pas le gêner. Ce sont les 2 liasses du docteur. Les petites feuilles des dossiers. Les billets de banques du portefeuille.

J'ai une conversation avec ma mère, vers 15 ans. Elle me dit : « A. (le médecin) m'a dit qu'en ce qui concerne la sexualité, on ne peut répondre de personne (est-ce la phrase ?). En matière de sexe et sexualité, il ne répondrait pas même de son meilleur ami ! »

Je me demande et je demande à ma mère comment il sait ça. La réponse de ma mère est que dans son métier, il voit tant de choses. Ou bien – ce sont les gens lui racontent... Lui il sait !!

Je veux aussi voir, et que les gens me racontent. Je veux savoir comme lui.

J'ignorais qu'existât ce genre de questions passionnantes. Le découvrant, J'ignorais tout autant leur formulation : « qu'est-ce que j'avais à me demander, en fait, que je ne connaissais pas... ? » Mais je développe une

conviction : par ce métier il me serait possible d'accéder à des questions fondamentales, peut-être même à des réponses. Et encore plus fort : à des non-réponses : là serait le mystère qu'on n'élucidera pas, le point de butée, la rencontre avec l'impossible.

C'est ainsi qu'après : « au commencement était le transfert envers mon médecin traitant », j'en arrive à l'autre commencement de l'histoire, dont je vous ai parlé plus tôt : « au commencement était mon désir de voir... ».

### **Au commencement était le désir de voir...**

Ce désir de voir, et de savoir, ... sur la vie, la mort, le sexe, l'amour... est donc à l'origine de mon choix de la médecine.

Mais à l'entrée à l'université, cela ne s'avère pas aussi simple !

Le savoir enseigné ne comble pas mon désir. Notre prof de philo, en 2<sup>e</sup> bac, avance à l'auditoire - plus ou moins attentif, car philo, ce n'est pas un cours « sérieux » - que dans notre choix d'études commun, il y aurait 3 désirs à l'œuvre : désir de voir, désir de savoir, désir de pouvoir. Les trois pondérés variablement pour chaque étudiant, et orientant peut-être à son insu ses choix futurs... qui généraliste, qui interniste, qui légiste, qui chirurgien, dermato, radiologue ou anatomopathologiste...

En ce qui me concerne, mon choix est fait : c'est le désir de **voir**, ma réponse !

**Savoir** ?? Je n'aime pas « la Science », je pleure tous les jours sur la physique et la chimie organique. Puis l'anatomie, la physiologie, la pathologie... Ce que j'aime c'est la poésie. Les « savoirs » dispensés me prennent la tête, j'en oublie presque qu'ils ne sont pas tout, qu'il y a d'autres savoirs que je suis venue chercher, sur le sexe, la vie, la mort, l'amour.

Quant au « **Pouvoir** » ...? Dans la droite ligne de mai 68, je refuse le pouvoir, pouvoir médical, pouvoir des riches, le gros portefeuille aux billets bien rangés. Moi qui voulais pourtant « aider les gens », j'en oublie que « pouvoir » peut signifier autre chose : possibilité, capacité d'agir...

Voir, donc... Je me souviens très bien du premier patient que j'ai pu approcher, couché dans son lit à Bavière<sup>3</sup> qui n'existe plus : après le chef de service, après les assistants, c'est le tour de la stagiaire ! Je n'ai plus aucune idée de la pathologie qu'il présentait, mais j'ai toujours vivace l'impression que me firent ses yeux : ils étaient... « du jamais vu » ! Une couleur dont j'ignorais même qu'elle existât. Retrouvée plus tard par la grâce de rencontres de patients kurdes, turcs parfois.

Et voilà que par les stages, après la possibilité de « voir », qui reste décidément mon canal privilégié, je découvre la possibilité, la nécessité, le privilège de toucher... Cela m'est autorisé – et même demandé. Cela s'assortit d'un cadre : une formation, une éthique.

Ce cadre, je le comprends ainsi aujourd'hui : il préserve l'autre et moi-même : l'autre ne doit pas devenir objet de ma jouissance...

Ma compréhension d'aujourd'hui, ce que je peux en dire, vient d'un long chemin. Ce n'est pas au début des études, du métier, que j'ai compris ou pensé cela. Ce sont diverses rencontres, des démarches personnelles (psychanalyse), des formations (séminaires psychanalyse et médecine avec Jean-Pierre Lebrun, quelques séminaires autour des écrits de Lacan, lectures, conférences, échanges bien ardues parfois, mais qui laissent des « pépites », des trouvailles...)

Un livre aussi m'a fait avancer dans ma réflexion par la question qu'il posait : c'est » la

maladie de Sachs », de Martin Winckler<sup>4</sup>. Il écrit :

« *Dans la salle d'attente du Docteur Bruno Sachs, les patients souffrent en silence. Dans le cabinet du Docteur Sachs, les plaintes se dévident, les douleurs se répandent. (...). Mais qui soigne la maladie de Sachs ?* »

« Qui soigne le docteur ? ». C'est une question que j'ai reprise à mon compte.

Une amie française me disait récemment : « moi, quand je vais chez ma médecin généraliste, c'est moi qui lui demande comment elle va, et alors, elle me répond : « ah ma pauvre !... » - et elle commence à me raconter ses problèmes avec son mari, ses enfants, et c'est finalement moi qui dois lui dire que ça fait trop longtemps que j'ai mal au ventre, et que cette fois, je voudrais vraiment faire un scanner et une colonoscopie... Alors elle me fait les papiers ! »

Alors, si, pour Michaël Balint, « le médecin se prescrit lui-même », et si le transfert contribue à soigner le patient, qu'est-ce qui « soigne » le Docteur ? Et de quelle maladie est-il atteint ?

**A la question de sa maladie**, eh bien, j'ai trouvé ceci : il souffre comme tout un chacun, comme ses semblables, de ce que d'aucuns ont appelé « la maladie humaine » : la vie, la mort, l'amour, la souffrance, l'impuissance, l'impossible...

C'est Freud qui l'affirme : telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles...

**A la seconde question**, « qui soigne le docteur ? » voilà où j'en suis :

Mon hypothèse, c'est que ce qui soigne le docteur, et peut-être les autres soignants, - j'aimerais vos avis et réflexions sur le sujet - dans le meilleur des cas, c'est l'exercice même de la profession qu'il a choisie, où la

relation avec les patients a une grande place (en médecine générale en tout cas). S'il trouve suffisamment à voir, savoir et pouvoir, ce qu'il cherchait, sans que cela le mette trop à mal, le rende malade, voire le conduise au burnout.

En effet ! On pourrait dire :

« Tu as voulu voir, tu as vu ! »

Mais il y a des choses que j'ai vues, que je n'aurais pas voulu voir... Des choses que j'ai vues, que je me serais bien passée de savoir...

Quant au pouvoir, si j'en suis à l'appivoiser doucement, grâce au groupe balint, sa mise en œuvre reste bien souvent pour moi un questionnement.

La conclusion (peut-être provisoire !) de la première partie de mon « témoignage » est donc que je m'aide ou « me soigne » moi-même en étant médecin. Mais cela peut soigner ou au contraire détruire. L'inconscient n'est pas que notre ami. Il ne nous veut pas que du bien

Et c'est là qu'intervient le groupe Balint ! Il m'aide à ce que mon choix continue de prendre soin de moi et de mes patients. Comment ? C'est le titre de la journée, et il est temps d'y arriver !

### **Le groupe Balint...**

Je participe au groupe Balint depuis plusieurs années.

D'une séance à l'autre, je me suis rendue compte que je me souviens mal des situations présentées par les participants.

Par contre je me souviens très bien du cadre, de la lumière, d'attitudes corporelles ou tons de voix propres à chacun, de rires, de sourires, de larmes, de silences.

En fait, je retiens surtout ce que j'y ai expérimenté, de ma part ou celle des autres, à savoir : la bienveillance et l'attention, l'impuissance et l'inventivité, la compétence et la fragilité, la satisfaction et la tristesse, la

confiance et le doute, l'humilité, parfois la honte, ou la culpabilité, la curiosité et la surprise, l'ennui, l'agacement parfois, et donc... la patience !, l'effroi et le fou-rire, la diversité et le respect, quelques difficultés relationnelles aussi, ... l'effort de bien dire, celui de bien écouter, les malentendus...

Toutes situations et émotions bien présentes dans nos relations avec nos patients.

Dans un groupe comptant 8 à 10 participants, il n'y a guère que quelques possibilités par an de présenter une situation clinique. Deux, ou trois. Cela pourrait sembler bien peu... Mais...

- Comme Jean et Christine<sup>5</sup> aiment à nous le rappeler, et à nous y inviter, ceux qui écoutent travaillent tout autant ! Certaines situations me « parlent » d'emblée, aiguissent ma curiosité, suscitent mes réflexions... Mais il y en a d'autres qui peuvent me laisser comme étrangère, non concernée ! Je ne comprends pas la question, ou alors, je vois trop bien « la » solution ! Celle que j'appliquerais et que j'ai bien envie de refiler à l'autre. Il faut résister à la tentation, s'ouvrir à la question de l'autre. Les animateurs nous y aident. Alors la plupart du temps, je m'aperçois que ma manière de faire, ma « solution », n'est aussi qu'« un truc », un bricolage... C'est la question de l'autre qui fait qu'on peut s'apercevoir que soi, on fait « comme ça », par exemple. Comme Monsieur Jourdain<sup>6</sup> s'aperçoit qu'il fait de la prose. Que c'est ma façon à moi de « me prescrire » comme dit Balint<sup>7</sup>. Et là, est-ce un hasard, si très souvent, le lendemain ou une semaine plus tard, je rencontre une question semblable avec un de mes patients ? Chance pour moi ! Chance pour lui ! Nos échanges ont permis d'ouvrir le jeu ! Ou je peux en tout cas mieux repérer que moi, face à ceci ou cela, je fais « comme ceci ou comme cela », et persister – pourquoi pas ? ou tenter un changement.

- Un autre apport du groupe est que je ressens qu'il reste présent pour moi, en dehors

du temps de la réunion : « le groupe est dans ma tête ». Devant certaines difficultés, je pense : qu'en diraient les autres ? D'y penser, déjà, ça me décale un peu, - et ça m'aide. Ou alors je me dis : j'en parlerai la prochaine fois. Et ça m'aide. Et « la prochaine fois », souvent, je n'en parle pas, parce que j'ai déjà été aidée en pensant que j'en parlerais, ou parce que c'est un autre qui parle d'une situation à lui.

- Bon, et quelques fois, j'en parle... Et quand j'en parle... alors j'expérimente que le groupe prend soin de moi, de mes émotions, mais aussi soin de mon patient, en se faisant tiers, en lui voyant peut-être... que sais-je ? des raisons, des qualités, des défenses, des compétences, des attitudes liées à son sexe, son histoire, sa position dans la famille ... que moi, suite à mon sexe, histoire, position, je ne percevais pas. C'est enrichir la couleur, c'est donner de l'air.

- Plus particulièrement, le groupe me permet de travailler les 3 dimensions du début : voir, savoir, pouvoir. Bien sûr j'ai pu parler de ce que j'ai vu.

Mais j'ai aussi découvert que j'avais envie de savoir, alors que c'était évident depuis longtemps ! (par cette question posée, tout simplement :

« Et qu'est-ce qu'elle avait finalement, ta patiente ? ») Et le mot « pouvoir », je l'ai « entendu » pour la première fois l'an dernier - c'est presque incroyable - comme le chemin vers l'action ! Le mot « pouvoir » se trouve en quelque sorte « réhabilité » : « que peux-tu, que vas-tu faire maintenant ? ». Le groupe peut d'ailleurs sans doute être d'un certain secours, face aux abus et déficits du voir, du savoir et du pouvoir : voir : voyeurisme, fascination ou au contraire déni ; savoir : scientisme, protocoles rigides et autres DSM, versus l'ignorance ou le charlatanisme ; et pouvoir : toute puissance versus inhibition, ou pétrification. C'est un lieu aussi pour se « réconcilier » un tant soit peu, avec ce que

je n'ai pas su, pas pu, ou pas voulu... voir, savoir, ou pouvoir !

A ce stade de ma description – par laquelle le groupe risquerait d'apparaître comme « trop parfait » - j'aimerais attirer l'attention sur deux points :

- La sécurité en groupe Balint est suffisante mais pas absolue. Comment le serait-elle ? Il y a toujours une petite peur quand même. Une nécessité de bien dire, que ce soit sur sa situation, ou sur celle de l'autre. Je ressens que le groupe réalise un travail, un effort commun pour protéger celui qui parle, traduire, moduler, nuancer, expliciter. Une volonté de respect même dans l'expression d'une vision différente ou opposée. Ce n'est pas toujours facile de se faire comprendre. Cela ne va pas tout seul. Mais cela me rappelle que c'est la même chose avec les patients : la vigilance est nécessaire, on ne peut pas s'en démettre.

- Y a-t-il des limites à ce que l'on peut partager, mettre sur la table ? Depuis que j'y suis, on n'a jamais abordé dans mon groupe une situation d'amour d'un patient vers son thérapeute, pas plus que le mouvement inverse. Pourtant, mon vieux docteur l'affirmait, en matière de sexe et sexualité, tout est possible. N'est-ce jamais arrivé ? Est-ce un tabou ? La fréquentation du groupe Balint nous épargne-t-elle ces tourments ? Et moi, en parlerais-je si... ?

Je repense à ces patientes du début...

... quand... à l'âge de 30 ans, réapparaît la petite fille que m'avait « confiée » Monique, retirée par sa sœur d'une institution jugée « maltraitante. Quand avec un grand sourire, et un grand salut, un peu solennel, elle dit: « vous vous souvenez de moi, quand j'étais petite ? C'est vous qui alliez chez moi. Je suis revenue maintenant ! Et c'est vous, c'est vous, qui allez être mon médecin... »

... quand... Christiane, qui eut un sixième enfant, né trop tôt, infirme moteur cérébral,

dont elle dut assurer longtemps les soins les plus intimes, me confie:

« Marie-Noëlle, il m'a demandé quelque chose qu'un fils ne doit jamais demander à sa mère, tu m'as comprise !? »

... quand... Fabienne, la rude rescapée aux 19 vies, déclare tout de go, et presque gentiment : « quand je te vois, je ne sais pas pourquoi, ça me fait rire ! Je vois trop comment tu étais quand tu étais une petite fille ! »

... quand... il y a le groupe Balint !

■ *Marie-Noëlle Tilman,*

(1) médecin généraliste, membre de la Société Médicale Balint et maître de conférences associé de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg.

(2) par les organisateurs de la journée d'étude.

(3) hôpital fondé à Liège au 17<sup>e</sup> siècle par l'évêque Ernest de Bavière.

(4) Marc Zaffran, est un médecin français, connu sous le pseudonyme de Martin Winckler, comme romancier et essayiste, évoquant souvent la situation du système médical français. Il est également critique de séries télévisées et traducteur. Son roman « La maladie de Sachs » a été publié en 1998 aux éditions P.O.L. puis aux éditions Gallimard en collection folio, prix du livre inter en 1998 il a été adapté au cinéma en 1999 par Michel Deville avec Albert Dupontel.

M., La maladie de Sachs, Gallimard, Paris, 1998, 2005. ISBN : 2070305031

(5) Ndlr les Docteurs Jean Fléchet et Christine Vanoverbeke sont médecins généralistes et animateurs de groupe Balint.

(6) Ndlr Molière « Le Bourgeois Gentilhomme ».

(7) Ndlr M. Balint « Le médecin, son malade et la maladie » Payot 2003

(8) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (APA) classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques.

**19<sup>e</sup> CONGRES de la FEDERATION INTERNATIONALE BALINT**

**Date : 5 au 9 septembre 2015**

**Lieu : 57000 METZ** Résidence Pilâtre de Rozier, 2 rue Georges Ducroq

**Thème : *Importance de la relation soignant-soignant dans les systèmes de santé actuels : pertinence du travail en groupe Balint***

**Contact :** Jean Daniel GRADELER ([jean-daniel.gradeler@laposte.net](mailto:jean-daniel.gradeler@laposte.net));  
secrétariat : ([ibfcongress@laposte.net](mailto:ibfcongress@laposte.net))

**Site :** [www.ibfevents.org/fr](http://www.ibfevents.org/fr) lien avec le site de la SMB : [www.smb-balint-france.org](http://www.smb-balint-france.org)

**ATTENTION :** Le tarif de l'inscription est MAJORÉ après le 15 juin !

**2015 pour la SMB sera une année particulière car elle organisera de manière conjointe avec la Fédération Internationale Balint (FIB) le 19<sup>e</sup> Congrès de la Fédération Internationale Balint du samedi 5 SEPTEMBRE au mercredi 9 SEPTEMBRE 2015**

En la belle ville de **Metz en Lorraine**, il vous permettra de venir partager vos idées avec les collègues de tous continents et pays et tous horizons : médecins généralistes et spécialistes, psychologues, psychanalystes et collègues soignants autrefois nommés «paramédicaux», sans qui nous ne savons travailler. Une place toute particulière est proposée aux étudiants qui sont notre source vive pour les relais à prendre.

Le thème « **importance de la relation soignant-soigné dans les systèmes de santé modernes: la pertinence du travail en Groupe Balint** », nous amènera à réfléchir sur l'actualité et sous quelle modalité s'inscrit dorénavant le travail en groupe Balint dans le monde actuel de la santé, de la médecine et pour les soignants.

Bien évidemment la langue commune sera l'anglais. **Toutefois**, pas d'inquiétude, nous pensons à celles et ceux pas encore tout à fait à l'aise avec l'anglais. Nous saurons apporter une aide et une traduction lors des séances plénières et des groupes Balint se tiendront en Français.

Le temps se partagera entre le travail en groupes Balint, l'écoute et la discussion des communications rapportées en séances plénières. Les échanges se poursuivront avec les auteurs des posters ... et dans les couloirs pour le plaisir de tous. La partie festive est incluse dans le tarif d'inscription.

Nous souhaitons vivement que vous puissiez vous retrouver dans cette dynamique commune balintienne avec nos spécificités nationales et tous nos points de convergence et pour une fois, sur notre territoire !

Nous espérons vous y retrouver nombreux.

Vous trouverez toutes les informations logistiques utiles à votre inscription et votre séjour sur le site spécifique. Au besoin, contactez nous.

■ *Dr Françoise Auger, Henry Jablonski et Jean-Daniel Grader.*  
*Organisateurs du 19<sup>e</sup> Congrès international Balint.*

# Formation du leader Balint

## GROUPE BALINT

Cycle de 5 WE (72h)

2015-2016

Expérience et Théorie

## Leaders du groupe :

**Luc Beziau** : médecin généraliste,

*Leader accrédité de la Société Médicale Balint*  
Tel : 06 75 49 19 94 - mail : [beziauluc@hotmail.com](mailto:beziauluc@hotmail.com)

## EXPERIENCE

Le groupe Balint est une méthode de « formation – recherche » qui propose à des soignants volontaires (médecins, infirmières, psychologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux et autres) de prendre le temps nécessaire pour faire, par la parole, le « récit » de leur pratique professionnelle, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans le contexte de travail. Chaque participant, à partir d'un cas concret, peut aborder en groupe et avec l'aide d'un ou deux leaders Balintiens de formation psychanalytique, les questions qu'il se pose à propos des relations qui se créent avec son ou ses patients (difficultés de communication, de compréhension, de mise en place des soins etc.)

Si la relation médecin /malade, soignant/soigné est au cœur de la démarche de soins, elle est aussi au cœur du « travail » envisagé ici, dans sa complexité (émotions, défenses, limites, répétitions...), et dans le rapport à la maladie et au contexte environnemental (familial, institutionnel...).

Pour être plus efficace, mais le plus humain possible, le soignant peut avoir besoin de prendre du recul par rapport à sa pratique pour mieux la vivre dans l'après coup de la pensée et de l'analyse. C'est précisément ce que permet le groupe Balint, notamment dans « l'écoute de la discussion » (Balint) et l'éclairement du groupe.

## THEORIE

Chaque WE comporte une approche théorique de la démarche de Balint. C'est l'objet d'exposés – discussion proposés par des conférenciers Balintiens ; Ils portent notamment sur :

- La formation recherche de Balint
- Le cadre du groupe Balint et sa méthodologie
- La pensée psychanalytique de Balint
- Le climat du groupe et son impact
- Le transfert et le contre transfert dans le groupe Balint

## GROUPE BALINT

Cycle de 5 WE en 2015-2016

Début du Cycle : 26/27 Septembre 2015

## BULLETTIN D'INSCRIPTION\*

NOM : PRENOM :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL. : MAIL :

PROFESSION :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TEL. : MAIL :

COÛT TOTAL de la FORMATION :

- Institutionnel ou Formation continue 1750€  
*Établir une convention*
- Personnel année 1250€  
WE 250€

Par chèque bancaire à l'ordre de la Société Médicale Balint

Signature : .....

\*La fiche d'inscription vaut engagement pour la totalité du cycle : règlement et participation. Elle doit être accompagnée de son règlement, et adressée au :

**Secrétariat du Collège de Formation des leaders Balint:**

7, rue de la Forêt 86240 Fontaine le Comte  
Tél. : 05 49 57 16 31 - Mail : [roger.laguette@wanadoo.fr](mailto:roger.laguette@wanadoo.fr)

# Formation du leader Balint

## SUPERVISION en GROUPE Cycle N°1 - 2015

L'expérience du travail de supervision est fondamentale dans la formation du leader Balint. Ici, elle est proposée « en groupe », avec un superviseur et un co-superviseur en formation. La supervision est une modalité de travail où la dynamique du transfert et celle du contre-transfert sont ici prises en compte et élaborées dans la spécificité de la démarche Balintienne. Elle permet au leader en formation/perfectionnement de mettre au travail en groupe de six à huit personnes, en présence d'un « autre » plus expérimenté, sa pratique de leader de groupe.

### POPULATION CONCERNÉE ;

Leaders ou animateurs

- de groupe Balint
- de groupe d'inspiration Balint :

Groupe de parole  
Groupe d'analyse des pratiques  
Groupe à visée thérapeutique

Chaque rencontre a pour objectif d'appréhender, voire d'explorer, la place du leader, son écoute et son fonctionnement dans sa rencontre groupale singulière avec ses dimensions individuelles, duelles ou collectives.

Qu'en est-il du contexte environnemental, familial et social ? Qu'en est-il des échanges verbaux et non verbaux ? Des phénomènes conscients et inconscients ? De la dynamique groupale, du climat des échanges ? Qu'en est-il de la conduite du leader et de sa technique ? Qu'en est-il du travail associatif ?

L'essentiel du travail pour le leader, grâce au groupe et au superviseur, consiste à :

- Développer l'aptitude à repérer ce qui se joue entre lui et le groupe, lui et les participants du groupe dont il est responsable.
- Développer sa capacité à mettre en question son propre fonctionnement de leader
- Trouver des ajustements nécessaires pour un travail collectif plus productif et un mieux être
- L'élaboration du travail effectué revêt une importance déterminante dans la formation souhaitée

### SUPERVISION en GROUPE

Superviseur : Roger Lagueux  
Co-superviseur en formation : Anne Deffontaines

### CALENDRIER :

- Janvier 2015 – Novembre 2015
- 9 séances de 4 h *calendrier le samedi à établir avec les participants*
- 1<sup>ère</sup> rencontre le 17 janvier 2015 (14h-18h) Paris

### COÛT :

- Institutionnel ou Formation continue : 1200€  
*Établir une convention*
- Personnel : 900€

LIEU : IFSI 95 rue de Reuilly, 75012 Paris

## SUPERVISION en GROUPE Janvier / novembre- 2015 1<sup>ère</sup> rencontre le 17 janvier 2015 (14h-18h)

### FICHE d'INSCRIPTION\*

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE : .....

N° TEL. : .....

MAIL : .....

PROFESSION : .....

### COÛT TOTAL de la FORMATION :

- Institutionnel ou Formation continue 1200 €
- Personnel 900€

*Le versement peut se faire en totalité, ou fractionné*

*Chèque bancaire à l'ordre de Société Médicale Balint ou par virement international*

Signature : .....

*\*Cette inscription vaut engagement pour la totalité du cycle. Elle doit être accompagnée de son règlement, et adressée au :*

Secrétariat du Collège de Formation de leaders Balint  
7 rue de la Forêt,  
86240 Fontaine le Comte  
Tél. : 05 49 57 16 31- mail : [roger.lagueux@wanadoo.fr](mailto:roger.lagueux@wanadoo.fr)

## SUPERVISION en GROUPE N°2 2015

L'expérience du travail de supervision est fondamentale dans la formation du leader Balint.

Ici, elle est proposée « en groupe », avec un superviseur et un observateur en formation.

La supervision est une modalité de travail où la dynamique du transfert et celle du contre-transfert sont ici prises en compte et élaborées dans la spécificité de la démarche Balintienne. Elle permet au leader en formation/perfectionnement de mettre au travail en groupe de cinq à six personnes, en présence d'un « autre » plus expérimenté, sa pratique de leader de groupe.

### POPULATION CONCERNÉE;

Leaders ou animateurs

- de groupe Balint
- de groupe d'inspiration Balint :

Groupe de parole  
Groupe d'analyse des pratiques  
Groupe à visée thérapeutique

Chaque rencontre a pour objectif d'appréhender, voire d'explorer, la place du leader, son écoute et son fonctionnement dans sa rencontre groupale singulière avec ses dimensions individuelles, duelles ou collectives.

Qu'en est-il du contexte environnemental, familial et social ? Qu'en est-il des échanges verbaux et non verbaux ? Des phénomènes conscients et inconscients ? De la dynamique groupale, du climat des échanges ? Qu'en est-il de la conduite du leader et de sa technique ? Qu'en est-il du travail associatif ?

L'essentiel du travail pour le leader, grâce au groupe et au superviseur, consiste à :

- Développer l'aptitude à repérer ce qui se joue entre lui et le groupe, lui et les participants du groupe dont il est responsable.
- Développer sa capacité à mettre en question son propre fonctionnement de leader
- Trouver des ajustements nécessaires pour un travail collectif plus productif et un mieux être
- L'élaboration du travail effectué revêt une importance déterminante dans la formation souhaitée

### SUPERVISION en GROUPE

Superviseur : Roger Lagueux  
Observateur en formation : Colette Loriet

### CALENDRIER : Groupe en formation

- 9 séances de 4 h le samedi (14h -18h)  
*(calendrier à établir avec les participants)*

### COÛT :

- Institutionnel ou Formation continue : 1200€  
*Établir une convention*
- Personnel : 900€

LIEU : 7 rue de la Forêt 86240 Fontaine le Comte (Poitiers sud)

## SUPERVISION en GROUPE N°2 - 2015 - (14h-18h)

### FICHE d'INSCRIPTION\*

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE : .....

N° TEL. : .....

MAIL : .....

PROFESSION : .....

### COÛT TOTAL de la FORMATION :

- Institutionnel ou Formation continue 1200 €
- Personnel 900€

*Chèque bancaire à l'ordre de Société Médicale Balint ou par virement si convention*

Signature : .....

*\*Cette inscription vaut engagement pour la totalité du cycle : règlement et participation. Elle doit être accompagnée de son règlement, et adressée au :*

Secrétariat du Collège de Formation de leaders Balint  
7 rue de la Forêt,  
86240 Fontaine le Comte  
Tél. : 05 49 57 16 31-  
mail : [roger.lagueux@wanadoo.fr](mailto:roger.lagueux@wanadoo.fr)

## Société Médicale Balint

Secrétariat : Aurélie Sensève - (g.r.o.m)  
10 Route de Thionville - Zone des Varimonts  
57140 Woippy, Tél. : 03 87 31 74 40  
*secretariat.balint@laposte.net*  
*www.balint-smb-france.org*

## Conseil d'administration

Anne Deffontaines, Présidente  
*Psychiatre*

Brigitte Greis, Vice-Présidente  
*Infirmière D.E.*

Jean-Daniel Gradeler, Trésorier  
*Médecin généraliste*

Pascale Hauvespre, Secrétaire générale  
*Cardiologue libéral*

Isabelle Martinot-Nouet, Responsable OGDPC  
*Médecin généraliste*

Jean-François Coudreuse, Archiviste  
*Gérontologue*

Michel Nicolle, Chargé de mission  
*Médecin généraliste retraité*

Louis Velluet, Chargé de mission  
*Médecin généraliste – Psychanalyste*

Françoise Auger, *médecin généraliste retraitée*

Luc Canet, *médecin Rhumatologue retraité*

Marie-Anne Puel, *médecin généraliste*

Jean Maclouf, *médecin généraliste*

Philippe Guillou, *médecin généraliste*

Luc Beziau, *médecin généraliste*

Annie Catu Pinault, *médecin Généraliste*

Mathieu Chomienne, *médecin Généraliste*

Claire Noëlle Collardey, *gynécologue*

Dominique - Alice Decelle, *psycho - sociologue*

Mourad Elias, *médecin généraliste*

Guy Even, *médecin généraliste*

Maurice Henniaux, *psychiatre – psychanalyste*

Cécile Labrousse, *psychologue*

Maryvonne Lagueux, *psychologue-psychanalyste*

Michel Levy, *psychiatre-Psychanalyste*

Guenola Maquart, *médecin généraliste*

François Murat, *médecin généraliste*

Maria Alice Polomeni Tellier, *psychologue/psychanalyste*

Ursula Proust, *médecin généraliste*

Michel Renaud, *infirmier en clinique*

Habib Sangare, *médecin généraliste*

Marie Eve Vincens, *médecin Généraliste*

## Sommaire

Notes biographiques des auteurs. . . . . 2

### Balint France

Recommandations aux auteurs. . . . . 3

Edito. . . . . 4

La Société Médicale Balint et le « Leadership » des groupes Balint

Essai historique : I/ ses débuts . . . . . 6

Essai historique : II/ de 1991 à nos jours. . . . . 15

D'un groupe Balint à l'autre.

*Isabelle Martinot Nouet*. . . . . 23

Qu'est-ce qui fait le soin ? Une recherche d'un fondamental à visiter

*Brigitte Greis*. . . . . 28

Un groupe Balint dans un service de pneumo-oncologie

*Cécile Labrousse - Micelle Moreau Ricaud* . . . . . 29

### Notes de lecture

Améliorer l'empathie : une étude à suivre. . . . . 36

Le DSM-Roi. . . . . 38

Le groupe thérapeutique. . . . . 42

In Memoriam . . . . . 45

A la recherche du balint perdu

*Louis Velluet*. . . . . 46

Former les leaders de groupe Balint à la SMB

*Micelle Moreau Ricaud - Roger Lagueux*. . . . . 49

Annonces . . . . . 53

Journées d'échange des pratiques. . . . . 57

### Balint International

En quoi la fréquentation d'un groupe Balint m'aide à prendre soin de moi et de mes patients ?

*Marie-Noëlle Tilman*. . . . . 58

Annonces . . . . . 65

Formation du leader Balint . . . . . 66

Photo de couverture : *Michel Nicolle*

« Le dragon de Metz vous attend au congrès de septembre 2015 »

